

Pour la dose de corticostéroïdes inhalés à utiliser en cas d'exacerbation de l'asthme chez l'adulte, une étude montrait que le doublement des doses du traitement de fond ne pouvait réduire le recours à des corticostéroïdes oraux (prednisone)¹. Une méta-analyse récemment publiée², reprenant les données de 51 RCTs (10 797 patients), évalue l'intérêt relatif des doses plus élevées d'un corticostéroïde inhalé, la fluticasone, en traitement chronique, chez l'enfant comme chez l'adulte. Les doses maximales évaluées chez l'enfant sont de 400 à 500 mcg par jour, chez l'adulte de 2 000 mcg/j. La qualité méthodologique des études est évaluée sur 3 critères (biais de randomisation, de secret d'attribution, de non respect de l'insu) : 26 RCTs ne répondent pas aux 3 critères, mais sont incluses dans les méta-analyses. Le critère primaire évalué est la modification du VEMs versus valeur initiale : pas de dose-réponse significative pour les doses de 50, 100, 200 et 4 à 500 mcg/j) chez les patients, adultes ou enfants avec un asthme léger à modéré. Il n'y a également pas de différence statistiquement significative entre des doses de 4 à 500 mcg et des doses de 800 à 1 000 mcg ni entre des doses de 50 à 100 et des doses de 800 à 1 000 mcg par jour de fluticasone chez l'adulte. Pas de différence pour des critères secondaires, les symptômes et le recours à des bêta2-mimétiques, mais bien pour le DEP, les auteurs s'interrogeant cependant sur la pertinence des différences observées pour ce dernier critère. Selon eux, le bénéfice observé, en cas d'asthme sévère, de doses supérieures à 500 mcg versus 200 mcg, demande confirmation. Chez l'adulte, une dose maximale de 2 000 mcg permet de réduire la dose de prednisolone orale. Les doses >800-1 000 mcg augmentent le risque de candidose orale. Les doses actuellement recommandées³ sont faibles, modérées ou élevées.

Cette méta-analyse remet en doute l'utilité réelle de doses élevées de corticostéroïdes inhalés, chez l'adulte comme chez l'enfant, sauf en cas de corticothérapie orale. L'intérêt de réduire la dose des corticostéroïdes inhalés avait déjà été souligné dans Minerva⁴.

Références

1. Sturtewagen JP. Intérêt de doubler la dose des corticostéroïdes en cas d'échec du traitement de l'asthme ? *MinervaF* 2005;4(1):8-10.
2. Adams NP, Bestall JC, Jones P, et al. Fluticasone at different doses for chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 4.
3. Révision des recommandations "GINA" sur l'asthme, et "GOLD" sur la BPCO. *Folia Pharmacotherapeutica* 2007;34:1-6.
4. Kegels E. Step-down des corticostéroïdes inhalés en cas d'asthme stabilisé. *MinervaF* 2005;4(1):6-8.