

Compte-rendu

Faut-il personnaliser la corticothérapie lors d'une exacerbation de bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO)?

Mots-clés

BPCO , Exacerbation , Corticothérapie , Posologie

Personalized Variable vs Fixed-Dose Systemic Corticosteroid Therapy in Hospitalized Patients With Acute Exacerbations of COPD: A Prospective, Multicenter, Randomized, Open-Label Clinical Trial

L. Li et al., Chest, 4.11.2021

[DOI: 10.1016/j.chest.2021.05.024](https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.024)

Introduction

Le bénéfice des corticoïdes systémiques en schéma court (5 jours) chez les patients hospitalisés pour une exacerbation de BPCO est clairement établi. Il n'y a cependant pas de données solides sur la posologie optimale. L'objectif de cette étude était de déterminer si une posologie individualisée était préférable à une dose fixe de corticoïdes systémiques.

Méthode

Etude prospective, multicentrique (4 hôpitaux universitaires en Chine), randomisée 1:1, open-label. **Inclusion :** patient.e.s ≥ 40 ans hospitalisé.e.s pour une exacerbation de BPCO selon critères GOLD 2017. **Exclusion :** asthme, prise de corticoïdes dans le mois précédent, évidence de pneumonie, embolie pulmonaire ou nécessité de ventilation mécanique dès l'admission. **Intervention :** Tous les patient.e.s étaient mis.e.s sous antibiothérapie. **Groupe dose fixe** (40 mg de prednisone 1x/j pour 5 jours) versus **groupe dose personnalisée** selon un score comprenant 5 facteurs : critères d'Anthonisen, score CAT, dose des corticoïdes lors d'une précédente exacerbation, marqueurs inflammatoires (CRP et éosinophiles), valeurs gazométriques (pH et pCO₂). **Issue primaire :** échec de traitement, c'est à dire un composite entre décès, recours à la ventilation mécanique, escalade de la corticothérapie ou antibiotiques, recours à l'aminophylline durant le séjour, ou décès/reémission pour une exacerbation de BPCO dans les 180 jours. **Issue secondaire :** durée de séjour et coûts. Analyses *en intention-to-treat*.

Résultats

248 patient.e.s inclus (124 dans chaque bras, caractéristiques homogènes) avec âge moyen de 70 ans, à majorité masculine (80%), BMI moyen de 21 kg/m², 65% avec BPCO de stade D selon GOLD. La dose cumulée médiane de corticoïdes était plus grande dans le groupe dose personnalisée que dans le groupe dose fixe (280 mg (écart interquartile (EI), 220–400) versus 200 mg (EI, 200–200), $P < .001$). **L'issue primaire est survenue chez 27.6% des participant.e.s dans le groupe dose personnalisée contre 48.8% dans le groupe dose fixe**, correspondant à un risque relatif de 0.40 (IC 95% : 0.24–0.68, $P = 0.001$). La durée de séjour et les coûts étaient similaires entre les deux groupes. On retrouvait surtout une majoration des doses de corticoïdes et une escalade des antibiotiques dans le groupe dose fixe. **L'échec de traitement était plus important lors de doses inférieures ou égales à 40mg/j dans le groupe dose personnalisée.**

L'incidence d'hyperglycémie était similaire entre les deux groupes et d'autres effets indésirables des corticoïdes (hémorragie digestive, fractures, symptômes psychiatriques) n'ont pas été observés.

Discussion

Limitations : petit échantillon avec un nombre important de patients exclus (248 inclus sur 1'060 évalués) et design en *open-label*.

Conclusion

Cette étude suggère que la dose de 40 mg/j, telle que recommandée actuellement, pourrait être insuffisante pour les patient.e.s hospitalisé.e.s pour une exacerbation de BPCO. **Individualiser la dose ne semble pas permettre comme espéré une épargne des corticoïdes dans certains sous-groupes de patients et paraît trop complexe dans la pratique quotidienne.** Une étude randomisée comparant deux schémas fixes (par exemple 40 mg versus 60 mg/j) serait d'un grand intérêt.

Date de publication	Auteurs
24.12.2021	