

Conduite pratique chez un patient allant recevoir ou recevant une corticothérapie (Recommandations de l'ACR 2001)

American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on glucocorticoid-induced osteoporosis : Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid induced osteoporosis. Arthritis Rheum 2001; 44: 1496-1503.

Chaque fois qu'une corticothérapie supérieure à 5 mg par jour en équivalent prednisone est envisagée pour plus de trois mois, les mesures suivantes doivent être prises avant le début du traitement:

Prescrire le corticoïde à la dose minimale possible et envisager d'arrêter dès que possible.
Essayer d'arrêter le potentiel évolutif de la maladie sous jacente en utilisant un traitement de fond quand il existe.
Conseiller l'arrêt du tabac et de l'alcool.
Conseiller une activité physique régulière.
Eviter les facteurs de risque de chute.
Démarrer une supplémentation en calcium (1 g/j) et en vitamine D (800 UI de vitamine D naturelle, 1 µg/j d'alfacalcidol ou 0,5 µg/j de calcitriol).
Prescrire systématiquement un bisphosphonate. Chez les femmes en période d'activité génitale, s'assurer de la prise d'une contraception efficace. Ce traitement devra être poursuivi tant que la corticothérapie est nécessaire.

Pour les patients sous traitement corticoïde au long cours (supérieure à 5 mg par jour en équivalent prednisone) :

les mêmes mesures hygiéno-diététiques doivent être préconisées et la supplémentation en calcium et vitamine D prescrite.
Un traitement hormonal substitutif peut être prescrit s'il existe un hypogonadisme.
La DMO doit obligatoirement être mesurée au rachis et/ou au col fémoral : <ul style="list-style-type: none">• Si le T score est anormal (<-1), il faut prescrire un bisphosphonate, sinon la calcitonine en alternative en cas de contre-indication ou d'intolérance.• Si la DMO est normale, il faut surveiller et répéter la mesure une fois par an ou tous les six mois s'il existe d'autres facteurs de risque d'OP.