

L'Inserm identifie une molécule responsable de l'asthme allergique

Les travaux d'une équipe de l'Inserm de l'Université de Nice pourraient amener au développement de nouveaux traitements contre l'asthme. Pour la première fois en effet, ces chercheurs ont mis en évidence une molécule déterminante dans le développement de l'asthme allergique. « Chez les patients asthmatiques, certaines cellules immunitaires (les lymphocytes T) qui assurent normalement la défense de l'organisme, s'accumulent dans les poumons », explique le site [Doctissimo](#) à partir de ces travaux publiés le 1er novembre dans la revue [Nature Medicine](#). « Or cette accumulation est justement à l'origine des symptômes de l'asthme : toux, sifflements dans la poitrine, gêne respiratoire ou oppression thoracique. Les chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ont analysé les poumons de souris asthmatiques. Ils ont découvert une molécule (CX3CR1) qui permet le maintien des lymphocytes T dans les poumons et provoque ainsi l'apparition de l'asthme ». Les chercheurs niçois sont aussi convaincus que de nouveaux médicaments qui bloqueraient l'expression de la molécule « CX3CR1 » et qui pourraient être administrés sous forme d'aérosols à des patients allergiques, contribueraient à éviter le développement de l'asthme.

Jean-Pierre Largillet, le 05 novembre 2010 – [Sources](#)
[Webtimedias](#)

Recommandations concernant l'utilisation des médicaments contre l'asthme

Les corticostéroïdes à inhaler ce sont les molécules à prendre en première intention.

Le but initial est de réduire l'inflammation des bronches ce qui évite leur obstruction. Ces molécules sont la béclo méthasone, le budésonide et la fluticasone. La posologie quotidienne efficace doit être la plus faible possible.

Les doses équivalentes des différents corticostéroïdes à inhaler, tant chez l'adulte que chez l'enfant, ont été modifiées dans les recommandations GINA 2006.

La réponse aux corticoïdes inhalés est variable selon chaque personne et on ne dispose pas toujours de preuves quant à un effet dépendant de la dose. Il est important de rechercher la plus faible dose efficace, étant donné que des doses plus élevées augmentent le risque d'effets indésirables.

Le tableau suivant reprend les doses équivalentes journalières chez l'enfant et l'adulte :

	Posologie journalière faible (µg)	Posologie journalière moyenne élevée (µg)	Posologie journalière élevée (µg)
Dipropionate de béclo méthasone			
Adultes	200-500	>500-1 000	> 1 000- 2000
Enfants	100-200	>200-400	>400
Budésonide			
Adultes	200-400	>400-800	800-1 600

Enfants	100-200	>200-400	>400
Fluticasone			
Adultes	100-250	>250-500	>500-1 000
Enfants	100-200	>200-500	>500

Les bêta2-mimétiques de longue durée d'action

C'est le traitement complémentaire de l'asthme de l'adulte non équilibré. Ce traitement accompagne toujours les corticostéroïdes inhalés.

Les bronchodilatateurs de longue durée d'action ne font que faciliter l'action des corticoïdes inhalés. Administrés seuls, les bronchodilatateurs de longue durée d'action peuvent majorer **l'hyperréactivité bronchique** et donc le risque de crises d'asthme. Cet effet ne se produit pas s'ils sont associés aux corticoïdes inhalés.

[Chez l'enfant](#), ces médicaments ne sont pas considérés comme traitement complémentaire de premier choix étant donné que leur efficacité est moins bien prouvée. Ils n'ont pas été étudiés chez l'enfant de moins de 5 ans.

Une étude d'octobre 2009 a permis de montrer que l'association de bronchodilatateur de longue durée d'action et de corticoïdes inhalés n'a pas diminué le recours aux services d'urgences ni la fréquence de [crises d'asthme](#). Par contre, il a été constaté une moindre consommation des bronchodilatateurs d'action rapide comme le salbutamol ou la terbutaline et une amélioration du VEMS. L'action prépondérante des corticoïdes a été démontrée par l'amélioration très nette du nombre d'exacerbations d'asthme lors de l'utilisation à dose supérieure des corticoïdes inhalés seuls.

Conclusion

Les corticoïdes inhalés seuls doivent être utilisés en première intention dans le traitement de fond de l'asthme. Une particularité concernant le formotérol qui est aussi rapide à agir que le salbutamol. Il peut être utilisé seul ou associé

au budésonide comme traitement d'appoint pour faire face à des signes d'aggravation et prévenir [une crise d'asthme](#).

Sources: Lommatzsch et coll. : Adverse effects of salmeterol in asthma: a neuronal perspective. Thorax 2009; 64 (9) : 763-769 – Ni Chroinin I et coll. : Addition of inhaled long-acting beta2-agonists to inhaled steroids as first line therapy for persistent asthma in steroid-naive adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7; (4):CD005307.

Création de page le 10/08/2006; Modification le 09/11/2009

[Les corticoïdes inhalés restent la base du traitement de l'asthme](#)

Une étude conduite au Japon confirme la nécessité de traiter [l'asthme](#) par des corticoïdes inhalés. Cette notion tient au fait que l'asthme est une maladie inflammatoire. L'effet ressenti par le patient de cette inflammation est la gêne respiratoire induite par la fermeture des bronches lorsque l'inflammation augmente. Calmer l'inflammation est le principe de base [pour contrôler l'asthme](#). Des patients de 2 à 90 ans présentant un asthme intermittent ou sévère ont reçu une prescription de corticoïdes inhalés à la sortie de leur hospitalisation pour crise d'asthme. Les résultats de l'étude ont montré que les patients ayant pris les corticoïdes inhalés étaient moins souvent hospitalisés pour crises d'asthme que ceux qui n'en prenaient pas.

Source: Chohnabayashi N,et al. Impact of inhaled corticosteroid prescription at discharge from the emergency room on exacerbations of asthma in Japanese hospital. Arerugi Feb 2010; 59(2) :123-36

Mise à jour de la page le 02/10/2010
