



Session 4 : Prise en charge de l'ostéoporose

Titre : Ostéoporose chez les sujets très âgés : jusqu'à quel âge utiliser les traitements antiostéoporotiques ?

Auteur : Sabine Drevet (Grenoble)

Abstract

L'effet traitement des anti-ostéoporotiques persiste chez les sujets âgés de 75 ans et plus. Les études post-hoc des essais pivots (HORIZON, FREEDOM, FPT) montrent une réduction de 27% à 66% des fractures (selon leur type), avec un délai d'efficacité d'environ 9 mois (1) (2) (3). En vraie vie chez des patients de plus de 65 ans (médiane 78 ans), le traitement anti-ostéoporotique introduit à la sortie d'une hospitalisation pour une fracture de hanche réduit le risque de refracture et augmente l'espérance de vie sans fracture (4). En cas de survenue d'une fracture de hanche controlatérale, le délai de survenue de refracture sous traitement est allongé à 42 mois versus 26 mois en l'absence de traitement (4). Le profil de tolérance des anti-ostéoporotiques est comparable par rapport aux sujets jeunes (5). La multimorbidité, la polymédication et le vieillissement physiologique rénal conduisent cependant à des points de vigilance.

La population âgée, très âgée, est clairement une population cible des anti-ostéoporotiques car l'âge est un facteur de risque de chute (1/3 des plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans chutent au moins une fois par an à domicile). Par ailleurs, l'incidence des fractures augmente nettement à partir de 70 ans avec une accentuation forte dans le très grand âge (6). L'ostéoporose est cependant sous-traitée (7) (8) et son sous-diagnostic est un élément déterminant (9). Ce fossé entre le besoin populationnel et l'inadéquation de prise en soin, alors qu'un traitement efficace est disponible, est un défi majeur (10). L'enjeu s'entend encore plus gravement lorsque l'on considère en sus, la morbi-mortalité élevée après fracture chez le sujet âgé et, le haut risque imminent de re-fracture après une première fracture (11) (12). Les sujets âgés paient un lourd tribut (13).

Les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) illustrent aussi un paradoxe. Les patients âgés sont sous-traités contre l'ostéoporose (PMI par under-use) mais ils reçoivent fréquemment des PMI par over-use, comme des médicaments inducteurs d'ostéoporose (14). L'outil STOPP & START aide à la révision de prescription et permet l'optimisation thérapeutique du sujet âgé (15).

Beaucoup d'éléments participent à ce manquement collectif à saisir l'opportunité de prise en soin imminente de l'ostéoporose fracturaire (16). Les préjugés du vieillissement, de la dépendance, du poids de la multimorbidité sont à déconstruire. La moitié des plus de 85 ans sont des robustes, 30% sont des fragiles et ce syndrome gériatrique de fragilité

est réversible. Seulement 20% des sujets de plus de 85 ans sont dépendants, et le sont en lien avec des comorbidités qui peuvent être stabilisées. La comorbidité rénale avec une clairance < 35ml/ml (Cr) concerne moins de 20% des patients hospitalisés pour une fracture de hanche (17) et ne peut justifier à elle seule le sous-traitement. Et puis, l'espérance de vie. L'espérance de vie au grand âge est encore de 5 ans à 90 ans, de 3 ans à 95 ans, et de 2 ans à 100 ans... Les objectifs gériatriques sont de prévenir l'acquisition de dépendance par une prise en charge globale, multi-disciplinaire et finalisée. C'est l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité qui doit nous animer. Pour cela, la prise en soin des comorbidités dont l'ostéoporose est indispensable. Les projections démographiques de doublement du nombre de fracture de hanche d'ici 2050 pressent (8). Traitons les sujets âgés, les sujets très âgés, en considérant leur âge physiologique, mais ne perdons aucune opportunité de traiter, et vite.

Références

1. Boonen S, Black DM, Colón-Emeric CS, Eastell R, Magaziner JS, Eriksen EF, et al. Efficacy and safety of a once-yearly intravenous zoledronic acid 5 mg for fracture prevention in elderly postmenopausal women with osteoporosis aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Feb;58(2):292–9.
2. Boonen S, Adachi JD, Man Z, Cummings SR, Lippuner K, Törring O, et al. Treatment with denosumab reduces the incidence of new vertebral and hip fractures in postmenopausal women at high risk. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011 June;96(6):1727–36.
3. Boonen S, Marin F, Mellstrom D, Xie L, Desai D, Krege JH, et al. Safety and efficacy of teriparatide in elderly women with established osteoporosis: bone anabolic therapy from a geriatric perspective. *J Am Geriatr Soc.* 2006 May;54(5):782–9.
4. Li X, Zhao Y, Cheng L, Yan C, Guo D, Liang Y, et al. Postoperative osteoporosis therapy and risk of re-fracture in elderly patients with hip fractures: a multicenter retrospective cohort study. *Osteoporos Int.* 2025 Dec 1;
5. Vandenbroucke A, Luyten FP, Flamaing J, Gielen E. Pharmacological treatment of osteoporosis in the oldest old. *Clin Interv Aging.* 2017;12:1065–77.
6. GBD 2019 Fracture Collaborators. Global, regional, and national burden of bone fractures in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Healthy Longev.* 2021 Sept;2(9):e580–92.
7. Oertel MJ, Graves L, Al-Hihi E, Leonardo V, Hopkins C, DeSouza K, et al. Osteoporosis management in older patients who experienced a fracture. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1111–6.
8. Sing CW, Lin TC, Bartholomew S, Bell JS, Bennett C, Beyene K, et al. Global Epidemiology of Hip Fractures: Secular Trends in Incidence Rate, Post-Fracture Treatment, and All-Cause Mortality. *J Bone Miner Res.* 2023 Aug;38(8):1064–75.
9. Cortet B, Chauvin P, Feron JM, Grange L, Coulomb A, Launois R, et al. Fragility fractures in France: epidemiology, characteristics and quality of life (the EPIFRACT study). *Arch Osteoporos.* 2020 Mar 13;15(1):46.
10. Roux C, Briot K. The crisis of inadequate treatment in osteoporosis. *Lancet Rheumatol.* 2020 Feb;2(2):e110–9.
11. van Geel T a. CM, van Helden S, Geusens PP, Winkens B, Dinant GJ. Clinical subsequent fractures cluster in time after first fractures. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jan;68(1):99–102.
12. Kanis JA, Johansson H, Odén A, Harvey NC, Gudnason V, Sanders KM, et al. Characteristics of recurrent fractures. *Osteoporos Int.* 2018 Aug;29(8):1747–57.
13. Fuggle N, Laslop A, Rizzoli R, Al-Daghri N, Alokail M, Balkowiec-Iskra E, et al. Treatment of Osteoporosis and Osteoarthritis in the Oldest Old. *Drugs.* 2025 Mar;85(3):343–60.
14. Wang LT, Chen LR, Chen KH. Hormone-Related and Drug-Induced Osteoporosis: A Cellular and Molecular Overview. *Int J Mol Sci.* 2023 Mar 18;24(6):5814.
15. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023 Aug;14(4):625–32.

16. Hoong CWS, Saul D, Khosla S, Sfeir JG. Advances in the management of osteoporosis. *BMJ*. 2025 July 30;390:e081250.
17. Jalbert R, Blain H, Boudissa M, Bioteau C, Parent T, Arnaud M, et al. Zoledronic Acid Contraindications Prevalence among Hip-Fractured Patients Aged 75 Years or Over Hospitalized in an Orthogeriatric Unit. *Gerontology*. 2022 Jan 21;1–9.