



LA VITAMINE D DE 0 – 100 ANS : RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA SUPPLEMENTATION ET LE DOSAGE

MESSAGES A RETENIR POUR LA PRATIQUE

1. CHEZ L'ENFANT JUSQU'A 18 ANS

1.1. Supplémentation (recommandation de classe I)

Au vu des données de la littérature concernant les apports recommandés en vitamine D chez l'enfant et étant donné

- l'importance primordiale de la vitamine D dans la croissance musculo-squelettique
- la variabilité et le risque d'insuffisance des apports endo- et exogènes naturels,
- le faible risque de surdosage,

Le Conseil scientifique recommande une supplémentation générale de tous les enfants, dès les premiers jours de vie à raison de de 400-500 UI/j (soit 10-12 µg/j).

1.2. Dosage (Recommandation de classe I)

Un contrôle du dosage est utile uniquement chez certains enfants ou adolescents à risque plus élevé de déficit en vitamine D (maladies chroniques telles que insuffisance rénale chronique, malabsorption ou encore traitement antiépileptique ...).

Le dosage de la vitamine D chez l'enfant doit rester exceptionnel et est à réserver aux spécialistes dans le cadre du diagnostic de pathologies spécifiques.

2. CHEZ L'ADULTE

2.1. Supplémentation (recommandation de classe I)

- Selon les données de la littérature, l'apport journalier recommandé chez l'adulte de 18 à 65 ans varie entre de 400-800 UI/j (soit 10-20 µg/j). A partir de 65 ans, les apports conseillés atteignent 800-1500 UI/j (soit 65-100 µg/j).
- Il n'est pas établi qu'une supplémentation générale de la population adulte soit bénéfique.

Face à un patient présentant un risque d'apport naturel insuffisant, une supplémentation aux doses ci-dessus doit être proposée, sans aucun dosage sanguin préalable ou de suivi.



2.2. Dosage (recommandation de classe III)

Le dosage de la vitamine D est à réserver à un nombre très limité d'indications spécifiques :

- ostéoporose confirmée
- pathologie ou traitement induisant une ostéoporose (ex. glucocorticoïdes, antiépileptiques, antifongiques...)
- bilan phosphocalcique incluant le dosage de la parathormone, pour exclure une cause d'ostéoporose secondaire
- rachitisme,
- ostéomalacie,
- mentions des Autorisations de mise sur le marché de certains médicaments de l'ostéoporose ;
- certaines situations particulières :
 - personnes âgées faisant des chutes répétées,
 - suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation
 - les patients insuffisants rénaux chroniques avec un DFG < 45ml/min/1.73m²
 - les patients traités par dialyse chronique
 - traitement chirurgical de l'obésité chez l'adulte
 - les situations de malabsorption intestinale.

Groupe de travail

Dr Martine DEBACKER	coordonateur du groupe de travail Direction de la Santé, membre du Conseil scientifique
Mr Yves BRUCH	Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, membre du Conseil scientifique
Dr Ronit CHAFAI	médecin-spécialiste en pédiatrie au CHL,
Dr Carine de BEAUFORT	médecin-spécialiste en pédiatrie au CHL
Dr Anouk ELVINGER	médecin-spécialiste en médecine générale
Dr Marco HIRSCH	médecin-spécialiste en rhumatologie
Dr Isabelle ROLLAND-PORTAL	Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, membre du Conseil scientifique

Les membres du GT ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Le Conseil scientifique remercie pour leur contribution :

Dr Marie-Laure FRIANT, pharmacien-biologiste travaillant dans un laboratoire privé
Dr Raphael LA SCHIAZZA, pharmacien-biologiste au CHEM
Dr Ben WEBER, chef de laboratoire