

Avec l'âge, le risque de chutes augmente. Apprendre à les éviter est plus utile que prendre des médicaments contre l'ostéoporose.

Evitez de tomber

PREVENTION DE L'OSTEOPOROSE ?

Ce sont les chutes, et non l'ostéoporose, qui représentent la principale cause de fractures à un âge avancé. Les médicaments favorisant le renforcement des os n'empêchent pas de trébucher !

MARLEEN FINOULST / KR

Chacun sait que le risque de fractures augmente avec l'âge car le squelette se fragilise dès 40-45 ans. Chez les femmes, cette fragilisation s'accélère un peu à partir de la ménopause, lorsque l'influence protectrice des œstrogènes s'estompe. On ne parle véritablement d'ostéoporose que lorsque l'ossature atteint un certain degré de fragilité. Le problème de l'ostéoporose est qu'elle n'a pas de symptômes ; les problèmes n'apparaissent que lorsque des vertèbres déminéralisées s'affaissent (fractures de tassement) ou que des os (poignet, hanche) se brisent lors d'une chute malencontreuse.

L'ostéodensitométrie

La densité des tissus osseux, ou « densité minérale osseuse », se mesure par une

ostéodensitométrie (encore appelée DMO), un examen qui consiste à mesurer la teneur en calcium des vertèbres dorsales inférieures et du bassin au moyen de rayons X. L'ordinateur combine différents paramètres comme l'âge, le poids et le sexe, et calcule la densité de l'os. La DMO est exprimée en scores T où zéro représente la masse osseuse moyenne d'une personne âgée entre 20

Score T

T > +1 : masse osseuse **élevée**
 -1 < T < +1 : masse osseuse **normale**
 -2,5 < T < -1 : **ostéopénie** (masse osseuse faible)
 T < -2,5 : **ostéoporose**

et 40 ans. Une personne dont le score est plus bas que -2,5 souffre d'ostéoporose (voir cadre). En Belgique, à peine 15% des femmes et 3% des hommes de plus de 65 ans correspondent à cette définition.

En revanche, les fractures concernent beaucoup plus de monde. En effet, les risques de chute augmentent avec l'âge. 28 à 35% des plus de 65 ans résidant chez eux tombent au moins une fois par an. En maisons de repos, les chiffres sont encore plus élevés. Parmi ces chutes, 1 à 2% causent des fractures de la hanche et 3 à 5% d'autres fractures. Les fractures de la hanche sont les plus lourdes de conséquences : 10 à 20% des victimes décèdent de ses suites (immobilisation, affaiblissement, dépendance...) et chez les autres, seuls 20 à 60% récupèrent entièrement leur autonomie par la suite.

Les campagnes

Paradoxalement, les campagnes de prévention portent surtout sur les mesures d'ostéodensitométrie. L'idée est de dépister les personnes dont la masse

osseuse est un peu trop faible et de les traiter avec des médicaments ralentissant leur perte osseuse. En réalité cette approche n'est pas satisfaisante, parce que les mesures d'ostéodensitométrie ne sont pas toujours fiables et les médicaments très chers. Qui plus est, ces derniers ne réduisent le risque de fracture que dans une certaine mesure : de 4 à 30% selon la molécule employée et le type de fracture. Par ailleurs, ils s'avèrent plus efficaces dans la prévention des tassements vertébraux que dans celle des fractures de la hanche. Et comme il s'agit d'un traitement qui doit être pris non-stop, beaucoup de gens ne trouvent pas normal de devoir suivre un traitement pendant des années pour éviter d'éventuelles fractures alors qu'ils ne se plaignent de rien. Les statistiques montrent d'ailleurs qu'après un an, la moitié des personnes abandonnent le traitement et qu'après trois ans, 4 sur 5 ont arrêté.

Les risques d'ostéoporose sont plus élevés lorsque :

- vous vieillissez,
- vous fumez,
- vous buvez plus de 3 verres d'alcool par jour,
- vous êtes maigre (BMI < 20),
- vous suivez un traitement à la cortisone,
- vous souffrez d'arthrite rhumatoïde,
- votre mère a eu la hanche cassée,
- vous avez déjà eu des fractures.

Les risques d'ostéoporose sont moins élevés lorsque :

- vous faites régulièrement du sport,
- vous consommez suffisamment de produits avec du calcium,
- vous avez suffisamment de vitamine D (sortez régulièrement à l'air libre),
- vous arrêtez de fumer,
- vous réduisez votre consommation d'alcool,
- vous n'êtes pas maigre,
- vous prenez des hormones de substitution.

Source : *British Medical Journal* 2006;333:1251-1256.

En fait, ces médicaments sont sans aucun doute utiles pour les personnes qui souffrent d'ostéoporose avérée, mais au niveau de l'ensemble de la population, leur efficacité à faire diminuer les statistiques de fractures est loin d'être prouvée. « *Il faut changer la cible de ces campagnes* », affirmait récemment un groupe international de scientifiques dans le prestigieux *British Medical Journal* (1). Ils soutiennent qu'il serait bien plus efficace de se focaliser sur la prévention des chutes, et de réserver le traitement médicamenteux aux personnes qui sont réellement en dessous du seuil d'ostéoporose. La littérature montre en effet que 75% des fractures se produisent chez des personnes qui, selon la définition, n'ont pas encore d'ostéoporose mais ont fait une mauvaise chute. Cela prouve encore une fois que la densité minérale osseuse n'est pas suffisamment précise pour évaluer le risque de fracture.

La prévention des chutes

La prévention des chutes, par contre, est une stratégie qui a fait ses preuves. L'utilité d'une série de mesures simples est largement démontrée dans la littérature scientifique, mais comme le sujet n'est pas très sexy, ni poussé par de gros intérêts financiers, c'est une information peu relayée par les médias. Peu de gens se rendent compte, par exemple, à quel point les somnifères et les calmants qu'ils prennent parfois depuis longtemps peuvent les abrutir au point de

leur faire rater une marche ou se prendre les pieds dans la carapette de la salle de bains.

L'éclairage est un autre problème. Beaucoup de personnes âgées pensent qu'elles peuvent se déplacer dans leur maison « les yeux fermés », n'allument pas la lumière quand elles se relèvent la nuit et trébuchent sur un objet qui traîne. Cela vaut donc la peine de veiller à ce que le chemin vers la salle de bains soit éclairé la nuit. Une lampe économique ne coûte pas cher et donne assez de lumière.

Il est également prouvé que les personnes qui voient mal tombent plus souvent, d'où l'importance de faire vérifier sa vue et ses lunettes régulièrement.

Se lever trop précipitamment du lit ou du fauteuil fait baisser la tension, parfois même au point que le cerveau n'est plus suffisamment alimenté en oxygène. S'ensuivent des vertiges et le risque de tomber. Le même phénomène se produit lorsqu'on se penche et qu'on se redresse rapidement.

Cela peut sembler bizarre mais rester beaucoup assis augmente les risques de chute. En vieillissant, les muscles se raidissent. Il faut rester actif pour éviter de perdre de la souplesse. Faire régulièrement de l'exercice (marcher, jardiner, pédaler, nager...) maintient en condition et stimule les réflexes et la coordination. ■

Référence :

1. *British Medical Journal* 2008; 336:124-126.

Bilan post-chute

Les chutes sont rarement dues à une cause unique. Les personnes âgées voient souvent leur force diminuer dans les membres inférieurs, leur équilibre vaciller, leur tension artérielle diminuer. Sans parler de l'arthrose qui limite la liberté et la vivacité des mouvements. C'est pourquoi il entre désormais dans les missions des « **hôpitaux de jour gériatriques** » d'effectuer un bilan global du risque de chute et de proposer des activités de prévention des « re-chutes ».

Car souvent, ces personnes ont peur de tomber à nouveau, et préfèrent bouger le moins possible. Ce qui enclenche un **cercle vicieux** : car moins on bouge, moins on bougera. La meilleure prévention des chutes est de rester actif, de marcher quotidiennement, et si possible de faire des exercices d'assouplissement et de renforcement musculaire.

(voir aussi *Equilibre* n°5)