

# Epidemiologia chorób alergicznych u pacjentów starszych wyzwaniem medycyny XXI wieku

dr hab. n. med.  
**Andrzej Bożek<sup>1,2</sup>**

lek.  
**Krzysztof  
Kołodziejczyk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Katedra i Kliniczny Oddział  
Chorób Wewnętrznych,  
Dermatologii i Alergologii w  
Zabrze, Śląski UM  
w Katowicach

Kierownik:  
Prof. dr. hab. med. Jerzy Jarząb

<sup>2</sup>Wojewódzka Poradnia  
Alergologiczna w Katowicach

Kierownik:  
Dr hab. med. Andrzej Bożek

E P I D E M I O L O G I A

## Epidemiology of allergic diseases in elderly patients – challenge of 21st century medicine.

### S U M M A R Y

**Epidemiology of allergic diseases in seniors has become a new problem in modern medicine. Few studies related to prevalence, diagnosis and treatment of these diseases in patients over 60 years of age underline their increasing incidence and indicate the need for greater vigilance with respect to allergy in this group. Polish data on the prevalence of atopic diseases in patients after 60 years highlight the growing problem of this phenomenon in Poland.**

**Epidemiologia chorób alergicznych u seniorów staje się nowym problemem we współczesnej medycynie. Nieliczne opracowania dotyczące występowania, diagnozowania i leczenia tych chorób u pacjentów powyżej 60 roku życia podkreślają ich narastający charakter i wskazują na potrzebę większej czujności alergologicznej w tej grupie wiekowej. Polskie dane dotyczące chorobowości na choroby atopowe po 60 roku życia podkreślają istotny problem tego zjawiska również w Polsce.**

Bożek A.: Epidemiologia chorób alergicznych u pacjentów starszych wyzwaniem medycyny XXI wieku. *Alergia*, 2014, 2: 29-31



Do niedawna powszechnie uważano, że z wiekiem spada częstość występowania chorób alergicznych połączonych ze spadkiem stężenia IgE oraz zmniejszeniem odczynowości skóry na testowanie alergenami inhalacyjnymi i pokarmowymi. Problemem pozostaje rzeczywista ocena tego zjawiska.

Przebieg chorób alergicznych u osób starszych powiązany jest z procesem starzenia się układu immunologicznego. Osłabienie sprawności limfocytów T w rozpoznawaniu alergenów, ich proliferacji oraz obniżenie produkcji immunoglobulin w tym IgE wydaje się mieć istotny wpływ na mniejsze generowanie reakcji alergicznych. Z drugiej strony istnieją jasne dowody, że u wielu osób po 60-65 roku życia często występują lub nawet pojawiają się de novo choroby alergiczne. Badania na modelach zwierzęcych sygnalizują zjawisko zwolnionej odpowiedzi komórek Th2 na alergen z dodatkową zaburzeniem licznych funkcji limfocytów CD4+ (1, 2). Konsekwencją tego jest wzmożona zapadalność na infekcje ale wpływ tego zjawiska na stymulowanie reakcji alergicznych nie znalazł dotychczas jasnej odpowiedzi (3). Pomimo obserwowanego często spadku poziomu IgE w populacji seniorów, istnieje wiele doniesień dotyczących wzrostu poziomu IgE całkowitej jak i przeciwciał specyficznych u ludzi w tym wieku z objawami alergii (4, 5, 6, 7). Część autorów wiąże podwyższony poziom IgE u osób starszych z wieloletnim nikotynizmem (4). Ciekawą obserwacją jest doniesienie o ujemnej korelacji poziomu IgE z wiekiem dla wartości <300 kU/l u pacjentów z alergią oraz brakiem takiej zależności u starszych chorych z atopowym zapaleniem skóry i wartościami IgE powyżej 300 kU/l (8). Istnieją również informacje o porównywalnej wartości IgE u młodych i starszych alergików co może być źródłem wątpliwości dotyczących zjawiska wygaszania sprawności reakcji IgE zależnych u ludzi starszych (9). Pozostawia to nadal wiele znaków zapytania.

Warto podkreślić szczególne znaczenie diagnostyki różnicowej podwyższonych stężeń IgE u seniorów w przypadku takich chorób jak: alergiczna aspergiloza płucna, niektóre wtórne niedobory immunologiczne, zespół hiper-IgE, choroby pasożytnicze, niektóre zakażenia wirusowe i bakteryjne, choroby pęcherzowe, polekowe śródmiąższowe zapalenie nerek, zespół nerczycowy, marskość alkoholowa wątroby i inne.

Wiele prac wskazuje na rodzinne występowanie chorób atopowych co z pewnością należy wiązać z predyspozycją genetyczną i odpowiednią konstelacją genów odpowiedzialnych za atopię. Z drugiej strony jak wspomniano ogromne znaczenia ma torujący wpływ środowiska na choroby atopowe, którego dowodem jest bogata dokumentacja naukowa.

## Badania epidemiologiczne

### Badanie ESTHER

W badaniu ESTHER obserwowano bardzo istotny wpływ dodatniego wywiadu rodzinnego w kierunku atopowego zapalenia skóry, pyłkowicy czy astmy na pojawienie się takiej choroby u badanych starszych atopików (10). Również wzrost częstości zapadalności na choroby atopowe w dużych miastach w stosunku do mniejszych były obserwowane również w tej grupie chorych. W dostępnym piśmiennictwie podkreśla się problem z uzyskaniem odpowiednich informacji o chorobach alergicznych co wynika często z nakładania się obrazu innych chorób na symptomy choroby alergicznej, przeniesienie uwagi na tzw. większe problemy geriatryczne, polipragmazji i jak wspomnianej niechęci pacjentów i lekarzy do diagnozowania alergii po 60 roku życia.

Wspomniane, niemieckie badanie ESTHER wykonane w latach 2000-2002 roku na grupie 9949 chorych w średnim wieku 62 lata (przedział: 50-75 lat) potwierdziło, że częstość chorób atopowych w populacji seniorów była następująca:

- atopowe zapalenie skóry u 4,3%,
- astmy oskrzelowej u 5,5%
- alergicznego nieżytu nosa u 8,3%.

Wykonana analiza epidemiologiczna w podgrupach wiekowych wskazuje jednak na spadek występowania tych chorób wraz z zaawansowaniem wieku. Ciekawą informacją jest fakt większego ryzyka choroby atopowej u ludzi z dłuższym okresem edukacji (11).

## **Badanie PAQUID Raherisona**

W badaniu PAQUID Raherisona (populacja francuska) poza analizą poziomu IgE oceniono częstość występowania astmy oskrzelowej u pacjentów po 65 roku życia na 2,9% u mężczyzn, 3,8% u kobiet, a nieżyty nosa na odpowiednio: 15,2% i 19,7% (4).

Były to jednak relatywnie mała populacja badana (352 osoby). Jeszcze mniej informacji dotyczy alergii na poszczególne alergeny wziewne i pokarmowe (15, 12). Jest to powiązane z częstą rezygnacją z diagnostycznych testów skórnych z racji ograniczeń takich jak starzenie się skóry, konieczność stosowania leków zaburzających jej reaktywność ale także niechęci pacjentów i lekarzy wynikającej z pokutujących stereotypów. W publikacji Bakosa wśród 101 pacjentów z podejrzeniem alergii potwierdzono względnie częste uczulenia na roztocza kurzu domowego, sierść psa, pyłek leszczyny i żyta oraz na orzechy i seler wśród alergenów pokarmowych (13). Pojawiają się również inne doniesienia o podobnym, a nie mniejszym, występowaniu chorób alergicznych po 65 roku życia w stosunku do średniolatków (45-54), a nawet młodych pacjentów w wieku 25-34 lata. Dotyczy to głównie pacjentów z astmą oskrzelową (14, 15, 16).

## **Astma oskrzelowa u ludzi starszych**

Astma oskrzelowa u ludzi starszych jest chorobą, której częstość występowania według badań epidemiologicznych kształtuje się na poziomie 6,5-17% (17). Istotnym problemem jest fakt nadal dużej śmiertelności z powodu astmy w tej grupie wiekowej np. w grupie chorych między 60-64 rokiem życia wynosi on 4,2 na 100 000 mieszkańców podczas gdy w przedziale wiekowym 55-59 tylko 2,8.

Częsty brak rozpoznania astmy u pacjentów po 60 roku życia wynika ze stereotypowej niechęci pacjentów i lekarzy diagnozowania tej choroby, współwystępowania innych chorób ogniskujących uwagę pacjenta i lekarza, słabą dostępnością specjalistów alergologów, geriatrów czy pulmonologów dla starszych chorych (18,19,20,21,22,23). Nakładanie się objawów astmy oskrzelowej na pogorszenie czynności wentylacyjnej płuc związanej z wiekiem, współistnienie z POCHP lub mylenie tych dwóch chorób, palenie tytoniu, a także częste problemy z wiarygodnym wykonaniem badania spirometrycznego w tym próby odwracalności w tej grupie wiekowej stanowią kolejne trudności w rozpoznawaniu i leczeniu u osób starszych. Atopowe tło tej choroby jest dominujące, podobnie jak w innych grupach wiekowych, sięgając nawet 75% (24,25).

## **Atopowe zapalenie skóry u ludzi starszych**

Atopowe zapalenie skóry w wieku starszym jest zjawiskiem narastającym co wynika ze wzrostu chorobowości w niskich kategoriach wiekowych a postać tej choroby nie odbiega od tej obserwowanej w wieku młodym (26). Istotnym problemem zaburzającym proces diagnozowania tej choroby u ludzi starszych jest nakładający się proces starzenia się skóry co dodatkowo utrudnia wykonanie testów skórnych (27, 28). Kryteria Hanifina i Rajki pozostają podstawowym narzędziem diagnozującym atopowe zapalenie skóry we wszystkich grupach wiekowych (29,30,31,32). Ocena stopnia nasilenia choroby przy użyciu międzynarodowej i upowszechnionej skali SCORAD jest istotnym elementem diagnostyki wyprysku atopowego pomimo doniesień iż jego wartość maleje z wiekiem u chorych z atopowym zapaleniem skóry (31). Poza testami skórnymi punktowymi i

oznaczeniem IgE, użyteczną metodą w diagnostyce pozostają testy naskórkowe i atopy patch testy, których wiarygodność u ludzi starszych została potwierdzona w pojedynczych pracach (31,33,34).

## Alergiczny nieżyty nosa u ludzi starszych

Badania epidemiologiczne dotyczące całorocznego i sezonowego, alergicznego nieżyty nosa u osób starszych są ubogie. W cytowanym już badaniu ESTHER ilość pacjentów w populacji niemieckiej z sezonowym nieżytem nosa ocenia się od 4.8% do 11.5% w zależności od badanych przedziałów wiekowych (11). ARIA ocenia tą ilość na ok. 4% nie rozdziałając nieżytów na sezonowy i całoroczny. Podkreśla się znaczenie wieloletniej alergenowej ekspozycji u bezobjawowych ale uczulonych pacjentów z dodatnimi wynikami testów np. na alergeny pyłków roślin na pojawienie się alergicznego nieżyty nosa w wieku starszym. Współwystępowanie nieżyty nosa w tym alergicznego z astmą oskrzelową podobnie jak u ludzi młodych i dorosłych zostało również dostrzeżone u ludzi starszych (7). W badaniu tym autorzy dodatkowo podkreślili podobną reaktywność skóry w zakresie wykonywanych testów alergicznych u osób młodych jak i po 65 roku życia.

## Choroby oczu u ludzi starszych

Problem starzejącego się oka w tym spojówek wpływa w istotny sposób na przebieg reakcji alergicznej z nim związany. Z wiekiem spada liczba komórek kubkowych doprowadzając często do suchego oka. Dolegliwość ta często nasila przebieg alergicznego zapalenia i powoduje duże dolegliwości u chorego pod postacią świądu, uczucia ciała obcego czy pieczenia.

Obecność metaplazji i hiperplazji w starzejącej się spojówce dodatkowo utrudnia postawienie diagnozy zapalenia alergicznego. Dane epidemiologiczne dotyczące alergicznego zapalenia spojówek w wieku podeszłym są bardzo skąpe i w większości przypadków kojarzone z współistniejącym alergicznym nieżytem nosa co nie do końca oddaje skalę problemu (36,37).

## Inne choroby ludzi starszych

Poza omówionymi chorobami atopowymi, w wieku starszym obserwujemy również reakcje IgE zależne nieatopowe takiej jak: odczyny polekowe, alergie na jady owadów błonkoskrzydłych, czy alergie na lateks.

Reakcje niepożądane po lekach są szczególnym problemem u pacjentów starszych zmagających się często ze zjawiskiem polipragmazji. Manifestacja ich dotyczy głównie skóry i tylko w niewielkiej części podłożem jest reakcja IgE zależna.

## Badania własne

Polskie dane epidemiologiczne dotyczące chorób alergicznych u seniorów, prowadzone przez autora w latach 2010-2013, wskazują na istotny problem tego zjawiska również w naszym kraju.

**Średnia chorobowość skojarzona z wiekiem i płcią w badanej 7800 osobowej populacji ludzi starych dla:**

- **astmy oskrzelowej wyniosła 5.9%,**
- **atopowego zapalenia skóry - 1.6% ,**
- **alergicznego, całorocznego nieżyty nosa - 17.1%,**

- sezonowego alergicznego nieżytytu nosa - 12.6%,
- choroby atopowej wielopostaciowej u 6.4%
- innych chorób alergicznych IgE zależnych 3.7%.

**Średni czas trwania choroby alergicznej wyniósł  $12.7 \pm 5.9$  lat.**

**Pacjenci z podejrzeniem choroby atopowej dominowali w miastach w stosunku do wsi ( $p < 0.01$ ).**

**Wywiad rodzinny w kierunku objawów alergii dotyczył 2298 pacjentów (32.7%, 95% CI: 30.8-36.5).**

Na zakończenie warto podkreślić dużą wagę w obserwacji klinicznej i czujności alergologicznej każdego lekarza prowadzącego pacjentów starszych, u których może wystąpić choroba alergiczna często o niecharakterystycznym przebiegu.



Piśmiennictwo dostępne w redakcji.

Pracę nadesłano 2014.02.17  
Zaakceptowano do druku 2014.06.02

Wkład pracy: według kolejności autorów.  
Konflikt interesów nie występuje.

Adres do korespondencji:  
dr hab. med. Andrzej Bożek  
Katedra i Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych,  
Dermatologii i Alergologii w Zabrze  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 10  
41800 Zabrze  
Tel. 32 271 31 65  
andrzejbozek@o2.pl

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)