

Astma wieku podeszłego

Dr hab. n. med.
**Marita Nittner-
Marszalska**

Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych i Alergologii AM
we Wrocławiu

Kierownik Kliniki:
Prof. dr hab. n. med. Bernard
Panaszek

T E R A P I A

Asthma in the elderly

S U M M A R Y

Asthma in the elderly has been a growing problem lately, both quantitatively and qualitatively. The aging of the populations and increasing incidence of asthma are objective factors accountable for a sharp rise of the occurrences of asthma in old age. Effective differential diagnosis of this type of asthma, especially against COPD, is the most important conditions that has to be satisfied in order to secure efficient diagnosis and treatment of elderly and old asthmatic patients.

Astma w wieku podeszłym staje się rosnącym problemem klinicznym zarówno pod względem „ilościowym” jak „jakościowym”. Starzenie się populacji i wzrastająca częstość występowania astmy we współczesnych cywilizacjach są obiektywnymi czynnikami wpływającymi na wzrost częstości występowania astmy w starości. Wyniki badań epidemiologicznych wydają się wskazywać na niedoszacowanie rozpoznania astmy w tym okresie życia. Problem „jakościowy” polega na cięższym przebiegu astmy w wieku podeszłym wynikający z interferencji jej objawów z objawami „starzenia się” układu oddechowego oraz współistnienia innych patologii układu oddechowego i układu krążenia utrudniających rozpoznanie astmy. Największe trudności w diagnostyce różnicowej astmy sprawia przewlekła choroba obturacyjna płuc.

Nittner-Marszalska m.: Astma wieku podeszłego. Alergia, 2008, 2: 45-46

Traktowanie astmy jako monolitu, jednej „jednostki chorobowej” wydaje się obecnie semantycznym anachronizmem, podobnie jak anachronizmem jest traktowanie atomu jako niepodzielnego elementu świata materialnego. Im więcej wiemy o astmie, tym trudniejsze są wszelkie o niej generalizowania. Współczesne klasyfikacje tej choroby podkreślają odmienności poszczególnych jej postaci, a jedną z nich jest „astma wieku podeszłego”. Nie jest to ani nowy problem ani nowa postać tej choroby, istniała od zawsze chociaż dotychczas nie poświęcano jej tak wiele uwagi i miejsca w opracowaniach naukowych jak astmie wieku dziecięcego, czy astmie dorosłych. Nie oznacza to jednak, że jej nie dostrzegano, lub bagatelizowano jej znaczenie. Jeśli ograniczyć się do pozycji podręcznikowych opisujących to zagadnienie to fragment dedykowany „astmie oskrzelowej u osób starych” odnajdujemy w kolejnych edycjach

monografii „Astma oskrzelowa” profesora Wacława Droszcza. Podręcznik „Choroby alergiczne i astma” pod redakcją profesora Józefa Małolepszego wydany w 1996 roku zawiera rozdział Renaty Jankowskiej pt. „Astma w wieku podeszłym.” Wnikliwie i wszechstronnie omawiają to zagadnienie Nicholas J Withers, Tracey Villar i Lindley Dow w wydanej w 1999 roku książce „Difficult asthma” redagowanej przez zespół: Stephen Holgate, Komer A. Boushey i Leonardo M. Fabbri [1,2,3]. Jeśli za miarę zainteresowania tym problemem przyjąć publikacje na łamach renomowanych czasopism naukowych: Chest, Thorax, Lancet, Age Ageing, American Journal Respiratory Diseases czy European Journal Respiratory Diseases, to liczba ich, choć nieporównywalnie mniejsza niż dedykowanych astmie u dzieci, sięga kilkuset, a ponad sto z nich było opublikowanych już w ostatniej dekadzie ubiegłego stulecia.

Astma wieku podeszłego, a problem demograficzny

W ostatnich latach zainteresowanie astmą w starości gwałtownie wzrosło. Dlaczego? Astma u osób powyżej 65 roku życia stała się znaczącym problemem pod względem „ilościowym”. W zaawansowanych cywilizacyjnie krajach długość życia ludzkiego wydłużyła się w ostatnim wieku o blisko 30 lat, co spowodowało zwiększenie liczby ludzi starych, których udział procentowy w strukturze społecznej stale wzrasta. W największym tempie rośnie procent osób powyżej 85 roku życia.

W Polsce ponad 5 milionów ludzi ma ponad 65 lat. Według szacunkowych prognoz Światowej Organizacji Zdrowia na świecie w roku 2025 ich liczba wyniesie ponad miliard.

Te dwa czynniki: przedłużenie średniej ludzkiego życia oraz dramatyczny spadek urodzeń spowodowały odwrócenie piramidy wiekowej. Badania epidemiologiczne wykazują, że od 5-17% ludzi w wieku starszym choruje na astmę (co jest porównywalne z częstością astmy występującej wśród dzieci poniżej 10 roku życia) [4,5,6]. Te wskaźniki, łącznie ze zwiększaniem się liczby ludzi starych sprawiają, że bezwzględna grupa pacjentów z astmą wieku podeszłego jest bardzo liczna.

„Wczesny” i „późny” wariant astmy wieku podeszłego

Wśród pacjentów w wieku starszym chorujących na astmę można wyróżnić tych z „astmą o wczesnym początku”, u których choroba rozpoczęła się w dzieciństwie i trwa nadal oraz z „astmą o późnym początku”, która rozpoznana została dopiero w wieku starszym. W pierwszej grupie pacjentów, pomimo częstego zaostrzenia objawów choroby, napady duszności w starości mają zwykle mniej dramatyczny przebieg, a u około 19% dochodzi do remisji choroby [5,7]. W grupie drugiej, w której objawy astmy wystąpiły dopiero w wieku podeszłym, choroba ma często ciężki przebieg i prowadzi do inwalidztwa oddechowego. Dodatkowo ten „późny” wariant choroby może sprawiać poważne trudności diagnostyczne w różnicowaniu z innymi schorzeniami układu oddechowego i układu krążenia często występującymi w tej grupie wiekowej. Problemy diagnostyki i leczenia astmy w wieku podeszłym decydują o jej odrębnościach „jakościowych” stanowiąc jednocześnie przedmiot szczególnego zainteresowania lekarzy tymi zagadnieniami.

Dlaczego rozpoznanie astmy u ludzi starszych stwarza problemy?

Kryteria rozpoznania astmy w wieku podeszłym są takie same jak w innych grupach wiekowych, zatem jej rozpoznanie nie powinno sprawiać problemów. W rzeczywistości

jednak rozpoznanie jest skomplikowane z kilku powodów. Fizjologiczne procesy starzenia się układu oddechowego, które generują duszność oraz występowanie innych schorzeń układu oddechowego i krążenia manifestujących się podobnymi objawami jak astma powodują „niedodiagnozowanie” astmy w wieku podeszłym. Starzenie się układu oddechowego spowodowane zmianami jego struktury i funkcji leży u podłoża zaburzeń wentylacji i dystrybucji gazów manifestujących się klinicznie dusznością. W starości zachodzą istotne zmiany w obrębie układu kostno-stawowego klatki piersiowej: zwiększa się wymiar przednio-tylny klatki, pogłębia kyfoza, wapnieją połączenia chrzęstne żeber z mostkiem, dochodzi do osteoporozy elementów kostnych powikłanej złamaniami żeber, co łącznie zmniejsza ruchomość i możliwość rozciągania klatki piersiowej. Zjawiska te pogłębia zmniejszenie masy i siły mięśni oddechowych, w tym przepony. Równocześnie pogarszają się warunki przepływu powietrza w drogach oddechowych w efekcie zmniejszenia elastyczności płuc, co wpływa na niestabilność obwodowych dróg oddechowych, przedwczesne ich zamykanie i powodują zaburzenia wymiany gazowej z powodu nieprawidłowego stosunku wentylacji do perfuzji. Pogorszenie kondycji oddechowej może być traktowane zarówno przez pacjenta jak lekarza jako naturalne zjawisko związane ze starością.

Ponad 1/3 pacjentów powyżej 70 roku życia odczuwa duszność, najczęściej wysiłkową. Jak wspomniano powyżej odczucie to jest często bagatelizowane przez samych chorych i odnoszone do „starości”. Ignorowanie duszności u ludzi starych jest błędem, podobnie jak błędem może być przypisywanie jej innym, częstszym schorzeniom wieku podeszłego z pominięciem astmy. Kaszel, świszczący oddech, czy duszność mogą być mylnie traktowane jako objawy: przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (kaszel, świszczący oddech, duszność wysiłkowa), niewydolności krążenia (kaszel nocny, świszczący oddech, duszność nocna), zakażeń układu oddechowego (kaszel, świszczący oddech, duszność), chorób śródmiąższowych płuc, czy refluksu żołądkowo-przełykowego [8].

Dodatkowo nierozpoznanie astmy lub opóźnienie właściwego rozpoznania może wynikać ze zmniejszenia percepcji duszności przez osoby w wieku podeszłym.

Connoll i Brand stwierdzili, że pacjenci w wieku starszym (zarówno chorujący na astmę jak i nie chorujący, bez patologii w zakresie układu oddechowego) w mniejszym stopniu odczuwają/raportują duszność w przebiegu bronchospazmu indukowanego metacholiną lub histaminą niż osoby młode. Być może u podłoża tego zjawiska leżą związane z wiekiem zaburzenia reakcji na hipoksję chemoreceptorów tętnic szyjnych i aorty [9,10,11]

Charakterystyczne dla okresu starości są także zaburzenia intelektualne, demencja, depresja i inne schorzenia psychiczne ograniczające możliwość komunikacji z lekarzem oraz uniemożliwiające poprawne wykonanie badań czynnościowych układu oddechowego potwierdzających rozpoznanie astmy.

Niedodiagnozowanie astmy wieku podeszłego, dane literaturowe

Tezę o „niedodiagnozowaniu” astmy w starości potwierdzają m.in. wyniki badania Burr i wsp., którzy oceniając częstość występowania astmy u osób w wieku powyżej 70 lat, wykazali, że aż 25% wśród pacjentów z aktualnie rozpoznaną astmą nie było dotychczas diagnozowanych w tym kierunku [4]. Podobne wnioski płyną z badania Dow i wsp., Burrowsa i wsp oraz Bożka i wsp. [11,12,13]. Dow wykazał, że w badanej populacji pacjentów powyżej 65 roku życia 1/3 osób miała nadreaktywność oskrzeli w badaniu prowokacji nieswoistej z metacholiną lub dodatni wynik próby rozkurczowej – większość z nich nie była poddana dotychczas diagnostyce ani leczeniu [11]. Burrows i wsp., analizując przebieg astmy w grupie osób powyżej 60 roku życia, stwierdzili, że jej objawy kliniczne występowały u 2/3 badanych już 8,5 roku przed ustaleniem rozpoznania,

a wyniki spirometryczne 1/3 badanych sugerowały w tym samym czasie rozpoznanie astmy [12]. Bożek i wsp. przebadali 181 osób w średnim wieku 69+/-2.1 lat, chorujących na astmę, stwierdzając opóźnienie ustalenia rozpoznania w większości przypadków [13].

Problemy różnicowania astma w starości z przewlekłą chorobą obturacyjną płuc.

Omawiając powyżej wymienione trudności w diagnostyce różnicowej i postulując niedoszacowanie częstości rozpoznawania astmy w wieku podeszłym należy zwrócić uwagę na możliwość rozpoznania w części przypadków astmy, przewlekłej choroby obturacyjnej płuc. Obie choroby w wieku podeszłym mają zbliżoną symptomatologię; w wywiadzie obie grupy chorych podają palenie papierosów (co potwierdzają dane epidemiologiczne szacujące liczbę palaczy wśród osób z astmą na 30% i więcej w młodszych grupach wiekowych), zbliżony jest też obraz klinicznych zaostrzeń obu chorób. Istotną wartość w diagnostyce różnicowej ma badanie czynnościowe płuc, które jednak w tej grupie wiekowej nie zawsze ma wartość rozstrzygającą. Pierwszym problemem jest brak umiejętności wykonania spirometrii przez część chorych w wieku podeszłym, kolejnymi są: brak szerokiego konsensusu w kwestii norm spirometrycznych w starości i rozpoznanie obturacji [14]. W zaleceniach GOLD kryterium do rozpoznania obturacji stanowi obniżenie wskaźnika FEV1%FVC poniżej 70%. Wielokrotnie podkreślano w różnych opracowaniach, że przyjęcie stałej wartości dolnej granicy normy tego wskaźnika może prowadzić do rozpoznania obturacji i fałszywie dodatnich wyników u ludzi starszych (należna wartość 75-76%, dolna granica normy 63-66%). Jeżeli odnieść się do bardziej aktualnych norm angielskich opublikowanych w 2004 roku przez Falaschettiego i wsp. to dolna granica normy dla ludzi starszych znajduje się poniżej 65% [15]. W obu chorobach, POCHP i ciężkiej postaci astmy, występuje progresywny spadek wartości FEV1, w obu może występować nieodwracalna obturacja, która jest efektem przebudowy dróg oddechowych zachodzącej zarówno w POCHP jak astmie. Ta przebudowa, remodeling, chociaż ma zupełnie inne cechy w astmie i POCHP, może występować w obu chorobach upodobniając je do siebie, a tym samym utrudniając diagnostykę różnicową. Na te odmienności składają się różna lokalizacja i architektonika (drobne drogi oddechowe, tkanka śródmiąższowa płuc vs duże i średnie oskrzela), czy inny rodzaj zmian strukturalnych i fenotyp komórek zaangażowanych w procesie zapalnym (limfocyty CD8+, makrofagi, neutrofile vs limfocyty CD4+, eozynofile i mastocyty). Konsekwencją powyższych faktów są trudności w rozpoznaniu różnicowym astmy i POCHP na podstawie analizy wybranych wskaźników spirometrycznych. O rozpoznaniu astmy i POCHP nie zdecyduje też ostatecznie wynik próby rozkurczowej, bo wśród chorych na astmę wieku podeszłego są tacy, którzy nie odpowiadają lub bardzo słabo odpowiadają na lek rozkurczowy (remodeling lub obniżona w starości reakcja betareceptorów dróg oddechowych) [16,17]. Niektóre dane wskazują, że w starości odwracalność obturacji pod wpływem betadrenergików jest słabiej wyrażona niż po inhalacji leków antycholinergicznym, co sugeruje konieczność wykonywania u osób starszych próby rozkurczowej z oboma typami leków. Wreszcie nadreaktywność oskrzeli, główna cecha patofizjologiczna astmy, leżąca u podłoża wielu objawów klinicznych tej choroby, jest mniej specyficzną cechą dla astmy w wieku podeszłym i może być powodowana np. przez niewydolność krążenia lub POCHP. Wśród patologii układu oddechowego w starości astma zajmuje ważne miejsce. Od tego czy zdołamy jej objawy odróżnić od naturalnych objawów starzenia się organizmu, przede wszystkim układu oddechowego i układu krążenia, zależy powodzenie leczenia, a tym samym polepszenie komfortu życia w starości.

the general population. *Chest* 1991;100:935. 6. Tuuponen T, Keistinen T, Kivela S i wsp. Hospital admissions for asthma in Finland during 1972-1986 of adults aged 65 years and older. *Age ageing* 1993;22:97-102. 7. Braman S, Kaemmerlen J, Davis S, Asthma in the elderly: a comparison between patients with recently acquired and long-standing disease. *Am Rev Respir Dis* 1991;143:336-40. 8. Bannerjee D, Lee G, Malik S, Daly S, Underdiagnosis of asthma in the elderly. *Br J Dis Chest* 1987; 81:23-9. 9. Connolly M, Crowley J, Charan N i wsp. Reduced subjective awareness of bronchoconstriction provoked by metacholine in elderly asthmatic and normal subjects as measured on a simple awareness scale. *Thorax* 1992;47:410-13. 10. Brand P, Rijcken B, Schouten J i wsp. perception of airways obstruction in a random population sample. *Am rev Respir Dis* 1992;146:396-401. 11. Dow L, Coggon D, Holgate S, Respiratory symptoms as predictors of airways lability in an elderly population. *Respir Med* 1992;86:27-32. 12. Burrows B, Lebowitz M, Barbee R, Cline M, Findings before diagnosis of asthma among the elderly in a longitudinal study of a general population sample. *J Allergy Clin Immunol* 1991;88:870-7. 13. Bożek A, Besler S, Jarzab J. Astma w starości. Ocena naturalnego przebiegu choroby. *Pol Arch Med. Wew* 2005;114(5):1079-83. 14. Enright P, Kronma R, Higgins M et al., Spirometry reference values for women and men aged 65 to 84 years of age. Cardiovascular Health Study. *Am Rev Respir Dis* 1988;138:837-49. 15. Falaschetti E, Laiho J, Primatesa P I wsp. Prediction equations for normal and low lung function from the Health Survey for England. *Eur Resp J* 2004;23:456-63. 16. Anthonisen N, Wright E, Bronchodilator response in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1986;133:814-19. 17. Ullah M, Newman G, Saunders K, Influence of age on response to ipratropium bromide and salbutamol in asthma. *Thorax* 1981;36:523-9.

[Zamknij](#)[Drukuj](#)