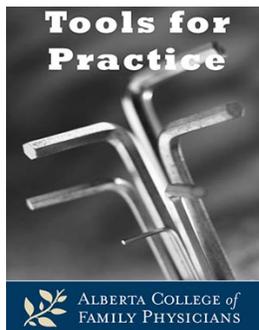


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 300 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

18 janvier 2015



Comprimés ou pompes : Antagonistes des récepteurs des leucotriènes pour traiter l'asthme chez l'enfant

Question clinique : Les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) sont-ils efficaces pour traiter l'asthme infantile?

Conclusion : L'utilisation d'antagonistes des récepteurs des leucotriènes au lieu de corticostéroïdes en inhalation comme monothérapie causera une exacerbation de plus chez tous les 21 patients. En tant que complément des corticostéroïdes en inhalation, les antagonistes des récepteurs des leucotriènes sont inférieurs aux bêta-agonistes à longue durée d'action (BALA) et sont associés à des résultats semblables à ceux de doses accrues de corticostéroïdes en inhalation (CI). Les données sont limitées et n'appuient pas l'utilisation chez les enfants âgés de cinq ans et moins.

Données probantes

- Les essais cliniques randomisés (ECR) rendent compte de nombreux résultats, plus particulièrement des indicateurs de substitution tels que le volume expiratoire maximal par seconde. Nous nous sommes concentrés sur les résultats cliniques objectifs.
 - Trois revues systématiques d'ECR : Les CI sont supérieurs aux ARLT pour l'asthme léger ou modéré¹⁻³.
 - Revue Cochrane la plus importante (19 essais, 3 333 enfants)¹ : Par rapport aux CI (13,3 %), les ARLT ont été associés à une hausse significative des exacerbations d'asthme nécessitant des corticostéroïdes oraux (18,8 %), nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=21.
 - Trois revues systématiques ont évalué les ARLT en tant que traitement adjuvant (4 à 16 semaines)^{3,4,5}. Un ECR a comparé les taux d'exacerbations pour ce qui suit :
 - Les ARLT combinés aux CI par rapport à une dose semblable de CI⁶ :

- 279 enfants, aucune différence.
- Les ARLT combinés à une faible dose de CI par rapport à une dose modérée de CI⁷ :
 - 165 enfants, aucune différence.
- Les ARLT combinés aux CI par rapport aux BALA utilisés avec des CI⁷ :
 - 167 enfants, aucune différence.
 - Selon l'indicateur composite (exacerbations, nombre de jours sans symptômes et volume expiratoire maximal par seconde), les ARLT sont inférieurs aux BALA, NNN=6.
- Une méta-analyse en réseau (35 ECR) a constaté que les CI combinés aux BALA donnent les meilleurs résultats. Les CI combinés aux ARLT, une dose moyenne ou forte de CI ou une faible dose de CI viennent en deuxième lieu et sont à égalité, suivis des ARLT utilisés seuls et du placebo en dernier lieu⁸.
- Les ECR comparant les ARLT à un placebo signalent des résultats contradictoires^{9,10}.

Contexte

- Peu d'ECR comptent des enfants âgés de cinq ans et moins, et aucun effet bénéfique constant n'a été démontré^{11,12}.
 - Les lignes directrices précisent que les ARLT ne sont pas recommandés ou doivent être évités en attendant la publication de nouvelles données probantes sur ce groupe d'âge.
- De 2007 à 2009, les ARLT étaient le deuxième médicament le plus couramment prescrit aux enfants âgés de 0 à 11 ans (États-Unis)¹⁴.
- Les préoccupations des parents à l'égard de l'innocuité des CI, y compris les effets sur la croissance, peuvent influencer sur la prise de décision et l'observance¹⁵. Il n'existe aucune différence entre les ARLT et les CI en ce qui concerne les taux d'effets indésirables, mais un plus grand nombre de patients prenant les ARLT se sont retirés de l'étude en raison d'un asthme mal maîtrisé¹.
- Les ARLT ont eu des effets bénéfiques sur divers sous-groupes, notamment ceux qui présentaient une rhinite allergique^{16,17}, une bronchoconstriction provoquée par l'exercice¹⁸ et des génotypes particuliers¹⁹. La recherche, quoique limitée, indique que ces groupes obtiennent des résultats supérieurs avec les CI¹⁶⁻¹⁹.

Auteurs

Chris Novak, B. Sc., et Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Chauhan BF, Ducharme FM, Cochrane Database Syst Rev, 2012, 5 : CD002314.
2. Massingham K, Fox S, Smaldone A, J Pediatr Health Care, 2014, 28(1) : 51-62.
3. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ, Arch Dis Child, 2010, 95(5) : 365-370.
4. Chauhan BF, Ben Salah R, Ducharme FM, Cochrane Database Syst Rev, 2013, 10 : CD009585.
5. Chauhan BF, Ducharme FM, Cochrane Database Syst Rev, 2014, 1 : CD003137.
6. Simons FE, Villa JR, Teper AM, *et al.*, J Pediatr, 2001, 138(5) : 694-698.
7. Lemanske RF, Mauger DT, Sorkness CA, *et al.*, N Engl J Med, 2010, 362(11) : 975-985.
8. Zhao Y, Han S, Shang J, *et al.*, J Asthma, 2015, 52(8) : 846-857.
9. Knorr B, Matz J, Bernstein JA, *et al.*, JAMA, 1998, 279(15) : 1181-1186.
10. Weiss KB, Gern JE, Johnston NW, Ann Allergy Asthma Immunol, 2010, 105(2) : 174-181.

11. Nwokoro C, Pandya H, Turner S, *et al.*, Lancet Respir Med, 2014, 2(10) : 796-803.
12. Valovirta E, Boza ML, Robertson CF, *et al.*, Ann Allergy Asthma Immunol, 2011, 106(6) : 518-526.
13. Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, *et al.*, Can Respir J, 2015, 22 : 135-143.
14. Gu Q, Dillon CF, Burt LI. Sur Internet :
<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db42.htm> (consulté le 14 septembre 2015).
15. Chan PW, DeBruyne JA. Pediatr Int, 2000, 42(5) : 547-551.
16. Philip G, Nayak AS, Berger WE, *et al.*, Curr Med Res Opin, 2004, 20(10) : 1549-1558.
17. Wilson AM, Dempsey OJ, Sims EJ, *et al.*, Clin Exp Allergy, 2001, 31(4) : 616-624.
18. Parsons JP, Hallstrand TS, Mastrorarde JG, *et al.*, Am J Respir Crit Care Med, 2013, 187(9) : 1016-1027.
19. Nwokoro C, Pandya H, Turner S, *et al.*, Lancet Respir Med, 2014, 2(10) : 796-803.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.