

Rachitisme par carence en vitamine D

mars 2015

Faits saillants

- Une étude de deux ans sur le rachitisme par carence en vitamine D (2002 à 2004) a contribué à mieux faire connaître la prévention du rachitisme. Toutefois, un sondage ponctuel mené en 2015 a démontré que des diagnostics de rachitisme et de grave carence en vitamine D symptomatique continuent d'être posés au Canada.
- Parmi les conséquences rares, mais graves, soulignons la myocardiopathie et la détresse respiratoire. Trois patients ont eu des convulsions, et l'un d'entre eux est décédé. Un deuxième patient atteint de rachitisme est décédé après une infection respiratoire.

Historique

Les résultats d'une étude du PCSP de deux ans sur le rachitisme par carence en vitamine D (2002 à 2004) ont démontré que la grave carence en vitamine D et le rachitisme nutritionnel demeuraient des problèmes persistants chez les nourrissons et les enfants du Canada¹, malgré les directives de prévention de Santé Canada et de la Société canadienne de pédiatrie². L'étude a fait ressortir l'importance d'administrer des suppléments de vitamine D pour éradiquer cette maladie grave, mais facile à éviter. En mars 2015, des chercheurs ont réalisé un sondage ponctuel du PCSP pour évaluer si le rachitisme par carence en vitamine D demeure prévalent au Canada et pour mieux comprendre les obstacles à la prévention.

Résultats

Des chercheurs ont évalué la fréquence de carence en vitamine D symptomatique et de rachitisme par l'entremise du PCSP, et le sondage ponctuel a permis de cerner les obstacles à la mise en œuvre des directives de prévention. Le rachitisme par carence en vitamine D était défini par des taux sériques de 25-hydroxyvitamine D inférieurs à 25 nmol/L, accompagnés de signes radiographiques de rachitisme. Une grave carence en vitamine D symptomatique (sans rachitisme) était définie par des taux de 25-hydroxyvitamine D inférieurs à 25 nmol/L ainsi que par des signes et symptômes compatibles, tels que les convulsions, l'hypocalcémie et les fractures. Les pédiatres participants ont déclaré les cas qu'ils avaient dépistés entre mars 2014 et mars 2015.

Au total, 671 pédiatres ont participé au sondage, pour un taux de réponse de 27 %, ce qui est conforme aux autres sondages ponctuels du PCSP. De ce nombre, 58 pédiatres (9 %) ont déclaré un total de 149 cas : 48 présentaient un rachitisme nutritionnel et 101, une grave carence en vitamine D symptomatique sans rachitisme. Dans les cas atteints de rachitisme, 67 % avaient de 0 à deux ans, 23 %, de trois à huit ans, et 10 %, neuf ans ou plus. Dans ceux atteints de grave carence en vitamine D symptomatique sans rachitisme, 26 % avaient de 0 à deux ans, 26 %, de trois à huit ans, et 48 %, neuf ans ou plus. La majorité des cas habitaient en Alberta, au Manitoba, en Ontario et au Québec.

Les patients présentaient une déformation osseuse (13 %), une hypotonie ou une faiblesse (14 %), un retard du développement moteur (11 %), un retard de croissance staturopondérale (9 %), une irritabilité (7 %), des fractures (5 %) et une mauvaise dentition ou un retard de la percée des dents (3 %). Les présentations plus rares, mais graves, incluaient la cardiomyopathie (1 %) et la détresse respiratoire (1 %). Trois patients ont fait des convulsions, dont l'un est décédé. Un autre nourrisson a reçu un diagnostic de rachitisme par carence en vitamine D après une autopsie pour mort subite du nourrisson (le décès ayant été causé par une pneumonie).

Dans la première étude sur le rachitisme par carence en vitamine D, la grande majorité des cas confirmés étaient des nourrissons et des tout-petits à la peau au teint moyen ou foncé, qui avaient été allaités exclusivement, sans recevoir les suppléments en vitamine D requis. Le présent sondage a plutôt révélé que les groupes à haut risque ne se limitent pas aux nourrissons allaités à la peau foncée, mais incluent des nourrissons et des enfants qui prennent du lait ou des préparations lactées et ceux dont les parents n'avaient pas les moyens d'acheter les suppléments de vitamine D.

Les facteurs de risque des patients incluaient la peau foncée, le manque d'exposition au soleil et la non-administration de suppléments de vitamine D, une immigration récente au Canada, un retard de développement,

des problèmes d'alimentation causés par la prématurité, des allergies et des restrictions alimentaires (y compris les produits laitiers) et la carence en vitamine D de la mère. Les obstacles à l'administration efficace de suppléments en vitamine D incluaient le manque de promotion des recommandations de la SCP par les dispensateurs de soins, la non-administration des suppléments, la non-compliance, les désaccords des parents quant à la nécessité d'administrer des suppléments, l'incapacité de payer les suppléments de vitamine D, la barrière linguistique, le coût élevé du lait enrichi dans les communautés du Grand Nord et le fait de recracher les suppléments. De plus, 10 % des pédiatres déclarants ne connaissaient pas les directives de la SCP sur la prévention du rachitisme et de la grave carence en vitamine D.

Conclusion

- La grave carence en vitamine D symptomatique et le rachitisme persistent au Canada et continuent d'avoir de graves conséquences pour la santé.
- Les dispensateurs de soins connaissent peu les directives de la SCP et les personnes qui s'occupent des enfants ne les respectent pas, ce qui constitue des obstacles persistants.
- Les groupes à haut risque ne sont pas seulement des nourrissons allaités à la peau foncée, mais également des nourrissons et des enfants qui reçoivent du lait ou une préparation lactée et ceux dont les parents n'ont pas les moyens d'acheter des suppléments de vitamine D.
- Il est temps d'envisager des stratégies additionnelles où la prévention deviendra la responsabilité de décideurs mandatés en santé publique.

Références

Les références 1 et 2 sont disponibles sur demande au bureau du PCSP.

Investigatrice principale

Leanne M. Ward, MD, FRCPC, division de l'endocrinologie et du métabolisme, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, 401, ch. Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L1; tél. 613-737-7600; lward@cheo.on.ca

Co- investigateurs

Ma J, Ladhani M, Greene-Finestone L, Zlotkin S