

Le déficit en vitamine D, toujours un problème fréquent en gériatrie

Christophe Trivalle¹, Jean-Luc Giot¹, Sylvie Lefebvre-Chapiro¹, Dorin Feteanu¹, Serge Guillemant², Renée Sebag-Lanoë¹

1 - Service de gérontologie et de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, Villejuif (94)

2 - Service de Biochimie, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris (75)

Correspondance :
Christophe Trivalle,
Service de gérontologie et de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, 14, avenue Paul Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex
Tél. : 01 45 59 38 43
Fax : 01 45 59 36 91
christophe.trivalle@pbr.ap-hop-paris.fr

Il est maintenant reconnu que, quel que soit le type d'ostéoporose - type 1 ou post-ménopausique ou type 2, liée à l'âge -, il existe très souvent une hypovitaminose D associée et que le traitement vitamino-calcique diminue de 32 à 54 % le risque de fractures non vertébrales dans les 2 sexes, en particulier en institution¹⁻³. Cette supplémentation devrait être systématique, quels que soient les traitements associés⁴. Nous avons voulu vérifier le statut vitaminique D des malades hospitalisés dans notre service, en soins de suite (SS) ou en soins de longue durée (SLD).

Trois unités sur 4 ont participé à l'étude, ce qui représentait 32 lits de SS (durée moyenne de séjour: 150 jours) et 65 lits de SLD. Nous avons inclus tous les patients ≥ 65 ans hospitalisés dans l'une de ces unités pendant l'année 2000. Les patients < 65 ans et ceux en soins palliatifs ont été exclus. Un dosage de la 25-hydroxy-vitamine D (25OHD) a été réalisé à l'occasion d'un bilan d'entrée, d'un bilan programmé ou d'un bilan annuel (étude hors loi Huriet). Ce dosage a été réalisé par radio-immunologie sans extraction chromatographique. Pour les malades ayant une hypovitaminose D (25OHD < 21 ng/ml), il était proposé un traitement par voie orale (calciférol, 200000 UI/mois/3 mois), en l'absence de contre-indication et en surveillant la calcémie.

Durant un an, 128 patients ont été inclus (âge moyen $83,4 \pm 8,2$ ans), 74 en SS ($82,3 \pm 8$ ans) et 54 en SLD ($83,5 \pm 8,4$ ans). Pour le SLD, il s'agissait de 43 femmes (79,6 %) et 11 hommes. Pour le SS, de 50 femmes (67,6 %) et 24 hommes. 63 % des patients en SLD étaient hospitalisés pour des pathologies neuro-psychiatriques et 58,2 % en SS (NS). Dans 62,5 % et 48,7 % des cas, il s'agissait d'une maladie d'Alzheimer. Le taux moyen de la 25OHD était de $7,76 \pm 6$ ng/ml; 96 % des 128 patients ayant un taux < 21 ng/ml et 78 % un taux < 10 ng/ml. Il n'y avait pas de différence entre le SS et le SLD ($8 \pm 6,3$ ng/ml vs $7,4 \pm 5,6$ ng/ml, non significatif). Il n'y avait pas non plus de différence en fonction du sexe. Les 5 patients qui avaient un taux de 25OHD > 21 ng/ml avaient tous reçu un traitement vitaminique en ville (n = 4) ou en SLD (n = 1). L'apport calcique moyen, calculé par une diététicienne, était de 800 mg/j. Il n'y avait pas de différence entre SLD et SS pour la calcémie corrigée ($2,41 \pm 0,1$ mmol/l vs $2,41 \pm 0,17$ mmol/l), la phosphorémie ($0,98 \pm 0,14$ mmol/l vs $1,02 \pm 0,24$ mmol/l), et la clairance de la créatinine ($48,79 \pm 20,74$ ml/mn vs $45,31 \pm 25,31$ ml/mn). 35 patients sur 128 (27,3 %), ont bénéficié d'un traitement vitaminique complet avec dosage au 4^e mois (19 en SLD et 16 en SS). Ces patients avaient un taux moyen de 25OHD de $6,9 \pm 3,79$ ng/ml avant traitement, de $41,97 \pm 14,69$ ng/ml après traitement.

Notre étude confirme la très grande fréquence de l'hypovitaminose D chez les personnes âgées hospitalisées, aussi bien en SS qu'en SLD. Dans 78 % des cas, il s'agit d'un véritable déficit (25OHD < 10 ng/ml), avec risque d'ostéomalacie (mais aucun patient n'avait d'hypocalcémie). En utilisant les critères de McKenna⁵, un seul de nos 128 patients avait un taux de vitamine D correct (> 40 ng/ml). Ceci est d'autant plus significatif que notre service s'est intéressé à ce problème dès les années 80⁶. Cela implique la nécessité non seulement de mettre en place des protocoles, mais aussi de contrôler régulièrement leur application et surtout de sensibiliser continuellement le personnel médical et paramédical. Un des objectifs du Programme national de nutrition santé est justement de réduire de 25 % la prévalence des déficits en vitamine D. En ce qui concerne les apports nutritionnels conseillés (ANC) ou apports journaliers recommandés (AJR) (600 à 800 UI/j après 65 ans), il s'agit d'apports moyens pour des personnes âgées non carencées. Ils sont bien en dessous des besoins lorsqu'il existe un déficit. Enfin, il faut noter que le dosage de la 25OHD (coût: 38 euros) en prévention primaire n'a pas d'intérêt.

En conclusion, malgré les recommandations et l'efficacité prouvée de la vitamine D, l'hypovitaminose reste encore la règle chez les personnes âgées hospitalisées en gériatrie. Il s'agit pourtant d'un traitement simple, bien toléré et économique. Il faut donc continuer de sensibiliser à ce problème. ■

Références

- 1 Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N Engl J Med* 1992; 327: 1637-42.
- 2 Dawson-Hughes B, Harris SS, Krall EA, Dallal GE. Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. *N Engl J Med* 1997; 337: 670-6.
- 3 Trivedi DP, Doll R, Khaw KT. Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomised double blind controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 469.
- 4 Trivalle C, Sebag-Lanoë R, Guillemant S. Prévention et traitement de l'insuffisance en vitamine D du sujet âgé: une efficacité prouvée. *Rev Med Interne* 1999; 20: 755-8.
- 5 McKenna MJ, Freaney R. Secondary hyperparathyroidism in the elderly: means to defining hypovitaminosis D. *Osteoporos Int* 1998; 8 Suppl.2: S3-S6.
- 6 Guillemant S, Guillemant J, Feteanu D, Sebag-Lanoë R. Effect of vitamin D3 administration on serum 25-hydroxyvitamin D3, 1,25-dihydroxyvitamin D3 and osteocalcin in vitamin D-deficient elderly people. *J Steroid Biochem* 1989; 33: 1155-9.