Glukokortikoidit astman hoidossa – henkiä pelastavia, mutteivät harmittomia

Glukokortikoidit – sekä inhaloitavat että systeemiset – mullistivat astman hoidon muutama vuosikymmen sitten. Suomalainen astmaohjelma (1) ja Käypä hoito -suositus (2) käynnistivät laajamittaisen inhaloitavien glukokortikoidien käytön astman hoidon etulinjassa. Astmakuolleisuus kääntyi jyrkkään laskuun, ja päivystykseen tai sairaalaan hakeutuvien astmapotilaiden määrä väheni huomattavasti.

Vaikeaa astmaa sairastavia joudutaan hoitamaan suurilla inhalaatiosteroidiannoksilla (3). Siitä huolimatta osa saa usein pahenemisvaiheita ja niiden hoitoon toistuvia tablettisteroidikuureja (3). Suuriannoksiseen inhalaatiosteroidihoitoon ja tablettisteroidin käyttöön on epäilty liittyvän haittoja myös astman hoidossa (4–6).

Finasthma-tutkimuksessa (7) arvioitiin vaikeaan astmaan ja glukokortikoidihoitoon liittyviä haittoja koko Suomen kattavista terveydenhuollon rekistereistä usealta vuodelta. Lääkehoidon ja pahenemisvaiheiden perusteella jatkuvasti vaikeaa astmaa sairasti 5,6 % aikuisista astmapotilaista (n = 193 730). Heillä esiintyi ylimäärin keuhkokuumetta (absoluuttinen ylimääräinen esiintyvyys 22 %), kaihia (5 %), osteoporoosia (4 %), lihavuutta (4 %), diabetesta (2 %), sydämen vajaatoimintaa (7 %) ja eteisvärinää (4 %) verrattuna ei-vaikeaa astmaa sairastaviin.

Merkittävä osa vaikean astman liitännäissairauksista lienee glukokortikoidin aiheuttamia. Sekä suuriannoksinen inhalaatiosteroidi että tablettisteroidi olivat annosriippuvaisesti merkittäviä lisääntyneen sairastavuuden, erityisesti keuhkokuumeen, osteoporoosin, lihavuuden, sydämen vajaatoiminnan ja eteisvärinän, riskitekijöitä. Lisäksi runsas tablettisteroidin käyttö ja liitännäissairaudet olivat yhteydessä lisääntyneeseen terveydenhuollon resurssien käyttöön (7).

Finasthman (7) huojentava löydös on se, että vaikka suureen inhalaatiosteroidiannokseen liittyy liitännäissairauksien riskin kasvu, sitä ei näy pienillä tai keskisuurilla annoksilla. Käytännön lääkärin kannalta tämä tarkoittaa sitä, että inhalaatiosteroidi pienellä tai keskisuurella annoksella on edelleen astman perushoito (2,3).

Suurta annosta käytetään vain Käypä hoito -suosituksen mukaisesti: jos aiemmasta yhdistelmähoidosta huolimatta on astman pahenemisvaiheita ja aktiivinen eosinofiilinen tulehdus (veren eosinofiilimäärä tai uloshengitysilman typpioksidipitoisuus on koholla tai oireet liittyvät allergiaan) (2).

Hoitotulos on syytä kontrolloida. Mikäli tilanne ei ole korjaantunut, kannattaa inhalaatiosteroidiannos pienentää takaisin haittavaikutusten välttämiseksi. Hoidollinen lisähyöty inhalaatiosteroidiannoksen suurentamisesta on tutkimusten mukaan yleensä vähäinen. Sen sijaan haittavaikutukset lisääntyvät merkittävästi (4,6–8).

Astman pahenemisvaiheen perushoito on tarvittaessa otettavan avaavan lääkkeen käyttö ja tablettisteroidikuuri (2). Finasthman (7) perusteella tablettisteroidin käyttö on yhteydessä vaikeaan astmaan liittyvään liitännäissairauksien tautitaakkaan ilman selkeää turvarajaa. Jo pienetkin toistuvat kuurit lisäävät liitännäissairauksien riskiä.

Käytännön kannalta tämä tarkoittaa sitä, että pahenemisvaiheen hoidossa tulee miettiä erotusdiagnostiikka ja kuurit tulee pitää lyhyinä (5–7 vrk). Mikäli tarvitaan toistuvia kuureja, tulee arvioida astman perushoito ja tarvittaessa lähettää potilas erikoissairaanhoitoon. •

HANNU KANKAANRANTA
LT, professori, keuhkosairauksien ja allergologian ja kliinisen farmakologian ja lääkehoidon erikoislääkäri
University of Gothenburg, Department of Internal Medicine and Clinical Nutrition, Krefting Research Centre, Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Seinäjoen keskussairaala, Keuhkosairauksien tulosyksikkö

LAURI LEHTIMÄKI
LT, professori, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja Pirkanmaan hyvinvointialue, Tampereen yliopistollinen sairaala, Allergiakeskus

Kirjallisuusluettelo verkkoversiossa www.laakarilehti.fi SLL 7–8/2024

SIDONNAISUUDET
Hannu Kankaanranta: Luentopalkkiot (Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, COVIS, GSK, MedScape, Novartis, Orion, Sanofi).
Lauri Lehtimäki: Luentopalkkiot (ALK, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, GSK, Menarini, Novartis, Orion, Sanofi).