

Julia Dobek, Bernard Panaszek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Alergologia w praktyce lekarza POZ

Streszczenie

Rozpowszechnienie chorób alergicznych w populacji sprawia, że z takimi schorzeniami, jak astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, atopowe zapalenie skóry, wyprysk kontaktowy i wstrząs anafilaktyczny, spotka się w swojej praktyce klinicznej każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Ważne jest, aby potrafił on zidentyfikować objawy danej choroby, znał sytuacje, które wymagają skierowania chorego do specjalisty i do szpitala, a także okoliczności, w jakich pacjent może pozostać pod jego opieką. Należy pamiętać, że niektóre leki, zwłaszcza przeciwhistaminowe, zmniejszają wiarygodność badań alergologicznych, w szczególności testów skórnych punktowych i śródskórnych, powodując wyniki fałszywie ujemne. Przestrzeganie tych zasad pozwoli na efektywną współpracę pomiędzy lekarzem kierującym a alergologiem.

Słowa kluczowe

testy alergologiczne, astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, atopowe zapalenie skóry, pokrzywka, anafilaksja, leki przeciwhistaminowe

Abstract

Most of general practitioners are involved in treatment of asthma, allergic rhinitis, urticaria, atopic and contact dermatitis, angioedema and anaphylaxis due to high prevalence of allergic disorders in the general population. They should have skills in making diagnosis, realize the importance of specialist and hospital referrals and know specific treatment guidelines.

It is important to remember that several drugs, including antihistamines, may decrease sensitivity of such evaluations like skin prick as well as subcutaneous tests giving false-negative results. Observance of these rules can improve cooperation between general practitioners and specialists in allergic diseases.

Key words

allergic tests, asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis, urticaria, anaphylaxis, antihistamines

Wprowadzenie

Astma oraz choroby alergiczne zyskały w ostatnim półwieczu miano chorób cywilizacyjnych, będących skutkiem rozwoju cywilizacyjnego, ale także postępującego globalnego uprzemysłowienia. Zgodnie z hipotezą higieniczną za wzrost zachorowań na choroby alergiczne obserwowany w XX wieku odpowiada wysoki poziom higieny, której przestrzeganie zmniejszyło liczbę chorób zakaźnych w okresie wczesnego dzieciństwa. Niezależnie od kontrowersji dotyczących tej teorii faktem jest, że w Polsce występowanie astmy oskrzelowej i chorób alergicznych jest szeroko rozpowszechnione, co powoduje, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej spotyka się w swojej praktyce klinicznej z problemem chorób alergicznych na co dzień.

Alergologia jako specjalność lekarska została określona w szczególny sposób. Nie jest ona specjalnością wyodrębnioną na bazie patologii jednego narządu, jak np. pulmonologia, czy układu, jak np. gastroenterologia, czy też pojedynczej choroby, jak np. hipertensjologia, ale jest dziedziną obejmującą schorzenia różnych narządów i układów mające wspólną patofizjologię. Warto podkreślić, że na świecie alergologia nie zawsze jest odrębną specjalizacją – czasami wchodzi w skład specjalizacji z immunologii klinicznej, czasami jest traktowana jako umiejętność wchodząca w zakres innej specjalności.

Wytyczne WAO (*World Allergy Organization*) precyzyjnie określają kompetencje lekarzy POZ: powinni oni posiadać wiedzę na temat najczęściej występujących chorób alergicznych umożliwiającą ustalenie rozpoznania i wdrożenie leczenia, a także umiejętność interpretowania spirometrii, punktowych testów skórnych i oznaczania swoistych IgE w surowicy, ale przede wszystkim – zobowiązani są wiedzieć, kiedy i w jakim przypadku należy kierować pacjenta do specjalisty i do szpitala [1].

Epidemiologia

Wyniki niedawno zakończonego badania ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) wskazują, że Polacy należą do najbardziej zalergezowanych społeczeństw na świecie [2]. W zależności od regionu i płci cechy alergii deklaruje nawet do 40% respondentów, alergiczny nieżyt nosa podaje 22% populacji, a rozpowszechnienie rozpoznanej astmy oskrzelowej to średnio 10%, przy dużo wyższych wartościach w wielkich miastach, np. na terenie Wrocławia 28%, a wśród dzieci w Warszawie 22%. Szczególnie zauważalna jest

dysproporcja pomiędzy regionem miejskim a wsią, gdzie statystycznie obserwuje się mniejsze rozpowszechnienie alergii.

Objawy

Do lekarza rodzinnego zgłasza się najczęściej pacjent jeszcze niezdiagnozowany, z konkretnymi objawami. Na podstawie zgłaszanych przez chorego dolegliwości oraz badania przedmiotowego lekarz pierwszego kontaktu powinien ustalić wstępne rozpoznanie.

W przypadku podejrzenia astmy pacjent w wywiadzie zgłasza napady duszności ze świszczącym oddechem, uczucie ucisku w klatce piersiowej czy też napadowy, suchy kaszel. U części osób napady duszności będą miały związek z wysiłkiem fizycznym lub przyjęciem niesteroidowego leku przeciwzapalnego.

Niezwykle cenny jest dobrze zebrany wywiad lekarski w kierunku alergicznego nieżyty nosa z zapaleniem spojówek. W tym przypadku początek choroby ujawnia się zazwyczaj we wczesnej młodości, a dolegliwości występują corocznie wiosną lub latem, chociaż mogą też pojawiać się w ciągu całego roku. Pacjent zgłasza wtedy obfity wyciek wodnistej wydzieliny, uczucie blokady nosa, upośledzenie węchu, napadowe kichanie i świąd nosa połączone zwykle z pieczeniem i łzawieniem oczu. Czasem objawom tym towarzyszy skurcz oskrzeli z dusznością występującą po kontakcie z alergenem wziewnym. Diagnozę pokrzywki lub obrzęku naczyńioruchowego nasunie z kolei zgłaszanie przez pacjenta charakterystycznych zmian skórnych – swędzących bąbli pokrzywkowych albo nagłego obrzmienia skóry lub błon śluzowych ustępujących bez śladu po kilkudziesięciu godzinach w przypadkach ostrych, a po 6 tygodniach w przypadkach przewlekłych. Kluczowe znaczenie ma dokładnie zebrany wywiad, potwierdzający występowanie objawów pod wpływem czynników fizycznych, tj. temperatury, promieni słonecznych, drażnienia, wibracji czy ucisku, a także współistnienie chorób przewlekłych, w tym o podłożu immunologicznym.

Pacjenci z kontaktowym alergicznym zapaleniem skóry zazwyczaj zgłaszają występowanie zmian skórnych w kontakcie z metalami (nikiel, chrom, kobalt), substancjami chemicznymi (farby do włosów – parafenyloldwuamina), lanoliną (kosmetyki) i innymi czynnikami. Zmiany występują zwykle na dłoniach i eksponowanych częściach ciała, chociaż mogą mieć charakter uogólniony w przypadku systemowego kontaktowego zapalenia skóry [3].

Jedną z najczęstszych chorób alergicznych u dzieci jest zespół atopowego zapalenia skóry manifestujący się nadmierną suchością skóry, świądem i występowaniem zmian najczęściej na policzkach i w zgięciach łokciowych i podkolanowych. Chorobie tej często towarzyszą inne schorzenia z kręgu chorób alergicznych, ale najczęściej kontakt z alergenem nie ma wpływu na występowanie objawów.

Przygotowanie pacjenta do badań alergologicznych

Decyzja o skierowaniu pacjenta na badania alergologiczne powinna być poprzedzona wnikliwą oceną jego stanu klinicznego i związku przyczynowo-skutkowego między objawami chorobowymi a stycznością z przypuszczalnym alergenem. Na wyniki większości testów skórnych (skórny test punktowy, test śródskórny) wpływają leki, w szczególności przeciwhistaminowe, które powinny być odstawione przed badaniem. Przyjmowanie glikokortykosteroidów systemowych i miejscowych ma mniejsze znaczenie. Stosowane leczenie ma niewielki wpływ na wyniki badań laboratoryjnych (oznaczenia całkowitej i swoistej IgE) [4]. Z tego powodu należy chorego pouczyć o konieczności odstawienia leków hamujących reakcję skóry i w konsekwencji mogących zaburzyć wiarygodny odczyt testu. W przypadku preparatów przeciwhistaminowych wymagany czas odstawienia to 7 dni. Beta-2-mimetyki, kortykosteroidy wziewne i donosowe oraz steroidy doustne do dawki 10 mg/dobę nie wymagają odstawienia [5].

Skierowanie pacjenta do alergologa

Astma

Każdy lekarz mający odpowiednią wiedzę i doświadczenie może rozpoznać astmę i rozpocząć leczenie. Wytyczne GINA (*Global Initiative for Asthma*) jasno wskazują jednak sytuacje, kiedy konieczna jest pomoc specjalisty [5]. Są to:

- astma o ciężkim przebiegu, oporna na standardowe leczenie, z silnymi i częstymi zaostrzeniami, która cechuje się codziennym występowaniem objawów chorobowych ograniczających aktywność fizyczną, częstym występowaniem objawów nocnych, znacznym ograniczeniem wskaźników spirometrycznych (FEV_1 poniżej 60% wartości należnej) i ich zmiennością dobową (PEF) powyżej 30%. W takich przypadkach mogą istnieć wskazania do leczenia biologicznego przeciwciałem anti-IgE – omalizumabem;

- astma u kobiet w ciąży – niekontrolowana może stwarzać poważne zagrożenie dla matki i płodu. Do potencjalnych powikłań należą zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, poród przedwczesny, niska masa urodzeniowa, niedotlenienie płodu, zgon wewnątrzmaciczny, dlatego przebieg astmy musi być dokładnie kontrolowany przez specjalistę. U 1/3 kobiet w ciąży astma może się zaostrzyć, u 1/3 ulega złagodzeniu, a u pozostałych przebieg pozostaje bez zmian. Nie znamy przyczyn tego zjawiska i nie dysponujemy żadnym markerem, który pozwoliłby przewidzieć spodziewany przebieg astmy w ciąży;
- immunoterapia w astmie oskrzelowej – według wytycznych GINA odczulanie jest wskazane w astmie oskrzelowej z towarzyszącym alergicznym nieżytem nosa i przebiegającej z uczuleniem na pyłki roślin, alergeny zwierząt, roztoczy i pleśni;
- zespół nakładania astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) – ZNAP (*asthma – COPD overlap syndrome – ACOS*) – nie ma precyzyjnych wytycznych rozpoznawania zespołu nakładania, co wskazuje na konieczność posiadania dużego doświadczenia klinicznego. Co więcej, astma u osób palących tytoń przebiega zazwyczaj w cięższej postaci i sugeruje ZNAP.

Alergiczny nieżyt nosa

Ustalenie rozpoznania i włączenie leczenia najczęściej nie sprawia trudności, jednak należy skierować pacjenta do specjalisty w celu wykonania testów skórnych oraz rozważenia ewentualnej immunoterapii swoistej (*specific immunotherapy – SIT*). Chorzy zakwalifikowani do SIT muszą być pod opieką poradni alergologicznej. Prowadzenie tego rodzaju leczenia wymaga doświadczenia ze strony lekarza i personelu pomocniczego. Większość opisanych powikłań SIT była konsekwencją błędów w kwalifikacji chorego do odczulania oraz niewłaściwego podania preparatu alergenowego.

Pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy

Leczenia pokrzywki ostrej (objawy utrzymujące się do 6 tygodni) może się podjąć każdy lekarz mający odpowiednią wiedzę w tym zakresie, ale diagnostyka stanów przewlekłych (objawy utrzymujące się powyżej 6 tygodni), która często wymaga przeprowadzenia prób prowokacyjnych i specjalistycznych badań, powinna się odbywać w specjalistycznym ośrodku.

Atopowe zapalenie skóry i kontaktowe zapalenie skóry

Pacjenci powinni być leczeni we współpracy z alergologiem i/lub dermatologiem. W przypadku wyprysku kontaktowego szczególnie istotna jest identyfikacja alergenu za pomocą testów płatkowych, która umożliwi przerwanie kontaktu z alergenem (haptenum) poprzez unikanie danego czynnika. Atopowe zapalenie skóry – AZS („dziwna choroba” od greckiego słowa *atopos* – nietypowy, dziwny) – oznacza wyprysk atopowy spowodowany zapaleniem immunologicznym skóry. Postępowanie w AZS powinno obejmować regularną pielęgnację i natłuszczenie skóry kremami i maściami (emolientami) równocześnie z terapią miejscową kortykosteroidami oraz inhibitorami kalcyneuryny [7].

Anafilaksja

Szczegółnej uwagi wymagają pacjenci z anafilaksją, czyli ciężką postacią reakcji alergicznej w wywiadzie. Najczęstszą przyczyną anafilaksji jest nadwrażliwość alergiczna na jad owadów błonkoskrzydłych i alergia pokarmowa. Podobne objawy może dać również nadwrażliwość na aspirynę i niesteroidowe leki przeciwzapalne, chociaż patomechanizm tej reakcji nie został dotąd w pełni wyjaśniony. Należy zawsze pamiętać o zebraniu wywiadu dotyczącego reakcji nietolerancji tych alergenów i czynników w przeszłości. Każda kolejna reakcja nadwrażliwości może mieć cięższy przebieg, a w skrajnych przypadkach może nawet dojść do asfiksji i wstrząsu anafilaktycznego. Oczywiście u osób nadwrażliwych na aspirynę bezwzględnie przeciwwskazane jest stosowanie jej samej i niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Pacjenci wymagają konsultacji specjalisty pod kątem profilaktyki i możliwości uzyskania tolerancji leku. Obowiązkiem lekarza POZ jest opanowanie umiejętności leczenia wstrząsu anafilaktycznego, a także wyposażenie pacjenta – jeszcze przez uzyskaniem opinii alergologa – w ampułkostrzykawkę z adrenaliną. Chory powinien być przeszkolony w zakresie konieczności unikania kontaktu z alergenem, prodromalnych objawów anafilaksji i sposobu podania adrenaliny.

Skierowanie do szpitala

Sytuacją, która bezwzględnie wymaga skierowania pacjenta do szpitala, jest ciężki napad astmy. U chorego stwierdza się duszność bronchospastyczną, liczne świsty i furczenia, a niekiedy zupełne ściszenie szmerów oddechowych z powodu skrajnej obturacji dróg oddechowych – tzw. ciszę nad płucami.

Odgłos opukowy jest nadmiernie jawny, a granice płuc obniżone, co stanowi wyraz rozdęcia płuc. Objawami towarzyszącymi są: tachypnoe, tachykardia, zaburzenia rytmu serca i objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego – od pobudzenia po dezorientację i splątanie, do śpiączki włącznie. Badanie spirometryczne, o ile jest możliwe do przeprowadzenia, ujawnia ciężką obturację, a badanie gazometryczne zasadowicę oddechową, w cięższych przypadkach – hipoksemię. W bardzo ciężkich napadach duszności do hipoksemii dołącza się hiperkapnia i kwasica oddechowa [8].

Diagnostykę szpitalną prowadzi się zwykle w przypadku podejrzenia astmy aspirynowej – uwarunkowanej nadwrażliwością na kwas acetylosalicylowy i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), ponieważ wymaga ona przeprowadzenia próby prowokacyjnej z odpowiednim zabezpieczeniem i zapleczem. Testy prowokacyjne w szpitalu wykonuje się też w przypadkach diagnostyki reakcji anafilaktycznych, w tym na jady owadów, lub rzadko występujących zespołów, takich jak anafilaksja zależna od pokarmu indukowana wysiłkiem (*food-dependent exercise-induced anaphylaxis* – FDEIA) czy też anafilaksja indukowana wysiłkiem (*exercise-induced anaphylaxis* – EIA).

Hospitalizacja jest również wskazana w przypadku kwalifikacji do leczenia innowacyjnego preparatami biologicznymi, które należą do grupy przeciwciał monoklonalnych. Obecnie istnieje możliwość leczenia ciężkiej astmy alergicznej w ramach programu lekowego omalizumabem (anty-IgE). Obiecujące wyniki terapeutyczne uzyskuje się również w pokrzywce spontanicznej i obrzęku naczynioruchowym [9].

Opieka nad pacjentem zdiagnozowanym alergologicznie

Po uzyskaniu stabilizacji choroby alergicznej pacjent może i powinien być pod opieką lekarza POZ. Astma dobrze kontrolowana cechuje się prawie całkowitym brakiem objawów chorobowych i prawidłową wydolnością fizyczną chorego. Warunkiem uzyskania kontroli jest jednak stałe i systematyczne przyjmowanie leków, zwłaszcza przeciwzapalnych (wziewne glikokortykosteroidy). Niestety w codziennej praktyce często spotyka się przypadki odstawienia leków przez chorego, a nawet przez lekarza, z powodu długotrwałego bezobjawowego przebiegu choroby. Lekarz POZ powinien zawsze przekazywać informacje o konieczności stałego leczenia i dbać, by chory nie został bez leków. Wskaza-

ne jest również regularne sprawdzanie techniki stosowania inhalatorów. Z doświadczenia wiadomo, że wielu pacjentów popełnia liczne błędy, zwłaszcza na początku leczenia. Lekkie i/lub umiarkowane zastrzeżenie astmy może być z powodzeniem leczone przez lekarza POZ.

Chory z alergicznym nieżytem nosa i spojówek, o ile nie jest poddany SIT, powinien być leczony w POZ. Kluczowe znaczenie ma zabezpieczenie chorego w leki już przed rozpoczęciem sezonu pylenia.

Lekarz POZ ma szerokie kompetencje w zakresie badania i porad lekarskich. Porusza się na pograniczu wielu podstawowych specjalizacji: chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii. Jest lekarzem rodzinnym, a więc najlepiej zna pacjenta i jego choroby, ma możliwości, by ocenić chorego holistycznie. Nie ma więc przeszkód, aby w określonych wyżej przypadkach prowadził pacjentów także ze schorzeniami alergicznymi.

Piśmiennictwo

1. Kaliner MA, Del Giacco S, Crisci CD i wsp. WAO Specialty and Training Council. Requirements for Physician Competencies in allergy: key clinical competencies appropriate for the care of patients with allergic or immunologic diseases: a position statement of the world allergy organization. *World Allergy Organ J* 2008; 1: 42-46.

2. Samoliński B, Raciborski F, Lipiec A i wsp. *Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP). Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology* 2014; 1: 10-18.
3. Nowak D, Gomułka K, Dziemieszonek P, Panaszek B. Systemowe kontaktowe zapalenie skóry. *Post Hig Med Dośw* (online) 2016; 70: 124-134.
4. Panaszek B, Ichnowski J, Panaszek K. Skierowanie na badania alergologiczne – prosta decyzja, złożony problem. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7: 466-471.
5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA) 2015. <http://www.ginasthma.org/>
6. Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC i wsp. The skin prick test – European standards. *Clin Transl Allergy* 2013; 3: 3.
7. Choroby alergiczne skóry. W: *Ilustrowany podręcznik chorób alergicznych*. Grevers G, Rocken M. Wydanie II polskie. Panaszek B (red. wyd. pol.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009; 124-128.
8. Mędrala W, Wolańczyk-Mędrala A. Astma oskrzelowa u osób dorosłych. W: *Podstawy alergologii*. Mędrala W (red.). Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2006; 335-337.
9. Panaszek B. Plejotropowe działanie omalizumabu w chorobach alergicznych i niealergicznych. *Alergia* 2015; 1: 23-26.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Bernard Panaszek
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66
50-369 Wrocław
e-mail: bernard.panaszek@umed.wroc.pl

TERMIN:

16–17 września 2016 r.

MIEJSCE:

Hotel Novotel Airport
ul. 1 Sierpnia 1, Warszawa

KIEROWNIK NAUKOWY:

prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak

ORGANIZATOR:

Wydawnictwo Termedia

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:

Katedra Alergologii,
Immunologii i Dermatologii
Wydział Nauk Biomedycznych
i Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE
WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

BIURO ORGANIZACYJNE:
Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

WARSZAWA, 16–17 września 2016 r.

