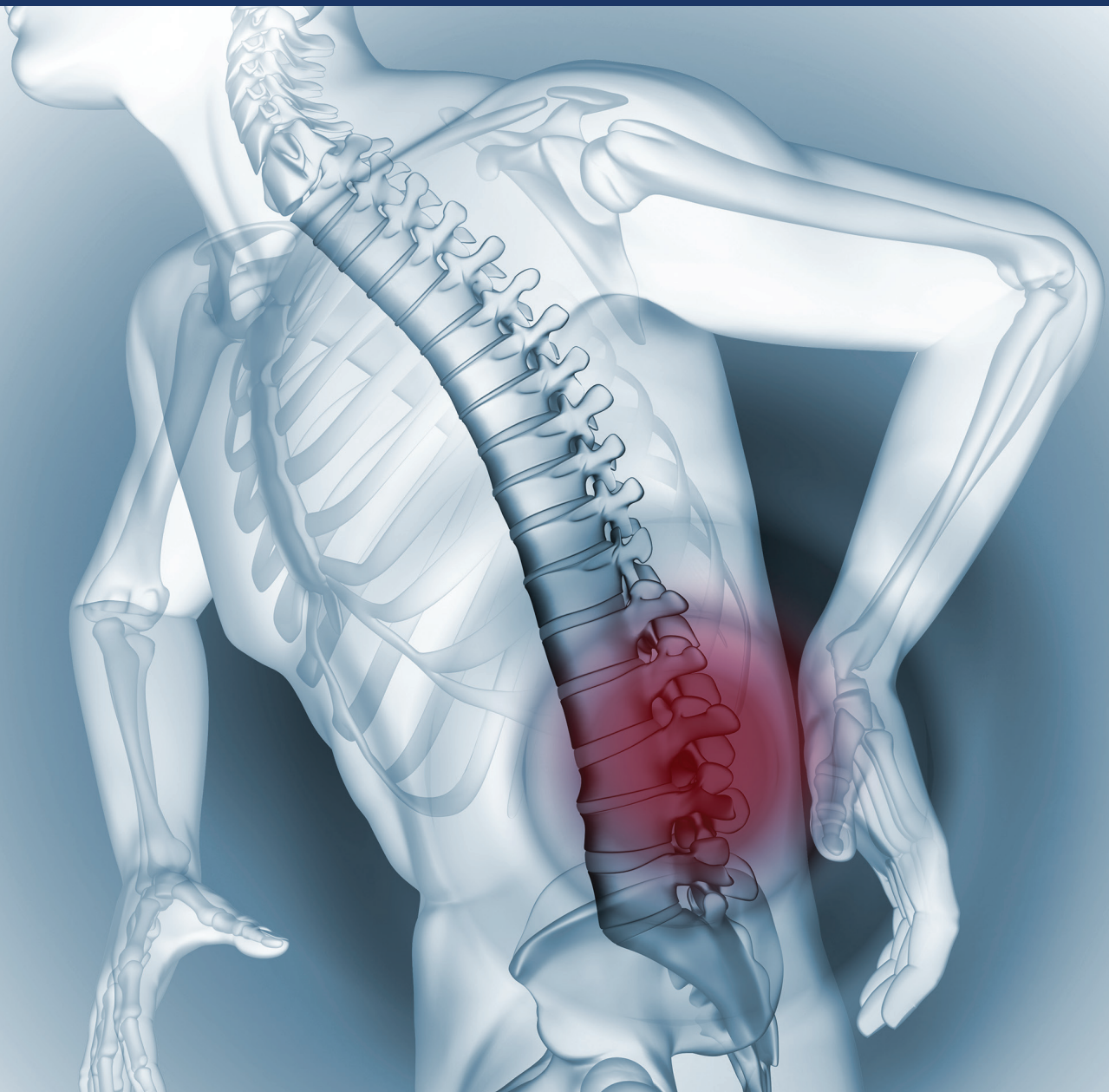


# LA FRACTURE VERTÉBRALE DUE À L'OSTÉOPOROSE





## LA FRACTURE VERTÉBRALE DUE À L'OSTÉOPOROSE

L'ostéoporose est une maladie qui affaiblit et fragilise le squelette, entraînant des fractures osseuses (appelées fractures de fragilité). Les fractures vertébrales (de la colonne) induites par l'ostéoporose sont une des principales causes de douleur et de handicap, et des indicateurs prédictifs puissants de futures fractures. Néanmoins, elles restent souvent non identifiées. La cause sous-jacente ne fait donc l'objet d'aucun traitement, laissant les patients vulnérables à un cycle de fractures ultérieures.

### LE TYPE LE PLUS COURANT DE FRACTURE DUE À L'OSTÉOPOROSE



Parmi les femmes et les hommes de **type caucasien**, environ **50 %** des femmes et **20 %** des hommes de plus de 50 ans **souffriront d'une fracture de fragilité** au cours du restant de leur vie.<sup>6</sup>



**Les fractures vertébrales** sont les fractures les **plus courantes** liées à l'ostéoporose.<sup>1-4</sup>



Une **nouvelle fracture vertébrale** survient toutes les **22 secondes** dans le monde.<sup>5</sup>



L'incidence des **fractures vertébrales** chez les deux sexes **après 50 ans** augmente avec l'âge, avec un **taux plus élevé chez les femmes** que chez les hommes d'un même pays.<sup>7</sup>

### SOUS-DIAGNOSTIQUÉE ET SOUS-TRAITÉE

➤ **Jusqu'à 70 % des fractures vertébrales ne sont pas diagnostiquées.** <sup>9,10</sup>

➤ **Le sous-diagnostic** des fractures vertébrales a différentes causes, parmi lesquelles l'attribution courante par les patients et les médecins des maux de dos à d'autres causes, ou **la non reconnaissance par le médecin** de la nécessité d'effectuer un **examen d'imagerie** de la colonne vertébrale chez un patient présentant des facteurs de risque d'ostéoporose et des maux de dos.<sup>10</sup>

➤ Même si la fracture est visible à la radiographie, il est possible que les radiologues ne détectent pas ou ne signalent pas clairement une fracture vertébrale : la proportion de fractures vertébrales non identifiées à la radiographie s'élève à :

**46%** EN AMÉRIQUE LATINE **45%** EN AMÉRIQUE DU NORD **29%** EN EUROPE, AFRIQUE DU SUD ET AUSTRALIE

# UN IMPACT IMPORTANT SUR LA QUALITÉ DE LA VIE DES PATIENTS



**Les fractures vertébrales** sont associées à un taux de mortalité multiplié par 8.<sup>11, 12, 13</sup>



Elles peuvent avoir un **impact sévère** sur la santé et la qualité de la vie, **affectant la capacité** à mener des activités quotidiennes courantes ou à vivre de manière indépendante.<sup>14</sup>



Parmi les **conséquences** figurent : la **déformation de la colonne** et la **perte de taille**, des **maux de dos intenses et handicapants**, **l'immobilité**, la **perte d'autonomie**, la **dépression**, **l'augmentation du nombre de jours d'hospitalisation**, des **difficultés à respirer**, des **reflux** et autres symptômes **gastro-intestinaux**, et **l'incontinence**.<sup>15, 16</sup>

## De ce fait:

L'impact psychologique et social est profond, entraînant souvent des dépressions, une perte de l'estime de soi, la peur de tomber et l'isolement social.<sup>17, 18, 19</sup>

## DES COÛTS CONSIDÉRABLES ET EN CONSTANTE AUGMENTATION

Les coûts directs des fractures vertébrales ont été estimés à 1 milliard de dollars US aux États-Unis et à 719 millions d'euros en Europe en 2005

Le coût engendré par l'ensemble des fractures ostéoporotiques devrait augmenter sensiblement au cours des prochaines décennies<sup>24</sup>:

### EUROPE

2005<sup>20, 21</sup>

719 MILLIARDS €

### USA

2005<sup>20, 21</sup>

1 MILLIARDS \$

### USA

2020<sup>24</sup>

22 MILLIARDS \$

### USA

2025<sup>24</sup>

25 MILLIARDS \$

► **Un tiers des fractures vertébrales** sont cliniquement décelées et associées à un nombre de jours d'hospitalisation qui équivaut à celui d'autres affections médicales courantes.<sup>22</sup>

► Une étude anglaise a révélé que **chaque fracture vertébrale entraîne 14 visites supplémentaires** chez un médecin généraliste l'année suivant la fracture.<sup>23</sup>

## DES PUISSANTS INDICATEURS PRÉDICTIONNELS DE FUTURES FRACTURES

### LE DIAGNOSTIC RAPIDE ET LE TRAITEMENT OPPORTUN DE L'OSTÉOPOROSE SONT DÉTERMINANTS !

► La présence d'une **fracture vertébrale augmente** non seulement le risque de nouvelles fractures vertébrales, mais également le risque de fracture, toutes les régions du corps confondues – y compris les **fractures de la hanche**.<sup>3, 8, 13, 25</sup>

20% DES FEMMES

AYANT RÉCEMMENT SOUFFERT D'UNE FRACTURE VERTÉBRALE SERONT À NOUVEAU VICTIMES D'UNE FRACTURE DANS L'ANNÉE

→ Le risque augmente avec le nombre et la sévérité des fractures vertébrales.<sup>25, 26</sup>

► **Le traitement pharmacologique de l'ostéoporose permet de réduire de 50 à 80 % le risque de fracture dans un délai de 6 à 12 mois.**<sup>27</sup>

► **Il est essentiel** d'identifier les personnes **victimes de fractures vertébrales, ostéopéniques plutôt qu'ostéoporotiques**, au risque, dans le cas contraire, qu'elles ne puissent pas recevoir le traitement pharmacologique approprié.<sup>28</sup>

## REFERENCES

1. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporosis Int.* 2000;11:669-74.
2. Samelson EL, Hannan MT, Zhang Y, et al. Incidence and risk factors for vertebral fracture in women and men: 25-year follow-up results from the population-based Framingham study. *J Bone Miner Res.* 2006;21:1207-14.
3. Black DM, Arden NK, Palermo L, et al. Prevalent vertebral deformities predict hip fractures and new vertebral deformities but not wrist fractures. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Bone Miner Res.* 1999;14:821-28.
4. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, et al. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res.* 2000;15:721-39.
5. Johnell O and Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporosis Int* 2006; 17:1726.
6. Department of Health and Human Services. Bone health and osteoporosis: a report of the Surgeon-General, US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, Rockville (2004)
7. G. Ballane, J. A. Cauley, M. M. Luckey, G. El-Hajj Fuleihan. Worldwide prevalence and incidence of osteoporotic vertebral fractures *Osteoporosis International* May 2017, Volume 28, Issue 5, pp 1531–1542.
8. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001; 285:320.
9. Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallen WM, Melton LJ 3rd. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population based study in Rochester, Minnesota. *J Bone Miner Res.* 1992; 7:221-7.
10. Delmas PD, van de Langerijt L, Watts NB, et al. Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study. *J Bone Miner Res* 2005; 20:557.
11. Cauley JA, Thompson DE, Ensrud KC, et al. Risk of mortality following clinical fractures. *Osteoporosis Int.* 2000; 11:556-61.
12. Kado DM, Browner WS, Palermo L, Nevitt MC, Genant HK, Cummings SR. Vertebral fractures and mortality in older women: a prospective study. *Arch Intern Med.* 1999;159(11):1215-20.
13. Jalava T, Sarna S, Pylkkänen L, Mawer B, Kanis JA, Selby P, et al. Association between vertebral fracture and increased mortality in osteoporotic patients. *J Bone Miner Res.* 2003;18(7):1254-60.
14. Hall SE, Criddle RA, Comito TL, Prince RL. A case-control study of quality of life and functional impairment in women with long-standing vertebral osteoporotic fracture. *Osteoporosis Int* 1999; 9:508-515.
15. Lips P, Cooper C, Agnusdei D, et al. Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). Working Party for Quality of Life of the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1999; 10:150.
16. Life with Osteoporosis the Untold Story. Camerton: National Osteoporosis Society 2014.
17. Gold DT (2001) The nonskeletal consequences of osteoporotic fractures. Psychologic and social outcomes. *Rheum Dis Clin North Am* 2001; 27:255.
18. Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, et al. The association of bone mineral density and depression in an older population. *J Am Geriatr Soc* 49:732.
19. Lyles KW. Osteoporosis and depression: shedding more light upon a complex relationship. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:827.
20. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon DH, et al. Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005-2025. *J Bone Miner Res.* 2007 Mar;22(3):465-75.
21. Kanis JA, Johnell O. Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe. *Osteoporosis Int* 2005; 16:229
22. Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallon W, Melton LJ. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota: 1985–1989. *J Bone Miner Res* 1992;7:221–7.
23. Dolan P, Torgerson DJ. The cost of treating osteoporotic fractures in the United Kingdom female population. *Osteoporosis Int.* 1998; 8:611-17.
24. IOF Compendium of Osteoporosis (Edition 2017). International Osteoporosis Foundation <https://www.iofbonehealth.org/compendium-of-osteoporosis>
25. Melton LJ 3rd, Atkinson EJ, Cooper C, O'Fallon WM, Riggs BL. Vertebral fractures predict subsequent fractures. *Osteoporosis Int* 1999;10(3):214-21.
26. Johnell O, Oden A, Cauley J, Kanis JA. Acute and long-term increase in fracture risk after hospitalization for vertebral fracture. *Osteoporosis Int* 2001; 12:207-214
27. Clinical Guidance for the Effective Identification of Vertebral Fractures. National Osteoporosis Society (UK) November 2017. <https://nos.org.uk/media/100017/vertebral-fracture-guidelines.pdf>
28. Arboleya L, Diaz-Curiel M, Del Rio L, Blanch J, Diez-Perez A, Guanabens N, et al. Prevalence of vertebral fracture in postmenopausal women with lumbar osteopenia using MorphoXpress(R) (OSTEOXPRESS Study). *Aging Clin Exp Res.* 2010;22(5-6):419-26.