

PULMONOLOGIA

Astma w gabinecie POZ – najnowsze zalecenia

– Zapomnijcie państwo o większości rzeczy, których nauczyliście się na temat astmy na studiach czy nawet z ostatnich podręczników. Dzisiaj astmę diagnozuje się i leczy inaczej – mówi lekarzom POZ prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna z II Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Przedstawiamy najnowsze zalecenia ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia i Narodowego Instytutu Zdrowia.

Według badań epidemiologicznych w Polsce jest ponad 4 mln chorych na astmę, czyli stanowią oni 12 proc. populacji. Średnio od momentu wystąpienia pierwszych objawów do postawienia diagnozy mija 7 lat. Leczymy zaledwie połowę tych osób, więc w większości przypadków tak naprawdę nie kontrolujemy choroby.

Czym jest astma A.D. 2024?

Astma jest chorobą wieloczynnikową. Za jej wystąpienie mogą odpowiadać czynniki środowiskowe, genetyczne, chemiczne, wirusy, alergeny, bakterie. Nie istnieje więc metoda prewencji pierwotnej. Prewencja wtórna polega na unikaniu szkodliwych czynników, np. alergenów, dymu, szczepieniu przeciwko grypie, RSV, krztuścowi, pneumokokom i farmakologicznym leczeniu przeciwwzapalnym, objawowym, a także immunoterapii w przypadku alergii.

– Zgodnie z najnowszą definicją, którą podaje Global Initiative for Asthma (GINA, 2023), astma jest chorobą heterogenną, czyli wieloczynnikową, zwykle związaną z przewlekłym zapaleniem górnych dróg oddechowych. Może być zdefiniowana i rozpoznana na podstawie występowania takich objawów, jak świsty, trudności w oddychaniu, ucisk w klatce piersiowej i kaszel. Zauważmy, że nie ma w tej definicji słowa „duszność” – podkreśla prof. Piotr Kuna. Cechy astmy to zmiana w czasie, różnicowane nasilenie i okresowa obturacja. Kaszel jest najczęstszym objawem, ale najbardziej typowymi i swoistymi są świsty i różnicowany przebieg.

Jak rozpoznać astmę?

Astmę rozpoznaje się dzięki prawidłowo zebranemu, szczegółowemu wywiadowi i potwierdzeniu (w miarę możliwości) poprzez obiektywne stwierdzenie obturacji. Definicja astmy w przeciwieństwie do przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nie jest oparta na kryteriach spirometrycznych. Nie ma żadnego biomarkera tej choroby – decyduje obraz kliniczny i charakterystyczny zespół objawów.

Dawniej dzielono astmę na: epizodyczną, łagodną – ta postać dotyczy 70 proc. chorych, u których objawy pojawiają się okresowo i mijają (często chorzy nie są poddawani żadnemu leczeniu, ponieważ nie uważają przemijających problemów ze zdrowiem za istotne i nie przychodzą do lekarza); umiarkowaną – 25 proc. chorych, u których objawy astmy występują przez cały czas, oraz ciężką – 5 proc. chorych.



” prof. Piotr Kuna: Jedna wstawka steroidów doustnych przez 5 dni w roku zwiększa ryzyko sepsy w czasie infekcji wirusowej 5-krotnie, a ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej 4-krotnie

Dzisiaj zaproponowano zdecydowanie bardziej adekwatny, nowoczesny podział na astmę kontrolowaną – pacjent jest dobrze leczony i nie ma objawów, oraz niekontrolowaną – pacjent nie jest dobrze leczony i ma objawy. Przy astmie kontrolowanej pacjent nie odczuwa dolegliwości w nocy, nie ma żadnych trudności z wykonywaniem wysiłku fizycznego, czynność płuc jest prawidłowa, nie dochodzi do zaostrzeń choroby. Może mieć niewielkie dolegliwości nie częściej niż 2 razy w tygodniu, które mijają po inhalacji leku objawowego. Jeżeli pacjent nie spełnia choć jednego z tych kryteriów, to nie jest to astma kontrolowana (może być częściowo kontrolowana). Jeżeli nie spełnia 3 kryteriów, wówczas mówimy o astmie niekontrolowanej. Jeśli chory ma zaostrzenie w ostatnim roku, to przez cały rok będzie klasyfikowany jako osoba z astmą niekontrolowaną.

Życie skrócone o 15–20 lat

Astma zaczyna się najczęściej przed 3. rokiem życia. Stan zapalny w drogach oddechowych dziecka rozwija się stopniowo i dlatego choroba przebiega inaczej u dzieci w wieku przedszkolnym, inaczej u młodzieży w wieku szkolnym, a jeszcze inaczej u dorosłych lub osób w wieku podeszłym. U dzieci głównym objawem astmy są okresowe stany zapalne dróg oddechowych przebiegające w charakterystyczny sposób: zaczyna się katar,

” prof. Piotr Kuna: Wszystkie epidemie zgonów z powodu astmy były związane z nadużywaniem leków objawowych. Z kolei im więcej opakowań steroidów, tym mniej zgonów z powodu astmy

który po 2 dniach schodzi do oskrzeli, pojawia się kaszel – przy czym nasilenie kaszlu występuje wieczorem, nocą oraz rano, przy zmianie temperatury powietrza, podczas wysiłku, śmiechu, przy kontakcie z dymem tytoniowym. Kaszel utrzymuje się przez 2–3 tygodnie, pojawiają się okresowo świsty. Nie ma gorączki, nie ma leukocytozy, stężenie białka C-reaktywnego (C-reactive protein – CRP) jest w normie – dziecko nie wygląda na chore.

W następstwie zapalenia w drogach oddechowych powstają mechanizmy naprawcze, czyli dochodzi do włóknienia, które stopniowo prowadzi do zwężania się dróg oddechowych. Jak podkreślił prof. Piotr Kuna, zmienił się kompletnie obraz kliniczny astmy. – Dzisiaj rozpoznajemy astmę u dzieci nie wówczas, gdy mamy zwężenie dróg oddechowych, tylko wówczas, gdy znajduje się w nich stan zapalny. Możemy więc w ogóle nie obserwować objawów astmy, podczas gdy w rzeczywistości choroba się rozwija i postępuje, nie dopuszczając do prawidłowego rozwoju płuc. Efekt? Widzimy nastolatków, którzy nie są w stanie przebiec kilometra poniżej 5 minut, a w spirometrii osiągają 60 proc. wartości należnych. A tylko wynik tego badania koreluje z długością życia. Te dzieci na starcie mają skrócone życie o 15–20 lat – tłumaczył specjalista. Jedyną terapią, która może przedłużyć życie i doprowadzić do kontroli choroby, jest podanie dzieciom na jak najwcześniejszym etapie steroidu wziewnego, który leczy zapalenie w drogach oddechowych. Jeśli steroid zostanie podany natychmiast po rozpoznaniu astmy, następuje poprawa, która utrzymuje się w czasie. Dzięki temu drogi oddechowe są chronione przed destrukcją. Jeśli lek zostanie podany z opóźnieniem, płuca dzieci nie będą się rozwijać prawidłowo – 2 lata opóźnienia to utrata 5 proc. czynności płuc, a 3 lata to prawie 7 proc.

Kiedy zacząć leczyć astmę? Jak leki stosować?

U chorych poniżej 12. roku życia podstawą terapii są steroidy wziewne podawane w minimalnej skutecznej dawce. Nie ma żadnych danych, które potwierdzałyby szkodliwość takiego leczenia. Jak wykazały 10-letnie badania szwedzkich naukowców dotyczące stosowania steroidu w grupie pacjentów do 10. roku życia, dzieci poddane takiej terapii osiągały średnio o 1,5 cm wyższy wzrost, nie miały zaostrzeń choroby i uzyskiwały pod każdym względem lepsze wyniki w nauce w porównaniu z dziećmi z astmą, które nie przyjmowały steroidu wziewnego.

U pacjentów od 12. roku życia możliwe są dwie ścieżki leczenia astmy:

- Zaczynamy od leczenia steroidem z formoterolem podawanym doraźnie, nawet jeżeli pacjent ma dolegliwości rzadziej niż 2 razy w miesiącu. Jeżeli takie działanie jest niewystarczające, formoterol włączamy na stałe. W razie konieczności zwiększamy dawkę steroidu, a jeżeli to nie wystarczy, dodajemy lek z grupy LAMA (long-acting muscarinic antagonists). Jeżeli to nie pomaga, kierujemy chorego do ośrodka, który specjalizuje się w terapii biologicznej, i stosujemy leczenie biologiczne. Nie leczy się astmy β2-mimetykami podawanymi bez steroidów ani przewlekle steroidami systemowymi.
- Ścieżka alternatywna to stosowanie niskiej dawki steroidu od samego początku. Jeżeli to nie pomaga, dodajemy LABA, najczęściej salmeterol, i leczymy na stałe salmeterolem razem ze steroidem. Jeżeli nadal nie ma poprawy, dodajemy LAMA, a jeżeli pacjent nadal ma objawy, stosujemy terapię biologiczną.

W wypadku obu ścieżek lekiem doraźnym powinien być steroid z formoterolem. Najskuteczniejsze jest leczenie steroidem na stałe. – Tylko że pacjenci, którzy mają objawy raz w miesiącu, nie będą brali codziennie steroidu, i tu mamy problem. Dlatego w wytycznych GINA preferowaną ścieżką jest kompromis pomiędzy tym, co robią pacjenci, a wynikami leczenia. Stąd leczenie steroidem z formoterolem. Jeżeli pacjent zaakceptuje codzienną dawkę steroidu – jeden wdech, to jest to zdecydowanie najlepsze leczenie. W tej terapii chodzi głównie o zmniejszenie częstości zaostrzeń i związanych z tym konsekwencji – tłumaczy prof. Piotr Kuna.

Należy unikać monoterapii lekami z grupy SABA (short-acting β-agonists) i steroidów doustnych. – Nie stosujemy w monoterapii takich leków, jak salbutamol czy fenoterol. Zwiększają one bowiem ryzyko zgonu z powodu chorób serca oraz astmy i w rzeczywistości sprzyjają rozwojowi zapalenia u chorych na astmę. Badania potwierdzają, że od 2 opakowań SABA na rok zaczyna rosnąć ryzyko zgonu. Wszystkie epidemie zgonów z powodu astmy były związane z nadużywaniem leków objawowych. Z kolei im więcej opakowań steroidów,



tym mniej zgonów z powodu astmy – mówi prof. Piotr Kuna.

Jeśli objawy występują przez większość dni w tygodniu, podstawą leczenia jest zastosowanie steroidu z formoterolem na stałe i doraźnie: wdech rano, wieczorem i ewentualnie dodatkowo, jeśli jest to potrzebne. Maksymalna dawka w przypadku budesonidu z formoterolem to 12 wdechów dziennie, a beklometazonu z formoterolem – 8 wdechów dziennie. Wszystkie badania wykazały, że takie leczenie jest zdecydowanie lepsze i skuteczniej likwiduje objawy astmy niż jakiegokolwiek inne – 2 razy mniej zaostrzeń astmy, 65 proc. mniej hospitalizacji, poprawa kontroli choroby, lepsze wyniki.

Praca naukowców z Bostonu wykonana na Uniwersytecie Harvarda pokazała, że ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego oraz udaru mózgu u pacjentów, którzy mają zaostrzenia astmy, rośnie 5–7 razy. U chorych na astmę wcześniej pojawia się nadciśnienie, mają oni większe ryzyko wystąpienia zawału serca i udaru mózgu. Systematyczne stosowanie steroidów redukuje to ryzyko do poziomu osoby, która nie ma astmy. Dlatego tak ważna jest kontrola choroby.

Astma ciężka – różne sposoby leczenia

W sytuacji gdy połączenie steroidu z LABA nie zapewni kontroli choroby, należy dodać trzeci lek – LAMA (antycholinergiczny). – Dlaczego nie podajemy steroidów doustnych? Jedna ich wstawka przez 5 dni w roku zwiększa ryzyko sepsy w czasie infekcji wirusowej 5-krotnie, a ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej 4-krotnie – tłumaczy prof. Piotr Kuna. – Najczęstszą przyczyną stosowania steroidów podawanych doustnie są dolegliwości stawowe, ale już na drugim miejscu znalazły się alergia i choroby układu oddechowego. W kardiologii obserwujemy epidemię chorób zakrzepowo-zatorowych – one są w większości jatrogenne. Często wygląda to tak, że pacjent trafia naSOR z pokrzywką, dostaje Dexaven (deksa-

metazon) i... jest „zalatwiony”. Kiedy wystąpi u niego później choroba zakrzepowo-zatorowa, nikt nie kojarzy przyczyny. Albo trafia do szpitala z infekcją wirusową, nagle rozwija się sepsa i chory umiera – dodaje.

Badania szwedzkie na dużej populacji pokazały, że nawet krótkotrwałe leczenie steroidami systemowymi zwiększa ryzyko przedwczesnego zgonu o 220 proc. Jeżeli terapia trójlekowa nie przynosi efektów, pacjent musi być fenotypowany. Należy skierować go do jednego ze specjalistycznych ośrodków, których w Polsce jest 65. Otrzyma tam terapię spersonalizowaną dobraną do fenotypu astmy. Dostępnych jest pięć terapii biologicznych: omalizumab, mepolizumab, benralizumab, dupilumab, tezepelumab.

Pacjenci nie potrafią prawidłowo inhalować leków

Największym problemem w leczeniu astmy jest fakt, że pacjenci nie potrafią prawidłowo inhalować leków.

– Proszę zwrócić na to uwagę – apeluje prof. Piotr Kuna do lekarzy POZ. – Polska jest krajem, w którym zarejestrowano najwięcej inhalatorów na świecie. Jedynym inhalatorem, który rzeczywiście zawsze dostarczy lek, jest jednak nebulizator. Inhalatory ciśnieniowe, MDI, proszkowe DPI, wymagają natomiast umiejętnego użycia. Pacjenta trzeba nauczyć odpowiedniej techniki podawania leku. Każdy inhalator jest inny i nie można w aptece zamieniać jednego na drugi. Ordynując lek na astmę, przepisujemy substancję i inhalator. Możemy mieć tę samą substancję w inhalatorze, ale to będzie już inne leczenie – wyjaśnia.

Dorota Mirska

Tekst powstał na podstawie wykładu wygłoszonego podczas Top Medical Trends 24 przez prof. dr hab. n. med. Piotra Kunę z II Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

” prof. Piotr Kuna: W wytycznych GINA preferowaną ścieżką jest kompromis pomiędzy tym, co robią pacjenci, a wynikami leczenia. Stąd leczenie steroidem z formoterolem