
I.M. Grønseth og medarbeidere svarer

KOMMENTAR

INGA MARTHE GRØNSETH

i.m.gronseth@gmail.com

Inga Marthe Grønseth er allmennlege i spesialisering ved RELIS Midt-Norge og Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

TORBJØRN NAG

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND

Ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter.

Vi vil takke Eivind C. Borna og Morten Melsom for deres tilsvaer til vaar kronikk om oekning av inhalerte kortikosteroider ved astmaforverring.

Vi er enige i at astma er en heterogen tilstand med mange fenotyper som til dels har forskjellig respons pa medikamenter, inkludert inhalerte kortikosteroider. Artikkene vi viser til i vaar kronikk kan ikke utelukke at det finnes subgrupper der en midlertidig oekning kan vaere effektivt, eller for den saks skyld gjore situasjonen verre. Sa vidt vi vet finnes det ikke gode studier pa dette. For hele gruppen av pasienter med astma ser oekning av inhalerte kortikosteroider ved astmaforverring ut til a ha liten effekt, dels med oekte bivirkninger, spesielt hos barn [\(1\)](#).

Formalet med vaar kronikk er a adressere norsk praksis med dobling av inhalasjonssteroider ved forverring, og (den manglende) evidensen bak dette. Et annet formaal har vaert a paapeke viktigheten av god opplaeing og etterlevelse hos pasienter med astma. Studien pa barn [\(1\)](#) er en randomisert dobbeltblindet kontrollert studie med strenge krav til og loggforing av etterlevelse. Barna i studien var mye mindre syke enn forventet og hadde ingen effekt av oekning av inhalerte kortikosteroider. Studien pa voksne [\(2\)](#) er en virkelighetsstudie («real life»-studie) uten intervensjon med tanke pa etterlevelse. Vanligvis antas det at etterlevelsen av inhalert kortikosteroidbehandling er daerlig hos minst halvparten av astmapasientene [\(3\)](#). Man ser da en liten effekt som mest sannsynlig skyldes at de bruker inhalerte steroider i hoeje doser intermitterende.

Når det gjelder beta2-agonister refereres det i tilsvaret til en artikkel (4), der forfatteren i sin konklusjon påpeker at det er sannsynlig at den gode effekten av beta2-agonister og derav overforbruk av disse fører til underforbruk av forebyggende legemidler (hovedsakelig inhalerte kortikosteroider). At fokus på opplæring og etterlevelse hos pasienter med astma vil gi bedre symptomkontroll og dermed også redusere behovet for beta2-agonister belyses altså også her.

Det presiseres at vår kronikk kun gjelder midlertidig økning av inhalerte kortikosteroider og bruk av anbefalte doser beta2-agonister ved forverringer. Pasienter som er dårlig kontrollert, skal få økt sine faste medisiner, og eksaserbasjoner bør behandles med beta2-agonister og andre medisiner i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer.

LITTERATUR

1. Jackson DJ, Bacharier LB, Mauger DT et al. National Heart, Lung, and Blood Institute AsthmaNet. Quintupling inhaled glucocorticoids to prevent childhood asthma exacerbations. *N Engl J Med* 2018; 378: 891–901. [PubMed][CrossRef]
2. McKeever T, Mortimer K, Wilson A et al. Quadrupling inhaled glucocorticoid dose to abort asthma exacerbations. *N Engl J Med* 2018; 378: 902–10. [PubMed][CrossRef]
3. Bårnes CB, Ulrik CS. Asthma and adherence to inhaled corticosteroids: current status and future perspectives. *Respir Care* 2015; 60: 455–68. [PubMed][CrossRef]
4. Cockcroft DW. Clinical concerns with inhaled beta2-agonists: adult asthma. *Clin Rev Allergy Immunol* 2006; 31: 197–208. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. april 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0216
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.