

Cette rubrique de Minerva vous propose un bref résumé de nouvelles études concernant des sujets précédemment traités dans Minerva. Le comité de rédaction estime que l'information nouvelle ne nécessite pas une analyse développée de la publication tout en justifiant une mise au courant de nos lecteurs, en recadrant ces nouvelles données dans la précédente évaluation publiée par nos soins.

● Stéroïdes inhalés chez de jeunes enfants

P. Chevalier

Nous avons déjà publié dans Minerva¹ l'analyse d'une RCT² évaluant l'intérêt de l'administration de corticostéroïdes inhalés (CSI) à de jeunes enfants à haut risque de développer de l'asthme (épisodes de sibilances répétés, critères d'allergie/asthme individuels ou parentaux). Dans cette RCT, cette administration ne modifiait pas l'évolution naturelle de l'asthme, les symptômes étant améliorés durant le traitement mais réapparaissant lors de son arrêt.

Une méta-analyse des RCTs dans ce domaine (dont celle analysée dans Minerva²) vient de paraître, évaluant également l'efficacité des CSI³, sur une durée minimale de 4 semaines, chez les enfants âgés de moins de 5 ans (de 2 à 108 mois) présentant des sibilances répétées avec ou sans diagnostic d'asthme. Elle inclut 29 études, représentant un total de 3 592 sujets. Elle montre l'efficacité de l'administration de doses légères à moyennes de corticostéroïdes inhalés en termes de réduction des épisodes de sibilances : rapport de risque de 0,59 (IC à 95% de 0,52 à 0,67), soit un NST de 7 (IC à 95% de 6 à 9) pour éviter à 1 personne de présenter un épisode de wheezing.

Cette méta-analyse confirme l'intérêt symptomatique des corticostéroïdes inhalés chez des enfants de moins de 5 ans présentant des épisodes de sibilances répétées avec ou sans diagnostic d'asthme, mais aussi l'importance de revoir régulièrement la nécessité de ce traitement qui ne modifie pas l'évolution naturelle de la pathologie.

Un bénéfice est également observé en termes d'utilisation de salbutamol, et d'amélioration clinique et fonctionnelle, indépendamment de l'âge de l'enfant, d'une condition atopique, du type de corticostéroïde inhalé, du processus d'administration, de la qualité d'étude, de la durée de celle-ci (analyses post-hoc). Les auteurs rappellent cependant les difficultés du diagnostic de l'asthme avant l'âge de 5 ans, la co-existence d'un phénotype sibilances transitoires (70 à 80% des enfants jusqu'à 3 ans devenant ensuite asymptomatiques) ou persistantes, et donc la nécessité de revoir régulièrement la possibilité de diminuer/arrêter le traitement. Ils reprennent aussi, mot-à-mot les conclusions de la RCT² reprises ci-dessus.

Références

1. Coddling V, Chevalier P. Stéroïdes inhalés chez de jeunes enfants à haut risque d'asthme. *MinervaF* 2007;6(4):59-61.
2. Cuilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma. *N Engl J Med* 2006;11;354:1985-97.
3. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo CJ. Efficacy of inhaled corticosteroids in infants and preschoolers with recurrent wheezing and asthma: a systematic review with meta-analysis. *Pediatrics* 2009;123:e519-e525.

● Fluticasone inhalée l'enfant

P. Chevalier

Nous avons déjà analysé dans Minerva plusieurs recherches évaluant l'intérêt des corticostéroïdes inhalés chez de jeunes enfants, soit âgés de 2 à 3 ans et à haut risque d'asthme (RCT¹), soit âgés de 2 à 108 mois et présentant des sibilances répétées avec ou sans diagnostic d'asthme (méta-analyse²). Dans ces 2 publications, un effet favorable des corticostéroïdes inhalés est observé sur les symptômes mais sans modification de l'évolution naturelle de l'affection. Une autre publication montrait l'intérêt d'administrer des doses faibles à modérées de budésonide (200 ou 400 µg par jour) à des enfants de moins de 11 ans présentant un asthme persistant dit modéré en termes d'évolution des valeurs de VEMs versus placebo³.

Une RCT récente⁴ évalue l'efficacité et la sécurité d'un traitement préventif par haute dose de fluticasone (750 µg 2x/j) durant 10 jours maximum pour réduire la sévérité des épisodes de sibilances liées à une infection virale chez 129 enfants âgés de 1 à 6 ans. Sur une période médiane de 40 semaines, 8% des infections respiratoires entraînent un recours à des corticostéroïdes systémiques (critère primaire) dans le groupe fluticasone versus 18% dans le groupe placebo : OR 0,49 ; IC à 95% de 0,30 à 0,83. La croissance en taille (valeur initiale jusqu'à la fin de l'observation) est inférieure dans le groupe fluticasone versus placebo : différence z score de -0,24 (IC à 95% de -0,40 à -0,08). Il en est de même pour la prise de poids : différence z score de -0,26 (IC à 95% de -0,41 à -0,09). Aucune différence n'est observée pour le taux de cortisol basal, pour la densité minérale osseuse ou pour les effets indésirables. Les auteurs concluent, à juste titre, que les risques potentiels de ce type de traitement sont plus importants que le bénéfice observé. Au vu du risque d'abus de ce type de traitement, cette approche préventive ne peut pas être actuellement adoptée en pratique clinique.

Cette étude montre un bénéfice de l'administration de fluticasone inhalée mais aussi des risques potentiels non évalués à moyen terme, ne permettant donc pas de recommander ce traitement en prévention.

Références

1. Coddling V, Chevalier P. Stéroïdes inhalés chez de jeunes enfants à haut risque d'asthme. *MinervaF* 2007;6(4):59-61.
2. Chevalier P. Stéroïdes inhalés chez de jeunes enfants. *MinervaF* 2010;9(1):16.
3. O'Byrne PM, Pedersen S, Busse WW, et al. Effects of early intervention with inhaled budesonide on lung function in newly diagnosed asthma. *Chest* 2006;129:1478-85.
4. Ducharme FM, Lemire C, Noya FJ, et al. Preemptive use of high-dose fluticasone for virus-induced wheezing in young children. *N Engl J Med* 2009;360:339-53.