

Alergia na roztocze kurzu domowego

Prof. dr hab. n med.
Bolesław Samoliński

Zakład Profilaktyki Zagrożeń
Środowiskowych i Alergologii
AM w Warszawie

D I A G N O S T Y K A I T E R A P I A

Allergy to house dust mites- Diagnosis and therapy

S U M M A R Y

Allergy to house dust mites is the most common allergy in Poland. Typical clinical picture is: nasal blockade, dyspnoea, especially in contact with dust , during night sleeping and in the morning. ARIA guidelines is the basic treatment recommendation. The most important is allergen avoidance, pharmacotherapy, especially specific allergen immunotherapy.

Alergia na roztocze kurzu mieszkaniowego jest najczęstszym uczuleniem w Polsce. Typowe objawy to uczucie zatkanego nosa, duszność, występujące w kontakcie z kurzem oraz podczas spoczynku nocnego i rano. W terapii obowiązują zasady ARIA. Szczególne miejsce ma profilaktyka oparta na eliminacji alergenu, farmakoterapia, ze szczególnym uwzględnieniem swoistej alergenowej immunoterapii.

Samoliński B: Alergia na roztocze kurzu domowego Diagnostyka i terapia. Alergia, 2016, 3: 39-42

Roztocze kurzu mieszkaniowego należą do najczęściej uczulających alergenów w Polsce. W badaniach populacyjnych programu Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) ponad 24% losowo dobranych respondentów z 9 regionów kraju miało dodatni odczyn na te pajęczaki w punktowych testach skórnych [1]. Należą one do alergenów uczulających całorocznie, z uwagi na wewnątrz mieszkaniowy charakter ich występowania. Największe nagromadzenie roztoczy stwierdza się bowiem w łóżku, zarówno w materacach, poduszkach jak i kołdrach.

Roztocze są pajęczakami o wielkości od kilkuset mikrometrów do 1 milimetra, występującymi najczęściej w glebie, gdzie odpowiadają za rozkład materiału organicznego. W 1 m³ gleby można znaleźć setki tysięcy osobników. Część z nich zaliczana jest do szkodników. Są również pasożytami człowieka, np. roztocz *Sarcoptes scabiei* wywołuje świerz. Mogą także pasożytować na zwierzętach, np. rodzina *Dermanyssidae* czy *Ixodidae*, atakować ryby i żerować na roślinach wodnych. Są znajdowane w tundrach, górach, podziemnych jamach, grotach, jaskiniach, gorących szczelinach skalnych, oceanach i mieszkaniach ludzkich. Żerują na owadach, chwastach i innych roztoczach (*Phytosaidae*). Czynią szkody w spożywczych produktach przechowywanych jak np. rozkruszek mączny (*Acarus siro*). Gatunki te mogą również

uczulać człowieka. Obecnie rozpoznaje się 30 000 gatunków roztoczy i ciągle są opisywane nowe, lecz w domach do chwili obecnej stwierdzono jedynie 130 gatunków.

Średnio cykl rozwojowy trwa 3-4 miesiące, pod koniec którego samica składa około 30-50 jaj. Jednak w optymalnych warunkach czas przeżycia może się zwiększyć nawet do 500 dni, a płodności do 105 jaj.

Populacja roztoczy wzrasta sezonowo w kurzu domowym. Maksimum namnażania występuje w okresie miesięcy letnich, tj. od początku lipca do końca września. Następnie dochodzi do ich wymierania. Taka fluktuacja ich ilości może leżeć u podłoża okresowego nasilania się objawów uczulenia. Jednak współczesne badania Arliana i współpracowników, Halmai i współpracowników oraz Toveya i współpracowników wykazały, że głównym antygenem alergizującym są odchody tych pajęczaków. W jednym gramie hodowli stwierdza się około 1000 sztuk roztoczy oraz 250 000 kulek fekalnych przez nie wydanych. Wielkość takiej kulki wynosi około 20 mikrometrów i zawiera 0,1 nanograma silnie alergizującego antygeny Der p. 1, który uznany jest za najważniejszy antygen alergizujący spośród wszystkich antygenów roztoczowych. Uważa się, że 3/4 wszystkich przeciwciał IgE osób uczulonych jest produkowanych pod wpływem tego antygeny. 90-99% tego antygeny znajduje się właśnie w kulkach fekalnych.

Włączenie centralnego ogrzewania powoduje unoszenie kurzu mieszkaniowego wraz z podgrzany powietrzem. Następują korzystne warunki do ekspozycji na nagromadzony w okresie letnim alergen.

Ilość roztoczy maleje wraz ze wzrostem wysokości nad poziomem morza.

Ordman uważa, że spostrzeżenie to dotyczy tych rejonów, gdzie temperatura w ciągu 4-5 miesięcy jest niższa od 12°C, a wilgotność względna w tym czasie niższa od 68%. Tego typu obserwacje poczyniono na terenie Szwajcarii, Grenoble i okolic oraz w górskich rejonach Iranu. Miejscowości wysokogórskie ze znacznie obniżonym poziomem roztoczy dawały wyraźną poprawę stanu chorych z astmą uczulonych na alergen roztoczowy. Spadek stężenia alergenu roztoczowego obserwuje się w miejscowościach położonych powyżej 700 m. n.p.m., choć dokładne obserwacje kliniczne na ten temat pochodzą z Alp Szwajcarskich, z miejscowości znajdujących się na wysokości ponad 1700 m. n.p.m.

Tam, gdzie klimat jest wilgotniejszy i średnia temperatura roczna przekracza 12°C (Południowa Ameryka i Afryka), liczebność roztoczy pyłu domowego osiągała 29 osobników w jednym 1 g kurzu nawet na wysokości 5.000 m. n.p.m., zatem spadek liczebności roztoczy związany jest nie ze wzrostem wysokości n.p.m., ale obniżeniem temperatury i wilgotności względnej powietrza.

Roztocze giną w temperaturze 55°C lub wyższej. W temperaturze niższej, niż 55°C nie ginęły pomimo zastosowania detergentów i środków piorących. Pranie w zimnej temperaturze nie zabijało żywych roztoczy, choć stężenie Der p. 1 było zredukowane o 90%. Pranie na „sucho” zabijało roztocze, ale nie redukowało stężenia alergenu.

Z uwagi na swoją wielkość alergen jest trudny do usunięcia. Tak więc z jednej strony występuje sezonowy wzrost populacji roztoczy, które produkują antygen z drugiej strony - wytworzony alergen jest trudny do usunięcia i może utrzymać się w otoczeniu chorych przez cały rok.

Graniczne wartości stężenia alergenu roztoczy kurzu domowego stanowiące ryzyko rozwoju uczulenia oraz astmy oskrzelowej ustalono na poziomie 2 mikrogram Der p 1 w 1 gr kurzu antygeny, co koresponduje z obecnością 100 roztoczy w 1 gr kurzu lub 0,6 mg guaniny/g.

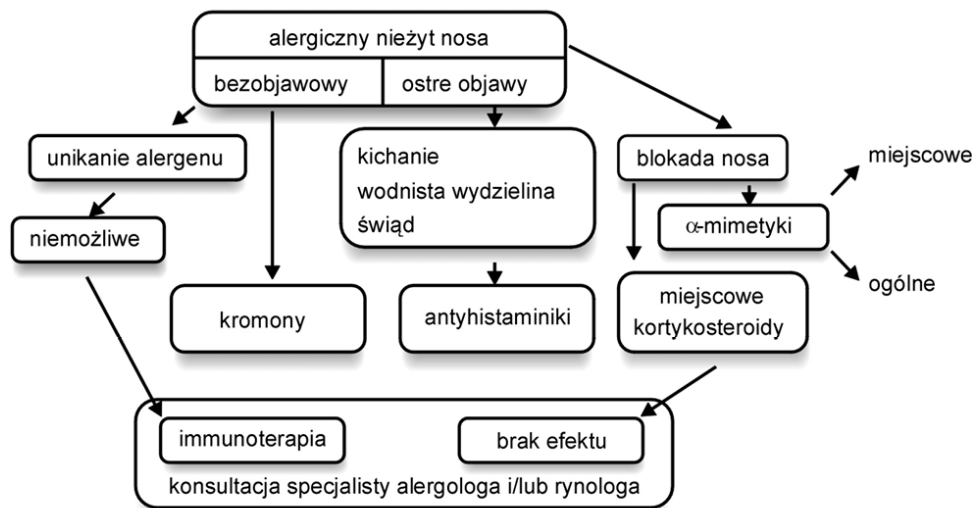
Jednak wzrost stężenia do wartości 10 mikrogr/gr kurzu (= 500 roztoczy) uważane jest za znaczny czynnik ryzyka rozwoju ostrej astmy roztoczowej.

2 mikrogr/gr kurzu Der p I winno być uznane maksymalny dopuszczalny poziom w prewencji alergii roztoczowej lub inaczej, minimalne stężenie dopuszczalne, gdyż wartości świadczące o wysokim ryzyku alergizacji wynoszą 9 mikrogr/ /gr kurzu.

Natomiast w populacji nie wykazującej predyspozycji do alergii wartości wysokiego ryzyka należy uznać 80 mikrogr/1gr kurzu.

W populacji osób nie wykazujących skłonności do alergii poziom roztoczy niejednokrotnie przekracza wartości graniczne wywołujące reakcje uczuleniowe w grupie alergików. Samoliński analizując występowanie roztoczy w kurzu mieszkaniowym w Warszawie wykazał zależność między stężeniem alergenu a występowaniem nie tylko nieżyty alergicznego nosa, ale również astmy oskrzelowej [2,3,4,5,6,7].

RYC. 1 Algorytm terapii uczulenia na roztocze kurzu mieszkaniowego



Diagnostyka uczulenia na roztocze

Do rozpoznania alergicznego nieżyty nosa spowodowanego uczuleniem na roztocze kurzu domowego konieczne jest stwierdzenie charakterystycznych objawów, występujących przy kontakcie z alergenem, potwierdzone dodatnim testem skórnym i/lub obecnością swoistych przeciwciał IgE w surowicy, i/lub dodatnim wynikiem testu prowokacyjnego.

W przypadku uczulenia na roztocze kurzu domowego charakterystyczny wywiad to: objawy pojawiające się podczas sprzątania mieszkania, nocne nasilenie dolegliwości, znaczne uczucie blokady nosa rano, po przebudzeniu się, początek dolegliwości w okresie znacznego ochłodzenia jesiennego, zamykania okien i włączania ogrzewania mieszkań. Chorzy skarżą się głównie na uczucie blokady przewodów nosowych. Zapalenie spojówek występuje sporadycznie. Częściej i silniej wyrażone są skłonności do skurczu oskrzeli [8].

Terapia alergicznego nieżyty nosa w przebiegu uczulenia na roztocze

Podstawową metodą terapii alergicznych NN, jest unikanie kontaktu z alergenem. Poniżej przedstawione są absolutnie podstawowe zalecenia wybrane spośród zasad opracowanych i zaakceptowanych przez grupę ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego [9]:

- 1. Mieszkać w schludnym, suchym (o wilgotności 40 – 50%) i przewietrzanym mieszkaniu, z dala od zanieczyszczeń przemysłowych i dużych arterii komunikacyjnych oraz z dala od łąk i pól uprawnych, najlepiej przy lesie iglastym, nad jeziorem lub morzem. W domu nie może być zwierząt futerkowych i ptaków.**
- 2. W mieszkaniu umeblowanie powinno być proste, bez mebli tapicerowanych, książki schowane w zamykanych półkach. Unikać mieszkaniowych rezerwarów kurzu tj. wykładzin podłogowych, dywanów, zasłon i kotar.**
- 3. Ubrania często prać, chować w szafach, a najlepiej w dobrze przewietrzanych „pokojach garderobach”.**
- 4. Zaopatrzyć sypialnię w filtr powietrza.**
- 5. Pomieszczenia odkurzać często, nowoczesnym sprzętem z filtrem HEPA lub płaszczem wodnym, lub zainstalować system centralnego wyciągu, który odprowadza zasysane powietrze na zewnątrz domu.**
- 6. Spoczynek nocny na kozetce obitej skórą lub w łóżku zaopatrzonym w materac z gąbki, który w prosty sposób można wyjąć i wytrzepać, odkurzyć czy wystawić na dwór, gdy temperatura na zewnątrz sięga minus 20oC, lub w porze letniej na gorące słońce. Materac często wietrzyć i odkurzać.**
- 7. Kołdra i poduszka winny być zrobione z tworzywa, które umożliwia ich pranie. Jeżeli są zrobione ze sztucznego tworzywa trzeba je prać często, nawet jeden raz w miesiącu, gdyż sztuczne tworzywa znacznie szybciej gromadzą drobinę kurzu.**
- 8. Pościel zmieniać często, co tydzień. Pod prześcieradłem można położyć gruby koc, który musi być często prany. Można stosować specjalne powłoki, które nie przepuszczają alergenów z materacy.**

Zasady farmakoterapii opisane są w licznych standardach [10,11,12,13,14,15]. Leki stosowane w alergicznym nieżyciu nosa to przede wszystkim: przeciwhistaminowe doustne, przeciwhistaminowe miejscowe, glikokortykosteroidy miejscowe, glikokortykosteroidy ogólne, bromek ipratropium, kromony, sympatykomimetyki, leki przeciwleukotrienowe, i ostatnio wprowadzone na rynek światowy połączenie leków przeciwhistaminowych donosowych z donosowymi glikokortykosteroidami.

Leki przeciwhistaminowe są preparatami z wyboru w usuwaniu świądu, kichania, surowiczej wydzieliny nosowej oraz zapaleniu spojówek.

Glikokortykosteroidy nie są preparatami do natychmiastowego stosowania. Doskonale kontrolują wszystkie objawy reakcji uczuleniowej, w tym obrzęk błony śluzowej. Jednak skuteczność kliniczną obserwuje się z kilkugodzinnym, a czasami nawet kilkudniowym opóźnieniem. Zalecane są do terapii przewlekłej, szczególnie przydatne w całorocznych ANN.

W szczególnie ciężko przebiegających chorobach alergicznych, nie reagujących na zalecane w konsensusach leki p-histaminowe i miejscowe glikokortykosteroidy można choremu włączyć glikokortykosteroidy ogólne, jednak na krótki okres. Zalecane winny być przez doświadczonych rynoalergologów, aby uniknąć nadużywania tej grupy leków, szczególnie przez osoby nie dysponujące odpowiednim warształem diagnostycznym. Bowiem brak reakcji na typowe leki stosowane w ANN może być skutkiem nieodpowiedniego rozpoznania.

Bromek ipratropium jest cholinolitykiem pomocnym w surowiczej wydzielinie nosowej pochodzenia cholinergicznego. Skutecznie usuwa w ponad 40% surowiczy katar. Może dawać bóle głowy.

Kromony mają małe zastosowanie w ANN z uwagi na niską skuteczność. Zalecane są u dzieci i kobiet w ciąży ze względu na wysoki profil bezpieczeństwa. Słabo kontrolują katar, świąd i surowiczą wydzielinę. Praktycznie pozostają bez wpływu na obrzęk śluzówki.

Sympatykomimetyki dzielimy na miejscowe działające przez receptory α_1 i α_2 oraz ogólne. Są lekami najskuteczniej usuwającymi obrzęk błony śluzowej nosa.

Leki przeciwleukotrienowe zostały wykazane jako skutecznie kontrolujące objawy sezonowego alergicznego nieżyty nosa w połączeniu z lekami przeciwhistaminowymi. Mają zastosowanie w farmakoprofilaktyce przedsezonowej [16]. Dobrze kontrolują wszystkie objawy ANN. Szersze zastosowanie ich w rynologii wymaga dalszych badań.

Obecnie najlepszą alternatywą w leczeniu alergicznego nieżyty nosa jest połączenie miejscowo działającego preparatu przeciwhistaminowego i glikokortykosteroidu w jeden lek. Od ubiegłego roku w Polsce dostępny jest złożony preparat: azelastyny z miejscowo działającym sterydem – propionianem fluktikazonu, którego efektywność znacznie przewyższa inne donosowe sterydy. [17,18,19,20,21,22] .

Algorytm terapii nieżytów nosa

Zasady terapii nieżytów nosa opracowane są oddzielnie dla dorosłych i dzieci. We wszystkich przypadkach alergicznego nieżyty nosa pacjenci obu grup powinni dążyć do ograniczenia kontaktu z uczulającym alergenem. Pozostałe metody stosuje się w zróżnicowany sposób, zwracając szczególną uwagę na działania niepożądane. Drugim kryterium w doborze leków jest ich skuteczność, która jest zróżnicowana u poszczególnych chorych. Istotne jest zwrócenie uwagi na współwystępowanie astmy i stosownie do jej zaawansowania łącznie terapii alergicznych nieżytów nosa.

Dorośli

Zalecane są tylko sprawdzone metody leczenia. Generalną zasadą jest rozpoczynanie leczenia od leków przeciwhistaminowych w sezonowych lub niezbyt nasilonych objawach całorocznego nieżyty alergicznego nosa. W każdej postaci uporczywych objawów wskazane jest stosowanie glikokortykosteroidów donosowych, co ma szczególne znaczenie w objawach całorocznych. W przypadkach szczególnie trudnych do opanowania zalecane są krótko podawane glikokortykosteroidy ogólne. W szczególnych postaciach nieżytów nosa z dominującymi objawami surowiczego kataru zaleca się włączenie bromku ipratropium. Kromony mają małe zastosowanie w terapii nieżytów nosa. Leczeniem uzupełniającym są preparaty dospojówkowe, które są zalecane szczególnie w sezonowym alergicznym nieżycie nosa.

Alergenowo swoista immunoterapia (ASIT) u chorych z alergią na roztocze kurzu mieszkaniowego

W terapii ANN szczególne miejsca zajmuje alergenowo swoista immunoterapia (ASIT). W przypadku uczulenia na roztocze kurzu mieszkaniowego jest to metoda z wyboru.

ASIT u chorych z alergią wziewną istotnie wpływa na poprawę jakości życia i przebieg choroby alergicznej, a zwłaszcza zapobiega rozwojowi nowych uczuleń oraz astmy.

Generalnie, ASIT jest unikatową metodą zmieniającą naturalny przebieg choroby uczuleniowej. Ma istotne zastosowanie w alergii na roztocze kurzu domowego [23].

Zasadnicze badania w zastosowaniu ASIT oparte są na immunoterapii podskórnej. Ostatnio jednak coraz bardziej uwiarygodnia się metoda immunoterapii doustnej/podjęzykowej. Uważa się, iż jest ona bezpieczniejsza od tradycyjnej i dobrze udokumentowanej podskórnej immunoterapii. Obie te metody są intensywnie badane, niestety nie ma dobrych analiz badań porównawczych obu tych metod, która udowodniłaby ich równowartość. Jednak badania spełniające kryteria EBM coraz wyraźniej wskazują, iż terapia podjęzykowa z zastosowaniem tabletek podjęzykowych alergenowych również ma swoje miejsce w standardach i algorytmie leczenia, m.in. uczulenia na roztocze kurzu mieszkaniowego [24,25,26].

Tabletki wydają się mieć przewagę nad preparatami stosowanymi w formie kroplowej podjęzykowo z powodu powtarzalnej, wystandaryzowanej dawki. W przypadku kropli podjęzykowych nie ma pewności, czy ilość preparatu leczniczego za każdym razem jest podana taka sama [24,25,26]. □

© Wydawnictwo Alergologiczne ZDROWIE

Pracę nadesłano 2016.10.2
Zaakceptowano do druku 2016.10.3

Konflikt interesów nie występuje.

Piśmiennictwo dostępne w redakcji.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)