

Compte-rendu

# Corticoïdes dans l'infection à *Pneumocystis jirovecii* sans VIH ? En fin une réponse !

## Mots-clés

corticoïde; pneumonie; *pneumocystis jirovecii*; non-VIH;

Adjunctive corticosteroids in non-AIDS patients with severe *Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PIC): a multicentre, double-blind, randomised controlled trial

Lemiale V et al, Lancet Respir Med, Juillet 2025

DOI: [10.1016/S2213-2600\(25\)00125-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(25)00125-0)

## Introduction

La pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* chez les patients non infectés par le VIH reste un enjeu majeur en raison de sa mortalité élevée (mortalité hospitalière 30-50%). Si l'efficacité d'une corticothérapie adjuvante est bien établie chez les patients VIH positifs, elle ne l'est pas chez les patients non-VIH. Cet essai constitue le premier essai randomisé et contrôlé mené sur cette problématique.

## Méthode

RCT, en double aveugle, multicentrique (27 hôpitaux en France) de 2017 à 2024. **Inclusion** : Adultes majeurs, VHI négatifs, pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (PJP) confirmée microbiologiquement, hypoxémie aiguë, traitement anti-PJP commencé depuis < 7 jours. **Exclusion** : corticothérapie > 1 mg/kg/jour pour maladie sous-jacente. **Intervention** : randomisation dans 2 bras : méthylprednisolone IV (30 mg 2x/jour J1-J5, 30 mg/j J6-J10, 20 mg/j J11-J21) vs placebo (sérum physiologique IV, schéma identique). Traitement antibiotique standard dans les deux bras. **Issue primaire** : mortalité toutes causes confondues à 28 jours. **Issues secondaires** : mortalité toutes causes à 90 jours, mortalité aux soins intensifs et durant le séjour hospitalier, taux d'intubation, infections secondaires, durée de séjour, besoins en insuline.

## Résultats

N = 218, âge médian 67 ans, 58 % hommes, 95 % hospitalisés aux soins intensifs. 50 % recevaient une corticothérapie de fond. Temps médian de 3 jours entre le diagnostic et le traitement par corticoïdes. Différence non significative sur la mortalité à 28 jours 32,4 % (placebo) vs 21,5 % (corticoïdes) ( $p = 0,069$ ). Différence significative de la mortalité à 90 jours 43,2 % (placebo) vs 28,0 % (corticoïdes) ( $p = 0,022$ ). Mortalité aux soins intensifs de 30 % (placebo) vs 23% (corticoïdes) ( $p = 0,079$ ). Mortalité durant séjour hospitalier de 31 % (placebo) vs 21 % (corticoïdes) ( $p = 0,028$ ). Taux d'intubation chez les non-intubés à l'inclusion de 26,1 % (placebo) vs 10,1 % (corticoïdes) ( $p = 0,020$ ). Pas de différence significative sur le taux d'infections secondaires, les besoins en insuline ou la durée de séjour.

## Discussion

Bien que l'essai ne montre pas de diminution statistiquement significative de la mortalité à 28 jours ( $p=0,069$ ), une tendance en faveur du traitement est observée. Par ailleurs, l'étude met en évidence un bénéfice significatif sur la mortalité à 90 jours, ainsi que sur le taux d'intubation et la mortalité durant le séjour hospitalier sans effets indésirables supplémentaires (différence non significative sur les infections secondaires ou besoins en insuline).

## Conclusion

Chez les patients **VHI négatifs** atteints de pneumonie sévère à *Pneumocystis jirovecii*, l'adjonction précoce de **corticostéroïdes réduit la mortalité** à 90 jours **et le recours à l'intubation** sans augmenter les événements indésirables. Il s'agit du premier essai randomisé contrôlé soutenant l'usage des corticoïdes en complément de l'antibiothérapie hors la population VIH

Date de publication	Auteurs