



VITAMINE D ET SCLÉROSE EN PLAQUES

Pr Gilles Defer
Chef de service de neurologie
CHU de la Côte de Nacre, Caen

Ces dernières années, différentes études se sont intéressées au rôle de la vitamine D sur l'évolution de la sclérose en plaques. En effet, parmi les facteurs environnementaux impliqués dans la survenue de la sclérose en plaques, l'ensoleillement - qui permet la synthèse de la vitamine D dans l'organisme - joue un rôle très important.

Globalement, la sclérose en plaques (SEP) est plus fréquente au nord et au sud des 40^{èmes} parallèles qui constituent les limites au-delà desquelles l'ensoleillement annuel total ne peut parfois représenter qu'une demi-année. Il existe une corrélation inverse entre la prévalence de la sclérose en plaques et le taux annuel d'UV-B reçu qui représente la principale source de vitamine D. La seconde source est alimentaire et proportionnellement beaucoup plus faible, en l'absence d'enrichissement.

Les **besoins quotidiens** en vitamine D sont évalués à **2000 UI/j**, seuil adéquat pour que les fonctions essentielles de cette vitamine, en particulier sur le métabolisme calcique et osseux, soient remplies. Malheureusement, l'alimentation, même riche en huile de

poisson ou enrichie en vitamines, n'apporte au maximum que quelques centaines d'UI/j, ce qui indique que l'exposition solaire doit habituellement couvrir 80 à 90% des besoins. La pigmentation cutanée, l'âge, l'utilisation de produits protecteurs, les habitudes vestimentaires, les facteurs climatiques et la pollution sont de multiples facteurs réduisant significativement cette production cutanée et expliquant pour partie l'insuffisance en vitamine D observée dans nombre de populations occidentales. De fait les patients SEP, et plus probablement ceux vivant dans des zones peu ensoleillées, n'échappent pas au constat d'une insuffisance voire d'une carence en vitamine D.

Or, il existe aujourd'hui de multiples arguments épidémiologiques, immunologiques et cliniques suggérant que la **carence en vitamine D doit être recherchée** en raison d'une probable interaction en tant que :

- facteur de **risque vis-à-vis du développement** de la maladie,
- facteur éventuellement **corrigeable d'activité et de progression** de la maladie.

Parmi les raisons pour lesquelles le lien entre déficit en vitamine D et risque de SEP est suspecté, l'augmentation de la fréquence de la maladie dans les pays/régions où la quantité et la durée d'exposition solaire est moindre, ainsi qu'une réduction du risque lors d'une migration d'une région faiblement ensoleillée vers une région fortement ensoleillée sont les plus convaincantes. Toutefois, de nombreuses **incertitudes persistent** sur le niveau et la période de risque potentiellement les plus importants d'une éventuelle insuffisance en vitamine (in utéro, enfance et/ou adolescence), et sur la durée nécessaire d'exposition à ce déficit (années, décennies).

L'administration de vitamine D, même à forte dose, est dénuée de risque à partir du moment où la calcémie et la fonction rénale sont normales et contrôlées régulièrement. Aujourd'hui, il est donc légitime quel que soit le type de SEP, le lieu de vie et les habitudes vis-à-vis des activités extérieures, de rechercher une insuffisance ou une carence en vitamine D.

Si elle existe, il paraît souhaitable d'y remédier même si le bénéfice neurologique à court ou long terme n'est pas formellement démontré, ne serait-ce que pour permettre au patient de bénéficier des autres effets positifs (sur le plan osseux ou cardio-vasculaire) de la normalisation du taux sanguin de cette vitamine.

