

### DOSAGE DE LA VITAMINE D QUELLES INDICATIONS DE VALEURS SUR LES COMPTES-RENDUS

De nombreuses études scientifiques observationnelles et interventionnelles ont mis en lumière l'importance de la vitamine D et du dosage du taux sérique de sa forme 25-OH D. Les recommandations nationales et internationales se sont multipliées pour proposer des valeurs sériques souhaitables, en particulier chez les personnes à risque d'ostéoporose ainsi que chez celles à risque de chutes, ces deux situations se combinant pour conférer aux patients un risque élevé de fractures de fragilité. Cet intérêt pour la vitamine D a fait entrer dans la pratique courante la réalisation du dosage, mais ceci s'est accompagné d'une certaine confusion dans la terminologie entre valeurs normales, valeurs souhaitables, carence, insuffisance ... et la prise en charge médicale à proposer ou non en fonction du résultat et du contexte clinique.

Nous souhaiterions donc que soient harmonisées les mentions accompagnant les résultats de dosage de 25-OH D avec, comme proposition, les seules mentions « carence pour un taux inférieur à 10 ng/ml » et « valeurs souhaitables entre 30 et 60 ng/ml ».

La notion de carence est bien définie et suffisamment explicite pour le praticien. Il s'agit d'une situation avec un risque élevé de trouble de minéralisation qu'il convient absolument de corriger dans tous les cas [1].

La détermination d'un seuil minimal à 30 ng/ml pour les valeurs souhaitables [2,3] repose sur les résultats d'études scientifiques démontrant notamment une absorption digestive calcique optimale au-dessus de cette valeur seuil, ainsi qu'un moindre risque de chutes [4] et une réduction du risque de fracture [5].

La valeur du seuil maximal de 60 ng/ml pour ces mêmes valeurs souhaitables ne dépend pas du risque d'intoxication qui n'existe que pour des valeurs très élevées de l'ordre de 150 ng/ml avec un retentissement sur les valeurs sériques et urinaires de calcium [6]. En revanche, certaines études observationnelles suggèrent un risque accru de maladies chroniques notamment cardiovasculaires, ou de certains types de cancer [7,8] pour des valeurs de 25-OH D supérieures à 50/60 ng/ml. Il faut également souligner que les populations vivant dans des conditions environnementales particulièrement propices à la synthèse cutanée de vitamine D, ont des taux spontanés de 25-OH D inférieurs à 70/ng/ml [9]. En conséquence, il paraît raisonnable dans l'état actuel des connaissances de préciser aux praticiens ainsi qu'à leurs patients, qu'il est souhaitable que leurs valeurs de 25-OH D soit entre 30 et 60 ng/ml.

Il faut insister sur ce terme de « souhaitable » car il ne s'agit bien évidemment pas de valeurs normales basées sur les taux de 25-OH D d'une population générale comme c'est le cas pour un dosage biologique habituel. Ces taux sont en effet trop fluctuants en fonction de divers paramètres comme le lieu d'habitation, la saison ou l'exposition aux ultra-violets.

C'est également pour cette raison qu'il nous paraît important de ne pas préciser à quoi correspond une valeur entre le seuil de carence à 10 ng/ml et la valeur minimale souhaitable de 30 ng/ml. En effet, entre ces deux valeurs, l'attitude thérapeutique sera totalement différente selon qu'il s'agit d'un patient avec une fragilité musculaire ou osseuse dont il conviendra d'élever le taux de 25-OH D ou un adulte jeune en sortie d'hiver, chez qui ce taux ne justifie aucune prise en charge spécifique et chez qui en réalité le dosage de la 25-O HD n'est probablement pas indiqué [10]. L'expérience actuelle montre que le terme d'insuffisance en vitamine D, adapté uniquement aux malades fragiles, conduit souvent à une démarche thérapeutique dans tous les cas et donc souvent excessive.

## Références

- 1-Holick M. *Vitamin D deficiency. N Engl J Med* 2007;357:266-81
- 2-Benhamou CL, Souberbielle JC, Cortet B et al. *La vitamine D chez l'adulte: recommandations du GRIO Presse Med* 2011;40:673-82
- 3-Hotick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA et al. *Guidelines for preventing and treating vitamin D deficiency and insufficiency revisited. J Clin Endocrinol Metab.*2012;97:1153-8
- 4-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
- 5-Bischoff-Ferrari H, Witlett W, Wong J, et al. *Prevention of nonvertebral fractures with oral vitamin D and dose dependency. Arch Int Med* 2009;169:551-61
- 6-Hathcock J, Shao A, Vieth R, et al. *Bisk assessment for vitamin D. Am J Clin Nutr* 2007;85:6-11
- 7-Stotzenberg-Solomon RZ, Jacobs EJ, Arslan AA et al. *Circulating 21-hydroxyvitamin D and risk of pancreatic cancer: cohort consortium vitamin D pooling project of rarer cancers. Am J Epidemiol* 2011;172:81-93
- 8-Tuohimaa E, Tenkanen L, Ahonen M, et al. *Both high and low levels of blood vitamin D are associated with a higher prostate cancer risk: a longitudinal, nested case-control study in the Nordic countries. Int J Cancer* 2004;108:104-10
- 9-Luxwolda M, Kuiperst R, Kema I, et al. *Traditionnally living populations in East Africa have a mean serum 25-hydroxyvitamin D concentration of 115 nmol/L. British Journal of Nutrition* 2012;108:1557-61
- 10-Souberbiette JC, Courbebaisse M, Cormier C, et al. *When should we measure vitamin D concentration in clinical practice? Scand J Clin Lab Invest Suppl* 2012;243:129-35





