

Prévention de l'ostéoporose dès l'âge pédiatrique (bis)?

René Tabin, Sierre et Sion

Historique

La vitamine D intéresse depuis plus d'un siècle les pédiatres suisses. Nous avons rapporté dans Paediatrica¹⁾ un cas d'ostéomalacie présenté en 1913 par E. Martin, alors président de la SSP. L'agent causal ou son défaut n'étaient pas encore connus. L'huile de foie de morue avait été identifiée comme antirachitique dès 1782 par D. Percival. En 1890, T. Palm, après une étude épidémiologique, avait conclu que le seul dénominateur commun pour expliquer le rachitisme était le manque d'exposition au soleil. En 1922, E. McCollum découvre que l'huile de foie de morue conserve ses vertus antirachitiques après avoir détruit toute la vitamine A par oxydation. Il existe donc un deuxième facteur liposoluble qui sera nommé vitamine D. Dès 1936 l'Association Médicale Américaine recommandera la fortification du lait par la vitamine D, avec dès lors une disparition rapide du rachitisme carenciel aux USA. En Suisse il faut attendre la fin des années 50 pour que Nestlé enrichisse des laits en vitamine D (apport exogène). L'administration de gouttes de vitamine D s'était alors généralisée (G. Fanconi recommandait en 1950 un apport de 2400–4000 UI/j dès l'âge de 2–3 mois pour les nourrissons et 4000–6400 UI/J pour les enfants)²⁾ et beaucoup de pédiatres redoutaient la survenue d'une intoxication par un apport excessif incontrôlé par le lait.

Ostéoporose et vitamine D

En 2002, nous souhaitons ouvrir un débat à ce sujet dans Paediatrica³⁾ en publiant un article dans lequel J.-F. Duhamel décrivait l'influence de la vitamine D sur la minéralisation du squelette et les carences fréquentes mesurées chez l'adolescent, qui avaient amené à recommander, chez l'adolescent, l'administration à la fin de l'hiver d'un supplément vitaminique D de 100 000 UI⁴⁾. Dans un autre article, R. Rizzoli concluait «il est difficile de promouvoir une supplémentation systématique en vitamine D en l'absence d'insuffisance vitaminique D, et nous manquons de données dans ce domaine»⁵⁾.

Dans ce numéro de Paediatrica deux articles sont consacrés à ce sujet: A. Tonson la Tour⁶⁾ fait une mise au point sur les connaissances actuelles sur la vitamine D et ses actions pléiotropes, sur les examens permettant d'en déceler un déficit et sur la prévention et le traitement de celui-ci. Elle conclut que si le déficit et l'insuffisance en vitamine D chez l'enfant de plus de un an sont démontrés, l'interprétation des valeurs de laboratoire ainsi que les mesures de prévention ne font pas l'objet d'un consensus.

D. L'Allemand⁷⁾ résume les points pédiatriques des dernières recommandations de l'OFSP⁸⁾. La difficulté d'interprétation du laboratoire est soulignée, le rôle du surpoids en tant que facteur de risque de déficit en vitamine D, la durée de l'exposition solaire nécessaire et le traitement de choc, par de fortes doses intermittentes (risque de perte d'efficacité et de surdosage) font l'objet de controverses. Un supplément de vitamine D est recommandé pour les enfants jusqu'à 3 ans (400 UI/j jusqu'à 1 an puis 600 UI/j la 2^{ème} et la 3^{ème} année), il n'y a pas de supplément recommandé pour les personnes de 3–60 ans qui séjournent régulièrement au grand air et n'ont pas de risque liés à une maladie ou à son traitement.

Compliance médicamenteuse lors de prophylaxie par la vitamine D

En 2000, P. Ruckli effectue une enquête sur l'acceptation du Vi-Dé3[®] par les nouveaux-nés⁹⁾: 69% «n'aiment pas» cette solution, ceci à un moment crucial du développement sensoriel. La controverse suscitée par le fait qu'il s'agit d'une solution alcoolique va encore renforcer la réticence des parents et de nombreux soignants à l'administration de solution alcoolique de Vi-Dé3[®], incitant à la prescription d'autres formes galéniques¹⁰⁾, non remboursées par l'assurance maladie de base, ou à renoncer à l'administration de vitamine D. A ce jour, seule la solution alcoolique fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie de base, et ceci seulement jusqu'à un an ou comme thérapie d'une carence sévère.

Qu'en conclure?

Une activité physique régulière, une alimentation équilibrée (avec consommation de poissons gras) et riche en calcium et une exposition raisonnable au soleil (15 à 20 min par jour) sont des facteurs importants non seulement pour la prévention de l'ostéoporose, mais également pour le maintien d'un taux normal de vitamine D, nécessaire en raison de ses effets pléiotropes. Ceci n'est pas toujours facile à obtenir, notamment durant l'adolescence! Les médecins devraient être actifs dans la recherche d'éventuelles carences en présence de facteurs de risque et pour les conseils préventifs et thérapeutiques.

Le législateur devrait prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OFSP pour une prise en charge par les assureurs-maladie, également pour la prévention, des préparations de vitamine D disponibles en Suisse.

Il est certes nécessaire que des études complémentaires soient faites chez les enfants et les adolescents, mais il est certainement temps que nous prenions conscience du problème et prévenions plus activement les conséquences d'éventuelles carences.

Références

- 1) Gautier E. La SSP a 100 ans. Paediatrica 2001; 13 (5): 55–56.
- 2) Fanconi G, Wallgren A. Lehrbuch der Pädiatrie, édition 1950, p175.
- 3) Tabin R. Prévention de l'ostéoporose dès l'âge pédiatrique? Paediatrica 2002; 13 (1): 19.
- 4) Duhamel J.-F., Laurans M, Hamel A, Bachet N. Le calcium à l'adolescence, quoi de neuf? Paediatrica 2002; 13 (1): 20–22.
- 5) Rizzoli R. Capital osseux, calcium et ostéoporose. Paediatrica 2002; 13 (1): 24.
- 6) Tonson la Tour A, Wilhelm-Bals A, Gonzalez Nguyen Tang E, Girardin E. Le point sur la vitamine D. Paediatrica 2012; 23 (4): 17–21.
- 7) L'Allemand D, Neuhaus T, Janner M, Braegger C. Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique concernant l'apport en vitamine D en Suisse – quelle signification pour le pédiatre. Paediatrica 2012; 23 (4): 22–24.
- 8) OFSP: Vitamin D deficiency: Evidence, safety, and recommendations for the Swiss population. 20.06.2012. http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13246/index.html?lang=fr.
- 9) Ruckli P, Gaze H, Laubscher B. Qui aime le Vi-Dé3[®]? Paediatrica 2000; 11: 642.
- 10) Di Paolo E, Nydegger A: Vitamine D pour les nouveau-nés et nourrissons: gouttes huileuses disponibles dans les pays proches de la Suisse. Paediatrica 2008; 19 (3): 75.

Correspondance

rene.tabin@swiss-paediatrics.org