

# Neues aus der Cochrane-Library



## Inhalative Steroiddosis bei Asthmaanfall nicht erhöhen

Während Asthmaanfällen reicht Patienten die Standardmedikation manchmal nicht aus. Ob eine Dosiserhöhung des inhalierten Kortikosteroids (ICS) in der Frühphase einer Asthmaexazerbation die Anfallsstärke bei Kindern und Erwachsenen besser unter Kontrolle bringt als eine gleichbleibende tägliche ICS-Dosis, wurde in einem systematischen Review untersucht. Dieser schloss acht randomisiert-kontrollierte Studien (n=1669 gesamt) ein, darunter drei pädiatrische (n=422). Die Patienten erhielten zur Standardtherapie einen Studieninhalator mit zusätzlichem ICS oder Placebo zum allfälligen Einsatz bei Anfällen. Während eines Follow-up zwischen sechs und zwölf Monaten zeigte diese zusätzliche ICS-Gabe bei Anfällen bezüglich ungeplanter oder notfallmässiger Arztbesuche sowie der Schwere der Anfallsymptomatik (gemessen am Bedarf einer Therapie mit oralen Kortikosteroiden) keinen signifikanten Vorteil gegenüber der Normaldosis. Die Autoren empfehlen deshalb, bei Asthmaexazerbationen von einer ICS-Dosiserhöhung in Eigenregie der Patienten abzusehen.

Kew KM, Quinn M, Quon BS, Ducharme FM: Increased versus stable doses of inhaled corticosteroids for exacerbations of chronic asthma in adults and children. *Cochrane Syst Rev* 2016; 6: CD007524.

## Paracetamol bei Kreuzschmerzen nicht besser als Placebo

Bei Kreuzschmerzen werden am häufigsten Analgetika verschrieben, erste Wahl ist dabei Paracetamol. Bezüglich Wirksamkeit sind in letzter Zeit jedoch Zweifel aufgetaucht. Dieser systematische Review untersuchte den Nutzen von Paracetamol vs. Placebo bei unspezifischen Kreuzschmerzen. Drei randomisiert-kontrollierte Studien (n=1825) wurden dabei berücksichtigt. Es zeigte sich, dass Paracetamol (4 g/d) bei akuten Kreuzschmerzen weder nach 1, 2, 4 oder 12 Wochen Schmerz und Behinderung signifikant stärker linderte als Placebo. Auch bezüglich Lebensqualität, Nebenwirkungen, Compliance oder Gebrauch von Notfallmedikamenten war kein Unterschied zwischen den Gruppen auszumachen. Bei chronischen Kreuzschmerzen ist die Datenlage zu schwach für eine Aussage.

Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher C: Paracetamol for low back pain. *Cochrane Syst Rev* 2016; 6: CD012230.

## Haarausfall-Therapie bei Frauen

Die häufigste Art von Haarausfall bei Frauen ist die androgenetische Alopezie. Der Haarwachstumszyklus ist zunehmend verkürzt, die Haarqualität wird schlechter, und die Haare dünnen im Bereich des Mittelscheitels aus. Das kann zu erheblichen psychischen Problemen führen. Was dagegen hilft, untersuchte ein systematisches Review, das 47 randomisiert-kontrollierte Studien (n=5290) einschloss. In sechs Studien kam es unter topischem Minoxidil 2% und 1% im Vergleich zu Placebo zu einem moderaten bis markanten Haarnachwachstum. In weiteren acht Studien wurde im Vergleich zu Placebo eine deutliche Zunahme der Gesamthaarzahl pro cm<sup>2</sup> gemessen. Die Nebenwirkungsrate lag auf Placeboniveau. Eine höhere Konzentration (Minoxidil 5% vs. 2%) brachte keinen zusätzlichen Nutzen (4 Studien, n=1006), aber auch nicht mehr Nebenwirkungen. Oral verabreichtes Finasterid 1 mg/d zeigte in drei Studien keinen Mehrnutzen verglichen mit Placebo und ist ausserdem nur für Männer zugelassen. Zwei Studien verglichen die Laserkamm-Therapie mit einer Scheintherapie; sie wurde durch die Teilnehmer trotz gesteigener Gesamthaarzahl jedoch nicht für wirksamer befunden. Die Autoren schliessen daraus, dass topisches Minoxidil den weiblichen Haarausfall noch am besten lindert. Bei Absetzen der Therapie fallen die zusätzlich nachgewachsenen Haare jedoch wieder aus.

van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Schoones J: Interventions for female pattern hair loss. *Cochrane Syst Rev* 2016; 5: CD007628.

## Steroidnasenspray bei chronischer Rhinosinusitis?

Bei einer chronischen Rhinosinusitis werden intranasale Kortikosteroide breit empfohlen, da man davon ausgeht, dass das Entzündungsgeschehen die Hauptursache dieser Symptomatik ist. Um die Evidenz dazu zu überprüfen, wurde ein systematisches Review durchgeführt, das 18 randomisiert-kontrollierte Studien (n=2738) umfasste. Intranasale Kortikosteroide wie z.B. Beclomethason, Triamcinolon, Flunisolid oder Budesonid wurden mit Placebo oder keiner Behandlung während mindestens drei Monaten verglichen. Viele Studien waren relativ klein, die meisten Studienteilnehmer hatten nasale Polypen.

Bezüglich Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität ergab sich wenig Information. Die Symptome schienen sich unter Verum zu bessern (moderate bis niedrige Evidenzqualität), d.h. moderate Verringerung der Verstopfung und ein kleiner Nutzen bei der Rhinorrhö (moderate Evidenzqualität). Das Risiko für Nasenbluten jeglicher Stärke war erhöht (moderate Evidenzqualität). Kleine

Blutstreifen scheinen die Teilnehmer jedoch nicht gestört zu haben. Bei anderen lokalen Nebenwirkungen reichen die Daten für eine klare Aussage nicht aus.

Chong L, Head K, Hopkins C, Philpott C, Schilder AGM, Burton MJ: Intranasal steroids versus placebo or no intervention for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Syst Rev* 2016; 4: CD011996.

### Topische NSAR bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen

Bei muskuloskelettalen Schmerzen wie z.B. bei Arthrose ist die Anwendung von topischen NSAR wegen ihres schmerzlindernden Effekts bei wenig Nebenwirkungen sehr verbreitet. Die Evidenz dazu wurde nun in einer Aktualisierung eines früheren systematischen Cochrane-Reviews (2012) überprüft. 39 doppelblind-randomisierte, placebokontrollierte Studien (n=10 631), darunter fünf neue, kamen zur Auswertung. In allen Studien wurden Patienten mit Arthrose (meistens im Knie) eingeschlossen. Bei Studien, die zwischen sechs und zwölf Wochen dauerten, waren topisches Diclofenac und topisches Ketoprofen in puncto Schmerzlinderung der Placebozubereitung signifikant überlegen. Etwa 60% der Patienten unter NSAR gaben einen starken Schmerzurückgang an, unter Placebo waren dies ca. 50%. Dass der Placeboeffekt so gross ist, könnte auch an der Trägersubstanz in den Placebozubereitungen liegen, so die Vermutung der Autoren. Die NNT für einen klinischen Erfolg lag für Diclofenac bei 9,8 (95% CI 7,1 bis 16); für Ketoprofen bei 6,9 (95% CI 5,4 bis 9,3). Verglichen mit Placebo waren Hautreaktionen häufiger unter Diclofenac und gleich häufig unter Ketoprofen.

Abk.: NNT = Number Needed to Treat; NSAR = nicht-steroidale Antirheumatika; CI = Konfidenzintervall

Derry S, Conaghan P, Da Silva JP, Wiffen PJ, Moore R: Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Syst Rev* 2016; 4: CD007400.

### Akupunktur zur Prävention von Spannungskopfschmerz

Die Wirksamkeit von Akupunktur zur Prävention von Spannungskopfschmerzen wird kontrovers diskutiert. In einem Update eines früheren systematischen Cochrane-Review (2009) wurde die Evidenz dazu einer erneuten Überprüfung unterzogen. Zwölf Studien (n=2349) wurden berücksichtigt. In zwei grossen Studien erhielten alle Teilnehmer eine standardmässige Behandlung oder Akutbehandlung und in der Verumgruppe zusätzlich Akupunktur. Der Anteil der Patienten mit einer mindestens halbierten Kopfschmerzhäufigkeit war unter den Patienten mit Akupunktur deutlich höher (48 vs. 17 von 100). Sieben Studien verglichen die Akupunktur mit Scheinakupunktur. In der Verumgruppe profitierten 51% von einer Reduktion der Kopfschmerzhäufigkeit um mindestens 50%, in der Placebogruppe 43%; das Resultat blieb auch sechs Monate später nahezu unverändert. Die Akupunkturbehandlung wurde auch mit Physiotherapie, Massage oder Entspannungstechniken verglichen, allerdings ohne dazu eine klare Aussage zu ermöglichen. Die verfügbaren Studien deuten darauf hin, dass Akupunktur bei episodischen oder chronischen Spannungskopfschmerzen wirksam sein kann.

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin B, Vickers A, White AR: Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Syst Rev* 2016; 4: CD007587.

Zusammenfassungen: Valérie Herzog

Herausgeber: Dr. med. Erik von Elm, Dr. med. Aline Flatz, Cochrane Schweiz

swiss.cochrane@chuv.ch

Dank der Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, des Bundesamtes für Gesundheit und der Universitätsbibliotheken sind alle Cochrane-Reviews für jeden Interessierten in der Schweiz frei zugänglich und können unter <http://www.cochranelibrary.com> abgerufen werden.