

SARS-CoV-2-Infektion

# Schnellere Erholung von COVID-19 mit inhalativem Steroid



© noblan / stock.adobe.com

## Originalie

Ramakrishnan S, Nicolau DV, Langford B et al. Inhaled budesonide in the treatment of early COVID-19 (STOIC): a phase 2, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2021; [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00160-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00160-0)

**Fragestellung:** Beeinflusst die Gabe von inhalativem Budesonid den Verlauf einer COVID-19 in einem frühen Stadium?

**Hintergrund:** Kohortenstudien haben bisher gezeigt, dass Patienten mit COPD und Asthma bronchiale entgegen den Erwartungen bei COVID-19-Erkrankungen

unterrepräsentiert sind. Die Hypothese dieser Studie war, dass der Gebrauch von inhalativen Steroiden (ICS) bei dieser Patientengruppe verantwortlich für diese Beobachtung ist.

**Patienten und Methoden:** Diese randomisierte Open-label-Studie wurde bei freiwilligen Gesunden durchgeführt, die Symptome einer COVID-19-Erkrankung angaben. Ein PCR-Test auf SARS-CoV-2 wurde vorgenommen und die Probanden randomisiert in eine Gruppe ohne Therapie und eine Gruppe, die Budesonid 800 µg täglich inhalierte. 146 Probanden wurden randomisiert, 139 in die Studie eingeschlossen. 70 erhielten Bude-

sonid. Eine SARS-CoV-2-Infektion konnte bei 94 % nachgewiesen werden.

Der primäre Endpunkt war definiert als dringender Arztbesuch, Notaufnahme-Besuch oder Hospitalisierung. Sekundäre Endpunkte waren Genesung bzw. Symptome (gemessen durch Selbstreport), Fieber und Erholung nach 14 Tagen.

**Ergebnis:** Der primäre Endpunkt traf in der unbehandelten Gruppe bei 10 Probanden ein, in der Budesonid-Gruppe bei einem, was eine Risikoreduktion von 90 % bedeutet. Die Number Needed to Treat (NNT), um COVID-19-bedingte Verschlechterungen zu verhindern, war 8.

Auch bei den sekundären Endpunkten zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Die Probanden, die das ICS inhalierten, erholten sich schneller, hatten kürzer und weniger Fieber und nach 14 Tagen hatten sich 82 % gegenüber 72 % der Infizierten von der Erkrankung erholt. Die Viruslast zeigte keinen signifikanten Unterschied der beiden Gruppen.

Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen, nachdem eine statistische Überprüfung zu dem Ergebnis gekommen war, dass sich das Studienergebnis bei einer weiteren Rekrutierung nicht verändern würde.

– **Kommentar** von Prof. Dr. Joachim Bargon

## Das wäre ein kostengünstiges, erprobtes Medikament für die Welt

Nach wie vor haben wir kein Medikament, außer Dexamethason bei schweren Verläufen, das den Verlauf der COVID-19 wesentlich beeinflusst. Mehrere Faktoren haben die Autoren bewogen, die Studie zu initiieren:

- ▶ Asthmatiker haben, entgegen den Erwartungen, eher selten einen klinisch relevante und schwere SARS-CoV-2-Infektion.
- ▶ Budesonid reduziert die ACE-2-Rezeptoren entlang der Atemwege, die das Coronavirus braucht, um anzudocken und einzudringen.
- ▶ Budesonid vermindert die Rhinovirus-Replikation in-vitro.

Die Ergebnisse sind mehr als beeindruckend und zeigen einen sehr positiven Effekt von inhalativem Budesonid bei frühen Symptomen einer SARS-CoV-2-Infektion.

Natürlich hat die Studie Limitationen, denn sie war nicht placebokontrolliert, die Patienten hatten keine wesentlichen Komorbiditäten und waren relativ jung.

Wenn sich die Ergebnisse in weiteren Studien, placebokontrolliert und mit mehr und auch älteren Probanden, reproduzieren lassen, wäre das ein großer Fortschritt in der Therapie bei SARS-CoV-2-Infektionen, denn dann wäre mit einem kostengünstigen und nebenwirkungsarmen Medikament der Ver-

lauf zu beeinflussen und vielleicht auch die Post- und Long-Covid-Probleme zu verringern. Zudem wäre es ein Medikament, das auch Ländern und Regionen zur Verfügung stehen könnte, die keinen Zugang zur Hochleistungsmedizin für jeden haben. Ein Inhaler ist eher verfügbar und finanzierbar als eine teure stationäre oder intensivmedizinische Behandlung – und in diesen Ländern wird die COVID-Impfung dieses Jahr wohl nicht allen zur Verfügung stehen.

### Prof. Dr. Joachim Bargon



Chefarzt der Klinik für Pneumologie  
Frankfurter Rotkreuz-Kliniken e.V.  
Klinik Rotes Kreuz  
Königswarterstr. 16  
Klinik Maingau  
Scheffelstr. 2–14  
60316 und 60318 Frankfurt am Main  
[J.Bargon@rotkreuzkliniken.de](mailto:J.Bargon@rotkreuzkliniken.de)

Hier steht eine Anzeige.

