

Avertissement: notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 17 juin 2014

Hôpital cantonal de Genève

Corticothérapie et ostéoporose

Dr E. Biver

La corticothérapie reste assez fréquente, vu qu'elle concerne 1-2% des adultes ...

On sait que les corticoïdes entraînent prise de poids, diabète, hypertension, rétention hydro-sodée, infections urinaires et pulmonaires à pyogènes, atrophie cutanée et vergetures, fonte musculaire et myopathie, problèmes neuropsy. Et finalement atteinte osseuse avec ostéoporose.

Le risque de fracture augmente déjà avec de petites doses par ex. 2,5 mg/j.

Plus la dose augmente plus le risque augmente...

L'effet sur l'os est précoce, dès le 1^{er} mois de traitement.

Pour un résultat de minéralométrie comparable, le risque de fracture est plus important lors de la prise de corticoïde que lorsque l'on n'en prends pas.

La fragilité osseuse induite par les corticoïdes est partiellement réversible à l'arrêt du traitement.

Le risque est dose dépendant et il n'y a pas de différence entre administration orale ou i.v.

Pas de différence chez les asthmatiques entre ceux qui prennent des corticoïdes inhalés et ceux qui prennent des beta2 stimulants...donc pas d'effet sur l'os des corticoïdes inhalés.

Par contre, chez les patients BPCO, le risque de fracture augmente avec la dose de corticoïdes inhalés...Peut-être que la BPCO elle même augmente le risque de fractures aussi indépendamment des corticoïdes inhalés.

Il y a donc 3 paramètres dont il faut tenir compte...

- le patient âgés avec ses facteurs de risque de chutes, et ses comorbidités
- les pathologies associées, en particulier les inflammations chroniques ...
- la dose des corticoïdes

Les glucocorticoïdes ont un effet sur le tissu osseux en diminuant la formation osseuse par le biais des ostéoblastes, ostéoclastes et ostéocytes; ils agissent aussi en diminuant les hormones sexuelles et en augmentant la résorption osseuse par ce biais, finalement ils diminuent l'absorption intestinale de calcium, augmentent la fuite rénale, et de part leur action sur le muscle favorisent les chutes...

Juste pour info...les ostéocytes expriment la sclerostine qui inhibe la formation osseuse par les ostéoblastes...la sclerostine est inhibée par la PTH et activée par les corticoïdes...

Les recommandations suisses de l'ASCO (assoc. suisse contre l'ostéoporose) conseillent de se baser sur le FRAX pour prévenir les fractures....

S'il y a déjà fracture vertébrale ou du col fémoral, un traitement d'emblée est recommandé.

S'il n'y a pas de fracture on se base sur le FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=fr)

Si le patient a pris 5mg ou plus de prednisone pendant plus de 3 mois la case «glucocorticoïdes» peut-être cochée...

Pour ce qui est de la minéralométrie (DXA), celle ci doit être remboursée par les assurances lors de traitement corticoïdes de longue durée.

Dans le FRAX on ne peut pas pondérer la dose de corticoïdes, c'est binaire...oui ou non...On peut considérer que si la dose de corticoïdes dépasse 7,5mg/j le risque fracturaire est augmenté de 20% (RR:1,2), alors que s'il est inférieur à 2,5mg il est diminué de 35%(RR: 0,65).

Les seuils d'intervention pour décider de traiter sont (pour les femmes en postménopause) lorsque le risque absolu de fracture dans les 10 ans dépasse:

- 10% à 50 ans
- 15% à 60 ans
- 30% à 70 ans
- 40% à 80 ans

pour les femmes en pré-ménopause et pour les hommes...

- si fracture...on traite
- si pas de fracture...ça dépend...

On nous rappelle de donner la dose minimale de corticoïde, pendant une durée limitée, et de compléter en calcium (1g/j) et en vit D (800U/j), de favoriser l'exercice physique, d'éviter tabac et alcool, et de prévenir les chutes.

Pour les traitement antirésorbant il y a:

- les biphosphonates: Alendronate (Fosamax®), Risedronate(Actonel®)
- acide zoledronique (Aclasta®)
- la parathormone: Teriparatide(Forsteo®))

Le denosumab (Prolia®) n'aurait pas sa place dans la prévention de l'ostéoporose cortisonique...(si j'ai bien entendu ?).

Le traitement pendant toute la durée de la corticothérapie...ensuite c'est selon la minéralométrie...

Donc lors de corticothérapie de plus 5mg/j pendant plus de 3 mois il faut prévoir un traitement qui comprend au moins calcium et vit D, auquel on ajoute un freinateur de la résorption osseuse (biphosphonate) si le risque fracturaire est significatif (cf FRAX).

L'Aclasta est remboursé en perfusion ainsi que les biphosphonates oraux...on ne nous parle pas du Bonviva ® iv???...pas eu le temps de poser la question...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch