Nach Exazerbation von COPD und Asthma

Wie setzt man die Steroide wieder ab?

Wenn eine COPD oder ein Asthma bronchiale exazerbiert, müssen oft hochdosierte orale Steroide eingesetzt werden. Geht es dem Patienten wieder besser, steht eine Reduktion der Therapie an. Wie neuere Studien gezeigt haben, können orale Steroide abrupt abgesetzt werden, ohne den Patienten zu gefährden.

— Bei einer akuten COPD-Exazerbation ist es sinnvoll, orale Steroide hochdosierte (20–40 mg pro Tag) einzusetzen, damit sich die Lungenfunktion des Patienten schneller wieder erholt. Die orale Steroidmedikation kann nach einer COPD-Exazerbation ohne Ausschleichen wieder beendet werden – unter der Voraussetzung, dass der Patient vor der Verschlechterung keine oralen Steroide erhalten hat.

COPD-Exazerbation: Orale Steroide für zwei Wochen

Dieses Vorgehen wird durch eine Reihe klinischer Studien gestützt, erklärte Prof. Adrian Gillissen, Klinikum Kassel. Er zitierte eine Studie, in der 271 COPD-Patienten mit Exazerbation in drei Gruppen eingeteilt wurden: 80 Patienten erhielten über drei Tage eine intravenöse Glukokortikoidtherapie in einer Dosis von 125 mg alle sechs Stunden, danach wurde die Therapie mit oralem Prednisolon fortgesetzt und bis zum Tag 57 langsam ausgeschlichen. Bei weiteren 80 Patienten wurde die orale Prednisolon-Gabe nach derselben intravenösen Therapie bis zum Tag 15 durchgeführt und abgeschlossen. Eine Kontrollgruppe von 111 Patienten erhielt nur Placebo und überhaupt kein Steroid.

In der Entwicklung des FEV₁-Werts waren beide Steroidgruppen vergleichbar und zeigten in der ersten Woche einen signifikanten Vorteil im Vergleich zu Placebo. Nach zwei und nach acht Wochen wurde jedoch kein Unterschied zu Placebo mehr beobachtet.

Eine systemische Steroidtherapie bei Exazerbation beschleunigt die Erholung der Lungenfunktion, kann aber nach zwei Wochen ohne Ausschleichen abge-

Bei akuter Verschlechterung der obstruktiven Atemwegserkrankung geht es oft nicht ohne Sauerstoffzufuhr.

setzt werden, schloss Gillissen aus den Daten. „Und sie sollte dann auch beendet werden. Denn eine Dauertherapie bringt dem Patienten keine Vorteile. Vielmehr gibt es starke Hinweise darauf, dass sie die Mortalität erhöht“, so Gillissen.

Auch bei COPD-Patienten, die schon lange orale Steroide erhalten, lohnt es sich, diese Therapie in Schritten von 5 oder 2,5 mg pro Woche langsam runterzufahren. „Kein Patient kommt deshalb 14 Tage später wieder mit schwerer Luftnot“, so Gillissen.

Eine Therapie mit inhalativen Steroiden jedoch kann die Exazerbationsrate von Patienten mit COPD vermindern. Sie muss immer mit Bronchodilatoren kombiniert werden. Eine Unterbrechung der inhalativen Steroidtherapie

führt dazu, dass sich der jährliche Abfall des FEV₁-Werts verstärkt im Vergleich zu einer fortgeführten Therapie. Der Unterschied ist aber nicht signifikant, so Gillissen. Will man inhalative Steroide absetzen, kann man das ebenfalls abrupt tun, muss aber berücksichtigen, dass das Absetzen die Exazerbationsrate erhöhen kann. Bei Patienten mit hoher Exazerbationsrate ist deshalb Vorsicht angezeigt.

Bei Asthma-Exazerbation reichen fünf Tage orale Steroide

Auch für das Asthma bronchiale gilt, dass eine systemische Steroidtherapie, die vorübergehend bei einer Exazerbation gegeben wurde, abrupt beendet werden kann. In einer Studie erhielten Asthmapatienten mit Exazerbation für zehn Tage 40 mg Prednisolon pro Tag. Danach wurde die Dosis in einer Gruppe bis Tag 18 schrittweise reduziert, in der anderen Gruppe Placebo gegeben. Weder im FEV₁-Profil noch in Parametern des Cortisolstoffwechsels gab es Unterschiede zwischen den Gruppen. In einer anderen Studie zeigte sich auch kein Unterschied zwischen exazerbierten Asthmapatienten, die für fünf oder zehn Tage 40 mg Prednisolon erhielten. Die Konsequenz daraus ist, dass eine kürzere orale Steroidtherapie (20–40 mg pro Tag) von maximal fünf Tagen reicht, weil Asthmatiker besser auf Steroide ansprechen als COPD-Patienten.

Inhalative Steroide sind beim Asthma die wichtigste antientzündliche Basis-Langzeittherapie, die immer mit lang wirksamen Beta-2-Mimetika kombiniert werden muss. Je früher mit der inhalativen Steroidtherapie begonnen wird, desto besser und mit desto geringeren Dosen lässt sich eine stabile Asthmakontrolle erreichen. Nur bei Patienten mit gut kontrolliertem Asthma ist der Versuch einer vorsichtigen Deeskalation des Steroids möglich. **AB ■**

■ 119. Internistenkongress, Wiesbaden, 6.–9. 4.13