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

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