

Les PEARLS (Practical Evidence About Real Life Situations) du groupe Cochrane Pre-hospital and Emergency Care



P. Jabre

© SFMU et Lavoisier SAS 2019

Bénéfices prouvés de la corticothérapie systémique lors d'une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive

Walters JAE, Tan DJ, White CJ, et al (2014) Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD001288

Problématique

La bronchopneumopathie chronique obstructive est la cinquième cause de décès dans le monde en 2000, et il est attendu qu'elle devienne la troisième cause de décès en 2020. La morbidité est extrêmement importante avec 16,5 millions d'années de vies perdues en 2000. Dix pour cent des patients victimes d'une exacerbation de BPCO (EBPCO) ne retrouvent pas leur état antérieur dans les trois mois.

Objectifs

Quel est l'effet d'une corticothérapie intraveineuse (IV) ou per os (PO) chez les patients présentant une EBPCO sur l'échec du traitement, le risque de récurrence, la mortalité et les effets indésirables ? L'effet des corticoïdes diffère-t-il selon la voie d'administration (IV ou PO) ?

Résultats principaux

La corticothérapie systémique diminue de plus de la moitié le risque d'échec du traitement par rapport au placebo (haut

niveau de preuve). Le risque de récurrence ne diffère pas entre les deux groupes. Cependant, le risque de récurrence à 30 jours est significativement diminué par la corticothérapie (niveau de preuve modéré). La mortalité à 30 jours n'est pas modifiée par la corticothérapie. Dans les 72 heures, la corticothérapie améliore la fonction respiratoire, la dyspnée et les gaz du sang. Elle diminue la durée d'hospitalisation d'un à deux jours des patients qui n'ont pas besoin d'une ventilation mécanique. La corticothérapie est associée à une augmentation des effets indésirables, notamment le risque d'hyperglycémie qui est triplé. Ces effets indésirables disparaissent à la fin du traitement. La nature de la voie d'administration (IV ou PO) ne change pas les résultats, à l'exception de la glycémie qui est plus élevée par voie IV.

Commentaires

Cette méta-analyse d'essais randomisés contrôlés apporte des données limitées concernant la comparaison des voies IV et PO. Les posologies et les durées de corticothérapie varient selon les études. Des études sont nécessaires pour objectiver l'intérêt d'une corticothérapie chez les patients nécessitant une assistance ventilatoire et la tolérance des corticothérapies répétées.

Y. Auffret

y.auffret@ch-cornouaille.fr

Urgences, CHUR de Brest, F-29200 Brest, France

S. Beroud

sebastien.beroud@chu-lyon.fr

Service d'accueil des urgences, hospices civils de Lyon, CHU Lyon-Sud, F-69394 Lyon, France

Efficacité similaire de la corticothérapie de courte durée (≤ 7 jours) versus prolongée lors d'une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive

Walters JAE, Tan DJ, White CJ, et al (2018) Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic

P. Jabre (✉)

Cochrane Pre-hospital and Emergency Care,
103, boulevard de Magenta, F-75010 Paris, France
e-mail : patricia.jabre@aphp.fr

UMR Inserm U 970 (PARCC), université Paris-Descartes,
58, rue Leblanc, F-75015 Paris, France

Samu de Paris, hôpital Necker-Enfants-malades, AP-HP,
149, rue de Sèvres, F-75730 Paris cedex 15, France

obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 3:CD006897

Problématique

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une des principales causes de décès dans le monde. En 2025, il est projeté qu'elle soit responsable de 4,5 millions de décès. Dix pour cent des patients victimes d'une exacerbation de BPCO (EBPCO) ne retrouvent pas leur état antérieur dans les trois mois. Les recommandations préconisent de traiter les EBPCO avec une corticothérapie systémique (CS) de 7 à 14 jours. Cependant, l'usage intermittent de la CS est associé à des effets indésirables (EI) tels que l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, l'ostéoporose, les tassements vertébraux, des effets délétères sur les muscles périphériques et respiratoires.

Objectifs

Une CS de courte durée (≤ 7 jours) chez les patients hospitalisés pour une EBPCO ne nécessitant pas de ventilation (invasive ou non) est-elle aussi efficace qu'une CS de plus de sept jours ? Une CS de courte durée diminue-t-elle les EI ?

Résultats principaux

L'efficacité des deux stratégies thérapeutiques ne diffère pas en termes d'échec de traitement, de taux de récurrence et d'intervalle entre deux EBPCO (niveau de preuve modéré).

Concernant les EI, il n'y a pas de différence significative sur le risque d'hyperglycémie (niveau de preuve modéré), d'hypertension, la survenue d'hémorragies gastro-intestinales, de reflux gastro-œsophagien, de défaillances cardiaques, de problèmes coronariens, de troubles du sommeil, de fractures et de dépression. Il n'y a pas de différence significative sur la mortalité (niveau de preuve modéré), sur la durée d'hospitalisation avec un suivi de 14 à 180 jours (niveau de preuve modéré), sur la fonction pulmonaire (niveau de preuve très bas), sur les gaz du sang, sur la cotation de la dyspnée et sur la qualité de vie.

Commentaires

Il est apparu que mener des études sur ce sujet est difficile, et plusieurs études n'ont pu aller à leur terme. La définition des EBPCO souffre d'un manque d'uniformité ou de précision dans les études considérées. Cette méta-analyse n'a pas inclus les patients ayant des EBPCO minimales ou modérées : les auteurs soulignent que des études dans ce groupe de patients sont nécessaires. Le suivi pourrait être trop court

pour détecter de potentielles différences en termes de rechutes, de mortalité et de réadmission.

Y. Auffret

y.auffret@ch-cornouaille.fr

Urgences, CHUR de Brest, F-29200 Brest, France

S. Beroud

sebastien.beroud@chu-lyon.fr

Service d'accueil des urgences, hospices civils de Lyon, CHU Lyon-Sud, F-69394 Lyon, France

Intérêt indiscutable de la ventilation non invasive chez les patients présentant une détresse respiratoire aiguë hypercapnique sur bronchopneumopathie chronique obstructive

Osadnik CR, Tee VS, Carson-Chahhoud KV, et al (2017) Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 7:CD004104

Problématique

Les patients présentant une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (EBPCO) sont régulièrement hospitalisés pour détresse respiratoire. Celle-ci peut être améliorée par des traitements habituels tels que bronchodilatateurs, corticoïdes, antibiotiques et oxygène. Certaines situations nécessitent en plus un support ventilatoire sous la forme de ventilation invasive. La ventilation non invasive (VNI) a-t-elle sa place dans la prise en charge de l'EBPCO ?

Objectifs

La VNI associée aux traitements habituels est-elle efficace et bien tolérée dans la prise en charge initiale des détresses respiratoires hypercapniques sur EBPCO ne nécessitant pas d'intubation endotrachéale (IET) d'emblée ?

Résultats principaux

La mortalité durant l'hospitalisation est significativement réduite de 46 % en cas de VNI associée aux traitements habituels par rapport aux traitements habituels seuls (niveau de preuve modéré). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative si la VNI était délivrée en service conventionnel (SC) ou en soins intensifs (SI). Le recours à la VNI réduit de 64 % le risque d'IET (niveau de preuve modéré). L'utilisation de VNI n'était pas systématiquement associée à une bonne évolution : 12 % des patients traités par VNI associée

aux traitements habituels ont nécessité une IET. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative si la VNI était délivrée en SC ou en SI ou selon la profondeur de l'acidose ($\text{pH} < 7,3$ vs $\text{pH} \geq 7,3$). La durée d'hospitalisation est significativement réduite de plus de trois jours en cas de recours à la VNI (niveau de preuve modéré). Le groupe VNI présentait significativement moins de complications en dehors des complications directement liées à la VNI.

Commentaires

Pas de données concernant l'utilisation d'une VNI en pré-hospitalier dans cette méta-analyse. Des études complémentaires dans différents types de services pourraient être inté-

ressantes. La VNI permet également de traiter des patients pour lesquels l'IET ne semble pas licite ou est refusée par le patient lui-même. Bien que relativement fréquents, les risques d'intolérance à la VNI ne doivent pas être un frein à son utilisation.

J. Dumouchel

dumouchel.julie76@yahoo.fr

Département de médecine d'urgence, CHU de Tours,

F-37000 Tours, France

S. Beroud

sebastien.beroud@chu-lyon.fr

*Service d'accueil des urgences, hospices civils de Lyon,
CHU Lyon-Sud, F-69394 Lyon, France*