



Un bronchodilatateur avantageux? Inhalateur de secours au budésonide/formotérol pour l'asthme

QUESTION CLINIQUE

Quelle est l'efficacité du budésonide associé à un bêta-agoniste utilisé au besoin comme traitement de secours de l'asthme ?

CONCLUSION

Chez les adultes, le budésonide/formotérol au besoin réduit probablement la proportion d'exacerbations graves par rapport aux bêta-agonistes de courte durée d'action (BACA) (exemple en présence d'un asthme léger : d'environ 12 % avec les BACA à 5,6 % à un an). C'est probablement comparable aux corticostéroïdes inhalés (CSI) d'entretien. Les données probantes sur les enfants sont limitées.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Cinq revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR)¹⁻⁵. Accent mis sur des ECR en raison de l'hétérogénéité des populations. Sauf indication contraire : personnes atteintes d'asthme léger mal maîtrisé ; les exacerbations sont définies comme des aggravations nécessitant des stéroïdes oraux.
- Budésonide/bêta-agoniste au besoin par rapport aux BACA.

- 2 554 adultes, environ la moitié sous CSI d'entretien (administration arrêtée). Suivi : 52 semaines⁶ :
 - Proportion avec au moins une exacerbation : 5,6 % (budésonide 200 ug/formotérol) par rapport à 12 % (terbutaline), nombre de sujets à traiter (NST) = 16.
 - Proportion avec une amélioration cliniquement significative de la maîtrise de l'asthme : 42 % par rapport à 38 % (terbutaline), NST = 22.
- 2 516 adultes, environ 25 % sous CSI d'entretien (administration poursuivie). Suivi : 52 semaines⁷ :
 - Proportion avec une première exacerbation : 5,3 % (budésonide 160 ug/salbutamol) par rapport à 9,4 % (salbutamol), NST = 25.
 - Maîtrise de l'asthme : aucune différence.
- 3 132 adultes atteints d'asthme modéré à sévère, sous CSI d'entretien +/- bêta-agoniste de longue durée d'action (administration poursuivie). Suivi : 24 semaines⁸ :
 - ≥ 1 exacerbation (visite à l'urgence) : 4,8 % (budésonide 320 ug/salbutamol) par rapport à 6,3 % (salbutamol), aucune différence statistique (calcul du groupe PEER). Le taux annualisé est statistiquement significatif.
 - Proportion avec une amélioration cliniquement significative de la maîtrise de l'asthme : 67 % par rapport à 63 % (salbutamol). NST = 25.
- 360 enfants (âge moyen : 10 ans). Suivi : 52 semaines⁹ :
 - ≥ 1 exacerbation : 9 % (budésonide 100 ug/formotérol) par rapport à 16 % (salbutamol), aucune différence statistique.
 - Maîtrise de l'asthme : aucune différence.
- Budésonide/formotérol au besoin par rapport aux CSI d'entretien. Revue systématique (4 ECR, 8 065 personnes)¹. Suivi : 52 semaines.
 - ≥ 1 exacerbation : aucune différence.
 - Maîtrise de l'asthme (échelle : de 0 à 30, plus le score est faible, moins il y a de symptômes, différence minimale cliniquement importante : 0,5) : 0,12 point pire avec le budésonide/formotérol.
 - Une autre revue systématique a fait les mêmes constatations².
- Effets indésirables : budésonide/formotérol¹.
 - Par rapport aux BACA : 44 % par rapport à 49 % (BACA), NST = 20.
 - Par rapport aux stéroïdes d'entretien : aucune différence.
- Limites : La plupart des ECR ont été commandités par l'industrie. Il y a eu peu d'hospitalisations.

CONTEXTE

- Lignes directrices¹⁰ :
 - ≥ 12 ans : Le budésonide/formotérol 200/6 mcg (bouffée unique) est le médicament de soulagement privilégié.
 - Symptômes persistants : budésonide/formotérol pour l'entretien (une bouffée deux fois par jour) et comme médicament de soulagement. Entretien : Jusqu'à deux bouffées par jour.

- Coût (90 jours) : 180 \$ (budésonide/formotérol, une bouffée par jour), 25 \$ (salbutamol, quatre bouffées par jour), 90 \$ (budésonide, deux fois par jour)¹¹.

RÉFÉRENCES

1. Crossingham I, Turner S, Ramakrishnan S et al. Cochrane Database Syst Rev 2021;5: CD013518.
2. Tong X, Liu T, Li Z, et al. Front Pharmacol 2021;12: 644629.
3. Hatter L, Brunce P, Braithwaite I et al. ERJ Open Res 2021;7(1): 00701-2020.
4. Pornsuriyasak P, Sa-Nguansai S, Thadanipon K et al. BMC Med 2025;23(1): 21.
5. Rayner DG, Ferri DM, Guyatt GH. JAMA 2025;333(2): 143-152.
6. O'Byrne PM, Mark Fitzgerald J, Bateman ED et al. N Engl J Med. 2018;378: 1865-1876.
7. LaForce C, Albers F, Danilewicz A et al. N Engl J Med 2025;393(2): 113-124.
8. Papi A, Chipps B, Beasley R et al. N Engl J Med 2022;386: 2071-2083.
9. Hatter L, Holliday M, Oldfield K et al. Lancet 2025;406: 1473-1483.
10. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (mise à jour de 2025). Lien : www.ginasthma.org. Consulté le 21 novembre 2025.
11. Alberta College of Family Physicians. Pharmaceutic Pricing. Lien : <https://pricingdoc.acfp.ca/pricing/>. Consulté le 24 novembre 2025.

AUTRICES

Émélie Braschi, MD, Ph. D.,
CCMF
Samantha S Moe, Pharm. D.,
ACPR

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



A CHAPTER OF THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA
UNE SECTION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.