



Comment faire de vieux os

Des preuves de plus en plus nombreuses laissent croire que les PVVIH sont susceptibles d'avoir des problèmes liés aux os. **Derek Thaczuk** et **Debbie Koenig** vous en disent plus.

LORSQUE David Vereschagin a reçu les résultats de sa première ostéodensitométrie en 2009, ceux-ci l'ont complètement déboussolé. À 52 ans, il apprenait qu'il avait la colonne vertébrale d'un septuagénaire. Et on le mettait en garde contre certaines activités qui risquaient d'accabler les os de sa colonne et de provoquer des fractures.

Cette nouvelle bouleversante était d'autant plus étonnante que David avait connu très peu de problèmes de santé depuis son diagnostic de séropositivité, en 1995. En fait, pendant une décennie entière suivant son diagnostic, David était resté en bonne santé sans l'aide de médicaments anti-VIH, son traitement n'ayant commencé qu'en 2005, lorsque son compte de CD4 est passé sous les 300 cellules, mais s'il avait attendu que son compte descende en dessous de 200 cellules, il se serait exposé à des risques de complications potentiellement mortelles. Depuis le début de son traitement, David avait vu son compte de CD4 augmenter et, jusqu'à sa fameuse ostéodensitométrie, n'avait connu qu'un seul autre revers : un épisode de calculs rénaux qui s'était presque résorbé.

Malheureusement, la mise en garde contre les activités exténuantes pour sa colonne incluait les entraînements au gym que David avait appris à aimer. L'avertissement « m'a vraiment fait craindre les exercices de musculation, comme si j'allais soulever un poids trop lourd un jour et entendre ma colonne se casser, » se rappelle-t-il. Comme ses entraînements constituaient un élément important de son style de vie sain, David ne pouvait y renoncer : « J'avais juste beaucoup plus d'anxiété en les faisant ».

Entre-temps, la spécialiste du VIH de David a brouillé davantage les cartes en exprimant cette opinion étonnante : personnellement, « elle ne se serait pas donné la peine » de faire l'ostéodensitométrie, parce que « personne ne sait quoi faire » de l'information qu'elle donne. David se rappelle le grand désarroi qu'il a éprouvé face à ces différents points de vue et à cette nouvelle tournure des événements.

Alors, que se passe-t-il au juste dans les os des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH)? Est-il possible de trouver une réponse sans passer par l'anxiété et la confusion? Nous allons tenter notre chance.

C'est quoi un os, au juste?

Les os sont forts, mais pas solides. Leur texture est dense à certains endroits et spongieuse à d'autres. La *densité minérale osseuse (DMO)* est la mesure qui permet aux médecins d'évaluer la densité et, par extension, la force des os. La densité osseuse peut varier d'un os à l'autre et changer au fil du temps. (Mentionnons, à titre d'exemple, que David avait une DMO faible dans la colonne, mais une DMO normale dans les hanches.) Les os sont des éléments vivants de notre corps; ils s'usent et se reconstruisent constamment. À partir de la mi ou de la fin de la vingtaine (âge auquel les os sont les plus forts), les os s'érodent légèrement plus vite qu'ils ne se remplacent, ce qui affaiblit graduellement la structure squelettique.

Autrement dit, la diminution de la densité osseuse est une conséquence normale du vieillissement et n'est pas problématique tant que les pertes sont faibles. Les os en santé sont tellement résistants que l'on peut subir des pertes de densité osseuse assez importante sans courir de risque de fracture. On appelle une perte

modérée de DMO l'*ostéopénie*. Si la perte se poursuit, les os deviennent poreux, fragiles et sujets aux fractures; lorsque cela arrive, on parle d'une maladie plus grave appelée *ostéoporose*. Typiquement, comme elles ne causent pas de symptômes remarquables, l'ostéopénie et l'ostéoporose passent facilement inaperçues jusqu'à ce qu'un os se brise.

Dr Jason Szabo, professeur adjoint de médecine familiale à l'Université McGill, propose de considérer la densité osseuse comme « un compte bancaire. On le fortifie dans sa jeunesse, grâce à une bonne nutrition et à l'exercice. Puis, passé un certain âge, on fait de petits retraits tous les jours. Si on n'établit pas de 'solde' important de bonne heure, le risque de manquer de fonds — c'est-à-dire le risque d'ostéoporose — augmente. »

D'ordinaire, chez les personnes séronégatives, les problèmes osseux touchent le plus souvent les femmes ménopausées, dont les fluctuations hormonales provoquent un déclin important de la DMO. Cependant, de nos jours, les hommes séropositifs éprouvent des problèmes osseux dès un âge anormalement jeune. Et les femmes ménopausées vivant avec le VIH sont plus sujettes à l'ostéopénie et à l'ostéoporose que leurs consœurs séronégatives. Les chiffres varient, mais certaines études suggèrent que l'ostéoporose toucherait une PVVIH sur dix. Et de nombreuses études ont révélé que l'ostéopénie (perte osseuse moins grave) touchait 30 % ou plus des PVVIH.

Avis contradictoires

La question se pose donc : l'ostéoporose cause-t-elle nécessairement une augmentation du risque de fracture chez les PVVIH? Comme c'est certainement le cas des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, qu'elles aient le VIH ou non, on serait tenté de conclure qu'il en est de même pour les PVVIH aussi. Pourtant, certains experts (dont la spécialiste de David) soutiennent que les études ne sont pas concluantes pour le moment et qu'il faut faire plus de recherche pour pouvoir l'affirmer avec certitude.

Le Dr Szabo est moins optimiste. « Grâce à plusieurs études par observation d'envergure, nous savons que le VIH accroît grandement le risque d'ostéoporose. Les études prospectives — celles qui nous parlent des aboutissements (d'une maladie ou d'un traitement) — sont beaucoup plus limitées. Mais certaines données portent à croire que l'ostéoporose est un facteur de risque de fracture chez les PVVIH, comme chez tout le monde. Je me doute bien que nous verrons davantage de fractures ostéoporotiques chez nos patients séropositifs au fil du temps. »

Lors d'une étude particulière, on a observé que le VIH augmentait le risque de fracture chez les hommes d'environ 40 %, et ce, indépendamment d'autres facteurs. Cela ne semble pas être le cas chez les jeunes femmes séropositives; quant aux femmes âgées vivant avec le VIH, les données sont insuffisantes pour affirmer que le VIH leur fait courir un risque accru de fractures.

Qu'est-ce qui explique les pertes osseuses?

Pourquoi une personne souffre-t-elle d'une maladie osseuse, tandis qu'une autre conserve des os forts jusqu'à ses vieux jours? Les **facteurs de risque traditionnels d'ostéoporose** comprennent les suivants :

- antécédents familiaux de la maladie
- 65 ans ou plus
- faible masse corporelle (avoir une ossature très mince et menue)
- tabagisme
- forte consommation d'alcool

- prise de certains médicaments, dont les glucocorticoïdes (p. ex., prednisone), pendant plus de trois mois
- affections médicales qui interfèrent avec l'absorption d'éléments nutritifs, comme la maladie de Crohn ou la maladie cœliaque
- mode de vie sédentaire
- hyperthyroïdie
- alimentation pauvre en calcium
- ménopause précoce (avant l'âge de 45 ans) ou un faible taux de testostérone chez l'homme

Les personnes vivant avec le VIH présentent des **facteurs de risque d'ostéoporose supplémentaires**, dont l'*infection au VIH elle-même*. On a montré que l'ampleur de la perte de densité osseuse augmentait en fonction de la durée de la séropositivité. Mais les données suggèrent que des *médicaments anti-VIH particuliers*, notamment les inhibiteurs de la protéase, pourraient être un facteur de risque. De plus, nombre d'études semblent indiquer que le médicament anti-VIH ténofovir a un impact sur la densité osseuse, mais ce n'est pas aussi simple que cela. Lors des études en question, la densité osseuse aurait diminué rapidement dès la première année suivant la première dose de ténofovir (Viread, et aussi dans Truvada et Atripla), mais se serait stabilisée à la suite de ce déclin initial. Le message à retenir : si vous prenez un inhibiteur de la protéase ou le ténofovir, vous seriez sans doute malavisé de le remplacer par un autre médicament simplement parce que vous craignez le risque de pertes osseuses. Si vous prenez du ténofovir et que vous constatez une baisse *importante* de votre DMO, vous devriez demander à votre médecin de mesurer votre taux de phosphate, car la prise du ténofovir peut causer une baisse du taux de ce minéral essentiel à la santé des os.

L'ostéodensitométrie

Si vous connaissez les facteurs de risque d'ostéoporose, il vous sera plus facile d'éviter certains d'entre eux et de reconnaître un problème potentiel avant qu'il se produise. Il reste qu'il est tout à fait possible de présenter plusieurs facteurs de risque sans jamais développer l'ostéoporose. Selon beaucoup de personnes, la meilleure façon de confirmer la présence d'une perte osseuse consisterait à subir une ostéodensitométrie pour faire mesurer sa DMO. Il s'agit d'une intervention indolore non invasive qui permet de déterminer l'ampleur de la perte osseuse et sa précocité (elle pourrait s'aggraver ou pas par la suite) et s'il y a lieu de s'inquiéter. Une ostéodensitométrie fournit aussi une mesure de base qui servira de référence lors des tests ultérieurs.

Les lignes directrices actuelles recommandent de mesurer la DMO dans les cas suivants : tous les hommes et femmes de 65 ans et plus; les adultes de 50 ans et plus présentant certains facteurs de risque de fracture (fracture de fragilité antérieure, usage à long terme de certains médicaments, tabagisme et consommation importante d'alcool); les hommes et femmes de moins de 50 ans souffrant d'une maladie ou d'un trouble médical associé à la perte de densité osseuse (maladie inflammatoire chronique ou hyperthyroïdie non maîtrisée, par exemple). À l'heure actuelle, il n'existe pas de lignes directrices sur l'utilisation de l'ostéodensitométrie chez les personnes séropositives, mais de nombreux experts maintiennent que le VIH devrait être ajouté à la liste de facteurs de risque et que les PVVIH de plus de 50 ans devraient subir une ostéodensitométrie tous les trois ou quatre ans.

Il est important de retenir que la DMO n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres et que beaucoup de personnes atteintes d'ostéoporose ne subiront jamais de fracture osseuse. Comme nous l'avons déjà mentionné, tous les experts ne s'entendent pas quant à la marche à suivre lorsque les résultats d'une

ostéodensitométrie sont connus. Il n'empêche qu'on peut faire plein de choses pour bien vivre avec l'ostéoporose.

Options de traitement

En ce qui concerne la santé des os, **la prévention est le meilleur remède**. Beaucoup des diverses mesures de prévention de l'ostéoporose réussissent également à prévenir les pertes osseuses chez les personnes déjà aux prises avec l'ostéopénie ou l'ostéoporose. Au fond, c'est simple, on n'est jamais trop jeune ni trop vieux pour commencer à renforcer ses os.

La vitamine D₃ et le calcium sont essentiels à la santé des os. Presque toutes les parties du corps ont besoin de calcium pour bien fonctionner. Quand il en manque, le corps cherche le calcium dont il a besoin dans les os. Ainsi, si votre alimentation ne vous en donne pas assez, la prise de suppléments de calcium est peut-être à envisager. Pour être capable d'absorber du calcium et d'autres minéraux, le corps a besoin de vitamine D₃. Cette vitamine du soleil est maintenant largement louée pour ses nombreux bienfaits pour la santé, d'autant plus que l'ampleur du problème de déficience au Canada est maintenant reconnue. (Pour en savoir plus sur l'apport quotidien recommandé, consultez [Un guide pratique de la nutrition pour les personnes vivant avec le VIH](#) sur le site Web de CATIE ou communiquez avec le [Centre de distribution de CATIE](#).)

L'exercice accroît la densité des os et améliore la posture et l'équilibre. Les exercices de port de poids (où les os supportent le poids du corps comme la marche, le tai-chi, etc.) et les activités qui renforcent la stabilité du torse et les muscles sont particulièrement utiles pour prévenir les chutes et les fractures. Les personnes ayant subi des pertes osseuses importantes doivent prendre garde de ne pas surcharger leurs os et devraient consulter un médecin ou un thérapeute en sport pour déterminer leur seuil de tolérance à l'entraînement physique.

L'abstinence en matière de tabagisme et la réduction de sa consommation de caféine et d'alcool font beaucoup de bien aux os.

La prévention des chutes (mettre du sel ou du sable sur les chaussées glacées, dégager les escaliers, éviter de marcher sur les surfaces lisses en chaussettes, bien fixer les tapis et les câbles, etc.) prévient aussi les fractures.

Se faire tester pour des causes secondaires. Le Dr Szabo recommande une évaluation complète pour chercher des « causes secondaires », c'est-à-dire des affections traitables autres que le VIH qui pourraient contribuer au déclin de la DMO. À titre d'exemple, mentionnons qu'un faible taux d'hormones sexuelles (hypogonadisme) ou l'hyperparathyroïdie peut contribuer à une perte osseuse. Si votre taux de testostérone est faible, problème courant chez les hommes séropositifs, ou si votre taux d'œstrogène diminue à cause d'une ménopause précoce ou d'un trouble alimentaire, sachez que l'hormonothérapie substitutive pourrait vous aider.

Enfin, la médication est une option. Il existe une classe de médicaments appelés bisphosphonates qui inhibent la dégradation des os et qui augmentent la masse osseuse dans certains cas. (Jusqu'à présent, peu d'études ont examiné spécifiquement l'efficacité de ces médicaments chez les PVVIH.)

Question d'équilibre

Peu de temps après que David ait reçu son diagnostic d'ostéoporose, il y a deux ans, son médecin de famille lui a recommandé de prendre une combinaison de calcium, de vitamine D₃ et de risédronate

(Actonel), un médicament de la classe des bisphosphonates. Deux mois plus tard, il a remarqué que son urine était trouble. Se demandant si le calcium qu'il excrétaient en était la cause, David a posé la question à son néphrologue. Celui-ci lui a demandé de passer d'autres tests de sang et d'urine et une échographie qui ont laissé soupçonner une toxicité rénale. David a donc cessé de prendre ses suppléments de calcium. Comme il avait vécu un épisode de calculs rénaux pendant qu'il prenait des suppléments de calcium et pendant une courte période après, il semblerait que les suppléments étaient effectivement à l'origine de son problème rénal.

Cet épisode a servi à rappeler à David le lien étroit qui existe souvent entre les différents problèmes médicaux. « La plupart d'entre nous qui avons le VIH n'avons pas un seul problème de santé », dit-il. Encaisser le choc de son diagnostic du VIH a été un obstacle, mais « c'est un processus continu, souligne-t-il. J'ai dû m'éduquer continuellement au sujet du VIH, des reins, de l'ostéoporose... tout est lié. Il faut donc trouver ce qui vous convient. »

Rien n'empêche la plupart des personnes de prendre des suppléments de calcium ou de vitamine D₃, mais si vous avez déjà eu des calculs ou d'autres problèmes rénaux, il vaut mieux en parler avec votre médecin afin de pouvoir faire une évaluation exhaustive de votre cas.

Il semble que David ait trouvé ce qui lui convient et ce qui convient à ses reins. Les résultats de ses tests de la fonction rénale sont stables, et sa dernière ostéodensitométrie laisse croire que ses séances de musculation et de yoga, l'abandon des suppléments de calcium et la prise du risédronate portent ses fruits, car elle indiquait une augmentation de 5 % à 6 % de la densité osseuse de sa colonne. De plus, ses calculs rénaux ne lui ont pas causé de problème depuis le dernier épisode. David a donc mis de côté son anxiété et continue de faire de l'exercice avec une confiance renouvelée sachant qu'il n'y laissera pas ses os. Le mode de vie holistique et la prise en charge de soi marquent donc un point.