

NOUVELLES BRÈVES

RISQUE DE PNEUMONIE AVEC CORTICOSTÉROÏDES INHALÉS

Les corticostéroïdes inhalés sont fréquemment utilisés chez les patients atteints de BPCO ; ils constituent le traitement de plus de 70 % des patients atteints de BPCO¹. Les préparations combinées disponibles en sont en partie la cause. Des guides de pratique^{2,3} recommandent cependant de limiter l'utilisation de corticostéroïdes inhalés chez les patients présentant une forme sévère ou très sévère de BPCO (VEMS inférieure à 50 % de la valeur prédite) et qui présentent des exacerbations fréquentes (au moins deux fois par an) nécessitant un traitement par antibiotiques ou par corticostéroïdes par voie orale. L'utilisation de corticostéroïdes inhalés n'est pas sans risque. Le risque de fractures de la hanche⁴, de cataracte⁵ et de pneumonie⁶⁻⁸ avec les corticostéroïdes inhalés a été démontré dans diverses études. Une récente étude de cohorte⁹ a évalué si ce risque varie selon le corticostéroïde inhalé utilisé et selon la dose utilisée.

Cette étude a analysé des données d'une cohorte de 163.514 patients atteints de BPCO, suivis pendant 5 ans. Une pneumonie a été constatée chez 20.344 patients de ce groupe. Sur base d'une analyse de cas-témoins sur un échantillon, les auteurs ont calculé un ratio de proportions de 1,69 ; l'utilisation actuelle de corticostéroïdes inhalés augmente le risque de pneumonie de 69 % (IC à 95 % ; de 1,63 à 1,75). Après l'arrêt des corticostéroïdes inhalés, il a fallu 6 mois pour que le risque ne soit plus accru. Le risque de pneumonie était le plus élevé avec la fluticasone (RR = 2,01, IC à 95 % de 1,93 à 2,10) et moins élevé avec le budésonide (RR = 1,17, IC à 95 % ; de 1,09 à 1,26). Le risque était également accru avec des doses plus élevées de fluticasone. Pour des doses allant jusqu'à 500 µg, ce risque était de 1,24 ; pour des doses de 500 à 999 µg, de 1,66 et pour des doses supérieures à 1000 µg, de 1,86. Aucun effet de dose n'a été observé avec le budésonide. Ceci est en contradiction avec une étude récente qui, chez des patients atteints de BPCO, montre un effet de dose pour le budésonide. Pour 320 µg, le risque relatif était de 1,7 (IC à 95 % ; de 0,8 à 3,6) et pour 640 µg, de 2,3 (IC à 95 % ; de 1,2 à 4,7)¹⁰.

Les auteurs de cette étude reconnaissent qu'il y a un réel risque de biais parce que le budésonide a probablement été prescrit plus chez les patients présentant un risque plus faible de pneumonie, comme les patients souffrant d'asthme ou d'une BPCO moins sévère. Le diagnostic de BPCO ayant été effectué sur base de l'utilisation de médicaments par les patients et non sur base d'une spirométrie, il est

probable que des patients asthmatiques aient été inclus dans la cohorte. Cette étude confirme le risque de pneumonie avec les corticostéroïdes inhalés. Il n'est pas clairement établi si ce risque est également déterminé par le type de corticoïde inhalé et d'autres études (RCT) avec moins de risques de biais sont nécessaires.

Références

1. Suissa S, Barnes PJ. Inhaled corticosteroids in COPD: the case against. *Eur Respir J* 2009;34:13-6.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2013. <http://www.goldcopd.org>.
3. National Institute of Health and Clinical Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. *NICE Clinical Guideline N° 101*, June 2010. <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English>.
4. Loke YK, Cavallazzi R, Singh S. Risk of fractures with inhaled corticosteroids- in COPD : Systemic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *Thorax* 2011;66:699-708.
5. Marcovitch H. High dose inhaled steroids pose cataract risk. *BMJ* 2003;327:833.
6. Singh S, Amin A, Loke Y. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease. A meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009;169:219-29.
7. Nannini LJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and long-acting beta2-agonist in one inhaler versus long-acting beta2-agonists for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD006829. DOI: 10.1002/14651858. CD006829.pub2.
8. Drummond MB, Dasenbrook EC, Pitz MW et al. Inhaled corticosteroids in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008;300:2407-16.
9. Suissa S, Patenaude V, Lapi F, et al. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax* 2013;68:1029-1036. doi:10.1136/thoraxjnl-2012-202872
10. Sharafkhaneh A, Southard JG, Goldman M, et al. Effect of budesonide/ formoterol pMDI on COPD exacerbations: a double-blind, randomized study. *Respir Med* 2012;106:257-68.