

Leichtes Asthma: Steroide nur bei Bedarf inhalieren?

Eine Studie zeigt, dass eine intermittierende Behandlung möglicherweise ausreicht

Bei leichtem persistierendem Asthma bronchiale kann eventuell auf eine tägliche Steroidinhalation verzichtet werden. Das legt eine im vergangenen Jahr im «New England Journal of Medicine» publizierte Studie nahe. Allerdings müssen die Ergebnisse noch in umfangreicheren Untersuchungen bestätigt werden.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Die derzeitigen Behandlungsrichtlinien empfehlen bei einem leichten persistierenden Asthma bronchiale eine Basistherapie mit inhalativen Steroiden. Diese Empfehlungen haben eine solide Grundlage. Es gibt zahlreiche Studien, die zeigen, dass die antientzündliche Basistherapie die Atemwegsobstruktion verbessert – ersichtlich vor allem anhand des Peak-Flows und des FEV₁ –, nachweislich die Symptome lindert, Exazerbationen vermeiden hilft und nicht zuletzt auch die Lebensqualität erhöht.

Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass gerade Patienten mit leichtem Asthma ihre Basistherapie oft vernachlässigen, das heisst sie inhalieren ihr Steroid nicht regelmässig, sondern nur, wenn es ihnen schlechter geht.

Eine amerikanische Forschergruppe hat nun untersucht, ob eine solche an den tatsächlichen Gegebenheiten angepasste Therapie womöglich eine brauchbare Alternative sein könnte. In der doppelblind geführten IMPACT-Studie (Improving Asthma Control Trial) verglichen sie den ausschliesslich bedarfsorientierten Steroideinsatz mit der regelmässigen täglichen Basistherapie.

Die Patienten wurden dazu wiederholt in einem Aktionsplan geschult, der bei Symptomverschlechterung oder Exazerbation greifen sollte. Die Patienten waren dann angewiesen, zehn Tage Budesonid (800 µg zweimal täglich) oder fünf Tage Prednison (0,5 mg pro kg Körpergewicht) einzunehmen beziehungsweise zu inhalieren.

Merksatz

- Bei Patienten mit leichtem Asthma bronchiale ist die regelmässige Kortison-Inhalation vielleicht überflüssig. Es reicht womöglich eine mehrtägige Kortison-Therapie im Bedarfsfall.

Im Übrigen wurden die 225 erwachsenen Patienten in drei Gruppen unterteilt. Die erste erhielt zweimal täglich Plazebo und inhalierte 200 µg Budesonid zweimal täglich, die zweite nahm täglich Zafirlukast (20 mg) ein und inhalierte ein Plazebo, die Patienten der dritten Gruppe nahmen zweimal täglich orales oder inhaliertes Plazebo zu sich. Letztere Gruppe entsprach also der intermittierenden Steroidtherapie, weil die Teilnehmer nur bei Bedarf ein wirksames Basismedikament erhielten.

Primärer Studienendpunkt war der Peak-Flow-Wert am Morgen, was nach Angaben der Autoren ein zuverlässiger Indikator für die bestehende Atemwegsobstruktion ist. Sekundäre Endpunkte waren die Häufigkeit von Asthmaexazerbationen, die Tage, die die Patienten krankheitsbedingt bei der Arbeit versäumten und eine ganze Batterie von physiologischen und biologischen Parametern zur Bestimmung der Asthmaaktivität.

Kein Unterschied bei Peak-Flow-Messung

Die Patienten wurden in regelmässigen Abständen untersucht, wobei die Therapiecompliance geprüft wurde. Nach einem Jahr zeigte sich kein klinisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Behandlungsgruppen hinsichtlich der Peak-Flow-Werte. Einige objektive Lungenfunktionsparameter fielen jedoch günstiger aus in der Gruppe, die regelmässig Budesonid inhaliert hatte. Zafirlukast bot unter keinem Aspekt Vorteile gegenüber der intermittierenden Steroidtherapie.

Asthma-Exazerbationen traten unter der bedarfsorientierten Steroidtherapie nicht häufiger auf als in den beiden anderen Behandlungsgruppen, obwohl die Patienten im Durchschnitt nur eine halbe Woche im Laufe des Studienjahres zum Kortison griffen. Allerdings hatten die Patienten, die eine Budesonid-Dauertherapie durchführten, die meisten symptomfreien Tage.

Die Autoren machen klar, dass ihre Studie statistisch nicht darauf ausgelegt war, eine Nichtunterlegenheit des alternativen Managements zu beweisen. Dennoch lesen sie ihre Studie als Hinweis darauf, dass die intermittierende Steroidtherapie sich womöglich als eine brauchbare Alternative zum derzeit empfohlenen Vorgehen erweisen könnte. Immerhin, so argumentieren sie, könnten bei bedarfsorientierter Steroidtherapie die Nebenwirkungen der Medikamente verringert und Kosten gespart werden. Zunächst müssten die Ergebnisse allerdings in einer gross angelegten Untersuchung untermauert werden.

Geringe Exazerbationsrate

Die Autoren weisen auch darauf hin, dass die Exazerbationsrate in dieser Studie insgesamt vergleichsweise gering ausgefallen war und erklären dies mit dem konsequenten Ausschluss von Patienten, die Anzeichen für ein schwereres Asthma aufwiesen. Eine derart strenge Selektion sei in anderen Studien nicht immer üblich gewesen.

Die Autoren sehen ihre Befunde letztlich auch vereinbar mit dem Childhood Asthma Management Program Trial, einer Studie mit asthmakranken Kindern, bei der sich nach fünfjähriger Basistherapie mit einem inhalativen Steroid kein Einfluss auf den postbronchodilatatorischen FEF_1 ausmachen liess.

Mit Blick auf die Entzündungsmarker, wie etwa bronchiale Hyperreagibilität und Serum-Eosinophilie, ergab sich übrigens folgendes Bild: Diese Parameter besserten sich unter Budesonid-Basistherapie, nicht dagegen unter Zafirlukast. Allerdings, so schränken die Autoren ein, sei eine geringgradige Inflammation auch bei Patienten mit remittiertem Asthma zu beobachten.

Auf die Lebensqualität hatten die einzelnen Therapieregime keinen unterscheidbaren Einfluss, wohl wegen der geringen Einschränkungen, die diese Patienten hinzunehmen haben. Bei Asthma dieser Schwere treten die Beschwerden eben nur gelegentlich auf und bilden sich dann bei Einsatz eines Bronchodilatators sofort zurück. ■

Homer A. Boushey, et al.: Daily versus as-needed corticosteroids for mild persistent asthma. *N Engl J Med* 2005; 352: 1519-1528.

Uwe Beise

Interessenlage: Die Studie wurde von den National Institutes of Health unterstützt. Die zahlreichen Autoren geben eine Vielzahl von Verbindungen zur pharmazeutischen Industrie an.
