

Schweres Asthma

Wie können orale Steroide eingespart werden?

Orale Kortikosteroide sind bei schwerem Asthma zwar meistens unverzichtbar, eine Verordnung erfolgt aber häufig zu unkritisch, vor allem von Allgemeinärzten. Dies kann die Lebensqualität von Patienten mit schwerem Asthma deutlich einschränken; zudem sollten unbedingt die Nebenwirkungen bedacht werden, die bei kumulativ steigenden Dosen zu erwarten sind, so die Experten bei einem Satellitensymposium von AstraZeneca beim Jahreskongress der European Respiratory Society (ERS).

Die Schwere des Asthmas wird aufgrund der benötigten Therapieintensität beurteilt. «Wenn das Asthma nicht kontrolliert ist, nennen wir es schweres Asthma», so die Kurzdefinition von Dr. Eugene R. Bleeker aus Winston-Salem (North Carolina, USA). Die Guidelines der European Respiratory Society und der American Thoracic Society definieren

schweres Asthma über den Bedarf an hohen Dosen von inhalativen Kortikosteroiden (ICS) und β -Mimetika (LABA) oder Leukotrienmodifizierern/Theophyllin innerhalb des letzten Jahres, die notwendig sind, um das Asthma unter Kontrolle zu halten (1). Als unkontrolliert gilt das Asthma unter anderem dann, wenn mindestens zwei schwere Exazerbationen pro Jahr auftreten, die mit oralen Kortikosteroiden (OCS) behandelt werden müssen, mindestens eine stationäre Aufnahme im letzten Jahr erfolgte und ein FEV₁-Wert < 80 Prozent vorliegt. Schlechte Symptomkontrolle bedeutet ständige Werte > 1,5 im Asthma Control Questionnaire und < 20 im Asthma Control Test.

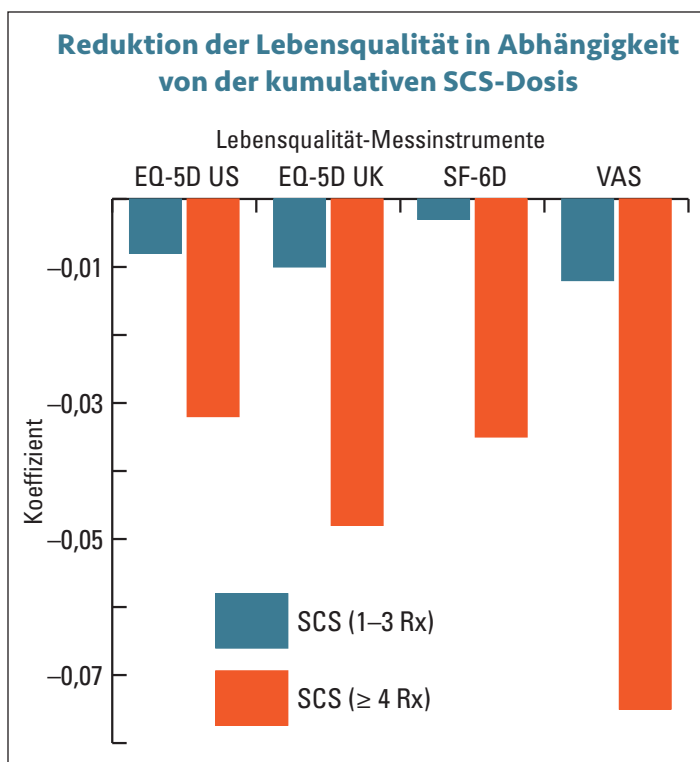


Abbildung: Die kumulative systemische Steroiddosis (SCS) ist mit einer relevanten Reduktion der Lebensqualität in verschiedenen Lebensqualitätsmessinstrumenten (EQ-5D, SF-6D, VAS) assoziiert. Die Einschränkung ist besonders deutlich bei mindestens 4 Verschreibungen pro Jahr.

Quellen: Sullivan PW et al.: Qual Life Res 2017; 26: 1037–1058; Hyland ME et al.: Qual Life Res 2015; 24: 631–639.

Bis zu 10 Prozent aller Asthmatiker sind betroffen

In den USA geht man davon aus, dass ungefähr ein Drittel der Asthmapatienten trotz hoher Dosierung von ICS und LABA keine ausreichende Symptomkontrolle hat. Die Prävalenz von schwerem Asthma wird allgemein auf 5 bis 10 Prozent geschätzt. Ungefähr 40 Prozent der Patienten mit schwerem Asthma werden ≥ 3 -mal pro Jahr OCS verschrieben, und in Europa erhalten sogar 16 bis 57 Prozent dauerhaft orale Steroide. Gelingt es trotz OCS-Gabe nicht, eine zufriedenstellende Symptomkontrolle zu erreichen, steht meist auch die Frage nach einer ausreichenden Adhärenz des Patienten im Raum. Allerdings haben verschiedene Untersuchungen ergeben, dass auch eine intramuskuläre Verabreichung des Steroids nicht immer zum Erfolg führt.

Bleeker ist der Meinung, dass in Zukunft eine stärkere Beachtung der individuell verschiedenen Mechanismen, die dem Asthma zugrunde liegen, erfolgen müsse. Denn Asthma ist eine heterogene Erkrankung; Dazu sollte in verschiedene Formen unterteilt werden, je nachdem, welche Zellen bei der Inflammation im Vordergrund stehen.

Mögliche Nebenwirkungen nicht vergessen

Dr. Janwillem Kocks aus Groningen (NL) wies besonders darauf hin, dass der Einsatz von OCS zu einer substanziellen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen führe

(Abbildung). Natürlich stehe auch für ihn ausser Frage, dass OCS bei akuter Exazerbation sehr effektiv seien, aber das dosisabhängige, relativ hohe Risiko von Nebenwirkungen, allen voran Pneumonien oder osteoporotisch bedingte Frakturen, muss im Auge behalten werden. Dies sei nicht nur wegen der Beeinträchtigung des Patienten wichtig, sondern auch aufgrund der Folgekosten, die dadurch im Gesundheitssystem entstünden. Diese Kosten steigen, je mehr OCS verabreicht werden. Demgegenüber sinkt das Risiko für Nebenwirkungen nach Absetzen der OCS deutlich. «Unklar ist bis anhin, wie man Patienten identifizieren kann, die das grösste Risiko für Nebenwirkungen haben», so Kocks. «Ausserdem ist die Frage, ob es einen sicheren Grenzwert für OCS gibt, bis jetzt nicht beantwortet», gab er zu bedenken. In den Niederlanden werden 50 Prozent der OCS bei Asthma von Allgemeinmedizinern verschrieben, die höhere Gesamtdosen verordnen und seltener korrekt ausschleichend dosieren. Kocks fordert für OCS sogenannte Stewardship-Programme, ähnlich wie es sie bereits für Antibiotika gibt, um die rationale Verschreibung von rationalen Antiinfektiva sicherzustellen. Unter Stewardship werden in diesem Zusammenhang verschiedene Massnahmen verstanden, die die Qualität einer Therapiemassnahme bezüglich Indikationsstellung, Dauer und Dosierung sicherstellen sollen.

Steroideinsparung: Ein Potenzial neuer Biologika?

Prof. Elisabeth Bel aus Amsterdam (NL) stellte die Frage, wie der Gebrauch von OCS reduziert werden könnte. Schaut man auf die Leitlinie GINA (Global Initiative for Asthma), werden OCS erst ab Stufe 5 empfohlen. Spätestens wenn dieser Schweregrad des Asthmas erreicht ist, sollte eine Überweisung an den Pneumologen erfolgen. «Eines der Probleme ist aber, dass ungefähr 50 Prozent der Asthmapatienten nie einen Spezialisten sehen», so Bel.

In Zukunft können eine individuellere Therapie und auch neue Wirkstoffe, wie neu zugelassene Biologika, helfen, die Steroiddosen zu verringern. Eine zielgerichtete Therapie nach dem jeweiligen Asthmaphänotyp ist hier eine Erfolg versprechende Option. In der Zwischenzeit sollten die Ärzte versuchen, sich die Problematik der zu grosszügigen OCS-Verschreibung immer wieder ins Bewusstsein zu rufen. ▲

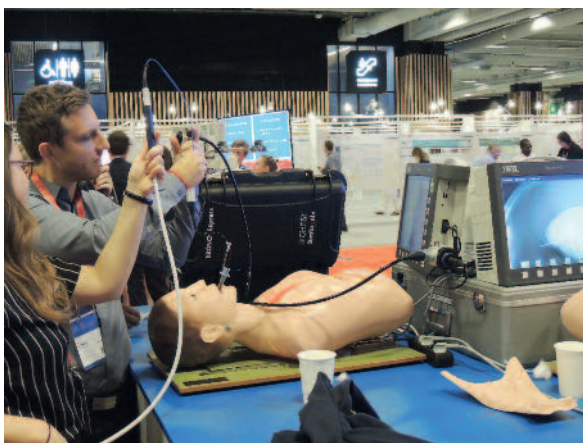
Susanne Kammerer

Referenz:

1. Chung KF et al.: International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. Eur Respir J 2014; 43: 343–373.

Quelle: Satellitensymposium «Severe Asthma in Focus: How can we reduce OCS use» (Sponsor: AstraZeneca) beim Jahreskongress der European Respiratory Society (ERS), 17. September 2018 in Paris.

Praxistraining am ERS-Kongress



FOTOS: AZA