

Introduction

Dans le cadre de la campagne « Pare à Chute », il est apparu important de répondre à la demande des prescripteurs d'une aide à la prescription de la vitamine D.

Les certitudes scientifiques sur la vitamine D :

- Elle réduit de 20% les chutes chez les personnes âgées de plus de 70 ans à la posologie de 800-1000 UI/j [1].
- **Les dernières études scientifiques suggèrent que la posologie optimale pour réduire les chutes consisterait en des doses journalières de 1000 UI/j (par exemple en capsules molles), mais ce conditionnement n'existe pas actuellement.**
- **Par ailleurs il serait illusoire d'atteindre la cible de 30-40 ng/ml avec 800 à 1000 UI/j sans combler le déficit initial par un traitement d'attaque ; d'où le choix d'un traitement biphasique si insuffisance ou carence, le 1^{er} temps visant à remonter à la dose cible de 30-40 ng/ml puis une phase de maintien.**
- **Pour les doses espacées**, le plus efficace pour stabiliser la concentration de 25OH-vitamine D semble être des **doses mensuelles** [2] (et non tous les deux ou 3 mois [3]). Des doses plus faibles que dans les conditionnements actuels devraient être privilégiées [4] : une dose de **25 000 à 50 000 UI/mois**, à adapter ensuite en fonction du résultat du dosage serait idéale. Là encore, ces posologies ne sont pas (encore ?) disponibles en France.

En pratique, avec les conditionnements disponibles actuels, quelle posologie faut-il préférer?

Les fortes doses espacées étant moins efficaces pour réduire les chutes, il est proposé de prescrire la plus petite des « fortes » doses disponibles en France, soit :

80 000 UI par mois

Chez qui ?

- Tous les sujets de plus de 70 ans à titre systématique (sans dosage de la 25OH-vitamine D)
- Les chuteurs à répétition (avec un dosage à 6 mois).

Poids

Prudence chez la personne obèse, la vitamine D est captée par le tissu adipeux. Il sera souvent nécessaire » d'augmenter la dose [5].

Modalités de surveillance :

- **Un dosage à 6 mois de traitement sans dosage préalable, chez le patient chuteur à répétition**, pour adapter la posologie en modulant l'espacement de la dose si on utilise des prises espacées, ou en augmentant la dose lorsque des formes pharmaceutiques adaptées à la prise journalière seront disponibles.
- **Rappel** : Penser prévention des chutes c'est bien, mais c'est aussi militer « prévention fracturaire » et mesurer régulièrement ses patients. La vitamine D est insuffisante pour la prévention fracturaire : sa prescription ne doit pas occulter l'intérêt de la recherche des facteurs de risque d'ostéoporose et des traitements de fond anti-ostéoporotiques qui restent indispensables en cas d'ostéoporose constituée, fracturaire ou non.

Vifs remerciements au Dr Jean Bernard Gauvain, Rhumatologue et Gériatre au CHR d'Orléans (SFR+SFGG), au Pr François Puisieux, Gériatre au CHRU de Lille (SFGG), et au Pr Jean-Claude SOUBERBIELLE du CHU de Necker (GRIO).

Principales références bibliographiques récentes :

- 1- Bischoff-Ferrari H, Dawson-Hughes B, Staehelin HB et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 339: b3692
- 2- Ish-Shalom S, Segal E, Salganik T, Raz B, Bromberg IL, Vieth R. Comparison of daily, weekly, and monthly vitamin D3 in ethanol dosing protocols for two months in elderly hip fracture patients. *J Clin Endocrinol metab* 2008; 93: 3430-3435
- 3- Välimäki VV, Löyttyniemi E, Pekkarinen T, Välimäki M. *Clin Endocrinol (Oxford)* 2016. doi: 10.1111/cen.13014.
- 4- Bischoff-Ferrari H, Dawson-Hughes B, Orav E, Stähelin H, meyer O, Theiler R, et al. Monthly high-dose vitamin D treatment for the prevention of functional decline: a randomized clinical trial. *JAMA Int Med*. Doi:10.1001/jamainternmed.2015.7148
- 5- King RJ, Chandrajay D, Abbas A, Orme SM, Barth JH. High-dose oral colecalciferol loading in obesity: impact of body mass index and its utility prior to bariatric surgery to treat vitamin D deficiency. *Clin Obes*. 2017 Feb 1. doi: 10.1111/cob.12176