

## USAGE PREVENTIF DE LA VITAMINE D

Une exposition régulière au soleil garantit, chez la plupart des personnes, une bonne réserve en vitamine D; une carence en vitamine D peut toutefois survenir dans certaines situations. Le présent article attire l'attention sur les groupes à risque de carence en vitamine D et sur l'usage préventif de la vitamine D.

La vitamine D se forme dans la peau sous l'influence du soleil (avec formation de vitamine D<sub>3</sub>, synonyme colécalciférol), mais provient aussi dans une moindre mesure de la nourriture (vitamine D<sub>2</sub>, synonyme ergocalciférol, d'origine végétale, et vitamine D<sub>3</sub> d'origine animale, p. ex. poisson gras; certains aliments, p. ex. certaines margarines et laits artificiels pour enfants, sont enrichis en vitamine D). La vitamine D<sub>2</sub> et la vitamine D<sub>3</sub> sont transformées dans le corps en 1,25-dihydroxycolécalciférol actif (synonyme calcitriol).

La principale cause de carence en vitamine D est une exposition insuffisante au soleil, et les personnes à peau foncée ont besoin de plus de soleil pour pouvoir produire suffisamment de vitamine D. D'autres causes de carence sont p. ex. des troubles chroniques de la fonction rénale (par atteinte de l'hydroxylation 1 $\alpha$ ) et un régime très déficient ou une malabsorption des graisses. Une carence en vitamine D provoque de la faiblesse musculaire, des douleurs musculaires ou de la fatigue, et dans les cas graves, une ostéomalacie chez l'adulte, et un rachitisme chez l'enfant.

Une exposition régulière au soleil assure normalement une bonne réserve en vitamine D, et couvre les besoins en vitamine D. Une exposition prolongée au soleil est toutefois maintenant déconseillée.

Les principaux **groupes à risque de carence en vitamine D** sont les suivants.

- *Les personnes âgées séjournant en institution, et les personnes très âgées en général.* Bien que les recommandations ne soient pas univoques, il existe des arguments pour recommander, dans le cadre de la prévention et du traitement de l'ostéoporose chez ces personnes à risque, l'administration de suppléments en vitamine D, en association à du calcium. La dose recommandée de vitamine D est de 800 UI par jour, la dose de calcium élémentaire est de 0,5 g à 1 g par jour [voir Folia d'août 2004].

Il n'existe pas suffisamment de données pour recommander systématiquement la prise de suppléments en vitamine D et en calcium à toutes les femmes ménopausées: par exemple, aucun effet favorable de suppléments en vitamine D et en calcium sur le risque de fracture n'a pu être démontré dans une étude randomisée contrôlée par placebo réalisée dans un groupe de femmes qui avaient été incluses dans la *Women's Health Initiative*, une étude chez des femmes ménopausées âgées de 50 à 79 ans, surtout connue par l'étude des effets du traitement hormonal de substitution entre autres sur les accidents cardio-vasculaires [voir Folia d'octobre 2003].

- *Les enfants nourris au sein.* Le lait maternel contient en effet relativement peu de vitamine D, en particulier lorsque la mère dispose de peu de réserves en vitamine D. Le risque de carence en vitamine D est surtout élevé lorsque la mère et/ou l'enfant sont peu exposés au soleil ou ont une peau foncée, ou lorsque

l'enfant est né pendant les mois d'hiver. La prévention de la carence en vitamine D chez le nouveau-né nourri au sein doit de préférence être instaurée au cours des deux premiers mois de vie. Certains (p. ex. le Conseil Supérieur d'Hygiène en Belgique, *Nelson Textbook of Pediatrics*) proposent une dose de vitamine D de 400 UI par jour, d'autres (p. ex. *American Academy of Pediatrics*) 200 UI par jour. Pour les enfants qui ne sont pas nourris au sein, mais qui boivent au moins un demi litre de lait artificiel par jour, ce problème se pose beaucoup moins étant donné que les laits artificiels sont toujours enrichis en vitamine D (200 à 400 UI/ 0,5 l).

Le Conseil Supérieur d'Hygiène en Belgique recommande l'administration de suppléments en vitamine D chez les femmes enceintes et les femmes qui allaitent, et ce à la dose de 400 UI par jour. Un tel usage systématique est toutefois controversé, et repose sur peu de données. Il conviendrait toutefois d'être particulièrement attentif aux femmes enceintes qui ont une peau foncée, certainement lorsqu'elles sont peu exposées au soleil, ou si elles sont voilées.

Certains (p. ex. le Conseil Supérieur d'Hygiène en Belgique) recommandent l'administration de suppléments en vitamine D à tous les enfants jusqu'à l'âge p. ex. de 4 ans, et pendant les mois d'hiver, aussi aux enfants plus âgés et aux adolescents. Une telle administration systématique ne repose toutefois pas sur des preuves. Sur base des avis dans *Nelson Textbook of Pediatrics* et des recommandations de *l'American Academy of Pediatrics*, un supplément en vitamine D peut toutefois être envisagé chez les enfants trop peu exposés au soleil, certainement lorsqu'ils ont une peau foncée. [N.d.l.r. : une attention particulière doit être accor-

dée aux enfants qui sont peu exposés au soleil et sont traités par des anti-épileptiques avec un effet inducteur enzymatique: il est en effet décrit, surtout avec la phénytoïne mais aussi avec la carbamazépine et les barbituriques, que ces médicaments peuvent provoquer une carence en vitamine D.]

### Quelles préparations ?

- Pour la prise journalière de vitamine D, dans le cadre de la prévention d'une carence en vitamine D, le colécalciférol peut être utilisé dans les différents groupes à risque: D-Cure® p. ex. sous forme de gouttes (2.400 UI/ml ; 400 UI correspond à 5 gouttes).
- Chez les personnes âgées, on peut opter pour une association fixe de colécalciférol et de calcium (Cacit Vitamine D3 500/440®, Cacit Vitamine D3 1000/880®, D-Vital®, Sandoz Ca-D®, Steovit D3®).
- Les préparations à base de calcium, seul ou en association à de la vitamine D, sont toutefois assez onéreuses, et un effort supplémentaire pour atteindre les besoins journaliers en calcium au moyen de l'alimentation est donc aussi à recommander.
- Chez les personnes âgées, D-Cure® peut aussi être utilisé sous forme d'ampoules à usage oral (1 ampoule tous les mois ou tous les 2 mois), mais cette posologie est moins bien étudiée.
- Les autres dérivés de la vitamine D [alfacalcidol (1-Alpha Leo®), calcifédiol (Dedrogyl®), calcitriol (Rocaltrol®)] ne sont destinés à la prévention d'une carence en vitamine D que dans des situations spécifiques telles la cholestase ou l'insuffisance rénale; en cas d'insuf-

finance rénale, l'hydroxylation 1 $\alpha$  est perturbée, et il convient d'utiliser l'alfacalcidol ou le calcitriol.

Les références peuvent être retrouvées à la suite de l'article sur notre site web [www.cbip.be](http://www.cbip.be)

---

## PARALYSIE DE BELL

La paralysie de Bell (Bell's palsy ou paralysie faciale idiopathique) est une paralysie faciale périphérique, qui apparaît le plus souvent brusquement et peut s'accompagner d'une perte du goût, d'otalgies et d'une hyperacousie. Une infection herpétique est considérée comme la cause la plus probable. Sur une période de quelques semaines à plusieurs mois, 85% des patients se rétablissent complètement sans traitement, ou avec des lésions résiduelles minimales. Pour les 15% restants, un traitement pourrait être favorable, mais son utilité est controversée.

- Des *corticostéroïdes* sont proposés pour diminuer l'inflammation et l'œdème.
- Les *antiviraux* aciclovir et valaciclovir sont proposés sur base de l'hypothèse que la paralysie de Bell est causée par un virus.

Les conclusions de deux revues systématiques de la *Cochrane Collaboration* sont toutefois que l'efficacité, tant des corticostéroïdes que des antiviraux, n'est pas suffisamment étayée dans cette indication.

La paralysie faciale peut également être un symptôme entre autres de la maladie de

Lyme, de sarcoïdose, de certaines tumeurs ou d'une infection par le VIH, nécessitant une prise en charge spécifique [en ce qui concerne la maladie de Lyme, voir *Folia* de mai 2002 et de mai 2004, et *Geneesmiddelenbulletin* 2006;40:41-6].

### Quelques références

Bandolier: via <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/neurol/Bellsyre.html>

De Ru JA, van Benthem PPG et Hordijk GJ. Vóór medicamenteuze behandeling van Bell-paralyse. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:1454

Portegies P. Tegen medicamenteuze behandeling van Bell-paralyse. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:1455

The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 1. Abstracts via [www.cochrane.org/reviews/en/ab001942.html](http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001942.html) et [www.cochrane.org/reviews/en/ab001869.html](http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001869.html)