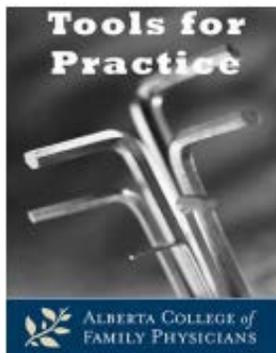


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 400 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP 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](http://www.acfp.ca)

9 mai 2016



## **La dexaméthasone versus la prednisone pour traiter l'asthme infantile : Des résultats à vous couper le souffle?**

**Question clinique : Une ou deux doses de dexaméthasone sont-elles aussi efficaces que le régime de prednisone pendant cinq jours pour traiter les exacerbations de l'asthme infantile?**

**Conclusion : Le traitement des exacerbations de l'asthme infantile par la dexaméthasone sur une courte durée (une ou deux doses de 0,6 mg par kg) est une solution de rechange efficace et sans danger au traitement traditionnel par la prednisone pendant cinq jours. Pour environ 20 enfants traités par la dexaméthasone, il y aura une dose vomie de moins.**

### **Données probantes**

- Revue systématique de six essais cliniques randomisés (ECR) portant sur les exacerbations de l'asthme infantile : une ou deux doses de dexaméthasone administrée par voie orale ou intramusculaire par rapport à une dose quotidienne de prednisone administrée par voie orale pendant cinq jours<sup>1</sup>.
  - Aucune différence en aucun temps en ce qui concerne les taux de rechute (visites au service d'urgence ou à une clinique, ou hospitalisation).
  - Au service d'urgence, l'administration de dexaméthasone a réduit les vomissements de façon statistiquement significative : 1,2 % par rapport à 5,3 %, nombre de sujets à traiter (NST)=25.
    - Aussi, NST=26 pour les vomissements à la maison.
  - Limites de la revue systématique : Hétérogénéité des études (dosages et voies d'administration); petite taille de la plupart des ECR; ECR non menés à l'insu.
  - Plus important ECR de la revue systématique : 628 enfants âgés de 2 à 18 ans présentant une exacerbation de l'asthme à un service d'urgence<sup>2</sup> ont reçu une dose quotidienne de 0,6 mg/kg de dexaméthasone par voie orale pendant deux jours ou une dose quotidienne de 2 mg/kg de prednisone par voie orale pendant cinq jours.

- Aucune différence n'a été observée au bout de dix jours en ce qui concerne les taux de rechute, l'amélioration des symptômes ou les nouvelles hospitalisations.
- ECR réalisé en 2015 non inclus dans la revue systématique : 245 enfants âgés de 2 à 17 ans présentant une exacerbation de l'asthme à un service d'urgence<sup>3</sup> ont reçu une seule dose de 0,3 mg/kg de dexaméthasone par voie orale ou une dose quotidienne de 1 mg/kg de prednisolone pendant trois jours.
  - Aucune différence :
    - Résultat primaire (score du Paediatric Respiratory Assessment Measure au bout de quatre jours) : 0,91 par rapport à 0,91.
    - Hospitalisation, durée de l'hospitalisation, retour aux soins, nombre de jours d'école ou de journée de travail (parents) manqués.
  - Vomissement de la première dose : 0 % pour la dexaméthasone par rapport à 5,7 % pour la prednisolone, NST=18.

### Contexte

- L'administration de corticostéroïdes à action systémique (par rapport au placebo) dans l'heure suivant l'arrivée au service d'urgence pour traiter les exacerbations de l'asthme réduit les hospitalisations (NST=8)<sup>4</sup>.
- Dans une étude de palatabilité, la dexaméthasone sous forme liquide a obtenu un score de 8,2 (sur 10, score plus élevé) par rapport à 5 pour la prednisolone sous forme liquide<sup>5</sup>.
- Deux études<sup>6,7</sup> signalent que de 79 % à 88 % des fournisseurs de soins préfèrent un traitement par les stéroïdes d'un jour ou deux plutôt que de cinq jours.
- La solution injectable de dexaméthasone peut être administrée par voie orale. L'élixir (0,5 mg/ml) est délivré sur ordonnance<sup>8,9</sup>.
- La Société canadienne de pédiatrie classe la prednisone ou prednisolone et la dexaméthasone parmi les solutions à envisager pour traiter les exacerbations de l'asthme infantile<sup>10</sup>.

### Auteurs

Cathy Dewaal, B. Sc. (pharm.), et Christina Korownyk, M.D., CCMF

### Divulgation

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

### Références

1. Keeney GE, Gray MP, Morrison AK, *et al.*, *Pediatrics*, 2014, 133(3) : 493-499.
2. Qureshi F, Zaritsky A, Poirier MP, *J Pediatr*, 2001, 139(1) : 20-26.
3. Cronin JJ, McCoy S, Kennedy U, *et al.*, *Ann Emerg Med*, October 2015, pii : S0196-0644(15)01154-3 [diffusion en ligne avant l'impression].
4. Rowe BH, Spooner C, Ducharme FM, *et al.*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2001, (1) : CD002178.
5. Hames H, Seabrook JA, Matsui D, *et al.*, *Can J Clin Pharmacol*, 2008, 15(1) : 95-98.
6. Williams KW, Andrews AL, Heine D, *et al.*, *Clin Pediatr (Phila)*, 2013, 52(1) : 30-34.
7. Szlam S, Arnold DH, *Clin Pediatr (Phila)*, 2015 Jan, 54(1) : 15-18.
8. APC [Internet], Ottawa (Ontario), Association des pharmaciens du Canada, c2015 [mise à jour en octobre 2011; citée le 23 janvier 2016]. Corticostéroïdes; action systémique [Monographie de l'APhC]. Disponible sur Internet : <http://www.f-therapeutics.ca>. Exemple papier disponible auprès de l'éditeur.
9. Can kids be given injectable dexamethasone orally? Disponible sur Internet : <http://www.medscape.com/viewarticle/758927> (consulté le 8 février 2016).

10. Ortiz-Alvarez O, Mikrogianakis A, Société canadienne de pédiatrie, Comité de soins aigus, Paediatr Child Health, mai 2012, 17(5) : 257-262.

**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.