

KORT NIEUWS

RISICO OP PNEUMONIE MET INHALATIECORTICOSTEROÏDEN

Inhalatiecorticosteroiden worden frequent gebruikt bij patiënten met COPD; meer dan 70% van de patiënten met COPD wordt hiermee behandeld¹. De beschikbare combinatiepreparaten zijn hier deels de oorzaak van. Richtlijnen^{2, 3} raden nochtans aan het gebruik van inhalatiecorticosteroiden te beperken bij patiënten met ernstige of zeer ernstige COPD (ESW₁ minder dan 50% van de voorspelde waarde) en die frequent (minstens twee maal op één jaar) exacerbaties vertonen waarbij een behandeling met antibiotica of orale corticosteroiden nodig was. Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden is niet zonder risico. Het risico op heupfracturen⁴, cataract⁵ en pneumonie^{6, 7, 8} met inhalatiecorticosteroiden is in verschillende studies aangetoond. Een recente cohortstudie⁹ onderzocht of dit risico varieert naargelang het gebruikte inhalatiecorticosteroid en naargelang de gebruikte dosis.

Deze studie analyseerde gegevens van een cohort van 163.514 patiënten met COPD die gedurende 5 jaar gevolgd werden. Bij 20.344 patiënten van deze groep werd een pneumonie vastgesteld. Aan de hand van een nested case-control analyse berekenden de auteurs een rate ratio van 1.69; huidig gebruik van inhalatiecorticosteroiden verhoogt het risico op een pneumonie met 69% (95%BI 1.63 tot 1.75). Na stoppen van de inhalatiecorticosteroiden duurde het 6 maanden eer het risico niet meer verhoogd was. Het risico op pneumonie bleek het hoogst met fluticason (RR 2.01, 95%BI 1.93 tot 2.10). Met budesonide bleek dit risico minder hoog (RR 1.17, 95%BI 1.09 tot 1.26). Het risico steeg eveneens met hogere dosissen fluticason. Voor dosissen tot 500µg bedroeg dit risico 1.24, voor dosissen van 500-999µg 1.66 en voor dosissen hoger dan 1000µg 1.86. Met budesonide werd geen dosiseffect vastgesteld. Dit is in tegenspraak met een recente trial die bij patiënten met COPD ook voor budesonide een dosiseffect aantoonde; voor 320µg werd een relatief risico van 1.7 berekend (95%BI; 0.8 tot 3.6) en voor 640µg een RR van 2.3 (95%BI; 1.2 tot 4.7)¹⁰.

De auteurs van deze studie erkennen dat er een reëel risico op bias bestaat doordat budesonide mogelijk meer werd voorgeschreven bij patiënten met een lager risico op pneumonie, zoals patiënten met astma of minder ernstig COPD. Doordat de diagnose van COPD werd gesteld op basis van geneesmiddelengebruik van de patiënten en niet op basis van een spirometrie zijn er mogelijk astmapatiënten in de cohort opgenomen. Deze studie bevestigt het risico op pneumonie met inhalatiecorticosteroiden. Of dit risico eveneens bepaald wordt door het type inhalatiecorticosteroid is minder duidelijk en vraagt verder onderzoek in RCT's met minder risico op bias.

Referenties

1. Suissa S, Barnes PJ. Inhaled corticosteroids in COPD: the case against. *Eur Respir J* 2009;34:13-16.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2013. <http://www.goldcopd.org>.
3. National Institute of Health and Clinical Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline N° 101, June 2010. <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English>.
4. Loke YK, Cavallazzi R, Singh S. Risk of fractures with inhaled corticosteroids in COPD : Systemic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *Thorax* 2011;66:699-708.
5. Marcovitch H. High dose inhaled steroids pose cataract risk. *BMJ* 2003;327:833
6. Singh S, Amin A, Loke Y. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease. A meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009;169:219-29.
7. Nannini LJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and long-acting beta2-agonist in one inhaler versus long-acting beta2-agonists for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD006829. DOI: 10.1002/14651858.CD006829.pub2.
8. Drummond MB, Dasenbrook EC, Pitz MW et al. Inhaled corticosteroids in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008;300:2407-16.
9. Suissa S, Patenaude V, Lapi F, et al. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax* 2013;68:1029-1036. doi:10.1136/thoraxjnl-2012-202872
10. Sharafkhaneh A, Southard JG, Goldman M, et al. Effect of budesonide/formoterol pMDI on COPD exacerbations: a double-blind, randomized study. *Respir Med* 2012;106:257-68.