

Mots clés :

Carence en
vitamine D ;
Ostéoporose ;
Politique nutri-
tionnelle
[Nutritional
policy; Osteopo-
rosis; Vitamin D
Deficiency]

Supplémentation en vitamine D chez l'adulte : quand et comment ?

Il est difficile d'évaluer le « déficit réel » en vitamine D. Selon les données OMS¹, une exposition solaire des bras et du visage d'environ 30 mn/j (selon les saisons), à laquelle s'ajoutent les apports alimentaires courants, couvre les besoins dans la plupart des cas aux latitudes 42°N à 42°S (*Bibliomed* 692). Les normes admises montrent un déficit sévère fréquent, mais de signification clinique incertaine, sauf peut être aux dosages très bas de carences vraies (*Bibliomed* 660, 677). Le principe d'une supplémentation ne fait consensus que dans ce cas, ses modalités et dangers potentiels restant largement discutés.

Supplémenter ?

Il y a divergence entre les avis d'experts et les recommandations pluridisciplinaires. Ainsi, le *GRIIO* (groupe de recherche français sur l'ostéoporose) recommande de supplémenter quasi-systématiquement les personnes âgées de plus de 65 ans, dans la plupart des cas sans dosage préalable, à des doses de 800 à 1200 UI/j², ainsi que les autres populations à risque clinique après dosage sérique. Mais l'agence américaine USPSTF, s'appuyant sur les données de sa méta-analyse³, recommande de supplémenter les seules personnes âgées ayant une histoire de chutes ou de fractures (600 à 800 UI/j selon l'âge ; grade B). L'effet préventif sur le risque de chute est bien démontré à domicile, mal en institution et inversement pour le risque de fracture. Les données sont insuffisantes pour recommander ou non de supplémenter d'autres populations (grade I) à des doses >400 UI/j. Des doses inférieures ne servent à rien (grade D : ne pas utiliser)⁴. L'USPSTF rappelle les apports nutritionnels quotidiens utiles proposés en 2011 par *l'Institute of Medicine* : 600 UI avant 70 ans, 800 après, avec un apport calcique équivalent à 1g/j, un peu plus en cas de grossesse, allaitement ou ménopause, ou après 70 ans chez l'homme (1,2-1,3g).

Quels sont les objectifs thérapeutiques ?

La prévention de certains cancers, évoquée dans des études observationnelles, ne peut être retenue (données inconclusives)^{3,4}. Les seuls objectifs factuels sont donc la réduction du risque de chutes et de fractures testée dans de nombreuses études, surtout chez la femme post-ménopausée (l'étude WHI étant dominante)^{3,4}. Le *GRIIO* ne conçoit de traitement de l'ostéoporose qu'associé à une correction des insuffisances vitaminiques D : ce n'est fondé que sur des protocoles thérapeutiques et quelques études observationnelles².

Que conclure pour notre pratique ?

L'intense couverture médiatique – presse médicale et grand public – autour de la vitamine D a provoqué ces dernières années **une demande (et prescription) massive de dosages sériques**. Aux normes actuelles, des éditorialistes anglais remarquent que tous les adultes consultants hivernaux d'un cabinet de médecine générale sont en insuffisance ou carence⁵... A quoi servent donc ces examens ?

L'efficacité d'une supplémentation en vitamine D est prouvée dans le traitement du rachitisme et de l'ostéomalacie. Il existe quelques autres indications dans la population âgée. Sattar *et al.* rappellent que l'enthousiasme pour les aliments complétés en vitamine D a été responsable dans les années 1950 d'une épidémie d'hypercalcémies chez les petits Anglais⁵. Le large usage des dosages sériques chez des patients asymptomatiques est inutile, comme bon nombre de suppléments injustifiés. Le titre « *Coûteux, source de confusion et sans crédibilité* »⁵ décrit assez bien ces deux faces de la situation actuelle...

Comment supplémenter ?

Dans les essais randomisés analysés par l'USPSTF, les doses de vitamine D utilisées en supplémentation varient de 300 à 1370 UI/J, la plupart des essais utilisant 800 UI/j, avec un apport calcique de 1g/j. Sur 16 essais randomisés (ECR) répondant aux critères de sélection de la méta-analyse, 5 comparaient la vitamine D seule vs placebo (près de 15 000 patients, 400 à 1370 UI/J, suivi 7 mois à 5 ans, sans effet sur le risque fracturaire), 11 vitamine D (300 à 1000 UI/j) + calcium (0,5 à 1,2 g/j) chez plus de 50 000 patients, dont 69% de femmes ménopausées, suivis 1 à 7 ans (ce sont ces résultats qui justifient la recommandation⁴), sans montrer de différences selon les doses utilisées au dessus de 400 UI/j (par incrémentation de 100 UI). Les études observationnelles analysées ne changent pas ces conclusions. Les auteurs admettent que différents facteurs pourraient expliquer en partie ces résultats quasi nuls : dose insuffisante de vitamine D, manque de dosages sériques, mauvaise observance, faible risque de base des populations d'études, éventuelles suppléments vitaminiques ou calciques hors étude... Le principal obstacle est la difficulté de l'évaluation du réel statut vitaminique qu'aucune méthode ne permet de quantifier, alors qu'il y a risque de dépasser le seuil de dangerosité.

Quels en sont les dangers ?

WHI montrait 17% d'augmentation d'incidence de calculs rénaux en dehors de tout antécédent pour une supplémentation de 2g/j de calcium + 400 UI/j de vitamine D. Dans l'un des plus récents ECR de la méta-analyse, l'utilisation d'une dose annuelle de 500 000 UI de D3 (soit #1370 UI/J) chez des femmes à domicile ayant déjà eu chutes ou fractures a augmenté le risque ultérieur...

Références

- 1- OMS. Vitamin and mineral requirements in human nutrition. 2004.
- 2- Benhamou CL *et al.* La vitamine D chez l'adulte. *Recommandations du GRIIO*. *Presse Med.* 2011;40 :673-82.
- 3- Chung M *et al.* Vitamin D With or Without Calcium Supplementation for Prevention of Cancer and Fractures: An Updated Meta-analysis for the USPSTF. *Ann Intern Med.* 2011;155:827-38.
- 4- USPSTF. Vitamin D supplementation for prevention. July 2012.
- 5- Sattar N *et al.* Increasing requests for vitamin D measurement: costly, confusing, and without credibility. *Lancet.* 2012;379:95-6.