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

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 pCO_2). **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/réadmission 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	