

CORTICOSTÉROÏDES PAR VOIE ORALE EN CAS D'EXACERBATIONS DE BPCO

L'administration orale de corticostéroïdes occupe une place importante dans le traitement des exacerbations de BPCO, en particulier en cas d'exacerbations sévères. La durée optimale du traitement n'est pas claire. Une étude récente et rigoureuse fournit de bons arguments pour avancer qu'un traitement de 5 jours est aussi efficace qu'un traitement de 14 jours.

L'administration orale de corticostéroïdes (prednisolone à raison de 25 à 50 mg p.j., ou équivalent¹) occupe une place importante dans le traitement des exacerbations de BPCO, en particulier en cas d'exacerbations sévères [voir Folia d'octobre 2010]. Jusqu'à récemment, on ne disposait toutefois que de peu de données concernant la durée optimale du traitement par des corticostéroïdes². La recommandation de BAPCOC³ préconise une durée de 7 à 14 jours et la recommandation de GOLD⁴, une durée de 10 à 14 jours.

Une étude⁵ randomisée récente, contrôlée par placebo et menée en double aveugle chez des patients atteints de BPCO qui s'étaient présentés aux urgences suite à une exacerbation, a évalué si un traitement par la prednisone (40 mg p.j.) pendant 5 jours était aussi efficace qu'un traitement pendant 14 jours (étude de non-infériorité); 85 % des patients présentaient une forme sévère de BPCO (dont la moitié une forme très sévère)⁶. Tous les patients ont reçu un antibiotique à large spectre ainsi qu'un traite-

ment inhalé par un β_2 -mimétique à courte durée d'action (traitement d'appoint), un corticostéroïde, un β_2 -mimétique à longue durée d'action et un anticholinergique à longue durée d'action.

Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative au niveau du nombre de patients ayant présenté une nouvelle exacerbation dans les 6 mois (critère d'évaluation primaire): l'incidence était de 36,8 % dans le groupe "14 jours" et de 35,9 % dans le groupe "5 jours". Même sur les critères d'évaluation secondaires tels que la mortalité, le VEMS et la qualité de vie, on n'a pas observé de différences statistiquement significatives entre les groupes. L'incidence des effets indésirables, entre autres hyperglycémie (environ 57 % dans les deux groupes) et hypertension (environ 15 %), ne différait pas entre les deux groupes.

Cette étude fournit donc de bons arguments pour affirmer qu'en cas d'exacerbation de BPCO nécessitant l'administration de corticostéroïdes par voie orale, un traitement de 5 jours est aussi efficace qu'un

1 5 mg de prednisolone est équivalent à 5 mg de prednisone ou à 4 mg de méthylprednisolone.

2 Walters JAE, Wang W, Soltani A et al. Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10. Art.No.: CD006897. Doi: 10.1002/14651858.CD006897.pub2.

3 BAPCOC. Prise en charge des exacerbations aiguës de BPCO en pratique ambulatoire. www.health.belgium.be/filestore/17198535_FR/COPD_FR_brochure_17198535_fr.pdf

4 *Global initiative for chronic obstructive lung disease* (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD (2013), sur <http://www.goldcopd.org>

5 *JAMA* 2013;309:2223-31 (doi:10.1001/jama.2013.5023), avec un éditorial 2272-3

6 classification selon la directive GOLD.

traitement de 14 jours. Ceci peut permettre, en particulier chez les patients ayant fréquemment des exacerbations, de limiter l'exposition cumulative aux corticostéroïdes – et donc probablement également les effets indésirables à long terme (tels que l'ostéoporose).

Quelques commentaires

- D'après les auteurs de l'éditorial, cette étude révèle également les limites du traitement actuel de la BPCO dans une population présentant majoritairement des formes sévères voire très sévères de BPCO, même en cas de traitement optimal : sur toute la population étudiée, environ 12 % ont nécessité une ventilation mécanique, environ 8 % sont décédés dans les 6 mois, et l'incidence de nouvelles exacerbations dans les 6 mois était toujours supérieure à 30 %.

- L'administration de prednisolone, à raison de 40 mg par jour (ou équivalent) pendant 3 semaines maximum, peut en principe être arrêtée de manière non progressive. Toutefois, même en cas de traitement de moins de 3 semaines, il convient d'envisager un arrêt progressif du traitement lorsque les doses administrées dépassent 40 mg par jour ainsi que chez les patients présentant d'autres facteurs de risque d'insuffisance surrénale, tels que les patients recevant fréquemment des corticostéroïdes par voie générale, ou les patients ayant arrêté l'année précédente un traitement à long terme (durant plusieurs mois voire plusieurs années) avec des corticostéroïdes par voie générale. De plus, en cas de situation de stress (p. ex. traumatisme, infection, intervention chirurgicale) peu de temps après l'arrêt du corticostéroïde, il convient d'évaluer systématiquement s'il est nécessaire de réinstaurer le corticostéroïde.

Commentaires

UTILISATION D'ADRÉNALINE EN AUTO-INJECTEUR PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, EN CAS D'ANAPHYLAXIE

Dans les Folia d'avril 2013, des recommandations sur l'utilisation de l'adrénaline (épinéphrine) en cas d'anaphylaxie ont été publiées sur base de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé "Prévention et prise en charge du choc anaphylactique après vaccination des enfants". On y mentionnait que dans le cadre d'un choc anaphylactique après une vaccination chez l'enfant, les auto-injecteurs d'adrénaline à usage unique (Epipen®, Jext®) ne constituaient pas un choix optimal en raison de la dose fixe d'adrénaline, la courte aiguille et la durée de conservation limitée.

Des médecins urgentistes signalent que, d'un point de vue pratique, l'utilisation d'auto-injecteurs peut quand même offrir un avantage non négligeable dans la prise en charge

de l'anaphylaxie (quelle qu'en soit la cause), en particulier pour les professionnels de la santé qui ne sont pas confrontés régulièrement à des urgences. En situation d'urgence, il n'est en effet pas évident de savoir quelle est la dose correcte d'adrénaline et de la prélever d'une ampoule. Dans de nombreux cas, l'avantage d'une injection rapide avec un auto-injecteur contrebalance l'inconvénient de ne pouvoir adapter la dose et de la taille plus courte de l'aiguille.

- Concernant *l'impossibilité d'adapter la dose avec les auto-injecteurs*. Les auto-injecteurs sont seulement disponibles en 2 doses d'adrénaline: 0,15 mg d'adrénaline (pour l'enfant) et 0,3 mg d'adrénaline (pour l'adulte). Dans certains cas, cela peut en ef-