

acétylsalicylique a augmenté le risque de décès d'origine cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde, d'AVC, d'embolie systémique, de revascularisation coronarienne ou d'ischémie aiguë à un membre, ainsi que les risques de

décès toutes causes confondues et d'hémorragie grave, comparativement au placebo.

La bonne réponse est vrai.

Référence : Lemesle G, Didier R, Steg PG, Simon T, Montalescot G, Danchin N, et al. Aspirin in Patients with Chronic Coronary Syndrome Receiving Oral Anticoagulation. *N Engl J Med* Le 23 oct. 2025;393(16):1578-1588.

Lien : <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2507532>

PMID : 40888725

Q18 Exacerbations de l'asthme

Chez les patients hospitalisés pour une exacerbation de l'asthme, l'utilisation du nombre d'éosinophiles dans le sang pour déterminer la durée de la corticothérapie à action générale s'est avérée non inférieure aux soins habituels quant à la prévention de l'échec du traitement.

- ☐ Vrai
- ☐ Faux

Résumé formatif : Les exacerbations sévères de l'asthme peuvent nécessiter une hospitalisation, voire être mortelles. Les corticostéroïdes à action générale constituent le pilier du traitement des exacerbations de l'asthme, mais la durée optimale du traitement n'a pas été établie. Les lignes directrices cliniques recommandent une durée de traitement de cinq à sept jours. Par exemple, la GINA (Global Initiative for Asthma) recommande, chez l'adulte, une posologie de prednisolone (ou l'équivalent) de 40 à 50 mg/jour pendant 5 à 7 jours. Un consensus d'experts américain recommande une dose similaire, de 40 à 60 mg/jour de prednisolone ou d'un équivalent pendant 5 à 7 jours. Les lignes directrices britanniques proposent une durée d'au moins cinq jours. Les données probantes à l'appui de ces recommandations sont limitées.

Les réponses au traitement peuvent varier en raison de l'hétérogénéité des mécanismes inflammatoires à l'origine des exacerbations. On recense trois sous-types d'inflammation : l'inflammation à éosinophiles, caractérisée par une hausse des médiateurs de type 2 ; l'inflammation à neutrophiles, d'origine bactérienne ; l'inflammation principalement de type 1, associée aux infections virales. Le sous-type à éosinophiles est considéré comme très sensible aux corticostéroïdes à action générale, tandis que les sous-types non éosinophiliques sont considérés comme peu sensibles aux corticostéroïdes. Cette observation est corroborée par une étude observationnelle récente ayant montré que les patients présentant des exacerbations de type 2 ont obtenu des améliorations marquées de la fonction respiratoire et des symptômes après un traitement par des stéroïdes oraux, tandis que ceux dont les exacerbations n'étaient pas de type 2 n'ont obtenu qu'une amélioration minime, voire

aucune. Ainsi, la durée du traitement pourrait être déterminée en fonction du sous-type inflammatoire.

Un nombre d'éosinophiles ≥ 300 ou 400 cellules/ μL dans le sang périphérique est fortement corrélé avec une inflammation à éosinophiles des voies respiratoires. À l'inverse, des nombres inférieurs à ce seuil évoquent une inflammation non éosinophilique des voies respiratoires. Comparativement à d'autres biomarqueurs (monoxyde d'azote expiré, périostine sérique et numération cellulaire dans les expectorations prélevées dans le cadre d'une épreuve de provocation), la numération des éosinophiles dans le sang périphérique est moins coûteuse, plus facile à réaliser et largement accessible dans la pratique clinique ; par ailleurs, elle offre la meilleure précision pour distinguer l'inflammation à éosinophiles de l'inflammation non éosinophilique des voies respiratoires. La numération des éosinophiles dans le sang périphérique pourrait donc servir de biomarqueur pour sélectionner les patients présentant des exacerbations non éosinophiliques, qui pourraient être pris en charge efficacement par des corticothérapies à action générale de plus courte durée.

Précisons toutefois que même ces traitements comportent des risques, entre autres la septicémie, la thromboembolie veineuse, les fractures, l'ulcère gastro-duodéal et les événements cardiovasculaires. Comme les exacerbations peuvent récidiver tout au long de la vie d'un patient, les expositions répétées à ces traitements ne font qu'amplifier leurs effets nuisibles à long terme. Il arrive même que les patients soient prêts à renoncer aux avantages thérapeutiques des corticostéroïdes pour éviter leurs effets indésirables, ce qui souligne la nécessité de mettre