

اثربخشی استروئیدهای استنشاقی در درمان آسم کودکان (مقایسه فلوتیکازون و بکلومتازون)

دکتر سهیلا خلیلزاده، دکتر محمدرضا بلورساز، دکتر آرش صفوی، دکتر محمدرضا مسجدی*

* مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: در کودکانی که دچار آسم متوسط و شدید هستند، کورتیکواستروئیدهای استنشاقی اندیکاسیون مصرف دارند. فلوتیکازون پروپیونات از نسل جدید کورتیکواستروئیدها می باشد و مطالعات اندکی، به خصوص در کودکان در زمینه اثربخشی و عوارض این دارو موجود است. هدف اصلی این مطالعه بررسی و مقایسه اثربخشی و بی خطر بودن فلوتیکازون پروپیونات در درمان کودکان آسمی که به درمانهای غیراستروئیدی پاسخ نداده اند، می باشد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی ۷۰ کودک (۳۳ دختر و ۳۷ پسر) بین سنین ۱۴-۶ سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۲ کودک با آسم پایدار متوسط یا شدید که تحت درمان با فلوتیکازون (با دوز ۱۰۰ میکروگرم دوبار در روز بمدت ۱۲ هفته) بودند با ۱۸ کودک آسمی که بکلومتازون (۲۰۰ میکروگرم در روز) دریافت می کردند، مقایسه شدند. نتایج در پرسشنامه به صورت بررسی تظاهرات بالینی و اندازه گیری میزان حداکثر جریان بازدمی (PEFR) ثبت شد. همچنین برای ارزیابی بی خطر بودن این داروها، کورتیزول ادراری ۲۴ ساعته در ابتدا مطالعه اندازه گیری و سپس با نمونه اندازه گیری شده آن در آخر هفته ۱۲ مقایسه گردید.

یافته ها: در شروع و ۳ ماه پس از درمان علائم در گروه بکلومتازون به شرح زیر بود: سرفه (۸۸/۹٪، ۱۶/۷٪)، سرفه بعد از فعالیت (۸۸/۹٪، ۱۱/۱٪)، تنگی نفس (۶۶/۷٪، ۱۱/۱٪) و خس خس سینه (۷۲/۲٪، ۱۶/۷٪). در همین حال در گروه درمانی فلوتیکازون علائم در شروع و ۳ ماه پس از درمان به شرح زیر بود: سرفه (۷۵٪، ۱۵/۴٪)، سرفه بعد از فعالیت (۷۶/۹٪، ۹/۶٪)، تنگی نفس (۴۶/۲٪، ۱/۹٪) و خس خس سینه (۵۹/۶٪، ۳/۸٪). بر اساس نتایج فوق بهبودی در یافته های بالینی گروه فلوتیکازون بیشتر از بکلومتازون بود ($p < 0.05$). همچنین تستهای عملکرد ریوی نشان از عملکرد بهتر ریه در گروه فلوتیکازون داشت ($p < 0.05$). نتایج کورتیزول ادراری ۲۴ ساعته که در ابتدا و انتهای هفته ۱۲ اندازه گیری شده بود در هر گروه درمانی در حد طبیعی گزارش شد.

نتیجه گیری: فلوتیکازون در مقایسه با بکلومتازون موجب بهبودی قابل توجه در علائم بالینی بیماران آسمی و کنترل آسم می شود. با مصرف فلوتیکازون بهبودی چشمگیری در عملکرد ریه ایجاد می گردد که این اثربخشی بدون بروز عوارض دارویی حاصل می شود.

واژگان کلیدی: فلوتیکازون پروپیونات، بکلومتازون دی پروپیونات، کورتیکواستروئیدهای استنشاقی، آسم کودکان.

مقدمه

آسم بیماری مزمن و التهابی راههای هوایی است که تهدیدکننده سلامتی می باشد. این بیماری در تمامی نژادها و

قومها دیده شده است. آسم یکی از محدود بیماریهای مزمن است که به رغم درک بهتر از آن و کشف درمانهای طبی پیشرفته، شیوع آن رو به گسترش می باشد (۱). علائم بالینی آسم که در نتیجه التهاب راههای هوایی است عبارتند از: خس خس سینه (ویزینگ)، سرفه و احساس تنگی در قفسه سینه (۲).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل

و بیماریهای ریوی، دکتر سهیلا خلیلزاده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۵/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۰

در مطالعه بین‌المللی آسم و آلرژی در کودکان (International Study of Asthma and Allergy in Children) شیوع و شدت بیماری آسم در مناطق مختلف جهان بررسی شد (۵،۳،۱). در این بررسی جامع، در یک دوره ۱۲ ماهه بر اساس گفته خود بیمار شیوع ویزینگ در بین کودکان ۱۴-۱۳ سال از ۲/۱٪ در اندونزی تا ۳۲/۲٪ در انگلستان متغیر بود. در همین حال طبق گفته والدین، شیوع ویزینگ در کودکان ۶-۷ سال در یک دوره ۱۲ ماهه از ۴/۱٪ در اندونزی تا ۳۲/۱٪ در کاستاریکا متفاوت بود. شیوع بالای آسم (۲۰٪) در کشورهای انگلیسی زبان آمریکای شمالی و بعضی از کشورهای آمریکای لاتین دیده می‌شود (۳-۵). بر اساس نتایج فوق می‌توان گفت که تعداد موارد ابتلا به آسم در کشورهای غربی و پیشرفته بسیار بالا می‌باشد. علاوه بر این عوامل، عوامل محیطی مرتبط با زندگی مدرن و غربی با ریسک ابتلا به آسم ارتباط دارند. کورتیکواستروئیدهای استنشاقی به عنوان انتخاب اول در درمان آسم برونشIAL در کودکان مطرح می‌باشند (۶،۷). در مقایسه با استروئیدهای استنشاقی نسل قدیم، مزیت اصلی این داروها اثربخشی بیشتر همراه با عوارض جانبی کمتر است (۸). طی سالیهای اخیر تعدادی کورتیکواستروئیدهای استنشاقی با فارماکوکینتیک، فارماکودینامیک، اثربخشی، قابل دسترس بودن (bioavailability) پائین، عرضه شده است. طبق نتایج مطالعات جدید طی درمان با کورتیکواستروئیدهای استنشاقی مدت زمان بستری در بیمارستان و مرگهای ناشی از آسم به خصوص در بزرگسالان کاهش یافته است (۹،۱۰). فلوتیکازون پروپونات (FP, Flovent, Flixotide) استروئید استنشاقی بسیار قوی و فعال موضعی است که bioavailability خوراکی آن کمتر از ۱٪ می‌باشد (۱۱،۱۲).

در سالیهای اخیر، مطالعات زیادی با هدف تعیین بی‌خطر بودن نسل جدید کورتیکواستروئیدهای استنشاقی (مثل فلوتیکازون) در کودکان و بزرگسالان انجام شده است (۱۳،۱۴) هر چند اثربخشی بالینی و اثرات سیستمیک نسل جدید کورتیکواستروئیدهای استنشاقی به خصوص در کودکان هنوز مورد بررسی می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه اثرات فلوتیکازون بر علائم بالینی و تستهای عملکرد ریوی در کودکان مبتلا به آسم می‌باشد.

مواد و روشها

در این مطالعه ۷۰ کودک ۶-۱۴ ساله با آسم پایدار متوسط تا شدید که به بخش کودکان مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. از والدین

کودکان رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. همچنین مطالعه توسط کمیته اخلاق مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی تأیید شد. مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. ۵۲ کودک با آسم پایدار متوسط تا شدید که فلوتیکازون (دوز ۱۰۰ میکروگرم دو بار در روز بمدت ۱۲ هفته) مصرف می‌کردند با ۱۸ کودک آسمی که تحت درمان با بکلومتازون (۵۰ میکروگرم ۴ بار در روز) قرار داشتند، مقایسه شدند. تغییر در تظاهرات بالینی و میزان حداکثر جریان بازدمی (PEFR=Peak Expiratory Flow Rate) بررسی و ثبت شد. بیماران ۴ بار (شروع درمان، هفته چهارم، هفته هشتم و هفته دوازدهم) مورد ارزیابی قرار گرفتند. در طی مطالعه، PEFR در سه نوبت صبح (۸ صبح) و عصر (۴ و ۹ بعدازظهر) با استفاده از دستگاه استاندارد اندازه‌گیری جریان بازدمی اندازه‌گیری شد (Peak flow meter). اطلاعات در هر معاینه توسط پزشک ثبت شد. همچنین از هر بیمار تاریخچه تماس با فرد سیگاری و حیوانات خانگی پرسیده شد. برای ارزیابی بی‌خطر بودن داروها، کورتیزول ادراری ۲۴ ساعته در شروع و پایان هفته ۱۲ درمان اندازه‌گیری گردید. بیماران از نظر کاندیدایز دهانی معاینه شدند. همچنین از آنها درباره دوره‌های تشدید بیماری آسم و مشکلات احتمالی همراه، در فواصل دو مراجعه پرسش و نتایج در پرسشنامه درج گردید. برای تحلیل آماری از نرم افزار SPSS (Version 10) استفاده شد. درصد تغییرات از میانگین دو دارونمای اندازه‌گیری شده با استفاده از آزمون Wilcoxon matched pairs signed rank test با فاصله اطمینان ۹۵٪ اندازه‌گیری و مقایسه شد. همچنین درصد سطح کورتیزول پلاسما توسط همین آزمون بین دو گروه مورد مطالعه مقایسه گردید.

یافته‌ها

در مجموع ۷۰ کودک ۶-۱۴ ساله (۳۳ دختر و ۳۷ پسر) مورد بررسی قرار گرفتند و بطور تصادفی درمان با فلوتیکازون (در ۵۲ نفر با میانگین سنی 8.85 ± 3.0 سال) و یا بکلومتازون (در ۱۸ نفر با میانگین سنی 7.2 ± 2.1 سال) شروع شد. هر دو گروه از نظر سن، جنس و نژاد همسان بودند و تفاوت بین آنها از نظر آماری معنی‌دار نبود. از ۷۰ کودک، ۱۳ نفر (۱۸/۶٪) دارای سابقه تماس با حیوانات خانگی و ۳۲ نفر (۴۵/۷٪) در معرض تماس با دود سیگار قرار داشتند. ۴۰ نفر (۵۸٪) به روش سزارین متولد شده و ۵۱ نفر (۷۲/۹٪) دارای تاریخچه خانوادگی مثبت از نظر آسم و آلرژی بودند. بر اساس نتایج بدست آمده بعد از ۳ ماه درمان، صرف نظر از داروی

بحث

این تحقیق به منظور بررسی اثربخشی و عوارض دارویی فلوتیکازون در مقایسه با بکلومتازون در درمان آسم انجام شد. طبق نتایج بدست آمده فلوتیکازون، با دوزی مشابه با دوز بکلومتازون، موجب بهبودی سریعتر و کنترل بهتر آسم متوسط تا شدید در کودکان می شود. نتیجه فوق با اندازه گیری PEF و بهبود تظاهرات بالینی در هر بار مراجعه به درمانگاه به اثبات رسید.

بعد از ۳ ماه درمان، اندازه گیریهای متناوب PEF و بهبودی در علائم بالینی، بطور چشمگیری در گروه درمانی فلوتیکازون دیده شد. مطالعات مشابه دیگر نیز نشانگر بهبودی بالینی و پاراکلینیکی در بیماران گروه فلوتیکازون (با دوزهای مشابه و یا حتی کمتر از بکلومتازون) در کودکان و بزرگسالان در مقایسه با بکلومتازون می باشد (۱۸-۱۵).

بررسیهای مختلف نمایانگر آن است که علائم بالینی در بیمارانی که فلوتیکازون را به مدت ۳ ماه مصرف می کردند، بطور چشمگیری بهبود می یابد. همچنین بر اساس تحقیقات انجام شده، بیمارانی که فلوتیکازون مصرف می کنند دارای کیفیت زندگی بهتر با علائم بالینی کمتر هستند (۱۹). آسم نه تنها باعث اختلال در زندگی روزمره کودکان می شود، بلکه موجب افزایش هزینه های مالی خانواده نیز می گردد (۲۲-۲۰). در مطالعه حاضر، اطلاعات بدست آمده در پیگیریها نشان دهنده رضایت والدین از درمان با فلوتیکازون می باشد. طبق نظر آنها بهبودی چشمگیری در حال عمومی و علائم بالینی مثل سرفه، تنگی نفس و سرفه پس از فعالیت کودکان آسمی دیده شد. علاوه بر این در معاینه ها پزشکان بهبودی بیشتری را در خس خس سینه کودکان ثبت کردند.

در این مطالعه ۴۰ کودک (۵۸٪) توسط سزارین بدنیا آمده بودند. طبق یک نظریه، در عمل سزارین با در نظر گرفتن این مطلب که نوزاد در معرض فلور طبیعی بدن مادر قرار نمی گیرد احتمال بروز بیماریهای حساسیتی در نوزاد افزایش می یابد.

همچنین تحقیقاتی در این زمینه وجود دارند که نشان می دهند زایمان به روش سزارین موجب افزایش بروز آسم آتوپیک می شود (۲۳، ۲۴). با این حال مطالعات دیگری نشان می دهند که روش زایمان تاثیری در ابتلا کودکان به آسم، خس خس سینه و یا آتوپي ندارد (۲۵).

یکی از اهداف این مطالعه، بررسی اثر حیوانات خانگی و تماس با آلرژنهای حیوانی در بروز آسم کودکان بود. ۱۳ کودک (۱۸/۶٪) در این مطالعه سابقه تماس با حیوانات خانگی

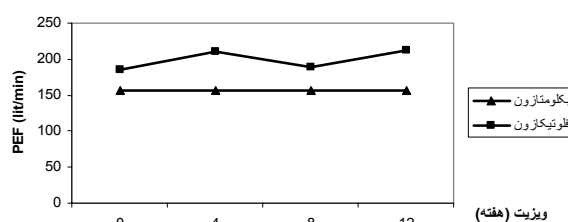
تجویز شده، علائم بالینی بهبود یافت. قابل ذکر است که بهبودی در علائمی چون سرفه، سرفه پس از فعالیت، تنگی نفس و خس خس سینه در بیمارانی که فلوتیکازون دریافت کرده بودند، بیشتر بود. در مقایسه با این گروه، در بیمارانی که بکلومتازون مصرف کردند، علائم بهبودی کمتر بود. ($p < 0.05$) این یافته ها در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- تظاهرات بالینی بیماران طی ۱۲ هفته درمان با استروئیدهای استنشاقی

زمان بررسی	داروی مصرفی	تظاهرات بالینی		
		سرفه	سرفه پس از فعالیت	تنگی نفس
شروع	بکلومتازون	۸۸/۹*	۸۸/۹	۶۶/۷
	فلوتیکازون	۷۵/۰	۷۶/۹	۴۶/۲
معاینه اول	بکلومتازون	۳۸/۹	۳۸/۹	۱۱/۱
هفته ۴	فلوتیکازون	۲۱/۲	۱۷/۳	۷/۷
معاینه دوم	بکلومتازون	۱۶/۷	۱۶/۷	۵/۶
هفته ۸	فلوتیکازون	۳/۸	۱۲/۳	۳/۴
معاینه سوم	بکلومتازون	۱۶/۷	۱۱/۱	۱۱/۱
هفته ۱۲	فلوتیکازون	۱۵/۴	۹/۶	۱/۹

* اعداد معرف درصد هستند

بررسی عملکرد ریوی (Pulmonary Function Test=PFT) در زمانهای شروع، ۱، ۲ و ۳ ماه بعد از درمان انجام شد (نمودار ۱). بر اساس نتایج، بهبود عملکرد ریوی بیشتر در گروه فلوتیکازون مشاهده شد. ($p < 0.05$)



نمودار ۱- PEF بیماران طی ۱۲ هفته درمان با استروئیدهای استنشاقی

برای ارزیابی بی خطر بودن داروهای تجویز شده، میزان کورتیزول ادراری ۲۴ ساعته در شروع و انتهای درمان اندازه گیری شد. در رابطه با بروز عوارض جانبی، هیچگونه عارضه جانبی در طی مطالعه دیده نشد. سطح کورتیزول ادراری در هر دو گروه درمانی در حد طبیعی بودند.

داشتند. آسم در کودکان ارتباط قوی با حساسیت (آلرژی) دارد. در برخی مطالعات نشان داده شده است تماس با حیوانات در دوران کودکی باعث افزایش بروز آسم در بزرگسالی می‌شود (۲۶).

در بررسی‌های انجام شده در این مطالعه، ۵۱ نفر (۷۲/۹٪) سابقه خانوادگی آسم و آلرژی داشتند. سابقه خانوادگی آسم و آلرژی در افراد خانواده عامل بسیار قوی در بروز آسم در کودکان است. در مطالعه‌ای که توسط London و همکاران انجام شد بروز آسم زود هنگام در کودکانی که هر دو والدین آنها دچار آسم بودند، در مقایسه با کودکانی که این نکته را نداشتند به مراتب بیشتر بود (۲۷).

۳۲ کودک (۴۵/۷٪) در معرض دود سیگار والدین قرار داشتند (passive smoker). بدیهی است که در معرض دود سیگار قرار گرفتن باعث کاهش عملکرد ریوی، افزایش احتمال بروز بیماری‌های دستگاه تنفس تحتانی، تشدید حملات آسم، افزایش بروز حساسیت غیر آلرژیک راه‌های هوایی، افزایش سندرم مرگ ناگهانی نوزاد (SIDS) و افزایش بروز آسم می‌شود (۲۸).

میانگین سطح کورتیزول ادراری ۲۴ ساعته در هر گروه درمانی یکسان و در حد طبیعی گزارش شد. هیچگونه اختلافی در سطح کورتیزول در دو گروه درمانی مشاهده نشد. نتایج مشابهی نیز در مطالعات دیگر دیده شد. بر اساس مطالعه انجام شده توسط Barnes و همکاران فلوتیکازون در مقایسه با بکلومتازون، باعث سرکوب و مهار بیشتر کورتیزول می‌گردد

(۲۹)، هر چند سرکوب آدرنال و بروز سایر عوارض جانبی بستگی به دوز تجویز شده دارد. Visser و همکاران نشان دادند فلوتیکازون با دوزهای ۱۰۰۰ و ۵۰۰ میکروگرم با عوارضی چون کاهش سرعت رشد، کاهش bone turnover و عملکرد آدرنال همراه می‌باشد. دوزهای معمول فلوتیکازون (کمتر یا مساوی ۲۰۰ میکروگرم) در درمان بلند مدت آسم در کودکان بسیار مطمئن و بی‌خطر هستند (۳۰). بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده، تجویز بکلومتازون و فلوتیکازون با دوز ۴۰۰ میکروگرم در روز دارای اثرات مشابه در کنترل آسم بیماران با میزان اطمینان (Safety profiles) همسان بودند (۳۱).

طبق نتایج این بررسی، آسم در کودکان ارتباط قوی با عواملی مثل سابقه خانوادگی آسم، رینیت، تماس با حیوانات و داشتن والدین سیگاری دارد. این عوامل و خصوصاً سابقه خانوادگی مثبت می‌تواند عامل شناسایی افراد مستعد جهت برنامه‌ریزی برنامه‌های پیشگیری باشد. ضمناً فلوتیکازون در مقایسه با بکلومتازون باعث بهبودی چشمگیری در عملکرد ریوی و کنترل آسم شد و در درمان آسم پایدار متوسط تا شدید کودکان بسیار مؤثر است. قابل ذکر است که اثرات مثبت فلوتیکازون در مقایسه با بکلومتازون بدون هیچگونه سرکوب اضافه آدرنال بدست آمد.

بر اساس نتایج این مطالعه درمان آسم در کودکان ایرانی نیاز به بازبینی مجدد دارد و مطالعات وسیعتری در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

REFERENCES

1. Davies R, Wang J, Adelaziz M, Calderon M, Khair O, Devalia J, et al. New insights into the understanding of asthma. *Chest* 1997;111:2S-10S.
2. Marguet C, Jouen-Boedes F, Dean TP. Bronchoalveolar cell profiles in children with asthma, infantile wheeze, chronic cough or cystic fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;59:1533-40.
3. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee: Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J* 1998;12:315-35.
4. Mallol J, Clayton T, Asher I, Williams H, Beasley R. On behalf of ISAAC Steering Committee: ISAAC findings in children aged 13-14 years: an overview. *ACI Int* 1999;11:176-82.
5. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee: Worldwide variation in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
6. National Heart Lung and Blood Institute/World Health Organization Workshop Report. Global initiative for asthma: global strategy for asthma management and prevention. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1995. Publication No. 95-3659.
7. Barnes PJ. Inhaled glucocorticoids for asthma. *N Engl J Med* 1995;332:868-75.

8. Toogood JH, Baskerville J, Jennings B, Lefcoe NM, Johansson SA. Bioequivalent doses of budesonide and prednisone in moderate and severe asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1989;84:688-700.
9. Donahue JG, Weiss ST, Livingston JM. Inhaled steroids and the risk of hospitalization for asthma. *JAMA* 1997;277:887-91.
10. Suissa S, Ernest P, Benayoun S. Low dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N Engl J Med* 2000;343:332-6.
11. Mackie AE, Ventresca GP, Moss JA, Bye A. Intravenous pharmacokinetics of fluticasone propionate in healthy patients. *Br J Clin Pharmacol* 1995;40:198.
12. Harding SM. The human pharmacology of FP. *Respir Med* 1990;84:A25-A29.
13. Chen AC, Tsai FJ, Tsai CH, Lin CC, Lee CC, Kao CH. Simultaneously evaluating the effects of one week fluticasone propionate inhalation therapy on lung ventilation and permeability in children with asthma. *Lung* 2003;181(5):283-9.
14. Masoli M, Weatherall M, Holt S, Beasley R. Clinical dose-response relationship of fluticasone propionate in adults with asthma. *Thorax* 2004;59(1):16-20.
15. Adams N, Bestall JM, Lasserson TJ, Jones PW. Inhaled fluticasone versus inhaled beclomethasone or inhaled budesonide for chronic asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(2):CD002310.
16. Leblanc P, Mink S, Keistinen T, Saarelainen PA, Ringdal N, Payne SL. A comparison of fluticasone propionate 200 µg/day with beclomethasone dipropionate 400 µg/day in adult asthma. *Allergy* 1994;49:380-5.
17. Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD003534.
18. Suzuki T, Hasegawa T, Suzuki E, Sasahara K, Kawada T, Koya T, et al. Efficacy of fluticasone propionate compared with beclomethasone dipropionate in bronchial asthma: improvement in compliance and symptoms by fluticasone. *Allergy Asthma Proc* 2003;24(5):347-51.
19. Roorda RJ, Mezei G, Bisgaard H, Maden C. Response of preschool children with asthma symptoms to fluticasone propionate. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(4):540-6.
20. Townsend M, Feeny DH, Guyatt GH, Furlong WJ, Seip AE, et al. Evaluation of the burden of illness for pediatric asthma patients and their parents. *Ann Allergy* 1991;67:403-8.
21. Peri G, Molinari E, Taverna A. Parental perception of childhood illness. *J Asthma* 1991;28:91-101.
22. Schulz RM, Dye J, Jolicoeur L, Cafferty T, Watson J. Quality-of-life factors for parents of children with asthma. *J Asthma* 1994;31:209-19.
23. Kero J, Gissler M, Gronlund M, Kero P, Koskien P, Hemminki E, et al. Mode of delivery and asthma. Is there a connection? *Pediatr Res* 2002;52:6-11.
24. Bager P, Melbye M, Rostgaard K, Benn CS, Westergaard T. Mode of delivery and risk of allergic rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111(1):51-6.
25. Maitra A, Sherriff A, Strachan D, Henderson J. ALSPAC Study Team. Mode of delivery is not associated with asthma or atopy in childhood. *Clin Exp Allergy* 2004;34(9):1349-55.
26. Lowe LA, Woodcock A, Murray CS, Morris J, Simpson A, Custovic A. Lung function at age 3 years: effect of pet ownership and exposure to indoor allergens. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(10):996-1001.
27. London SJ, James Gauderman W, Avol E, Rappaport EB, Peters JM. Family history and the risk of early-onset persistent, early-onset transient, and late-onset asthma. *Epidemiology* 2001;12(5):577-83.
28. Chan-Yeung M, Dimich-Ward H. Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Respirology* 2003;8(2):131-9.
29. Barnes NC, Hallett C, Harris TA. Clinical experience with fluticasone propionate in asthma: a meta-analysis of efficacy and systemic activity compared with budesonide and beclomethasone dipropionate at half the microgram dose or less. *Respir Med* 1998;92(1):95-104.
30. Visser MJ, van der Veer E, Postma DS, Arends LR, de Vries TW, Brand PL, et al. Side-effects of fluticasone in asthmatic children: no effects after dose reduction. *Eur Respir J* 2004;24(3):420-5.
31. Fairfax A, Hall I, Spelman R. A randomized, double-blind comparison of beclomethasone dipropionate extrafine aerosol and fluticasone propionate. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001;86(5):575-82.