

## Steroide verhüten Asthmarückfälle

m -- Rowe BH, Spooner CH, Ducharme FM et al. Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbations of asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software [\[LINK\]](#)

Kommentar: Jörg Leuppi

### Studienziele

Rund 15% der Asthmapatienten aller Altersgruppen, die wegen akuter Beschwerden notfallmässig betreut werden müssen, erleiden innerhalb von zwei Wochen einen Rückfall. In der vorliegenden Metaanalyse der «Cochrane Collaboration» ist zusammengefasst, wie systemisch verabreichte Steroide den unmittelbaren Verlauf nach einem akuten Asthmaanfall zu beeinflussen vermögen.

### Methoden

In diese Metaanalyse wurden kontrollierte Studien einbezogen, in denen nach einem akuten Asthmaanfall neben Bronchodilantien auch systemisch Steroide bzw. Placebo eingesetzt worden waren. Man evaluierte anhand von Rückfallquoten, Lungenfunktionsparametern, Symptomen und Betamimetika-Gebrauch, wie in diesen Studien der weitere Krankheitslauf war.

### Ergebnisse

In den sieben Studien, die den Kriterien für diese Metaanalyse genügten, wurden die Steroide (u.a. Prednison, Dexamethason [Millicorten® u.a.]) oral oder intramuskulär verabreicht. Aus der Metaanalyse lässt sich ableiten, dass weniger behandlungs- und hospitalisationsbedürftige Rückfälle eintreten, wenn nach einer Asthmaexazerbation während 7 bis 10 Tagen Steroide verabreicht werden; mit einer «Odds Ratio» von 0,35 ist der Unterschied gegenüber Placebo signifikant. Der Effekt der Steroide hing nicht vom Applikationsweg ab. Es wurde eine «Number Needed to Treat» berechnet: um nach einer Asthmaexazerbation *einen* Rückfall zu verhüten, müssen 13 Personen mit einem Steroid behandelt werden. Mit Steroiden sinkt auch der Betamimetika-Verbrauch, die Lungenfunktionswerte werden jedoch nicht verbessert. Asthmasymptome wie Husten, Kurzatmigkeit und Giemen wurden durch Steroide signifikant vermindert; für einen Vergleich mit Placebo reichten die vorhandenen Informationen aber nicht. Unerwünschte Wirkungen traten in den Steroid- und Placebogruppen gleich häufig auf.

### Schlussfolgerungen

Nach einer Asthmaexazerbation lässt sich das Risiko eines Rückfalls mit einem systemisch verabreichten Steroid signifikant senken. Es scheint keine Rolle zu spielen, ob das Steroid während 7 bis 10 Tagen per os oder intramuskulär (als Depotpräparat) verordnet wird.

Auch gemäss internationalen Richtlinien sollen die Asthmapatienten mit einer «genügenden» Medikation aus der Notfallstation entlassen werden.<sup>1</sup> Mit dieser Cochrane-Review wird nun schön der präventive Erfolg eines kurzen Kortikosteroidstosses demonstriert, ohne dass vermehrt Nebenwirkungen aufzutreten scheinen. Als Alternative zur systemischen Kortikosteroidtherapie kann auch eine deutliche Erhöhung der inhalativen Kortikosteroiddosis einen gleich guten Effekt haben, was aber mehr Kosten verursacht.<sup>2</sup> Wichtig erscheint uns auch, dass neben einem systemischen Kortikosteroidstoss Asthmapatienten nach der Entlassung aus der Notfallstation engmaschig ambulant nachkontrolliert werden.

### Jörg Leuppi und Andreas Knoblauch

- 1 National Heart, Lung, and Blood Institute. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Washington DC, 1997. 97-4051
- 2 Nana A, Youngchaiyud P, Charoenratanakul S et al. High-dose inhaled Budesonide may substitute for oral therapy after an acute asthma attack. J Asthma 1998; 35: 647-55