



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie xxx (2014) xxx-xxx

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Chez un adulte asthmatique contrôlé, comment baisser la pression thérapeutique ?

In controlled asthmatic adults, how is step-down therapy managed?

C. Raheison Semjen

Inserm U 897, ISPED, service des maladies respiratoires, université Bordeaux Segalen, pôle cardiothoracique, CHU de Bordeaux, 146, rue Leo-Saignat, 33076 Bordeaux, France

Résumé

Il existe peu de données cliniques sur la diminution de la pression thérapeutique encore appelé *step-down*. Selon les recommandations, devant un patient ayant un asthme contrôlé, il faut envisager de diminuer la pression thérapeutique et trouver ainsi la dose thérapeutique minimale mais efficace sur les symptômes et la fonction respiratoire. Selon les recommandations GINA 2012, le rythme recommandé de diminution du traitement de fond est d'environ trois mois.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Asthme ; Contrôle ; *Step-down* ; Sévérité ; Traitement

Abstract

There is little clinical data on the reduction of inhalation therapy, now known as step-down therapy. Present guidelines for a patient with well-controlled asthma recommend that inhalation therapy be decreased until the minimal therapeutic dose which effectively provides control of asthma symptoms and lung function is reached. According to GINA 2012, the recommended rhythm of dose reduction should cover about three months.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Asthma; Control; Step-down therapy; Severity; Treatment

Selon les recommandations, devant un patient ayant un asthme contrôlé, il faut envisager de diminuer la pression thérapeutique et trouver ainsi la dose thérapeutique minimale mais efficace sur les symptômes et la fonction respiratoire. L'objectif étant que le patient ait un contrôle optimal, mais nous savons bien que l'évaluation du contrôle est souvent un compromis entre l'évaluation du contrôle par le médecin et la qualité de vie perçue par le patient. Les raisons évoquées pour la diminution de la pression thérapeutique sont qu'il y aurait un pourcentage de patients sur-traités [1], et bien que le rapport bénéfice/risque des corticostéroïdes inhalés soit positif, les effets secondaires potentiels d'un traitement inhalé au long cours en particulier chez l'enfant ne doivent pas être minimisés. Dans la cadre du traitement de fond, l'innocuité des bronchodilatateurs

de longue durée d'action (B2LDA) a été remise en cause récemment. De plus, il n'est pas exceptionnel de constater que les patients ressentant un bon contrôle de la maladie asthmatique, diminuent d'eux-mêmes la pression thérapeutique, ou adaptent leur traitement de fond en fonction du caractère saisonnier de leurs symptômes. Il doit donc être possible chez des patients ayant un asthme contrôlé de diminuer la pression thérapeutique tout en maintenant un asthme contrôlé.

Du point de vue médical, lorsqu'un patient a un asthme contrôlé sur le plan clinique et fonctionnel respiratoire, la première question est de savoir quel est le bon moment pour baisser le traitement. Selon les recommandations GINA 2012, le rythme recommandé de diminution du traitement de fond est d'environ trois mois.

Il existe peu de données cliniques sur la diminution de la pression thérapeutique encore appelé *step-down*, la séquence,

Adresse e-mail : chantal.raheison@chu-bordeaux.fr.

l'amplitude des traitements, l'approche sera dépendante du patient, en discutant avec lui et en lui expliquant les objectifs et la conduite à tenir en cas de déstabilisation de son asthme et la réapparition d'exacerbations.

Dès lors, plusieurs situations sont à envisager :

- quand le patient a un asthme contrôlé sous doses moyennes à modérées de corticoïdes inhalés (palier 3), une diminution de doses de 50 % est recommandée avec une évaluation et un suivi tous les trois mois. Hawkins et al. ont rapporté en 2003 [2] un essai randomisé contrôlé ayant inclus 259 patients ayant un asthme chronique stable traité par au moins 800 µg de dipropionate de bécloéthasone. L'étude a duré un an. Les patients ayant le traitement non modifié ont été comparé au groupe de patients ayant eu une diminution de 50 % de la dose en corticoïde inhalé. La comparaison des deux stratégies n'a montré aucune différence concernant la fréquence des exacerbations, et la qualité de vie. Le risque pris lors de la diminution des doses élevées de la corticothérapie inhalée (CSI), paraît faible également au regard de la méta-analyse publiée par Powell et Gibson [3] qui montre que le bénéfice d'une corticothérapie inhalée à fortes doses versus corticothérapie inhalée à doses modérées, est modeste ;
- quand le patient a un asthme contrôlé avec de faibles doses de corticoïdes inhalés (palier 2), une diminution à une dose par jour avec un suivi sur 12 semaines, montre que l'asthme reste contrôlé [4] ;
- quand le patient a un asthme contrôlé avec des CSI et B2LDA (palier 4), donc une association fixe, il est recommandé de diminuer d'abord la dose de corticothérapie inhalée d'environ 50 %, tout en laissant les B2LDA à la même dose. Si le contrôle de l'asthme est maintenu trois mois plus tard, la diminution des CSI doit atteindre la dose minimale de CSI, qui permettrait ensuite l'arrêt des B2LDA. Une autre alternative thérapeutique proposée serait de diminuer de moitié la posologie de l'association fixe (CSI-B2LDA) à une dose par jour [5–7]. Enfin, l'autre possibilité est d'arrêter le B2LDA afin de rester en monothérapie avec une corticothérapie inhalée, cependant il semblerait que cette dernière stratégie soit plus encline à déstabiliser le contrôle de l'asthme [7] ;
- quand l'asthme est contrôlé par une association de corticoïdes inhalés et autres médicaments que des B2LDA, la dose de

CSI pourra être diminué de 50 % jusqu'à la dose minimale efficace, permettant l'arrêt du traitement additionnel [8]. L'arrêt de tout traitement de fond peut être envisagé si le patient a un asthme contrôlé avec une dose minimale efficace, sans réapparition des symptômes depuis un an [8].

En conclusion, en dépit du peu d'études publiées dans la littérature sur le *step-down*, devant un asthme contrôlé, les résultats des études publiées donnent des pistes au clinicien pour choisir la meilleure stratégie à adopter en fonction du palier thérapeutique ayant permis l'obtention du contrôle de l'asthme.

Déclaration d'intérêts

Liens d'intérêt : activités d'expertises, conseils, prise en charge de congrès : GSK, Astra Zeneca, Novartis Pharma, Chiesi, Pierre Fabre, MundiPharma, Boeringher.

Références

- [1] Lucas AEM, Smeenk FWJM, Smeele IJ, van Schayck CP. Overtreatment with inhaled corticosteroids and diagnostic problems in primary care patients, an exploratory study. *Fam Pract* 2008;25(2):86–91.
- [2] Hawkins G, McMahon AD, Twaddle S, Wood SF, Ford I, Thomson NC. Stepping down inhaled corticosteroids in asthma: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7399):1115.
- [3] Powell H, Gibson PG. High dose versus low dose inhaled corticosteroid as initial starting dose for asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD004109.
- [4] Boulet LP, Drollmann A, Magyar P, Timar M, Knight A, Engelstätter R, et al. Comparative efficacy of once-daily ciclesonide and budesonide in the treatment of persistent asthma. *Respir Med* 2006;100(5):785–94.
- [5] Kerwin EM, Oppenheimer JJ, LaForce C, Parasuraman B, Miller CJ, O'Dowd L, et al. Efficacy and tolerability of once-daily budesonide/formoterol pressurized metered-dose inhaler in adults and adolescents with asthma previously stable with twice-daily budesonide/formoterol dosing. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol* 2009;103(1):62–72.
- [6] Papi A, Nicolini G, Crimi N, Fabbri L, Olivieri D, Rossi A, et al. Step-down from high dose fixed combination therapy in asthma patients: a randomized controlled trial. *Respir Res* 2012;13:54.
- [7] Godard P, Greillier P, Pigearias B, Nachbaur G, Desfougeres JL, Attali V. Maintaining asthma control in persistent asthma: comparison of three strategies in a 6-month double-blind randomised study. *Respir Med* 2008;102(8):1124–31.
- [8] GINA guidelines 2012. www.ginaasthma.org.