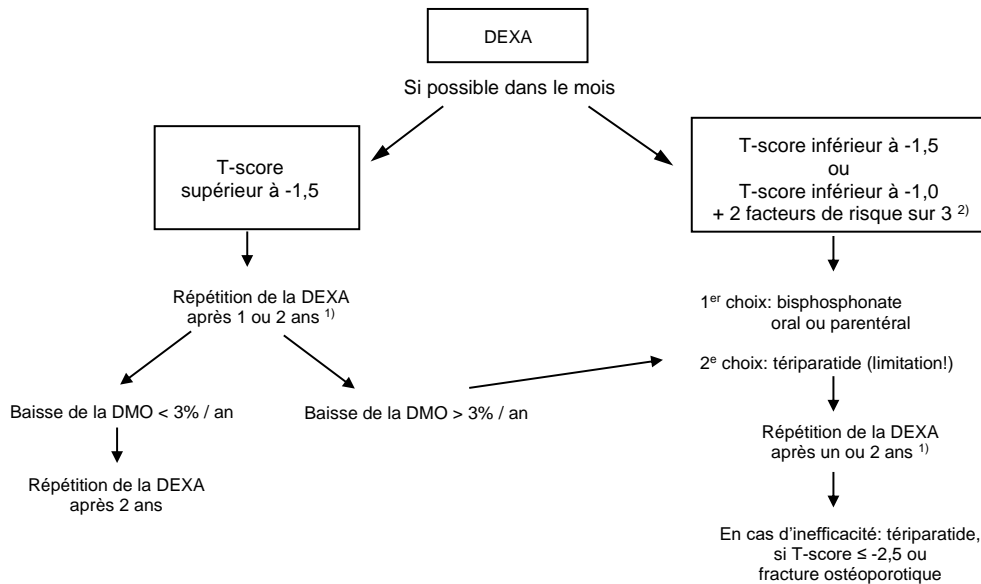


**Société Suisse de Rhumatologie**  
**OSTEOPOROSE CORTISONIQUE**  
**Prévention et traitement**

Traitement envisagé ou en cours aux corticostéroïdes  
 ≥ 5 mg de prednisolone / jour durant plus de 3 mois

**Tous les patients**  
 Prise de calcium 1000-1200 mg / jour  
 Substitution vitamine D3 800-1200 UI / jour  
 Diminution des facteurs de risque de l'ostéoporose



1) Pas de prestation obligatoire de la caisse maladie après 1 an  
 2) Age > 50 ans, postménopause, dose de prednisolone ≥ 20 mg / jour

Définition de l'ostéoporose selon l'OMS fondée sur une DEXA (absorptiométrie biphotonique à rayons X):

Densité osseuse (DMO) normale: T-score supérieur à -1 (-1 = «moyenne de référence moins 1 écart type»)  
 Ostéopénie: T-score compris entre -1 et -2,5  
 Ostéoporose: T-score égal ou inférieur à -2,5

## **MEDICAMENTS:**

**Bisphosphonates** avec obligation de prestation de la part de la caisse maladie

- alendronate (Fosamax® et génériques) 70 mg / semaine
- risédronate (Actonel®) 35 mg / semaine  
Actonel cpr. 35 mg: à la charge de la caisse maladie uniquement en cas de T-score inférieur à -2,0
- zolédronate (Aclasta®) en perfusion courte de 5 mg tous les 12 mois  
A la charge de la caisse maladie uniquement en cas de T-score ≤ -2,5 ou de fracture

→ **Mesures préventives: arrêter les bisphosphonates 6 mois avant une grossesse programmée**

### Parathormone

- tériparatide (Forsteo®)  
Limitation: à la charge de la caisse maladie pour l'ostéoporose induite par les glucocorticoïdes en cas d'intolérance ou d'inefficacité partielle d'une thérapie aux bisphosphonates

### SERM (modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes)

- raloxifène (Evista®)  
Décision au cas par cas, aucune étude disponible pour l'ostéoporose cortisonique

### Inhibition du RANK Ligand

- dénosumab (Prolia®)  
Attention à un effet rebond après l'arrêt du traitement ! (Un traitement de relais avec des bisphosphonates est conseillé). Pas couvert par l'assurance maladie obligatoire comme traitement préventif de l'ostéoporose corticoïdienne.

### Hormones

- œstrogènes (chez les femmes hystérectomisées)
- préparations à base d'œstrogène et de progestérone
- préparations de testostérone pour les hommes  
Attention au carcinome prostatique

## **REMARQUES:**

- Tout traitement prolongé aux stéroïdes nécessite une prophylaxie voire une thérapie appropriée de l'ostéoporose, combinée – le cas échéant – avec une physiothérapie.
- Avant le début d'un traitement prolongé aux stéroïdes, une ostéodensitométrie DEXA est indiquée.
- Une substitution de calcium et de vitamine D est indiquée au minimum pour toute personne sous corticostéroïdes
- La mesure la mieux étudiée et la plus efficace est un traitement aux bisphosphonates et au tériparatide.
- **En cas de doses de stéroïdes élevées ou de risque fracturaire important, il peut s'avérer judicieux d'administrer des bisphosphonates déjà pour des valeurs de T-score inférieures à -1,5.**
- **D'autres facteurs de risque sont à prendre en considération, tel que l'âge, la post-ménopause, la durée du traitement aux stéroïdes et les doses administrées, ainsi que des antécédents de fractures par insuffisance (v. Outil ostéoporose de la SSR sur [www.rheuma-net.ch](http://www.rheuma-net.ch))**
- **Après une thérapie par le dénosumab (Prolia®), un relais par des bisphosphonates est recommandé pendant 1 à 2 ans pour éviter une déperdition osseuse accélérée à l'arrêt de ce traitement (en première ligne par Zoledronate ou Alendronate)**

Feldfunktion geändert

Feldfunktion geändert