

Service de Pharmacologie et toxicologie cliniques  
Département de médecine aiguë

Prof. Caroline SAMER  
Médecin-chef de Service  
et Responsable de l'Unité de  
pharmacogénomique et de thérapie  
personnalisée  
[Caroline.Samer@hcuge.ch](mailto:Caroline.Samer@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 22 372 99 32

Prof. Marie BESSON  
Médecin adjointe agrégée  
Suppléante de la Cheffe de Service  
Responsable de l'Unité de  
psychopharmacologie clinique  
[Marie.Besson@hcuge.ch](mailto:Marie.Besson@hcuge.ch)  
☎ +41 (0) 79 55 32 213

Prof. Youssef DAALI  
Pharmacien adjoint agrégé  
Responsable de l'Unité  
d'investigation pharmacologique et  
toxicologique  
[Youssef.Daali@hcuge.ch](mailto:Youssef.Daali@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 79 55 32 216

Dre Kuntheavy ING LORENZINI, PD  
Pharmacienne adjointe agrégée  
Responsable du Centre de  
Pharmacovigilance  
[Kuntheavy-Roseline.Ing@hcuge.ch](mailto:Kuntheavy-Roseline.Ing@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 79 55 35 074

Dre Victoria ROLLASON, PD  
Pharmacienne adjointe agrégée  
Responsable de l'Unité de  
gériopharmacologie clinique  
[Victoria.Rollason@hcuge.ch](mailto:Victoria.Rollason@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 79 55 32 218

Médecins chefs de clinique :  
Dr Michel HOFMANN  
[Michel.Hofmann@hcuge.ch](mailto:Michel.Hofmann@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 22 30 55 389

Dre Argyro NIKOLAOU  
[Argyro.Nikolaou@hcuge.ch](mailto:Argyro.Nikolaou@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 79 55 38 784

Dr Aurélien SIMONA  
[Aurelien.Simona@hcuge.ch](mailto:Aurelien.Simona@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 79 55 31 245

Dr Jean TERRIER  
[Jean.Terrier@hcuge.ch](mailto:Jean.Terrier@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 79 55 30 888

Médecins hospitalo-universitaires :  
Prof Carole BOURQUIN STRÖHER  
[Carole.BourquinStroher@hcuge.ch](mailto:Carole.BourquinStroher@hcuge.ch)

Prof François CURTIN  
[Francois.Curtin@hcuge.ch](mailto:Francois.Curtin@hcuge.ch)

Secrétariat de la médecin-chef  
Mme Carole DI STASI  
[Carole.Distasi@hcuge.ch](mailto:Carole.Distasi@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 22 37 29 932

Secrétariat de pharmacologie et  
toxicologie cliniques et de  
l'enseignement  
Mme Véronique VINOIS  
[Veronique.Vinois@hcuge.ch](mailto:Veronique.Vinois@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 22 372 99 28

Secrétariat de  
psychopharmacologie  
et gériopharmacologie cliniques  
Mme Manuella COSANDEY  
[Manuella.cosandey@hcuge.ch](mailto:Manuella.cosandey@hcuge.ch)  
☎ + 41 (0) 305 58 35  
☎ + 41 (0) 305 65 81

Genève, le 14.11.2023

Dr Isabelle Ruchonnet  
Service de pédiatrie  
HUG

## CONSULTATION DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE

### OBJET

Commenter la différence entre l'utilisation de prednisone et de dexaméthasone pour la prise en charge des bronchites obstructives et de l'asthme chez la population pédiatrique.

### DISCUSSION

L'asthme et la bronchite obstructive sont des affections respiratoires courantes chez les enfants, souvent traitées avec des corticostéroïdes pour réduire l'inflammation des voies respiratoires. Deux corticostéroïdes, la prednisone et la dexaméthasone, sont fréquemment prescrits dans ces cas.

### Indication, efficacité et sécurtié :

En suisse, la prednisone et la dexaméthasone possèdent l'indication pour l'état asthmatique/asthme bronchique sévère. (1) Ils sont toutes deux des corticostéroïdes synthétiques agissant principalement via les éléments de réponse aux glucocorticoïdes. Ils inhibent l'expression de gènes responsables de la cyclooxygénase-2, de la synthèse de l'oxyde nitrique inductible, ainsi que des cytokines pro-inflammatoires, telles que le facteur de nécrose tumorale alpha et diverses interleukines. Bien que les deux médicaments présentent une activité glucocorticoïde, la dexaméthasone est plus puissante en raison de son affinité accrue pour les récepteurs des glucocorticoïdes. De plus, la prednisone subit une conversion hépatique en prednisolone, une forme active avec une activité glucocorticoïde, tandis que la dexaméthasone ne nécessite pas d'activation métabolique, ce qui contribue aux différences de leurs profils pharmacocinétiques. La demi-vie de la dexaméthasone est plus longue que celle de la prednisone.

Dans plusieurs essais, la dexaméthasone par voie orale a été comparée directement à la prednisone dans le contexte d'asthme bronchique chez la population pédiatrique :

### Etudes prospectives

- En 2001, Qureshi et al., une étude prospective randomisée, ont comparé **2 jours de dexaméthasone (0,6 mg/kg par jour ; maximum 16 mg/jour) à 5 jours de prednisone (1 mg/kg par jour ; maximum 60 mg/jour)**. Sur les 1231 enfants éligibles, 628 ont été inclus et 533 (272 dans le groupe DEX et 261 dans le groupe PRED) ont terminé l'étude. **La dexaméthasone a montré une efficacité similaire en termes de taux de rechute (7,4 % vs 6,9 %, P = .84), de taux d'hospitalisation (11 % vs 12 %) et de persistance des symptômes à 10 jours (22 % vs 21 %)**. Les patients traités à la **dexaméthasone présentaient une meilleure observance (99,6 % vs 96 %, P = .004) et moins d'effets indésirables tels que les vomissements (0,3 % vs 3 %, P = .008)**. (2)

- Dans une autre étude prospective double aveugle, 89 patients pédiatriques ont été inclus suivis dans l'étude : 38 dans le **groupe prednisone (2 mg/kg, 5j) et 51 dans le groupe dexaméthasone (0.6mg/kg, 2 doses)** pour le traitement de l'exacerbation asthmatique. Au total, **pas de différences au niveau de l'efficacité** : 3 patients dans le groupe prednisone (8 %) et 8 patients dans le groupe dexaméthasone (16 %) ont nécessité une visite de suivi non planifiée (P = 0,27). **Pas de différences non plus constatées sur les effets indésirables (vomissements) et le taux de rechute**. (3)

- Altamimi et al, une étude prospective randomisée en double aveugle, ont examiné si une seule dose de **dexaméthasone (0,6 mg/kg) était équivalente à 5 jours de prednisolone (2 mg/kg par jour)** étant donné la demi-vie plus courte de ce dernier. 110 ont été suivi pendant l'étude (56 dans le groupe Dex et 54 dans le groupe Pred). La dose unique de dexaméthasone n'a montré **aucune différence sur l'issue primaire d'efficacité** (taux d'hospitalisation (13,4 % pour la dexaméthasone contre 14,9 % pour la prednisolone), **ni sur les autres critères d'efficacité secondaires**(recours supplémentaire à la thérapie par  $\beta$ -agonistes, le retour à la ligne de base des scores d'auto-évaluation du patient scores d'index pulmonaire moyen)chez les enfants de 2 à 16 ans présentant une asthme léger à modéré. (4)
- Une étude prospective randomisée visait à comparer l'efficacité de deux doses **de dexaméthasone (0,6 mg/kg/dose) à un traitement conventionnel de 5 jours à base de prednisolone/prednisone (1,5 mg/kg/d, suivi de 1 mg/kg/d aux jours 2-5) chez les enfants (âgés de 1 à 14 ans)** présentant des exacerbations d'asthme admis aux urgences. Les résultats, basés sur 557 patients, n'ont montré **aucune différence significative au jour 7 entre les deux groupes en termes de persistance des symptômes (56,6 % vs 58,3 %, respectivement)**, ni sur les autres issues d'efficacité (scores de qualité de vie taux d'admission visites de retour non planifiées aux urgences et critères de sécurité (taux de vomissements). **L'observance était plus élevée dans le groupe de la dexaméthasone (99,3 % vs 96,0 %,  $P < 0,05$ ).** (5)

#### Etude retrospective

- Une étude de cohorte rétrospective visait à comparer l'efficacité de la dexaméthasone par rapport à la prednisone chez les enfants (âgés de 4 à 17 ans) hospitalisés pour une exacerbation d'asthme, en mettant l'accent **sur la réadmission non planifiée ou visite aux urgences à 30 jours**. Parmi les 1161 patients répondant aux critères d'inclusion, 44 % ont reçu initialement de la dexaméthasone, tandis que 56 % ont reçu de la prednisone. La cohorte ajustée pour les covariables n'a montré aucune différence significative dans les caractéristiques démographiques ou la gravité de la maladie entre les groupes. Les taux de réutilisation étaient de 3,9 % pour le groupe dexaméthasone et de 2,2 % pour le groupe prednisone. L'analyse **ajustée selon le score de propension n'a révélé aucun impact statistiquement significatif du traitement stéroïdien sur la réutilisation à 30 jours (adjusted odds ratio [aOR] 1,61 ; IC à 95 % 0,80–3,31)**. Les auteurs rapportent que l'administrer d'une **deuxième dose de dexaméthasone 18 à 24 heures après l'administration initiale permet de compléter le traitement avant la sortie de l'hôpital**. Cela est important comme les données suggèrent que l'observance médicamenteuse après la sortie de l'hôpital n'est pas optimale ; seuls 55 % des enfants ont rempli une ordonnance de corticostéroïdes systémiques après la sortie, et seulement 64 % ont déclaré avoir administré toutes les doses prescrites. (6)
- Une étude rétrospective multicentrique a comparé les résultats cliniques de l'utilisation de dexaméthasone (DEX) par rapport à la prednisone/prednisolone (PRED) chez les enfants hospitalisés pour des exacerbations légères à modérées d'asthme. Sur les **1410 enfants inclus, ceux ayant reçu de la DEX présentaient une durée de séjour hospitalière significativement plus courte que ceux ayant reçu de la PRED (24,43 heures contre 29,38 heures,  $p = 0,03$ ) lorsqu'ils ont commencé les stéroïdes après leur admission à l'hôpital**. Les transferts en soins intensifs pédiatriques les retours aux urgences les réadmissions hospitalières dans les 10 jours suivant la sortie significative étaient rares et ne différaient pas de manière statistiquement significative entre les deux groupes. (7)

#### Interactions pharmacocinétiques avec les autres traitements :

À noter qu'avec la dexaméthasone, les substrats du CYP3A pourraient avoir leurs effets thérapeutiques modérément réduits au vu de l'induction de l'activité des cytochromes et de la P-gp. Toutefois, cette interaction n'est probablement pas cliniquement significative dans la majorité des cas au vu de la courte durée de l'utilisation de la dexaméthasone (2 doses à 12 heures d'intervalles).

#### CONCLUSION

En conclusion, les différentes études aussi bien prospectives (niveau d'évidence tout de même relativement élevé pour certaines d'entre elle) que retrospectives examinant l'utilisation de la dexaméthasone par rapport à la prednisone dans le traitement des exacerbations d'asthme chez les enfants ne montrent pas de différences significatives en termes d'efficacité clinique. Les paramètres tels que les taux de rechute, les taux d'hospitalisation, la persistance des symptômes

et les effets indésirables n'ont pas présenté de variations statistiquement significatives entre les deux corticostéroïdes. En terme de sécurité, le même raisonnement est valable même si on note dans une étude un potentiel avantage de la dexaméthasone sur les vomissements.

Cependant, certains auteurs avancent que la dexaméthasone pourrait présenter des avantages potentiels. Des études soulignent une meilleure observance avec la dexaméthasone, attribuée à sa prescription plus courte. Cela peut être particulièrement important, car les données indiquent que l'observance médicamenteuse pédiatrique après la sortie de l'hôpital n'est pas optimale, avec un pourcentage relativement faible d'enfants suivant correctement le traitement prescrit.

À noter qu'en suisse et selon l'avis de la SSPP et de la PEM, la dexaméthasone représente une option thérapeutique chez les enfants de >5 ans présentant une crise d'asthme surtout chez les enfants qui retournent à domicile des urgences. (9)

Nous espérons avoir répondu à votre demande et nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dr Ali EL MASRI  
Médecin interne

Dr Jean TERRIER  
Chef de clinique

### Références

1. « Information sur le médicament ». <https://www.swissmedicinfo.ch/?Lang=FR>
2. Qureshi F, Zaritsky A, Poirier MP. Comparative efficacy of oral dexamethasone versus oral prednisone in acute pediatric asthma. *J Pediatr*. 2001;139(1):20–6
3. Greenberg RA, Kerby G, Roosevelt GE. A comparison of oral dexamethasone with oral prednisone in pediatric asthma exacerbations treated in the emergency department. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47(8):817–23. Epub 2008 May 8
4. Altamimi S, Robertson G, Jastaniah W, Davey A, Dehghani N, Chen R, Leung K, Colbourne M. Single-dose oral dexamethasone in the emergency management of children with exacerbations of mild to moderate asthma. *Pediatr Emerg Care*. 2006 Dec;22(12):786-93. doi: 10.1097/01.pec.0000248683.09895.08. PMID: 17198210.
5. Paniagua N, Lopez R, Muñoz N, Tames M, Mojica E, Arana-Arri E, Mintegi S, Benito J. Randomized Trial of Dexamethasone Versus Prednisone for Children with Acute Asthma Exacerbations. *J Pediatr*. 2017 Dec;191:190-196.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.08.030. PMID: 29173304.
6. Erik R. Hoefgen, Bin Huang, Christine L. Schuler, Carolyn M. Kercksmar, Eileen Murtagh-Kurowski, Melissa Forton, Katherine A. Auger; Dexamethasone Versus Prednisone in Children Hospitalized With Asthma Exacerbation. *Hosp Pediatr* March 2022; 12 (3): 325–335. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-006276>
7. Hemani SA, Glover B, Ball S, Rechler W, Wetzel M, Hames N, Jenkins E, Lantis P, Fitzpatrick A, Varghese S. Dexamethasone Versus Prednisone in Children Hospitalized for Acute Asthma Exacerbations. *Hosp Pediatr*. 2021 Nov;11(11):1263-1272. doi: 10.1542/hpeds.2020-004788. Epub 2021 Oct 5. PMID: 34610967.
8. Peterson, Robert MD\*; Young, Kelly D. MD, MS†,‡. Dexamethasone Versus Prednisone for Pediatric Acute Asthma Exacerbations: Specialists' Practice Patterns. *Pediatric Emergency Care* 37(7):p 343-347, July 2021. | DOI: 10.1097/PEC.0000000000002036

9. Prise en charge et traitement de la crise d'asthme de l'enfant aux urgences

<https://www.paediatricschweiz.ch/fr/prise-en-charge-et-traitement-crise-dasthme-enfant-aux-urgences/>

**Annexe : questions additionnelles**

- **Effets indésirables au moyen/long terme par rapport à l'administration (dose cumulative) de prednisone vs dexaméthasone**

En utilisant le protocole d'administration aux HUG et selon les recommandations de la SSPP/PEM, la dose cumulative de corticoïde est plus élevée avec la prednisone (2mg/kg/j 3-5 jours) qu'avec la dexaméthasone (0.6mg/kg dose unique) (6-10mg/kg/crise vs 4mg/kg/crise de prednisone équivalent en tenant compte de la puissance de chaque molécule (tableau 1 ci-dessous tiré de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279156/#:~:text=When%20glucocorticoids%20are%20used%20at%20glucocorticoid%20treatment%20is%20abruptly%20stopped.\)\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279156/#:~:text=When%20glucocorticoids%20are%20used%20at%20glucocorticoid%20treatment%20is%20abruptly%20stopped.)))).

Table 1: Glucocorticoid Equivalencies (11, 20, 21)						
Glucocorticoids	Equivalent dose (mg)	Glucocorticoid potency	HPA Suppression	Mineralocorticoid potency	Plasma half-life (min)	Biologic half-life (h)
<b>Short-acting</b>						
Cortisol	20.0	1.0	1.0	1.0	90	8-12
Cortisone	25.0	0.8		0.8	80-118	8-12
<b>Intermediate-acting</b>						
Prednisone	5.0	4.0	4.0	0.3	60	18-36
Prednisolone	5.0	5.0		0.3	115-200	18-36
Triamcinolone	4.0	5.0	4.0	0	30	18-36
Methylprednisolone	4.0	5.0	4.0	0	180	18-36
<b>Long-acting</b>						
Dexamethasone	0.75	30	17	0	200	36-54
Betamethasone	0.6	25-40		0	300	36-54
<b>Mineralocorticoids</b>						
Fludrocortisone	2.0	10	12.0	250	200	18-36
Desoxycorticosterone acetate		0		20	70	

Concernant la prise itérative de stéroïdes particulièrement en systémique dans le cadre d'exacerbation fréquente et le risque à plus long terme de la prednisone vs dexaméthasone, particulièrement chez les patients plus jeunes, les données sont quasi-inexistantes.

Chez les enfants (3-9 ans) recevant des corticoïdes inhalés sur une période d'au moins 6 mois, une étude n'a pas mis en évidence un retard de croissance (tous les enfants avaient une taille dans ou supérieur à la cible) KWDA, A., GLDC, P., BAUI, B. et al. Effect of long term inhaled corticosteroid therapy on adrenal

suppression, growth and bone health in children with asthma. BMC Pediatr 19, 411 (2019).  
<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1760-8>

Deux études retrospectives évaluant ce risque chez des patients pédiatriques atteints de syndrome néphrotique et de lupus systémique ont mis en évidence un lien entre les doses de prednisone cumulatives sur l'année et un retard de croissance/prise de poids. Dans la première, la prednisone cumulée moyenne était de  $100 \pm 63$  mg/kg/an, administrée sur une durée moyenne de 5 ans (âge moyen=9ans). Les enfants atteints de syndrome néphrotique qui ont développé une obésité pendant le traitement par CS (n =16) étaient significativement plus petits que leur groupe obèse non néphrotique apparié selon l'âge. Une corrélation positive significative a été observée entre la dose cumulée et la durée du traitement à la prednisone et l'IMC. Dans la 2<sup>ème</sup>, Un trouble de la croissance a été constaté chez 23,6 % des patients atteints d'un lupus systémique (52,6 % chez les garçons et 17,2 % chez les filles) (âge moyen à l'inclusion = 12 ans). Les facteurs prédictifs de troubles de la croissance étaient le sexe masculin, la durée de la maladie avant la ménarche chez les filles et l'apparition de la voix adulte chez les garçons, ainsi qu'une dose cumulative de corticostéroïdes (équivalent prednisolone)  $\geq 230$  mg/kg reçue avant la phase tardive de la puberté, avec des odds ratios de 7,07 (IC 95 % 2,11-23,74), 1,26 (IC 95 % 1,02-1,56) et 6,99 (IC 95 % 1,63-30,02), respectivement.

Soliman AT, Hamed N, De Sanctis V, Elbaba M, Alyafei F, Alaraj N, Ahmad S, Itani M, Al-Naimi F, Khater D. The long-term (five years) effects of prednisone therapy in children with frequently relapsing nephrotic syndrome: A controlled study of anthropometric parameters and metabolic abnormalities. Acta Biomed. 2022 Oct 26;93(5):e2022303. doi: 10.23750/abm.v93i5.13459. PMID: 36300219; PMCID: PMC9686183.

Ponin, L., Poomthavorn, P., Pirojsakul, K. et al. Long-term growth and final adult height outcome in childhood-onset systemic lupus erythematosus. Pediatr Rheumatol 20, 4 (2022).  
<https://doi.org/10.1186/s12969-022-00663-0>

Cependant il est impossible de donner un seuil de risque au niveau des doses cumulées de corticostéroïdes. De plus des facteurs individuels peuvent expliquer une sensibilité différente aux corticostéroïdes comme cela a été démontré dans études génétiques. Savas M, Wester VL, van der Voorn B, et al. Anthropometrics and Metabolic Syndrome in Relation to Glucocorticoid Receptor Polymorphisms in Corticosteroid Users. Neuroendocrinology. 2021;111:1121–9. [PubMed] [Google Scholar]

- **Utilisation de la dexaméthasone chez les patients < 5 ans :**

**Nous n'avons pas retrouvé d'études de bonne qualité évaluant l'utilisation de dexaméthasone en-dessous de 5 ans.**

Résumé de l'âge des enfants inclus dans les études susmentionnés :

- Qureshi et al (2-18) (aucune analyse en sous-groupe selon l'âge, âge moyen DEX 6 ans, PRED 7 ans)
- Greenberg et al (2-18) (Aucune analyse en sous-groupe liée à l'âge, âge moyen PRED 6,2 ans, DEX 4,5 ans)
- Altamini et al (2-16) (Aucune analyse en sous-groupe selon l'âge, âge moyen DEX 60 mois, PRED 48,5 mois)

Paniagua et al (1-14): pas de différence significative dans étude de sous-groupe <2ans sur l'efficacité

**Table III. Primary outcome in post-hoc selected sub-groups of interest.**

Variables	Dexamethasone group	Prednisone group	P
Patients <2 y (n = 117)			
PACT at day 7	32/56 (57.1%) 95% CI 56-79	42/61 (68.9%) 95% CI 44-69	ns
ARQoL* day 7	79.4 (17.1)	75.3 (21.5)	ns
First asthma episode (n = 102)			ns
PACT at day 7	26/53 (49%) 95% CI 36-62	31/49 (63.2%) 95% CI 49-75	
ARQoL* day 7	79.9 (15.4)	81.1 (15.2)	ns
With maintenance treatment (n = 129)			ns
PACT at day 7	42/67 (62.7%) 95% CI 50-73	40/62 (64.5%) 95% CI 52-75	
ARQoL* day 7	77.2 (14.6)	72.6 (20.4)	ns
PS <3 at arrival (n = 119)			ns
PACT at day 7	35/59 (59.3%) 95% CI 46-70	36/60 (60.0%) 95% CI 47-71	
ARQoL* day 7	78.5 (16.2)	79.1 (16.9)	ns
PS >3 at arrival (n = 438)			ns
PACT at day 7	124/222 (55.9%) 95% CI 49-62	125/216 (58%) 95% CI 51-64	
ARQoL* day 7	80.4 (17.0)	77.4 (18.9)	ns
OU admission (n = 110)			ns
PACT at day 7	34/57 (59.6%) 95% CI 50-75	32/53 (60.4%) 95% CI 46-72	
ARQoL* day 7	76.3 (18.3)	74 (20.5)	ns
Further systemic steroids administered (n = 38)			ns
PACT at day 7	16 (72.7%) 95% CI 51-86	13 (81.2%) 95% CI 57-93	
ARQoL* day 7	62.6 (25)	66.2 (23.2)	ns

- Hoefgen et al (4-17) (Aucune analyse en sous-groupe liée à l'âge, âge moyen de 8,5 ans)
- Hemani et al (3-21) (Aucune analyse en sous-groupe liée à l'âge, âge moyen de 6,49 à 6,87 ans selon d'autres analyses en sous-groupes)

- **Questions supplémentaires liées au mail du 13.11.2023**

*En effet, l'effet anti-inflammatoire est environ 4x plus important de la Dexa que la prednisone (donc un effet plus important en plus de plus long) , mais au niveau de l'équivalence de dose, j'ai un peu plus de difficultés à comprendre.*

*En effet dans l'article de Abaya et al (PMID 29293202) il est suggéré que 0.6mg/kg de Dexamethasone équivaut à 3.8mg/kg de Prednisone. Le tout ensemble suggère un effet plus puissant, plus long et des doses que nous administrons beaucoup plus hautes...ce qui me pose à nouveau problème pour les plus jeunes, les chroniques et les hospitalisés...*

**Réponse : effectivement, comme nous l'avons relevé plus haute, la dose cumulée de stéroïdes sera plus haute avec la prednisone pendant 5 jours pour une efficacité similaire mais également une**

sécurité à court terme similaire selon les études précitées. Nous ne pouvons pas nous prononcer quant à l'effet à long terme au niveau de la sécurité entre les deux molécules et particulièrement dans le contexte de crises à répétition en l'absence de données. Il est ainsi impossible de déterminer s'il vaudrait mieux traiter sur le même mois un même patient faisant trois crises avec de la dexaméthasone en ordre unique qu'avec de la prednisone. **En terme d'accumulation, il est par contre certain que la dose cumulée sur le mois sera plus élevée avec la prednisone prise pendant 5 jours à chaque fois.**

Actuellement, il est souvent donné la Dexaméthasone aux enfants indépendamment de leur âge, gravité et chronicité à 0.6mg/kg. Nous nous retrouvons ensuite à l'étage avec des enfants ou nous prenons le relai avec de la prednisone pour mieux gérer le nombre de jour et la dose (1-2mg/kg) que nous donnons avec une latitude entre 3 et 5 jours suivant la clinique.

Mais que devons-nous faire ? quand devons-nous redonner de la Prednisone à 48h de la dexametahsone autre ? ou plus vite si l'enfant ne va pas mieux ???

Réponse : **selon les données à disposition après une administration unique (voir deux doses à 24h d'intervalle) de dexaméthasone, l'efficacité est similaire à une administration de prednisone pendant 5 jours.** L'indication à l'administration de prednisone après la dose de dexaméthasone et jusqu'à 5 jours après ne devrait donc pas rapporter à un bénéfice supplémentaire. En partant de ce principe il n'est pas nécessaire de réadministrer de la prednisone à 48h et jusqu'à 5 jours après la première dose de dexaméthasone. Cependant tout va dépendre du contexte clinique et de l'évolution. Aucune donnée actuellement permet d'affirmer quelle est la mesure thérapeutique à prendre en cas de dégradation clinique malgré l'administration de dexaméthasone.