Vitamine D en preventie

Haio: BRUYNOOGHE Mieke , KUL
Promotor: VAN ROYEN Paul , U.A.
Praktijkopleider: Van Wijk Egbert

Context: Vitamine D is een actueel onderwerp: er wordt veel over geschreven in de medische pers, er is discussie over een beschermende werking o.a. wat betreft kankers, cardiovasculaire aandoeningen, auto-immuunziekten en depressie. In de huisartspraktijk worden meer bepalingen van vitamine D gedaan en wordt ook regelmatig een tekort van vitamine D bij patiënten vastgesteld, zonder dat het duidelijk is wat hierbij het beleid moet zijn. Zo ook in onze praktijk, waardoor het verder uitdiepen van dit onderwerp een relevante keuze was.

Onderzoeksvraag: 1/ Wat zijn de richtlijnen betreffende vitamine D? 2/ Hoe gebeurt in de huidige praktijkvoering in onze praktijk het beleid rond vitamine D en meer specifiek wat betreft de bloedonderzoeken, risicofactoren, referentiewaarden en substitutie. 3/ Kan op basis van deze informatie een praktijkrichtlijn gemaakt worden?

Methode: 1/ Er werd met de trefwoorden ?Vitamin D Deficiency? gezocht in EBM PracticeNet, Trip Database, Prodigy, Guideline finder UK, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group, Guidelines International Network, de WHO, de aanbevelingen van Domus Medica, de NHG standaarden, NICE guidance, de Hoge Gezondheidsraad in België en de Gezondheidsraad in Nederland. De bekomen richtlijnen werden geëvalueerd en met elkaar vergeleken. 2/ Bij 50 patiënten die ooit een bloedonderzoeken met bepaling van 25-OH vitamine D ondergingen en die om willekeurige redenen consulteerden in onze praktijk werden retrospectief gegevens nagegaan. Zo werden de risicofactoren, de referentiewaarden en de substitutie in kaart gebracht. 3/ De argumenten voor het huidig handelen werden naast de gegevens uit het literatuuronderzoek gelegd, om zo tot een praktijkconsensus te komen. Deze werd geconcretiseerd onder de vorm van een praktijkrichtlijn en een patiëntenfolder.

Resultaten: 1/ Uit het literatuuronderzoek blijken gebrek aan zonlicht, donkere huidskleur, dieet, bepaalde ziekten en medicatie, verminderde mobiliteit en onverklaard gestegen alkalische fosfatasen risicofactoren te zijn voor vitamine D defici?ntie. Ook dient enkel bij deze risicogroepen een bepaling van 25-OH vitamine D te gebeuren. De referentiewaarde waaronder over vitamine D defici?ntie gesproken wordt is 50 nmol/l. Substitutie gebeurt met 400 tot 600 IU per dag bij 18- tot 70-jarigen. 2/ Bij de 50 onderzochte patiënten werden 162 bloedonderzoeken gedaan tussen maart 2006 en februari 2013. In de huidige praktijk wordt ook bij patiënten zonder risicofactoren een bepaling van 25-OH vitamine D gedaan. 24 % van de 25-OH vitamine D waarden blijken onder de 50 nmol/l te zijn en nog eens 38% onder de 75 nmol/l. Er wordt gesubstitueerd tot referentiewaarden van 75 ? 100 nmol/l. Hiervoor worden onderhoudsdosissen vitamine D3 van gemiddeld 58.061 IU per maand toegediend.

Conclusie: In de nieuwe praktijkrichtlijn wordt enkel bij risicogroepen een bepaling van vitamine D3 gedaan. De risicogroepen zijn gebrek aan zonlicht, donkere huidskleur, dieet, bepaalde ziekten en medicatie, verminderde mobiliteit en onverklaard gestegen alkalische fosfatasen te zijn. De lijst met ziekten wordt uitgebreid met kanker, cardiovasculaire aandoeningen, auto-immuunziekten en depressie, gezien er aanwijzingen zijn dat er in link is tussen deze ziekten en een laag 25-OH vitamine D gehalte. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of substitutie met vitamine D het voorkomen van kanker, cardiovasculaire aandoeningen, auto-immuunziekten en depressie doet

dalen. Ook dient dan gericht onderzoek te gebeuren naar de aan te raden substitutiedosis per leeftijdscategorie en naar de correcte referentiewaarden. In de praktijkrichtlijn wordt standaard substitutie aangeraden voor alle patiënten.