

CORTICOTHERAPIE EN PNEUMOLOGIE

Djimli O

Université Ferhat Abbas Sétif 1

Faculté de médecine

Cours de pneumophysiologie année universitaire 2019 - 20

INTRODUCTION

- *Les glucocorticostéroïdes (GCS) ou corticoïdes ont un puissant effet anti-inflammatoire et leur action n'est plus à démontrer, bien qu'elle soit purement symptomatique.*
- *Leurs indications en pneumologie sont nombreuses, les principales étant l'asthme et la pathologie interstitielle.*

COMPARAISON DES ACTIVITES DES CORTICOIDES REPRESENTATIFS

	<i>Activité anti- inflammatoire</i>	<i>Activité minéralo- corticoïde (Rétention sodée)</i>	<i>Équivalence des doses</i>
<i>Hydrocortisone</i>	1	1	25 mg
<i>Cortisone</i>	0,8	0,8	25 mg
<i>Prednisolone</i>	4	0,8	5 mg
<i>Méthylprednisolone</i>	5	0,5	4 mg
<i>Triamcinolone</i>	5	0	4 mg
<i>Paraméthasone</i>	10	0	2 mg
<i>bétaméthasone</i>	25	0	0,75 mg
<i>dexaméthasone</i>	25	0	0,75 mg

INDICATIONS EN SITUATION AIGUE

- *Asthme aigu grave*
- *Décompensation BPCO-IRC*
- *Tuberculoses :*
 - Ganglionnaires*
 - Sérites*
 - Miliaires*
 - primo infection (avec adénopathies compressives)*
- *Cancer : compression, lymphangite*
- *Pneumopathie d'hypersensibilité.*
- *Hémorragies alvéolaires..*
- *péricardites non bactériennes.*

LES CURES COURTES

- Arbitrairement définies par une durée < à 15 jours
- **Posologie initiale élevée, arrêt brutal**
- Permet une amélioration rapide de la pathologie en limitant les effets secondaires d'une prise prolongée
- **Pratique répandue alors que les indications documentées et les études contrôlées sont limitées**
- **Modalités de prescription floues +++**

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES AU LONG COURS (> 3 MOIS)

Maladies obstructives

- *Asthme*
- *BPCO : Forme spastique*

ACOS

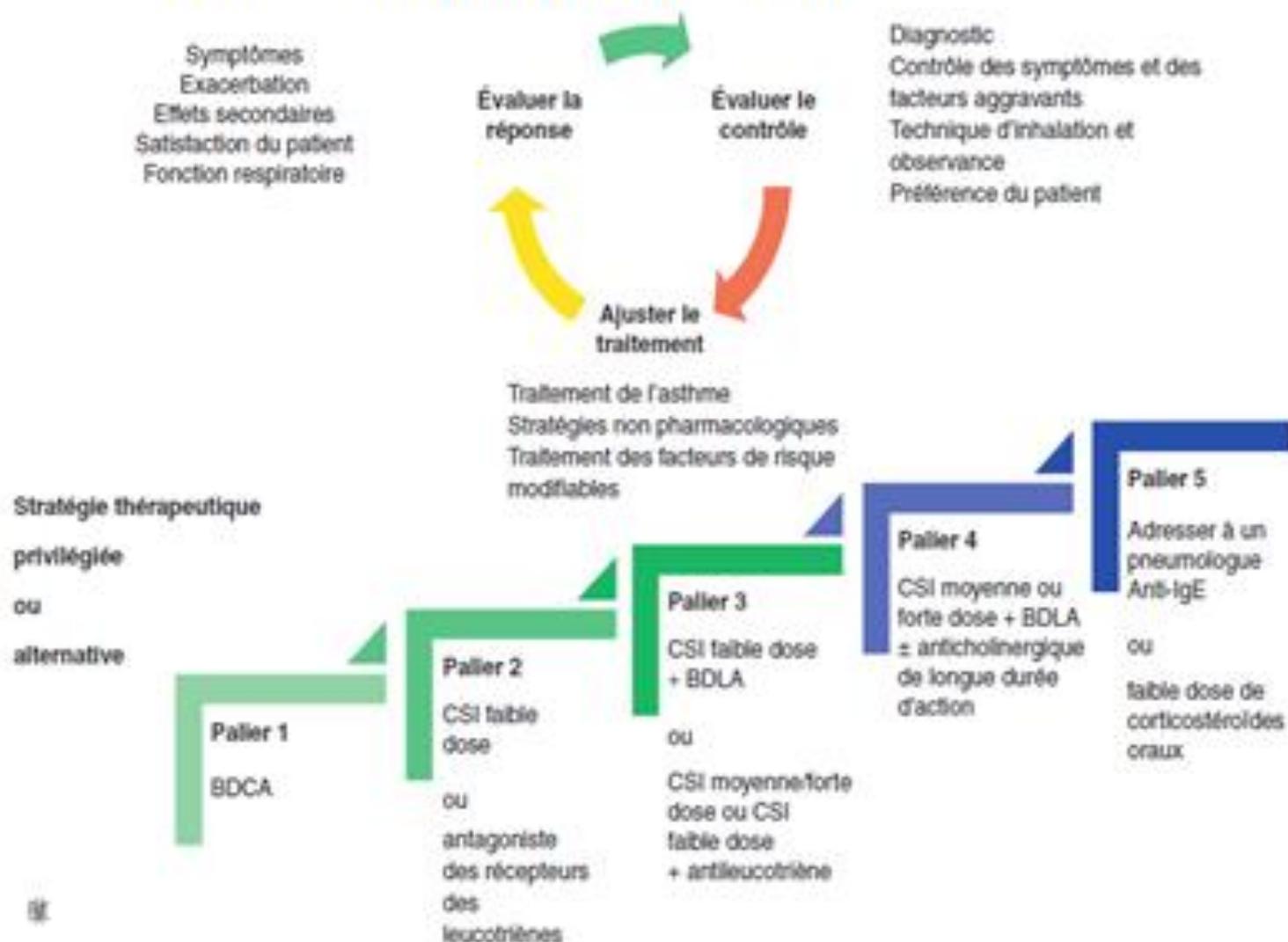
Poumon profond

- *Sarcoidose II,III.*
- *AAE: éleveurs d'oiseaux*
- *poumon agricole*
- *Vascularites*
- *Maladie de Carrington*
- *Poumon à éosinophile*

ASTHME

- *Indiquées dans les crises d'asthme sévères*
- *De < à 10 jours jusqu'à quelques semaines*
- *Intérêt sur la composante inflammatoire*
0,5 à 1 mg/kg chez l'adulte;
1 à 2 mg/kg chez l'enfant
- *Prescription de corticoïdes inhalés quelques jours avant l'arrêt en relais*

STRATEGIE THERAPEUTIQUE DANS L'ASTHME



EFFETS SECONDAIRES LIÉS AUX CORTICOÏDES INHALÉS AU LONG COURS DANS L'ASTHME

- *Les corticoïdes inhalés ont révolutionné le traitement de l'asthme*
- *Effets secondaires locaux*
 - Candidose oro-pharyngée*
 - Raucité de la voix*
- *Effets secondaires systémiques*

EFFETS SECONDAIRES LIÉS AUX CORTICOÏDES INHALÉS

Les effets indésirables principaux

- ***Au niveau hypothalamo-hypophysaire***
- ***Sur la croissance***
- *La vitesse de croissance pendant la 1ère année de traitement se ralentit effectivement*
- *Moins 1 cm par rapport à la taille prévisible*
- *Ce ralentissement est observé quelque soit le corticoïde*
- *Ce ralentissement ne dure pas*
- *Taille définitive adulte identique à la fratrie*
- ***Au niveau osseux*** (ostéoporose)

EFFETS SECONDAIRES LIÉS AUX CORTICOÏDES INHALÉS

- **Au niveau cutané**

- *La peau est aussi un organe cible des effets secondaires*
- *Finesse de la peau (- 15 à 19 % versus sujet sain)*
- *Ecchymoses (+ chez la femme)*
- *Diminution de la synthèse du collagène cutané 6ème semaine de traitement*
- *Diminution du cortisol plasmatique et urinaire*
- *Augmente avec l'âge chez la femme*

- **Au niveau oculaire**

- *Cataractes postérieures sous capsulaires (2x)*
- *Glaucome : risque de glaucome à angle ouvert avec CI à doses importantes (>1500 mg/jour) ?*

- **Effets métaboliques ?**

- *Glycémie ?*
- *Insuline ?*

CORTICOTHÉRAPIE PER OS ET ASTHME GRAVE

- *30 à 50 % des sujets traités > 10 mg/j équivalent prédnisolone ont de l'ostéoporose*
- *3 à 16% si la dose est < 10mg/j*
- *Perte est max dans les 6 à 12 premiers mois et moins rapide ensuite*
- *Survient dans les zones de rapide turn over de l'os trabéculaire (corps vertébraux - tête fémorale - côtes - extrémité proximale humérus et distale radius)*

EN RÉSUMÉ,

- *au cours de l'asthme sévère, les avantages de la CI dépassent le risque d'effets secondaires potentiels :*
- *le rapport risque/avantage est nettement acceptable.*

- *Par contre, chez les patients souffrant d'asthme léger, le risque pourrait être moins acceptable, notamment chez les enfants, qui doivent souvent recevoir ce traitement durant de nombreuses années.*

BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES

- *Au cours des BPCO, **aucun argument objectif ne justifie une corticothérapie au long cours** mais en pratique, elle est utilisée dans les formes sévères.*
- *Dans les cas où un traitement corticoïde est envisagé, son efficacité clinique et fonctionnel doit toujours être jugée après 15 jours de traitement.*
- *Une fois un bénéfice objectif à court terme mis en évidence, toute prescription au long cours des corticoïdes doit être réévaluée périodiquement.*
- *Enfin, afin d'éviter les effets secondaires potentiellement graves d'une corticothérapie orale, il peut être proposé une CI.*

EXACERBATION DE BPCO

- **Corticoides ?**
- Pas de corticothérapie
- **Ni inhalée:** (indication spécifique basée notamment sur les données spirométriques)
- **Ni orale:** bénéfice limité aux malades vus à l'hôpital

Augmentation plus rapide du VEMS

Durée de séjour raccourcie de 01 jour

Moins de rechutes

Plus d'effets indésirables (diabète, infection..)

Traitement de la BPCO

Degré de sévérité (tous : VEMS/CV < 0,7)

I : légère VEMS : > 80 %	II : modérée VEMS : 50- 80 %	III : sévère VEMS : 30- 50 %	IV : très sévère VEMS : < 30 %
-----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Éviction du (des) facteur(s) de risque; vaccination antigrippale

+ Bronchodilatateur à courte durée d'action à la demande

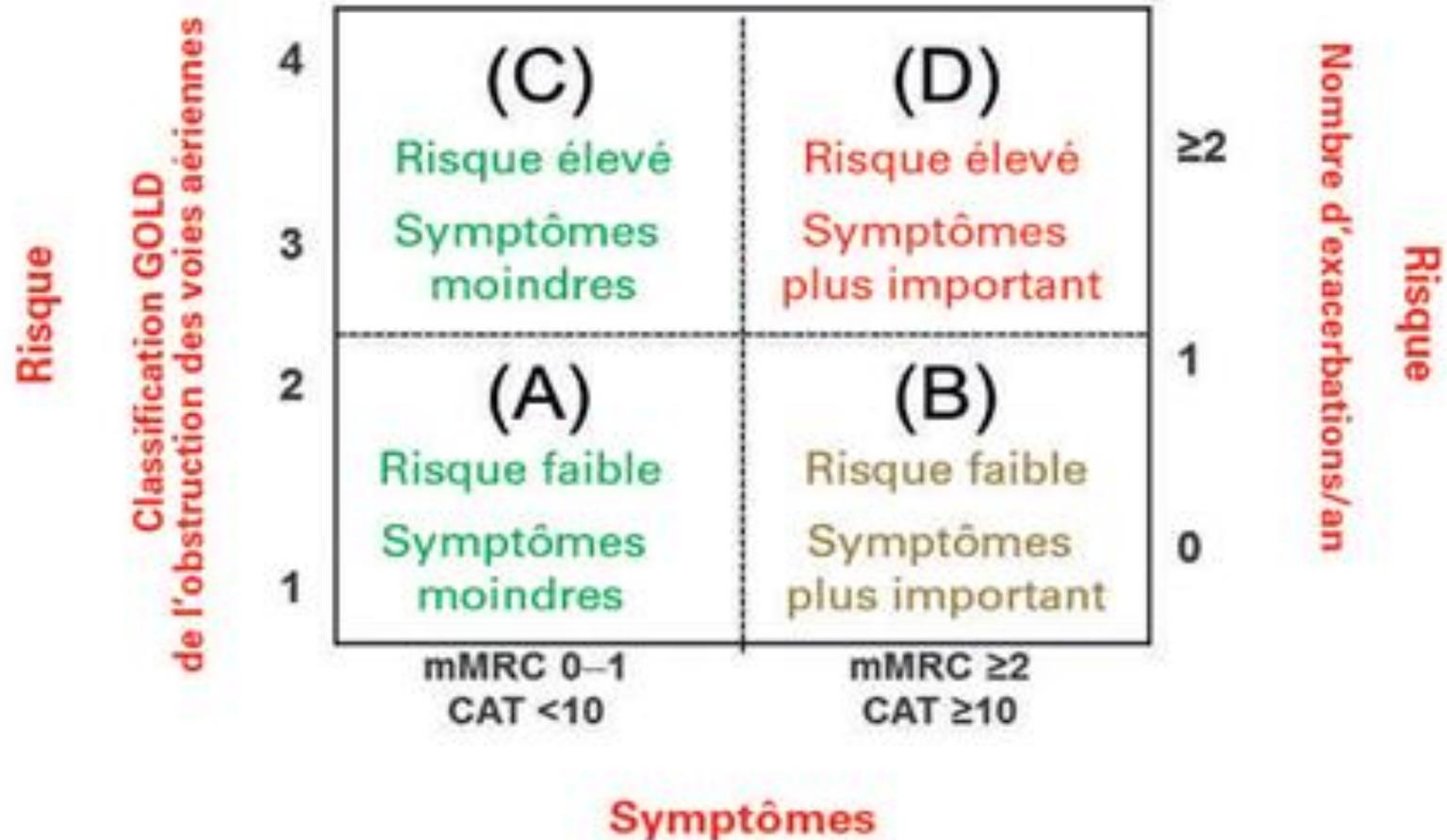
+ Bronchodilatateur à longue durée d'action
+ réhabilitation

+ Corticoïdes inhalés associés
aux bronchodilatateurs à longue durée
d'action si exacerbations répétées*

** Seuil de VEMS en dessous duquel une association CSI +
 β 2 LA
peut être envisagée si exacerbations répétées :
50 % pour budésonide/formotérol, 60 % pour
fluticasone/salmétérol*

± OLD
Si insuffisance
respiratoire
Envisager les
traitements
chirurgicaux

BPCO: nouvelle classification



BPCO: TRAITEMENT PAR INHALATION

Recommandation thérapeutique Groupe de patients (faible risque, peu de symptômes)		Recommandation thérapeutique Groupe de patients (faible risque, de nombreux symptômes)		Recommandation thérapeutique Groupe de patients (risque élevé, peu de symptômes)		Recommandation thérapeutique Groupe de patients (risque élevé, de nombreux symptômes)	
A		B		C		D	
Premier choix	Alternative	Premier choix	Alternative	Premier choix	Alternative	Premier choix	Alternative
SAMA ou SABA	LAMA ou LABA ou SAMA + SABA	LAMA ou LABA	LAMA + LABA	0-1 exacerbation par an		0-1 exacerbation par an	
				LAMA	LAMA + LABA	LAMA	LAMA + LABA
				≥2 exacerbations par an		≥2 exacerbations par an	
				ICS + LABA		ICS + LABA ou ICS + LABA + LAMA	LAMA + LABA + ICS

Traitement non-médicamenteux : Sevrage tabagique, Vaccin contre la grippe, Activité physique, Formation du patient

MALADIES DU POUMON PROFOND

- Par son action **anti-inflammatoire et immunosuppressive**, la corticothérapie constitue un traitement de première ligne au cours des atteintes interstitielles pulmonaires qu'elles soient primitives ou secondaires, entrant dans le cadre notamment de maladies systémiques.
- Cependant, la sensibilité aux corticoïdes est d'autant plus nette que la composante inflammatoire est importante et la fibrose réduite.

POSOLOGIE DE CORTICOTHÉRAPIE PER-OS DANS LE POUMON PROFOND

- *0.5 à 1 mg/kg/j pendant 2-3 mois*
- *puis réduire par palier (si réponse clinique – radiologique – biologique favorable)*
- *De 1 à 3 mois de 10 en 10 mg puis de 5 en 5.*
- *Durée totale 12 à 18 mois.*

QUAND ARRÊTER LE TRT PAR GLUCOCORTICOIDES ?

- *En urgence si:*
 - *Psychose aiguë ne répondant pas au trt*
 - *Ulcère herpétique de la cornée*
- *Arrêt brusque :*
 - *si trt < 2-3 s ou si trt alterné*
- *Sinon arrêt généralement progressif*
 - *Effet trt maximal obtenu*
 - *Pas d'évidence d'efficacité dans l'indication*
 - *Effets secondaires inacceptables : (tbc, mycoses, l. bactériennes ,virales...)*

CONCLUSION

- *Les GC sont des médicaments efficaces et parfois irremplaçables*
- *Un usage abusif et inapproprié peut conduire à des complications graves*

- *Prendre en considération :*
 - *l'indication : est elle nécessaire?*
 - *les Facteurs de risque du patient à traiter*
 - *les autres trt et les interactions médicamenteuses*
 - *le type de GC utilisé*
 - *la dose et la durée*

- *Surveiller :*
 - *L'apparition des signes d'excès en cours de traitement*
 - *L'apparition de signes d'insuffisances à l'arrêt*