

Astma u dzieci po 5. roku życia

Asthma in children older than 5 years

Paweł Majak, Iwona Stelmach

Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii III Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Oddziału: prof. dr hab. n. med. Iwona Stelmach

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 367–368

Słowa kluczowe: astma, dzieci.

Abstract

High-risk birth cohorts continue to point to atopy as the main risk factor for developing asthma. However, rising trends in non-IgE-dependent asthma, such as viral-induced and exercise-induced asthma, are visible. There is a strong temporal association between viral respiratory infections and acute obstructive/asthmatic episodes. Nevertheless, the role of viral infections in the pathogenesis of asthma remains poorly characterized. The factors that could explain this association are heterogeneous and sometimes contradictory. While exercise-induced asthma seems to be less controversial, such symptoms attract attention and should also be included in the therapeutic approach. Defining the asthma phenotype seems to be the key issue in the management of this disease. Finally, in all cases we should assess the individual answer to anti-asthma treatment to confirm the asthma diagnosis.

Key words: asthma, children.

Astma należy do najczęstszych przewlekłych chorób wieku dziecięcego. Podobnie jak w przypadku każdej przewlekłej choroby, bieżąca kontrola objawów oraz rokowanie długoterminowe zależą od trafnego i wczesnego rozpoznania, dostępności skutecznych leków oraz edukacji. Różnorodność prezentacji klinicznych oraz brak testów o wystarczająco wysokiej i powtarzalnej wartości diagnostycznej utrudniają, a niejednokrotnie uniemożliwiają wczesną i szybką diagnozę astmy, szczególnie u najmłodszych pacjentów. Potwierdzono skuteczność kliniczną wielu leków przeciwastmatycznych u dzieci, jednak prawdziwy sukces terapeutyczny zależy w dużej mierze od żmudnej edukacji i czasu poświęconego pacjentowi i jego rodzinie. Codzienna praktyka kliniczna potwierdza konieczność „szerokiego” spojrzenia na małego pacjenta, co nie tylko ułatwia rozpoznanie chorób współistniejących, takich jak alergiczny nieżyt nosa czy przewlekłe zapalenia zatok przynosowych, ale również umożliwia rozważanie się w problemach społecznych i socjalnych dotyczących rodziny chorego.

Niedawno opublikowano wyniki 12-miesięcznego prospektywnego badania oceniającego zależność stosowania leków przeciwastmatycznych od rozpoznania choro-

by. Badaniem objęto populację ponad 75 tys. holenderskich dzieci. Stwierdzono, że 7,5% z nich otrzymywało przewlekłe przynajmniej jeden z leków przeciwastmatycznych (wziewne glikokortykosteroidy, β -mimetyki lub montelukast sodu), natomiast 4,5% miało rozpoznaną astmę. Uwzględniając fakt, że 5,5% dzieci z rozpoznaną astmą nie było leczonych, brak zgodności między rozpoznaniem i leczeniem dotyczył ponad połowy badanych dzieci. Najbardziej zaskakującym wynikiem badania było to, że rozbieżność między rozpoznaniem i leczeniem była duża nie tylko u małych dzieci, ale utrzymywała się również u przedszkolaków i nastolatków, u których rozpoznanie astmy wydaje się łatwiejsze. Wyniki tego badania potwierdzają następujące obserwacje: łatwo przepisuje się jakiś lek przeciwastmatyczny, trudno jednak dokończyć proces diagnostyczny i unieść ciężar ostatecznego rozpoznania wraz ze wszystkimi jego konsekwencjami.

Astma u dzieci przyjmuje jeden z czterech fenotypów w zależności od prezentacji klinicznej oraz związku czasowego między objawami a ekspozycją alergenową, infekcjami wirusowymi lub wysiłkiem fizycznym. Nie jest to podział jedynie akademicki, porządkujący wiedzę. Jego głównym celem było zaznaczenie odrębności w postępo-

Adres do korespondencji: Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii III Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź, tel. +48 42 689 59 72, faks +48 42 689 59 73, e-mail: alergol@kopernik.lodz.pl

waniu z pacjentem. Konsekwencją rozpoznania u dziecka astmy o określonym fenotypie klinicznym jest przyjęcie optymalnej strategii leczenia i profilaktyki dalszego rozwoju choroby. W świetle najnowszych badań wydaje się, że nie ma jednej uniwersalnej metody terapii i profilaktyki astmy u dzieci.

Gdy obraz kliniczny choroby nie jest jednoznaczny, kluczem do rozpoznania astmy dziecięcej jest odpowiedź na stosowane leczenie przeciwzapalne. Taka strategia jest zalecana i często stosowana niezależnie od wieku pacjenta. Z tego powodu rozpoznanie astmy u dziecka wymaga czasu, jednak brak ostatecznego rozpoznania po ponadrocznej obserwacji nie powinien być łatwo usprawiedliwiany. Niestety, jak wskazują wyniki badania przeprowadzonego w ośrodku autorów niniejszego opracowania, niejednokrotnie zdarza się, że dziecko i jego rodzice czekają na rozpoznanie astmy nawet kilka lat. Ostatnie zalecenia międzynarodowe oraz Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy POLASTMA wychodzą na przeciw tym problemom.

Piśmiennictwo

U autora.