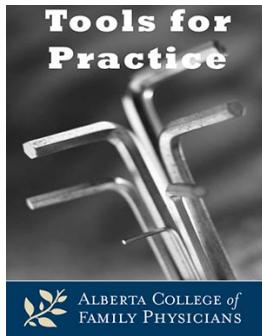


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

3 février 2014



Taux de vitamines D : les mesurer ou non?

Question clinique : Quelles sont les données probantes qui appuient la mesure des taux sériques de vitamine D chez les adultes?

Conclusion : L'analyse systématique des taux de vitamine D n'est pas nécessaire. Les laboratoires considèrent souvent les taux se situant entre 50 et 75 à 80 nmol/l comme une carence, mais il n'existe aucune donnée probante cohérente ou fiable appuyant ce seuil. De plus, la grande variabilité des tests limite l'interprétation des nouvelles mesures.

Données probantes

- Taux sériques cibles :
 - Une revue systématique de grande envergure¹ portant sur le sérum 25-hydroxyvitamine D (25[OH]D) semble indiquer que :
 - Les taux supérieurs à 75 nmol/l ne sont pas toujours associés à un effet bénéfique accru;
 - Les taux supérieurs à 50 nmol/l sont pratiquement suffisants pour toutes les personnes;
 - Les taux entre 30 et 50 nmol/l mettent certaines personnes, mais pas toutes, à risque de carence;
 - Les taux de moins de 30 nmol/l mettent la santé osseuse à risque.
- Aucun essai clinique randomisé portant sur les chutes ou les fractures n'a étudié les traitements en fonction de taux cibles précis de vitamine D.
- Proportion de la population présentant divers taux :
 - Les taux de moins de 75 à 80 nmol/l pour le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni sont de 97 %, de 77 % et de 87 %, respectivement²⁻⁴. Ils ne sont pas nécessairement préoccupants, compte tenu de la revue systématique ci-dessus.
 - Les résultats canadiens sur les taux potentiellement préoccupants montrent que 61 % ont un taux inférieur à 50 nmol/l² et 13 % ont un taux qui se situe au-dessous de 40 nmol/l¹.

Contexte

- Bien qu'un taux égal ou inférieur à 74 nmol/l soit considéré comme une « carence » par certains laboratoires provinciaux⁵, il n'existe aucune donnée probante qui appuie ce seuil.
- Chaque 800 UI de vitamine D augmente le taux de 25[OH]D de 8 à 16 nmol/l; toutefois, la relation dose/réaction n'est pas directement linéaire et dépend de nombreux facteurs, comme la saison, l'adiposité et la pigmentation de la peau^{1,6}.
- Les dosages de vitamine D ont un coefficient de variation qui peut atteindre 10 % à 20 %¹, ce qui signifie que les changements de taux avec des doses de 800 UI pourraient ne pas être discernables en raison de la variabilité des tests¹.
- Les lignes directrices de TOP suggèrent de prescrire le supplément sans faire de tests; les cas exceptionnels dans lesquels les tests pourraient être utiles sont également fournis dans ces lignes directrices⁷.
- Les mega doses de vitamine D (p. ex. 150 000 UI tous les trois mois) ont été associées à des événements indésirables accrus, y compris les chutes et les fractures^{8,9}.
- Le recrutement dans bon nombre d'essais portant sur la supplémentation en vitamine D n'a pas été fondé sur les taux de vitamine D, et les traitements spéculatifs ont été bénéfiques¹⁰⁻¹².
- Les doses de vitamine D dans la plupart des essais n'étaient pas ajustées en fonction des taux de vitamine D¹³⁻¹⁹.
- Le coût d'un dosage de 25[OH]D s'élève à 61,32 \$²⁰.

Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D., Scott Garrison, M.D., Ph. D., et James McCormack, B. Sc. (pharmacie), Pharm. D.

Divulgation

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. IOM (Institute of Medicine), 2011, Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D, Washington, DC, The National Academies Press.
2. Rucker D, Allan JA, Fick GH, *et al.*, CMAJ, 2002, 166(12) : 1517-1524.
3. Hyppönen E, Power C, Am J Clin Nutr, 2007, 85 : 860-868.
4. Ginde AA, Liu MC, Camargo CAJ, Arch Intern Med, 2009, 169(6) : 626-632.
5. BC Biomedical Laboratories Adult Reference Ranges. Sur Internet : <http://198.71.215.83/refranges/Laboratory%20Adult%20Reference%20Intervals.pdf> (consulté la dernière fois le 18 novembre 2013).
6. Moyad M, Dermatol Nurs, 2009, 21(1) : 25-30,55.
7. Toward Optimized Practice, Vitamin D Guideline. Sur Internet : <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/28048723> (consulté la dernière fois le 18 novembre 2013).
8. Sanders KM, Stuart AC, Williamson EJ, *et al.*, JAMA, 2010, 303(18) : 1815-1822.
9. Glendenning P, Zhu K, Indjerjeeth C, *et al.*, J Bone Miner Res, 2012, 27(1) : 170-176.
10. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, *et al.*, Arch Intern Med, 2009, 169(6) : 551-561.
11. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, *et al.*, JAMA, 2004, 291(16) : 1999-2006.
12. Autier P, Gandini S, Arch Intern Med, 2007, 167(16) : 1730-1737.
13. Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, *et al.*, N Engl J Med, 1992, 327(23) : 1637-1642.

14. Meyer HE, Smedshaug GB, Kvaavik E, *et al.*, J Bone Miner Res, 2002, 17(4) : 709-715.
15. Trivedi DP, Doll R, Khaw KT, BMJ, 2003, 326(7387) : 469-472.
16. Lips P, Graafmans WC, Ooms ME, *et al.*, Ann Intern Med, 1996, 124(4) : 400-406.
17. Grant AM, Avenell A, Campbell MK, *et al.*, Lancet, 2005, 365(9471) : 1621-1628.
18. Porthouse J, Cockayne S, King C, *et al.*, BMJ, 2005, 330(7498) : 1003.
19. Jackson RD, LaCroix AZ, Gass M, *et al.*, N Engl J Med, 2006, 354(7) : 669-683.
20. British Columbia Medical Association, Vitamin D Testing Protocol. Sur Internet : <http://www.bcguidelines.ca/pdf/vitamind.pdf> (consulté la dernière fois le 18 novembre 2013).
21. Allan GM, Korownyk C, Tools for Practice. Sur Internet : http://www.acfp.ca/Portals/0/docs/TFP/20131212_021925.pdf (consulté la dernière fois le 21 janvier 2014).

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.