

Septembre
octobre 2012

Vitamine D CTX

Vitamine D :
essentielle au
métabolisme
phosphocalcique

78% des femmes
françaises
carencées >50 ans

Prévalence de la
carence : 50 à
100% des patients
en longs et moyens
séjours.

Contrôle efficacité de
la supplémentation :
doser 3 mois après la
fin de traitement
d'attaque.

Effets de la vitamine D :

- **osseux** : fixation du Ca et prévention des fractures non vertébrales
- **extra-osseux** : rôle dans le métabolisme musculaire, possible rôle dans la prévention de certains cancers, d'infections (virales et tuberculeuse), de maladies inflammatoires (SEP, rhumatismes inflammatoires,...) ou cardiovasculaires

Evaluation du statut en Vit D : Le dosage des 2 formes (D2 et D3) est important en raison d'une supplémentation orale possible en D2 ou D3). La technique employée au laboratoire BIOmedica (DIASORIN Liaison*) permet très précisément cette exploration.

Conditions de prélèvement : à jeun

	Valeurs en ng/ml
Carence en Vitamine D	<10
Insuffisance en vitamine D	10 à 30
Taux recommandés	30 à 70
Possible intoxication vitaminique D	> 100

Seuils de 25(OH) vitamine D circulante recommandés

Afin d'adapter les posologies d'attaque et d'entretien de la supplémentation en vitamine D, il est nécessaire de la doser chez les patients :

- avec **ostéoporose** : dosage de la vitamine D associé à celui du Ca, du Phosphore et de la PTH
- à **risque d'ostéoporose** : traitement par corticoïdes, maladie de malabsorption (Crohn,...), après chirurgie bariatrique, etc...
- avec **IRC**
- présentant des **chutes** à répétition
- avec **hyperparathyroïdie primitive**
- avec **granulomatose**
- à risque **d'hypovitaminose D** : nouveau-nés, sujets âgés, obèses, à peau très pigmentée,...

Pourquoi le CTX ?

OSTEOPOROSE : FRAX, DMO et CTX ?

- **Index FRAX** (âge, sexe, antécédents personnel et familial, tabagisme, activité physique) : médecin traitant
- **DMO** : radiologue
- **CTX** : laboratoire

3 OBJECTIFS POUR L'EXPLORATION BIOLOGIQUE:

- **Dépistage du remodelage osseux chez les patients à risque**
- **Evaluation du risque fracturaire et aide à la décision thérapeutique**
 - Inutile si ostéoporose fracturaire ou si DMO < 2.5 DS
 - Utile si - ostéopénie sans fracture
 - index FRAX non concluant : décision thérapeutique sur augmentation du CTX

- **Suivi et efficacité du traitement antirésorptif**

- Evaluation de l'efficacité ou de l'observance du traitement par dosage du CTX 3-6 mois après initiation du traitement (vs. 2 ans pour la DMO)

- Marqueur le plus performant et précoce pour évaluer l'efficacité du traitement antirésorptif par biphosphonates, calcium, vitamine D

Si traitement efficace : baisse de CTX 30% sous Biphosphonates, de 10 à 20 % sous Vitamine D et Ca

Changer de traitement si pas de diminution du CTX

Si après 5 ans de traitement par biphosphonates, CTX < normes préménopausiques, arrêt traitement possible avec suivi par CTX tous les 6 mois.

- Marqueur inutile pour les suivis de traitement par PTH (préférer un marqueur de remodelage osseux : P1NP), par raloxifène ou par ranélate de strontium (Protelos®)

CTX au laboratoire **BIOmedica**

- Dosage quotidien (Tube EDTA, examen remboursé)
- Patient à jeun à la même heure (avant 9 heures) toujours au même moment par rapport à la prise du médicament, dans les mêmes conditions (Journées de Biologie Clinique Hop Necker 2012, Ostéoporose Conseil Scientifique)
- Suivi dans le même laboratoire (même technique)

35% des fractures dues à l'ostéoporose dans les pays industrialisés (OMS 2010)

Suivi de traitements par :

- Biphosphonates
- Vitamine D et Calcium

Evaluation de l'ostéopénie

Informations relatives à la bonne exécution des analyses biologiques au laboratoire BIOmedica. L'information en amont du prélèvement est nécessaire pour améliorer le processus qualité du laboratoire (norme NF EN ISO 15189). Si vous ne désirez pas recevoir cette note d'information, merci de nous le préciser.

Roxane STEUX

Biologiste Médical