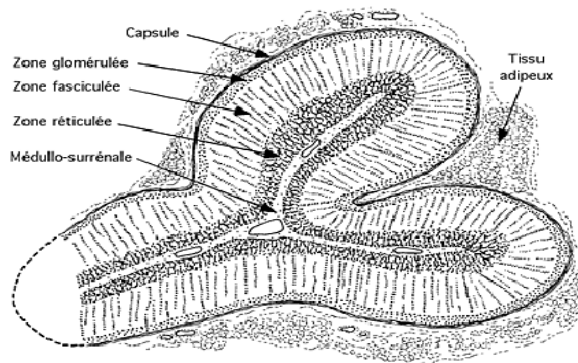


# Corticoïdes

## Rappel

- **Corticosurrénale :**
  - **Couche glomérulée** → Minéralocorticoïdes
  - **Couche fasciculée** → Glucocorticoïdes
  - **Couche réticulée** → Androgènes
- **Médullosurrénale** → Catécholamines (Dopamine, Adrénaline, Noradrénaline)



## Introduction

- Corticoïdes = Anti-Inflammatoires Stéroïdiens = Glucocorticoïdes = Corticostéroïdes
- On en commun un même noyau chimique = noyau stérol + même voie de synthèse (cholestérol)
- Les corticoïdes sont des médicaments dont la découverte a bouleversé le traitement de certaines maladies
- Glucocorticoïdes = Cortisol ou Hydrocortisone
  - **Métabolisme des glucides** : action hyperglycémiant + favorise la synthèse du glycogène par le foie
  - **Métabolisme des protides** : favorise à doses élevées le catabolisme protéique
  - **Lipides** : inhibition de la lipolyse et redistribution du tissu adipeux
  - **Rôle anti-inflammatoire**

## Classification

2 groupes :

- **Corticoïdes naturels** : les composés naturels employés sont la cortisone et le cortisol (encore appelé hydrocortisone)
- **Corticoïdes artificiels** : les composés artificiels sont obtenus après des modifications structurales mineures

## Pharmacocinétique

- **Absorption** : est bonne et rapide.
- **Distribution** : est générale quelle que soit la voie d'administration.
- **Transformation** : se fait dans le foie, avec production de métabolites actifs et inactifs.
- **Élimination** : est rénale en métabolites inactifs

	Équivalence (en mg)	Effet minéralocorticoïde	Effet antiinflammatoire	Demi-vie (heures)
<b>Cortisone</b>	25			8 à 12
<b>Hydrocortisone</b> (équivalent de l'endogène)	20	++	1	8 à 12
<b>Prednisone</b> (oral = Cortancyl)	5	+	4	18 à 36
<b>Prednisolone</b>	5	+	4	18 à 36
<b>Méthylprednisolone</b> (injectable)	4	-	5	18 à 36
<b>Bétaméthasone</b>	0,75	-	30	36 à 54
<b>Dexaméthasone</b>	0,75	-	30	36 à 54

## Mode d'administration

- **Voie orale** : dose unique le matin
- **Voie parentérale** : IV ou IM
- **Voie cutanée** : par application
- **Voie locale** : intrarachidienne et épidurale, intra- et péri-articulaire, oculaire, broncho-pulmonaire (aérosol), nasale, rectale (lavement), sublinguale

## Effets pharmacologiques

- L'action anti-inflammatoire d'un corticoïde apparaît à partir d'une dose de 1 mg/10 kg de poids, sur les phénomènes précoces et tardifs de l'inflammation.
- Action sur les phénomènes immunitaires, à partir de 1-2 mg/kg/j

## Indications

- **Rhumatologie** : polyarthrite rhumatoïde, LED, Horton...
- **Pneumologie** : asthme, broncho-pneumopathies
- **Digestive** : maladie de Crohn
- **Néphrologie** : prévention du rejet, glomérulonéphrite
- **ORL** : sinusite
- **Dermatologie** : psoriasis, eczéma
- **Situation d'urgence** : œdème cérébral, compression médullaire, choc septique

## Présentation

- **Orale** : Prednisone®, Solupred®,
- **Injectable** : Solumedrol® (20, 40,120 mg), Soludecadron® (demi-vie plus longue = plus d'effets secondaires)
- **Locale** : Dermoval®
- **Inhalatoire** : Becotid®
- **Articulaire** : Altim®, Hexatrione®

## Règles de prescription

- Dose minimale efficace.
- Durée la plus courte possible.
- Prise matinale (un jour sur 2 si possible).
- Décroissance progressive.
- Mesures adjuvantes : systématiques pour dose > 10 mg/j + cures prolongées

## Prescription pratique

- **Régime** : normo-calorique, hyperprotidique, sans sel (sinon hypertension par rétention), pauvre en sucre rapide (peut provoquer un diabète), riche en calcium, banane et chocolat pour le K<sup>+</sup>
- **Supplémentations** : calcique (1 g/j), vitamine D<sub>3</sub> (1 ampoule/j), K<sup>+</sup> (selon ionogramme), +/- protecteurs gastriques
- **Bilan avant traitement** :
  - **Clinique** : poids, TA, infections
  - **Biologique** : glycémie, ionogramme (K<sup>+</sup>)
  - **Autres (+/-)** : thorax, densitométrie (au cas où on part pour traitement au long court), ophtalmologique
  - **Information** +++

## Contre-indications

- **Absolues** : ulcère gastroduodéal évolutif, psychose grave, infection virale, diabète insulino-dépendant, tuberculose cavitaire.
- **Relatives** : ulcère gastroduodéal cicatrisé, HTA modérée, grossesse, diabète non-insulino-dépendant

## Effets secondaires

- **Métaboliques** : diabète induit, hypokaliémie, rétention hydrosodée, prise de poids
- **Décompensation psychiatrique**
- **Intolérance digestive** : antécédent ulcéreux, facteurs de risque d'ulcère (tabac, cirrhose, insuffisance rénale)
- **Insuffisance surrénalienne** : sevrage aigu ou même après un sevrage bien conduit
- **Infections** : tuberculose, viroses, mycoses, toxoplasmose
- **Tardifs** : ruptures tendineuses, myopathie cortisonique, répartition des graisses (syndrome de Cushing), ostéoporose
  - **Peau/muscle** : fragilité cutanée, vergetures et amincissement cutané, hématomes spontanés, retard à la cicatrisation, hirsutisme
  - **Complications ophtalmologiques** : cataracte cortisonique, glaucome chronique
  - **Complications cardio-vasculaires** : HTA, IVG, ostéonécrose (première cause d'ostéonécrose de hanche)

## Arrêt et sevrage

- Si durée de plus de 10 jours, avec une dose plus de 20 mg/j → risque d'insuffisance surrénalienne, qui se manifeste par : fatigue, nausées, vomissements, somnolence, hyperkaliémie et surtout une hyponatrémie.
  - En absence de prise en charge, apparition d'un état de choc avec hypotension, marbrure, oligo-anurie, sueurs profuses et tableau pseudo-chirurgical (ventre en bois)
- Corticothérapie > 20 mg/j d'équivalent prednisone pendant au moins 3 semaines ou syndrome de Cushing clinique iatrogène → risque d'insuffisance surrénalienne aiguë
- **Exemple** :
  - **Si infection ORL** (sinusite) : décroissance rapide, cure courte de corticoïdes à 60 mg/j, diminuer de 10 mg/3 jours jusqu'à arrêt
  - **Si rhumatisme inflammatoire** (polyarthrite rhumatoïde) : décroissance lente, en 2 phases, corticoïdes à 30 mg/j : diminuer de 2,5 mg/mois jusqu'à 10 mg puis plus lentement de 1 mg/mois (9 mg puis 8 mg...)

## Conclusion

- La prescription d'un corticoïde est basée sur des règles de prescription.
- Des mesures adjuvantes s'imposent devant une corticothérapie au long court
- L'information du patient sur le risque d'insuffisance surrénalienne aiguë est obligatoire.
- Un sevrage bien conduit limite le risque d'apparition d'une insuffisance surrénalienne aiguë sans le supprimer +++