

Mots clés :

Carence en
vitamine D ;
Ostéoporose
[Vitamin D
Deficiency;
Osteoporosis]

Quand faut-il « quantifier » un éventuel déficit en vitamine D ?

Les carences en vitamine D (vit D) les mieux documentées concernent le squelette (rachitisme chez l'enfant, ostéoporose chez le sujet âgé, voire ostéomalacie en cas de carences profondes), mais de nombreuses autres pathologies sont fréquemment évoquées (*Bibliomed* 660). Les dosages biologiques de plus en plus demandés reflètent-ils effectivement les besoins *cliniques* réels en vit D ? Sont-ils utiles à la décision en termes d'*objectifs thérapeutiques* ? Différentes revues générales et consensus d'experts débattent des informations qu'apporte ce dosage¹⁻⁴. Les données d'observation de l'étude nationale nutrition santé (ENNS)⁵ précisent le statut vitaminique des Français.

Variations interlaboratoires

Selon divers consensus d'experts européens^{1,2} ou nord-américains^{3,4}, le statut vitaminique D est évalué actuellement par la mesure de la seule 25(OH)D sérique. Ce dosage est fait par des techniques très variées selon les laboratoires, chacune ayant ses limites et imprécisions. Il n'y a ni méthode de référence, ni standard international. Tous insistent de ce fait sur la difficulté de définir un seuil objectif d'insuffisance vitaminique et proposent que toute décision de supplémentation soit fondée sur des critères cliniques. Le rendu des résultats, en nmol/l ou en ng/ml, peut être cause d'erreur de lecture et d'interprétation. Il est actuellement admis (accord professionnel) qu'il y a carence en vit D lorsque le dosage de 25(OH)D est en dessous de 20 ng/ml (50 nmol/l) et insuffisance entre 21 à 29 ng/ml (52,5 à 72,5 nmol/l)¹⁻⁴.

Insuffisance/carence en vit D et dosages

Selon ces définitions, il y aurait entre 40 et 100% des adultes européens et américains qui seraient en déficit de vit D⁴. Dans l'enquête 2006-2007 en France métropolitaine, sur 1587 adultes (sans traitement de vit D), le dosage moyen était à 23 ng/ml : moins de 30 chez 80% (déficit *modéré*), entre 20 et 30 chez 40% (déficit *modéré à sévère*) et moins de 10 chez 5% (déficit *sévère*), dans des populations vulnérables (faible statut socioéconomique et exposition solaire réduite)⁵. Le déficit (*sérique*) en vit D concernerait donc la grande majorité de la population. Les raisons sont multiples ; vivre dans une région ensoleillée n'est pas obligatoirement synonyme de production optimale de vit D, comme l'ont montré des études observationnelles dans de nombreux pays subtropicaux^{1,2,4}.

Que conclure pour notre pratique ?

Le déficit sérique en vitamine D est fréquent en population générale, notamment chez les personnes âgées, comme l'ont montré de nombreuses études en France et un peu partout dans le monde. La signification *clinique* réelle de ce déficit, qui atteindrait selon les normes retenues la très grande majorité de la population, pose de nombreuses questions sans réponses.

Le dosage de la 25(OH)D doit être réservé aux populations à risque clinique élevé et, en règle générale, dans toutes les situations au cours desquelles l'objectif est d'obtenir un taux optimal de 25(OH)D³. La constante augmentation des prescriptions de dosages (coût unitaire B75, soit 20,25 € en 2011) impose une réflexion argumentée sur l'objectif visé.

La vraie question pour nos patient(e)s reste celle d'une éventuelle supplémentation : quel bénéfice en attendre, sous quelle forme la proposer, (quantité et durée) ? Nous y reviendrons.

Quel est le risque d'intoxication par la vit D ?

Il est exceptionnel mais peut être causé par l'ingestion accidentelle ou intentionnelle de doses excessives, au-delà de 50 000 UI/j pendant plusieurs semaines^{2,4}. Il ne survient qu'avec des taux de 25(OH)D >100, voir 200 ng/ml^{1,3,4}. L'exposition importante au soleil (taux entre 100 et 200 ng/ml de façon prolongée¹) n'a jamais provoqué d'intoxication.

Faut-il doser la 25(OH)D et quand ?

Il y a accord des différents groupes d'experts^{1,3,4} sur le fait qu'aucune donnée ne démontre qu'un dépistage généralisé est utile, notamment du fait des chiffres évoqués ci-dessus. Le dosage n'est recommandé que chez des patients à risque *clinique* d'insuffisance du fait d'une pathologie osseuse, rhumatismale inflammatoire ou endocrinienne, insuffisance rénale, malabsorption intestinale (couplé selon les cas au dosage de la parathormone sérique), chutes à répétition sans explication chez un patient âgé, maladie ou traitement favorisant l'ostéoporose, ménopause précoce, etc.^{1,2,3}. Il aurait pour but dans ces cas de préciser le statut initial pour adapter les schémas d'attaque et d'entretien d'une supplémentation en vit D. Les dosages ultérieurs relèvent du cas par cas : nécessité de doses de vit D plus importantes en cas d'obésité, de malabsorption, ou de médicaments affectant le métabolisme de la vit D, risque d'hypercalcémie en cas d'hyperparathyroïdie ou de production extrarénale de vit D²... En dehors de ces situations particulières, la supplémentation en vit D aux doses habituelles ne nécessite aucune investigation biologique compte tenu du risque exceptionnel de surdosage.

Références

- 1- Académie de Médecine. Statut vitaminique, rôle extra osseux et besoins quotidiens en vitamine D. Rapport, conclusions et recommandations. Mai 2012.
- 2- Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency. July 2011.
- 3- Benhamou CL et al. La vitamine D chez l'adulte. Recommandations du GRIQ. Presse Med. 2011;40:673-82.
- 4- Holick MF. Vitamin D Deficiency. N Engl J Med. 2007;357:266-81.
- 5- Vernay M. Statut en vitamine D de la population adulte en France : ENNS, 2006-2007. BEH. 2012;16-17:189-94.

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/inscription/>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à : unadoc@unaformec.org