

Hvor trygt er det å bruke langtidsvirkende beta2agonister (LABA) ved astma?

De nye GINA retningslinjene for behandling av astma (utgitt 2006) er basert på at man bruker graden av kontroll som mål på behandlingen. Hovedbehandlingen ved astma er forebyggende behandling med inhalasjonssteroider. Ved akutt astma/astmaanfall skal pasienten ha korttidsvirkende beta2agonist i tilstrekkelig dose til å åpne luftveiene. Har de behov for anfallsmedisin mer enn to dager i uken er de dårlig kontrollert og trenger mer forebyggende medisin. De fleste med mild/moderat astma har således ikke behov for langtidsvirkende beta2agonister. Dersom pasienten ikke responderer eller har god nok effekt av inhalasjonssteroider alene kan man vurdere å legge til en langtidsvirkende bronkodilatator eller en leukotrienagonist.

Dersom pasienten ikke er kontrollert på en moderat til høy dose inhalasjonssteroider bør man vurdere om pasienten tar sin forebyggende medisin som forskrevet og om pasienten får i seg medisinen (sjekk inhalasjonsteknikk) før man øker behandlingen. Husk også at tobakksrøyking minsker effekten av steroider (tilby røykavvenning) og pass på årlig influensavaksinering av alle astmatikere.

På 80-tallet så man at bruk av korttidsvirkende beta2agonister (SABA) som monoterapi økte dødeligheten ved astma. Da den første langtidsvirkende beta2-agonisten, salmeterol, ble introdusert på 90-tallet viste noen studier en tendens til økning i dødsfall i gruppen som fikk LABA i forhold til de som fikk SABA. Det førte igjen til at man etter krav fra de amerikanske legemiddelmyndighetene FDA i 96 startet en studie – Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial (SMART) med en populasjon på 30 000 pasienter som i tillegg til sin vanlige astmabehandling fikk LABA. De første analysene viste at dødeligheten var større i LABA gruppen (37/13176 mot 22/13179 i placebo gruppen)

Nærmere analyser viste at overdødeligheten var høyest blant de med afro-amerikansk bakgrunn og blant de som fikk LABA uten samtidig bruk av inhalasjonssteroider.

I gruppen som fikk både LABA og inhalasjonssteroider var det ikke signifikant forskjell i dødelighet.

Det er mange teorier om hvorfor dødeligheten øker ved bruk av beta2-agonister. Man kan tenke seg at det skyldes at man ved ren symptombehandling maskerer forverringen av den underliggende inflammasjonen og at dette kan gi økt bronkospasme. Det er mulig at langvarig bruk også fører til tachyfy-



Svein Høegh Henriksen

Spesialist i allmennmedisin. Fastlege fulltid på Lambertseter, Oslo. Leder Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for astma og kols. Leder fagrådet, Lunger i Praksis

laksi/toleranseutvikling. Det er i hvert fall klart at man ikke bør bruke anfallsbehandling alene som monoterapi, hovedbehandlingen av astma er inhalasjonssteroider. Dette er også det som anbefales i alle retningslinjer for behandling av astma. Vi bør således følge de råd som «Health Canada» har foreslått, og stresse for pasientene at de må oppsøke lege dersom astmaen er ute av kontroll, og de føler behov for å øke anfallsmedisineringen:

- Salmeterol og Formoterol skal kun brukes sammen med et inhalasjonssteroid i en passende dose.
- Langtidsvirkende beta2-agonister (LABA) kan ikke erstatte inhalasjonssteroider eller perorale kortikosteroider ved behandling av astma.
- Serevent, foradil og seretide skal aldri brukes for behandling av akutte astmaanfall eller nyoppståtte astmasymptomer/anfall.
- Symbicort og Seretide er ikke indisert for behandling av nyoppstått astma eller av astmaanfall
- Oxis kan brukes for å behandle akutt nyoppstått astma eller astmaanfall hos voksne og barn over 12 år.
- Pasientene må instrueres i å ta kontakt med lege dersom astmamedisinene virker dårligere og pasienten har behov for å øke anfallsmedisineringen.
- Pasienter må ikke slutte å bruke eller redusere sin forebyggende medisin uten å konferere med lege. Plutselig seponering av inhalasjonssteroider kan føre til dårligere kontroll med astmaen hvilket kan gi livstruende anfall.
- Pasienter med astma som har spørsmål om behandlingen, bør ta dette direkte opp med behandlende lege.

MERKNAD: Den viktigste lærdommen av advarslene er at hovedbehandlingen ved astma er inhalasjonssteroider. Ved *akutte anfall* er det viktig å gi tilstrekkelig med beta2-agonist slik at luftveiene åpnes. (To til fire inhalasjoner hvert 20. min første time, gjentas ved behov hver annen til tredje time). Samtidig kan det være indikasjon for perorale steroider i en dose på 0,5–1 mg/kg/døgn.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: shg@online.no