

Alergiczny nieżyt nosa i astma oskrzelowa

Skala problemu, koszty, możliwości leczenia przyczynowego

Dr n. med.
Joanna Nizio-Mąsior

kierownik ds. medycznych
Allergopharma-Nexter

T E R A P I A

Allergic rhinitis and asthma: relevance, costs and causal treatment options

S U M M A R Y

The paper presents the prevalence of allergic diseases in the European Union and the costs of their underdiagnosis and undertreatment. The great importance of allergen immunotherapy as the only causal treatment option was shown. The most important allergen sources causing allergic airways symptoms are house dust mites and grass pollen. The quality of the allergen extracts as prerequisite for successful allergy diagnosis and immunotherapy was discussed.

W pracy przedstawiono dane dotyczące rozpowszechnienia chorób alergicznych w krajach Unii Europejskiej oraz koszty związane z ich niedostatecznym diagnozowaniem i leczeniem. Omówiono znaczenie immunoterapii alergenowej jako jedynej metody leczenia przyczynowego. Najważniejsze źródła alergenów wywołujących objawy alergiczne ze strony dróg oddechowych stanowią roztocze kurzu domowego i pyłki traw. W pracy omówiono znaczenie jakości wyciągów alergenowych jako podstawowego warunku skutecznej diagnostyki i immunoterapii alergenowej.

Nizio-Mąsior J.: Alergiczny nieżyt nosa i astma oskrzelowa; skala problemu, koszty, możliwości leczenia przyczynowego. Alergia, 2014, 3: 57-58



Rozpowszechnienie chorób alergicznych wzrasta na całym świecie, szczególnie w krajach uprzemysłowionych, stanowiąc poważny problem zdrowia publicznego. Choroby alergiczne stały się w ostatnich latach najczęstszą grupą schorzeń przewlekłych w krajach Unii Europejskiej (UE) (1).

Około 25% spośród 130 mln Europejczyków cierpi na alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa (ANN), 30 mln choruje na astmę (2). W krajach UE, 20%-35% spośród 217 mln zatrudnionych w wieku od 15 do 65 lat uskarża się na choroby alergiczne skóry lub dróg oddechowych(1).

Schorzenia alergiczne istotnie obniżają jakość życia pacjentów, upośledzają sprawność ogólną, prowadzą do nieobecności w pracy, gorszej wydajności w pracy i szkole,

wywołując poważne konsekwencje ekonomiczne (3). Mimo to, nie tylko większość pacjentów z alergią, ale też wielu lekarzy bagatelizuje choroby alergiczne. Prowadzi to do ich niedostatecznego rozpoznawania i leczenia, a w dalszej kolejności do nasilenia ich ciężkości (np. rozwoju astmy i/lub mnogich uczuleń). Szacuje się, że w krajach UE tylko 10% pracowników z alergią otrzymuje optymalne leczenie, a ok. 90% jest leczonych niewystarczająco (1). Z tego powodu należy zwiększyć społeczną świadomość chorób alergicznych (3;4). Europejskie federacje (np. Europejska Federacja Stowarzyszeń Pacjentów Cierpiących na Alergie i Choroby Dróg Oddechowych (EFA)) i akademie (np. Europejska Akademia Alergii i Immunologii Klinicznej (EAACI), Globalna Sieć Europejska ds. Alergii i Astmy (GA2LEN)) zainicjowały szereg kampanii informacyjnych zwiększających świadomość chorób alergicznych jako poważnych chorób przewlekłych u pacjentów, lekarzy oraz polityków (5;6).

Bezpośrednie koszty leczenia ANN w Europie nie są obecnie znane, ale pod koniec lat 90-tych ubiegłego wieku szacowano je na 1,0 – 1,5 mld euro (6). Według najnowszych ocen Unii Europejskiej, możliwe do uniknięcia koszty pośrednie związane z niewystarczającym leczeniem pacjentów alergicznych i wywołaną tym zmniejszoną wydajnością lub absencją w pracy wynoszą 55 – 151 mld euro rocznie. Z drugiej strony odpowiednia terapia schorzeń alergicznych jest dostępna relatywnie tanio, kosztem średnio 125 euro rocznie na pacjenta. Stanowi to zaledwie 5% kosztów związanych brakiem leczenia tych chorób i pozwala na potencjalne oszczędności w granicach 142 mld euro (1). Koszty związane z chorobą są wyższe u pacjentów cierpiących na ANN i astmę w porównaniu do izolowanego ANN (7).

Najważniejszymi alergenami powietrznopochodnymi w Europie wywołującymi ANN lub astmę są alergeny pyłków roślin i roztoczy kurzu domowego. Dostępne metody leczenia obejmują unikanie ekspozycji na alergen, farmakoterapię, immunoterapię alergenową (AIT) oraz edukację pacjenta.

Powszechnie przyjęto, że AIT jest jedyną metodą leczenia przyczynowego wywołującą tolerancję kliniczną i immunologiczną, zapobiegającą progresji choroby oraz dającą trwały efekt po zakończeniu odczulania (8).

Szereg badań z podwójnie ślepą próbą, kontrolowanych placebo, oraz odpowiednich metaanaliz potwierdziło skuteczność i bezpieczeństwo AIT w ANN i astmie oskrzelowej (9-11). Są też pośrednie lecz spójne dowody wskazujące, że immunoterapia alergenowa drogą podskórną (SCIT) co najmniej tak skutecznie jak farmakoterapia kontroluje objawy sezonowego alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa w pierwszym roku leczenia (12).

ANN i astma oskrzelowa wywołane alergią na roztocze kurzu domowego

Roztocze kurzu domowego (HDM) są najbardziej powszechnym źródłem alergenów wewnątrzdomowych wywołujących uczulenie często kojarzące się z astmą (6). Roztocze wywołują objawy alergii ze strony dróg oddechowych u ok. 30% alergików i stanowią najsilniejszy z niezależnych czynników ryzyka rozwoju astmy oskrzelowej (13;14). Nawet do 85% chorych z astmą jest na nie uczulonych (15). W Europie największe znaczenie mają dwa gatunki roztoczy *Dermatophagoides farinae* i *Dermatophagoides pteronyssinus* (6). Ich alergeny główne grup 1, 2 są rozpoznawane przez zdecydowaną większość uczulonych na roztocze (6). Ze względu na to, że jakość wyciągów alergenowych stanowi wyjściowy warunek skutecznej diagnostyki oraz immunoterapii alergenowej, standaryzacja wyciągów roztoczy obejmuje ilościowe oznaczenia zawartości alergenów grup 1 i 2 D. *farinae* (Der f 1, Der f 2) oraz D. *pteronyssinus* (Der p 1, Der p 2). Należy

jednak pamiętać, że istnieją też alergeny pośrednie lub minor, o wysokiej zdolności wiązania IgE, których stężenie w wyciągach alergenowych jest niskie lub bardzo zmienne (16).

Dostępne komercyjnie preparaty alergenowe do AIT i diagnostyki alergii istotnie różnią się między sobą pod względem zawartości alergenów głównych i alergenów minor (17). Dlatego też bardzo ważna jest analiza zawartości nie tylko alergenów Der p 1 i 2 oraz Der f 1 i 2, ale również ocena całego spektrum alergenowego preparatów roztoczy kurzu domowego. Ostatnio ukazało się doniesienie o potwierdzeniu metodą spektrometrii masowej obecności alergenów głównych, istotnych alergenów pośrednich oraz większości alergenów minor we wszystkich analizowanych seriach preparatów roztoczy do diagnostyki i immunoterapii alergenowej firmy Allergopharma GmbH & Co. KG (18).

Skuteczność i bezpieczeństwo immunoterapii podskórnej szczepionką Novo-Helisen® Depot Dermatophagoides pteronyssinus (Allergopharma GmbH & Co. KG) wykazano u pacjentów cierpiących na ANN, w niektórych przypadkach ze współistniejącą astmą oskrzelową (GINA I lub II), w badaniu z podwójnie ślełą próbą kontrolowanym placebo (19).

Ze względu na to, że roztocze kurzu domowego są częstą przyczyną rozwoju astmy oskrzelowej, a stosowanie SCIT może zapobiec progresji ANN w kierunku astmy, wykorzystanie immunoterapii u pacjentów z ANN uczulonych na roztocze ma szczególne znaczenie profilaktyczne, zarówno z perspektywy medycznej, jak i socjoekonomicznej.

ANN i astma oskrzelowa wywołane alergią na pyłki roślin

Alergeny pyłków traw, drzew i chwastów stanowią grupę najważniejszych alergenów zewnątrzdomowych. Rodzina traw obejmująca również zboża (Poaceae) jest najczęściej spotykaną roślinnością w większości obszarów świata i stanowi 25% do 35% szaty roślinnej Ziemi (6). Alergeny traw są główną przyczyną schorzeń dróg oddechowych indukowanych pyłkami roślin w większości krajów świata (20). Najistotniejsze klinicznie źródła alergenów pyłków drzew należą do szeroko rozpowszechnionych na całym świecie rodzin Oleaceae i Cupressaceae oraz rzędu Fagales (6). Natomiast najważniejsze rodziny chwastów wywołujące choroby alergiczne dróg oddechowych, to Amaranthaceae, Asteraceae oraz Urticaceae (6).

Ze względu na zawartość ilościową oraz zdolność wiązania IgE, za najważniejsze alergeny główne pyłku traw uważa się alergeny grupy 1 i 5 (6). Preparaty pyłku traw do diagnostyki i immunoterapii są na ogół standaryzowane pod względem zawartości alergenów grupy 5. Podobnie jak w przypadku alergenów roztoczy kurzu domowego, metodą spektrometrii masowej potwierdzono niedawno obecność alergenów grupy 1 i 5 we wszystkich analizowanych seriach wyciągów pyłku traw firmy Allergopharma GmbH & Co. KG. Ponadto zidentyfikowano obecność wszystkich innych znanych alergenów badanych gatunków traw, nawet w mieszance zawierającej 6 gatunków (*Holcus lanatus*, *Dactylis glomerata*, *Lolium perenne*, *Phleum pratense*, *Poa pratensis*, *Festuca pratensis*) (21;22).

Wysokodawkowa szczepionka hypoalergenowa Allergovit® Trawy (Allergopharma GmbH & Co. KG) zawiera 25µgeq alergenów grupy 5 pyłku traw w dawce podtrzymującej i może być podawana przedsezonowo lub całorocznie (23). Skuteczność i bezpieczeństwo immunoterapii podskórnej szczepionką Allergovit® Trawy wykazano u pacjentów cierpiących na ANN i/lub astmę oskrzelową (GINA I lub II) w badaniu z podwójnie ślełą próbą kontrolowanym placebo, w którym po dwóch kuracjach przedsezonowych stwierdzono w grupie aktywnie leczonej o 48,4% wyższą redukcję wskaźnika nasilenia objawów i zużycia leków (SMS) w porównaniu do grupy placebo (24). Trzeci rok

immunoterapii prowadził do dalszej redukcji SMS (25). Ponadto osiągnięto trwały efekt do 3 lat po zakończeniu SCIT z utrzymaniem niskich wartości SMS (26). W randomizowanym, podwójnie ślepych badaniu porównawczym wykazano również, że immunoterapia całoroczna szczepionką Allergovit® Trawy/żyto była bardziej skuteczna niż odczulanie według schematu przedsezonowego, przy czym istotną statystycznie różnicę stwierdzono w trzecim roku leczenia. Immunoterapia według obu schematów już w pierwszym roku była istotnie statystycznie skuteczna w porównaniu do okresu obserwacji przed odczulaniem (27).

Immunoterapia podskórna nie tylko wywołuje tolerancję kliniczną i immunologiczną, wywiera trwały efekt po zakończeniu leczenia i może zapobiegać progresji choroby, ale wykazano również jej efektywność kosztową u pacjentów uczulonych na pyłek traw i roztocze kurzu domowego (28-31).

Niemniej jednak nawet w krajach o ugruntowanej pozycji tej metody zarysowują się niepokojące trendy w jej praktycznym stosowaniu, np. w Niemczech w okresie lat 2007 – 2010 liczba pacjentów poddawanych odczulaniu uległa obniżeniu. W roku 2010 AIT prowadzono w Niemczech tylko u 7% pacjentów z ANN i ok. 5% pacjentów z astmą oskrzelową (32).

Podsumowując, należy stwierdzić, że choroby alergiczne są bagatelizowane, niedostatecznie diagnozowane i leczone, a społeczna świadomość ich istotności jest niska. Zaniedbania te przekładają się na wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie związane z szerokim rozpowszechnieniem alergii w krajach uprzemysłowionych. Należy podejmować wysiłki w celu poprawy opieki medycznej nad tą grupą chorych, zwłaszcza celem zwiększenia dostępności immunoterapii alergenowej, której stosowanie przynosi wymierne korzyści zdrowotne i farmakoekonomiczne.

Pracę nadesłano 2014.09.29
Zaakceptowano do druku 2014.09.30
Konflikt interesów nie występuje.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)