

Corticothérapie générale

Mode d'action : génomique anti-inflammatoire et immunosuppresseur (interaction avec les récepteurs aux glucocorticoïdes et d'autres facteurs de transcription comme NF-κB) / non génomique (ex : effet sur les lipides membranaires).

Indications en dermatologie :

AMM : connectivites (lupus, DM, sarcoïdose viscérale, vascularites), DBAI (pemphigus, PB), angiomes graves du nourrisson, lichen plan, urticaire, formes graves de dermatose neutrophilique

Hors AMM : acné fulminante, eczéma de contact sévère, érythrodermies graves, certaines atteintes du DRESS, névrite de réversion lépreuse...

Effets secondaires : dépendent surtout de la dose (> 7.5 mg /j) et de la durée du traitement (> 3 mois)

Hypercorticisme iatrogène : obésité facio-tronculaire, diabète, hyperlipidémie, HTA, rétention hydrosodée, hypokaliémie, ostéoporose (tassements vertébraux, fractures), ostéonécrose aseptique (tête fémorale), myopathie cortisonique, acné, folliculite, vergetures, atrophie et fragilité cutanée, purpura, troubles de pilosité, ...

Troubles digestifs (ulcères, perforations, pancréatites), immunosuppression (infections bactériennes, mycobactériennes, virales), maladie de Kaposi, troubles psychiatriques, insomnie, effets oculaires (cataracte, glaucome...)

Accidents de sevrage : insuffisance surrénale aiguë, reprise/rebond de la maladie

Contre-indications : états infectieux, états psychotiques non contrôlés, vaccins vivants, hypersensibilité à l'un des constituants. En pratique aucune contre-indication si indication vitale.

Grossesse autorisée.

Associations médicamenteuses susceptibles d'augmenter le risque d'effets secondaires : anti-arythmiques ou non à risque de torsade de pointe (car risque d'hypokaliémie), digitaliques, autres médicaments hypokaliémisants (ampho B, diurétiques, laxatifs), anticoagulants, AINS/aspirine, hypoglycémisants.

Interactions médicamenteuses (différentes selon le corticoïde utilisé): phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, rifampicine, lithium, anti-acides, AVK... (consulter le Vidal)

Pharmacocinétique :

Après absorption, la prednisone est transformée dans le foie en prednisolone mais cette dernière a une moins bonne absorption digestive que la prednisone.

Forme, présentation, posologie :

- voie orale cp 20, 5 et 1 mg: prednisone Cortancyl®, à préférer à la prednisolone Solupred®; posologie variable selon l'indication, 1 prise /j le matin à 8 heures, pour certaines indications traitement à jour alterné.
- Voie IV : bolus 250 mg à 1 g x3 jours, relais par corticothérapie orale. Attention : bilan pré-bolus strict (infectieux, ECG, pouls, TA), durée perfusion 30 min- 3 h, surveillance 4 h.
- Mesures associées :

- régime désodé strict tant que dose > 10-15 mg/j, pauvre en sucres rapides, hyperprotidique
- supplémentation potassique par DiffuK ou Kaleorid 2/j non systématique
- prévention ostéoporose cortisonique par
 - Calcium-Vitamine D (1g/800U) type Orocal D3 2/j ou Cacit D3 1/j
 - + biphosphonates type Actonel 35® ou Fosamax 70® 1/semaine * selon résultat de l'ostéodensitométrie pour femmes non ménopausées et hommes,*systématiques pour femmes ménopausées, à maintenir au moins 2 ans après arrêt corticothérapie
- anti-ulcéreux non systématique
- décroissance de la dose :
 - fonction de la maladie traitée, en général 10% tous les 10 à 15 jours
 - arrivé au palier de 5 mg d'équivalent prednisone, plusieurs attitudes sont possibles :
 - soit arrêt et remplacement par Hydrocortisone® 20 à 30 mg/j (régime normosodé ++) jusqu'à normalisation de la cortisolémie à 8 heures et du test au Synacthène
 - soit poursuite de la décroissance très lente jusqu'à arrêt complet et vérification de la restauration de l'axe hypothalamo-hypophysaire
- vérification de la restauration de l'axe :
 - ne pas prendre le corticoïde ou l'Hydrocortisone le matin du test ++
 - dosage de la cortisolémie à 8 heures (T0)
 - si normale, réaliser un test au Synacthène immédiat : le taux de cortisol doit au moins doubler à T+60 minutes
 - si cortisolémie trop basse ou test au Synacthène insuffisant, poursuite de la supplémentation en Hydrocortisone pendant 3 mois avant nouvelle vérification

Bilan pré-thérapeutique : NFS-pl, iono, urée-créat, CRP, bilan hépatique, bilan lipidique, glycémie à jeun, sérologies HBV, HCV, VIH, ECG si bolus, penser au traitement de l'anguillulose si voyage en pays d'endémie.

Prévoir ostéodensitométrie en début de traitement (remboursée dans cette indication).

Bilan de surveillance :

Clinique : poids, TA, courbe de croissance (enfants ++), respect du régime, troubles psy/du sommeil, signes musculaires, digestifs, examen ophtalmo (TO) / an

Biologiques (surveillance mal codifiée) : NFS-pl 1 fois/mois, glycémie, kaliémie 2 fois/mois en début de traitement, autres paramètres selon dose de corticoïdes et pathologie sous-jacente : protidémie, fonction rénale, bilan lipidique

Ostéodensitométrie tous les 12 à 24 mois

Sport régulier (marche , piscine ++)

Ann Dermatol Venereol 2007 ; 134 : 942-8.

Fiche établie en mai 2009