

Inhalatiecorticosteroiden bij jonge kinderen

P. Chevalier

Minerva besprak in 2007¹ een RCT van Guilbert et al.² over het nut van inhalatiecorticosteroiden bij jonge kinderen met hoog risico van astma (episodes van recurrenente wheezing, persoonlijke of ouderlijke voorgeschiedenis van allergie of astma). In deze RCT hadden inhalatiecorticosteroiden geen effect op de natuurlijke evolutie van astma. De symptomen verbeterden tijdens de behandeling maar kwamen terug na het stopzetten ervan.

In 2009 verscheen een meta-analyse van RCT's (onder meer deze die Minerva besprak²) over de werkzaamheid van inhalatiecorticosteroiden³ gedurende minstens vier weken bij kinderen jonger dan vijf jaar (van twee tot 108 maanden) met recurrenente wheezing met of zonder diagnose van astma. De meta-analyse includeerde 29 studies met 3 592 kinderen. Een lichte tot matige dosis inhalatiecorticosteroiden verminderde het aantal episodes van recurrenente wheezing: rate ratio van 0,59 (95% BI van 0,52 tot 0,67) met een NNT van 7 (95% BI van 6 tot 9) om bij één kind een episode van wheezing te voorkomen. Uit een post-hoc analyse bleek dat kinderen met inhalatiecorticosteroiden minder salbutamol gebruikten en

De resultaten van deze meta-analyse bevestigen het nut van inhalatiecorticosteroiden voor symptoomcontrole bij kinderen jonger dan vijf jaar met episodes van recurrenente wheezing met of zonder de diagnose van astma. Naar analogie met deze resultaten is het belangrijk regelmatig de noodzaak van deze behandeling te evalueren, die geen invloed heeft op het natuurlijke verloop van de aandoening.

klinisch en functioneel verbeterden, onafgezien van leeftijd, atopische toestand, type inhalatiecorticosteroid, toedieningswijze, kwaliteit van de studie en duur van de studie. De auteurs wijzen op het probleem om de diagnose van astma te stellen bij kinderen jonger dan vijf jaar. Bij deze leeftijdsgroep kunnen immers twee fenotypes van wheezing voorkomen: voorbijgaande (kinderen met symptomen in de eerste drie jaar, waarna 70 tot 80% asymptomatisch wordt) of persisterende. Het is dus nodig op regelmatige tijdstippen de mogelijkheid te bekijken om de behandeling stop te zetten of te verminderen. De auteurs nemen ook letterlijk de bovenvermelde besluiten over van de RCT van Guilbert et al.²

Referenties

1. Godding V, Chevalier P. Inhalatiecorticosteroiden bij jonge kinderen met hoog risico van astma. *Minerva* 2007;6(3):45-7.
2. Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma. *N Engl J Med* 2006;11;354:1985-97.
3. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo CJ. Efficacy of inhaled corticosteroids in infants and preschoolers with recurrent wheezing and asthma: a systematic review with meta-analysis. *Pediatrics* 2009;123:e519-e525.

Preventieve inhalatie met fluticason bij jonge kinderen

P. Chevalier

Minerva besprak reeds verschillende studies over het nut van inhalatiecorticosteroiden bij jonge kinderen: een RCT bij twee- tot driejarigen met hoog risico van astma¹ en een meta-analyse bij kinderen van twee tot 108 maanden met recurrenente wheezing met of zonder astma² (zie hoger). In beide publicaties hadden inhalatiecorticosteroiden een positief effect op de symptomen, maar zonder het natuurlijke verloop van de aandoening te beïnvloeden. De resultaten van een andere publicatie toonden aan dat een geringe tot matige dosis budesonide (200 tot 400 µg per dag) effectiever was dan placebo voor de evolutie van de ESW bij kinderen jonger dan elf jaar met persisterend astma³.

Ducharme et al. (2009) evalueerden in een RCT de werkzaamheid en veiligheid van een preventieve behandeling met hoge dosis fluticason (750 µg tweemaal per dag) gedurende maximum tien dagen voor het verminderen van de ernst van recurrenente wheezing gerelateerd aan een virale infectie bij kinderen tussen één en zes jaar⁴. Over een mediane periode van 40 weken leidde in de fluticasongroep 8% van de respiratoire infecties tot gebruik van systemische corticosteroiden (primaire eindpunt) in vergelijking met 18% in de placebogroep: OR 0,49; 95% BI van 0,30 tot 0,83. De groei (initiële waarde tot

Deze studie toont een voordeel aan van inhalatie van fluticason na het doormaken van een virale luchtweginfectie bij kinderen tussen één en zes jaar. Omwille van de ongekende potentiële risico's op middellange termijn, is deze preventieve behandeling niet aanbevolen.

einde van de observatieperiode) was trager in de fluticasongroep dan in de placebogroep (z score van -0,24; 95% BI van -0,40 tot -0,08). Dit gold ook voor het gewicht (z score van -0,26; 95% BI van -0,41 tot -0,09). Er was geen enkel verschil voor basaal cortisolgehalte, minerale botdensiteit of ongewenste effecten. De auteurs besluiten terecht dat de ongewenste effecten van deze behandeling groter zijn dan de winst. Gezien het risico van afhankelijkheid, is deze preventieve aanpak momenteel niet aanbevolen in de praktijk.

Referenties

1. Godding V, Chevalier P. Inhalatiecorticosteroiden bij jonge kinderen met hoog risico van astma. *Minerva* 2007;6(3):45-7.
2. Chevalier P. Inhalatiecorticosteroiden bij jonge kinderen. *Minerva* 2009;8(10):152.
3. O'Byrne PM, Pedersen S, Busse WW, et al. Effects of early intervention with inhaled budesonide on lung function in newly diagnosed asthma. *Chest* 2006;129:1478-85.
4. Ducharme FM, Lemire C, Noya FJ, et al. Preemptive use of high-dose fluticasone for virus-induced wheezing in young children. *N Engl J Med* 2009;360:339-53.