

# Immunoterapia alergenowa w Polsce – czym różnimy się od świata

Prof. dr hab. n. med.

**Andrzej Emeryk<sup>1</sup>**

Dr n. med.

**Małgorzata Bartkowiak-Emeryk<sup>2</sup>**

1 Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej UM w Lublinie

Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Andrzej Emeryk

2 Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej UM w Lublinie

Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Jacek Roliński

T E R A P I A

## Allergen immunotherapy in Poland – differences between Poland and the world

### S U M M A R Y

The current situation in the use of allergen immunotherapy (AIT) in the country was presented. The likely causes for the rare use of this therapeutic method, recommended mainly in allergic rhinitis, asthma, allergic to Hymenoptera venom and atopic dermatitis were done. Special attention was paid to the disparities in the application of subcutaneous AIT vs. sublingual AIT (too rare).

**Przedstawiono aktualną sytuację w zakresie stosowania immunoterapii alergenowej (AIT) w kraju. Podano przypuszczalne przyczyny zbyt rzadkiego stosowania tej metody terapeutycznej, zalecanej głównie w alergicznym nieżycie nosa, astmie, uczuleniu na jad owadów błonkoskrzydłych oraz w atopowym zapaleniu skóry. Zwrócono szczególną uwagę na dysproporcje w stosowaniu AIT podskórnej vs. AIT podjęzykowa (za rzadko).**

Emeryk A.: Immunoterapia alergenowa w Polsce – czym różnimy się świata. *Alergia*, 2016, 1: 21-22

Immunoterapia alergenowa (allergen immunotherapy, AIT) jest najważniejszą metodą postępowania przyczynowego w schorzeniach alergicznych o mechanizmie IgE-zależnym. AIT jest też jedyną skuteczną metodą mogąca zmienić naturalny bieg choroby alergicznej poprzez prewencję rozwoju astmy u chorych na alergiczny nieżyt nosa (ANN), zapobieganie rozwoju nowych uczuleń (głównie u chorych z alergią wziewną) oraz indukcję alergenowo-specyficznej tolerancji (u chorych z alergią wziewną lub/i alergią pokarmową)(1,2). Doniesienia z ostatnich lat wskazują, iż AIT u dzieci może zapobiec

rozwojowi chorób alergicznych u osób zdrowych z uczuleniem IgE-zależnym, wstrzymać rozwój wczesnej manifestacji atopowego zapalenia skóry (AZS) lub alergii pokarmowej (AP), a także zapobiec rozwojowi ANN u chorych na astmę (3,4,5,6). Zastosowanie AIT ma też istotny wymiar ekonomiczny - z reguły jest to postępowanie tańsze w ANN czy w astmie w długim przedziale czasowym w porównaniu do klasycznej farmakoterapii czy terapii anty-IgE (7,8,9).

Te istotne korzyści płynące z AIT zmieniły postrzeganie tej metody terapeutycznej chorób alergicznych w ostatnich 20 latach i stały się przyczyną jej szerokiego rozpowszechnienia. Od wielu lat istnieją 3 zasadnicze metody AIT: podskórna (SCIT), podjęzykowa (SLIT) i doustna (OIT). Ta ostatnia jest ciągle w trakcie intensywnych badań, przede wszystkim w alergii pokarmowej u dzieci (10,11). Główne wskazania do AIT, to: ANN, astma, alergia na jad owadów błonkoskrzydłych oraz wybrane przypadki AZS. Celem artykułu jest przedstawienie aktualnej sytuacji AIT w kraju na tle trendów w Europie i na świecie. W oparciu o posiadane dane oraz własne doświadczenia omówiono dwa najważniejsze obecnie zagadnienia dotyczące AIT w kraju: przyczyny jej zbyt rzadkiego stosowania oraz pozycję SLIT.

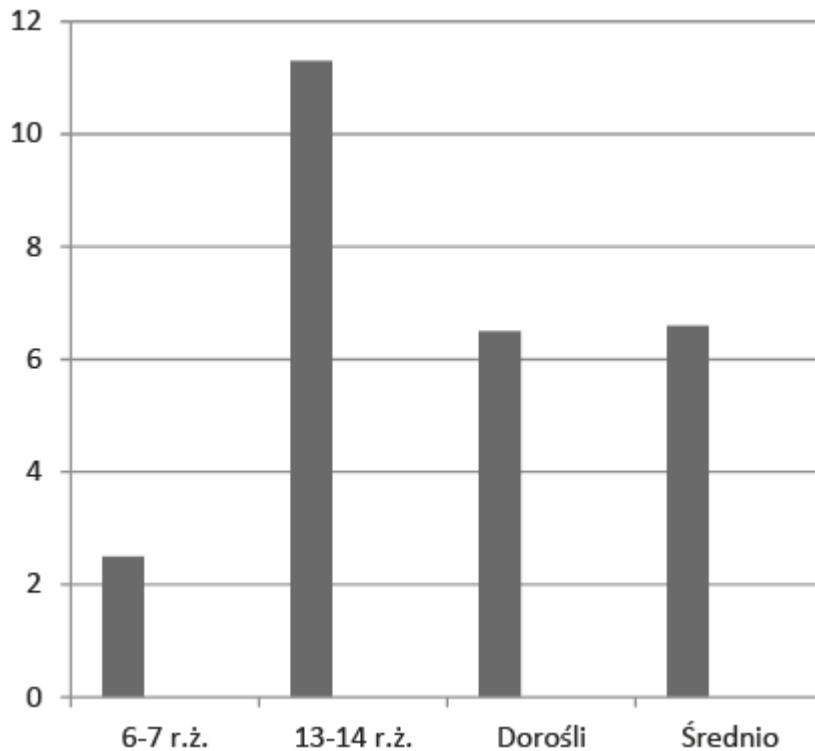
## **Dlaczego AIT jest stosowana zbyt rzadko w kraju ?**

Podobnie, jak w innych krajach, także w Polsce AIT jest stosowana zbyt rzadko u chorych spełniających kryteria kwalifikacji do tej metody terapii (12). Widać to dobrze na przykładzie danych z badania ECAP u chorych na ANN (ryc. 1)(13).

AIT otrzymywało jedynie średnio ok. 6,5% pacjentów chorych na ANN (najmniej w grupie dzieci w wieku 6-7 lat – 2,5%, najwięcej w grupie dzieci w wieku 13-14 lat – 11,3%). Wydaje się jednak, że powinno ich być co najmniej 3-4 razy więcej, a w świetle aktualnych standardów międzynarodowych AIT powinna być wdrażana znacznie wcześniej (dzieci w wieku 5-12 lat)(12,14,15).

Podobną sytuację spotyka się w części krajów Europy (16,17,18). Główne przyczyny takiego stanu rzeczy w kraju, to: brak zgodności ekspertów co do udokumentowanej efektywności różnych metod AIT, niedostateczne dane co do opłacalności AIT (szczególnie w astmie), zróżnicowanie w poziomie wykształcenia lekarzy zajmujących się chorymi na schorzenia alergiczne, zbyt mały odsetek alergologów stosujących AIT, brak dostatecznej świadomości i wiedzy o AIT w populacji ogólnej i wśród chorych na choroby alergiczne (wysoki odsetek rezygnacji z AIT po uprzednim zakwalifikowaniu), różne sposoby kwalifikacji chorych do AIT, różnorodne schematy aplikacji preparatów, niska dostępność produktów stosowanych w AIT (szczególnie do SLIT), ogólnie niski poziom refundacji preparatów stosowanych w AIT, niedoskonały system publicznej opieki alergologicznej (brak dostatecznej liczby punktów na AIT w kontraktach z NFZ).

### **RYC. 1 Odsetek chorych na ANN podanych AIT w oparciu u dane z badania ECAP (dane dla całego kraju)(13).**



## Dlaczego tak mało SLIT ?

W tabeli I zestawiono szacunkowe dane dotyczące udziału poszczególnych metod AIT w kraju vs świat w latach 2012-2014.

**TABELA 1** Udział procentowy metod AIT w rynku immunoterapii na świecie i w Polsce w latach 2012-2014 (19,20).

Metoda AIT	SCIT (%)	SLIT + OIT (%)
Polska	84	16 (15 + 1)
Świat	53	47 (41 + 6)

Wynika z nich jasno, iż w kraju zdecydowanie dominuje SCIT, podczas gdy na świecie udział w rynku obu metod jest podobny (z tendencją rosnącą dla SLIT). W roku 2013 preparaty do SCIT stosowało w kraju ok. 110 000 chorych, podczas gdy produkty SLIT jedynie ok. 9 000 chorych, przy czym zanotowano wzrost udziału produktów SLIT w 2014 o ok. 4% vs. 2013, a w roku 2015 o dalsze 2% vs rok 2014 (20,21). Na tak niskie użycie SLIT składa się na kilka przyczyn. Po pierwsze preparaty do SCIT są refundowane (niektóre całkowicie). Są zatem dostępne szerzej dla chorych z przyczyn ekonomicznych. Dla kontrastu, żaden preparat do SLIT nie jest aktualnie refundowany w kraju (stan na 30.03.2016 r.), co stanowi ewenement na tle Europy. Przykładowo, stopień refundacji SLIT w Europie waha się od 15% we Francji i 40% w Hiszpanii, do 100% w Austrii, Holandii czy Niemczech. Po drugie, podawanie preparatów do SCIT łączy się z punktowaną procedurą alergologiczną zapisaną w kontrakcie z NFZ. A zatem przynosi konkretny wymiar ekonomiczny danej placówce medycznej. Nie ma nadal takiej procedury w przypadku SLIT. A to oznacza, iż jej zastosowanie nie przynosi żadnych korzyści ekonomicznych placówce medycznej (i nie skłania lekarzy do jej szerszego stosowania).

Tę ostatnią tezę potwierdzają wyniki badania ankietowego dotyczącego stosowania AIT przeprowadzonego wśród ponad 500 członków PTA w roku 2013, a prezentowane po raz pierwszy w 2014 r. (22). Pokazały one, iż jedynie 61% alergologów stosuje SLIT w swojej praktyce (przy 92% dla SCIT). Po trzecie brak jest ciągle w kraju kilku preparatów tabletkowych do SLIT, zarejestrowanych już w innych krajach. Dotyczy to na przykład preparatów zawierających alergeny roztoczy czy pyłki brzozy. Po czwarte, przy wyborze metody AIT nie bierze się praktycznie pod uwagę głosu pacjenta. W świetle aktualnych zaleceń i zgodności wielu ekspertów co do podobnej efektywności obu metod przy większym bezpieczeństwie SLIT, to właśnie ten element wydaje się odgrywać istotną rolę w decyzji o wyborze między SCIT a SLIT co przedstawiono na ryc.2 (14,15).

## RYC. 2 Czynniki wpływające na wybór między SCIT a SLIT

Efektywność, bezpieczeństwo, dostępność, koszty (refundacja),  
procedury NFZ, wiedza i doświadczenie lekarza



Trzeba pamiętać o najważniejszych cechach i zaletach SLIT. Aktualne krajowe i międzynarodowe konsensusy i stanowiska podkreślają, iż SLIT, to: wysoka akceptacja przez chorych, mniej komplikacji dla opieki medycznej, metoda tańsza w stosowaniu i bezpieczniejsza dla chorych i lekarzy vs. SCIT (12,23). Z tych i innych względów obserwuje się w ostatnich latach globalny trend rosnący dla SLIT (19). Należy mieć nadzieję, iż podobny trend będziemy obserwować wkrótce także i w kraju, a rynek SLIT będzie co najmniej równy rynkowi SCIT. □

Piśmiennictwo dostępne w redakcji. Pracę nadesłano 2016.4.1

Zaakceptowano do druku 2016.4.4 Wkład pracy: według kolejności autorów. Konflikt interesów nie występuje.

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)