

Možnosti praktického lékaře v diagnostice a léčbě alergického pacienta

MUDr. Jaroslava Braunová, Ph.D.

Ústav imunologie LF UP, oddělení alergologie FN Olomouc

Cílem předloženého článku je seznámit praktické lékaře se základními diagnostickými a léčebnými postupy využitelnými v jejich praxi u pacientů s projevy alergických onemocnění.

Klíčová slova: alergie, atopie, asthma bronchiale, rizikové faktory, diagnostika, léčba.

Options of the general practitioner for diagnosing and treating an allergic patient

The aim of the present article is to introduce general practitioners to the basic diagnostic and therapeutic strategies that can be utilized in their practice in patients with symptoms of allergic disease.

Key words: allergy, atopy, bronchial asthma, risk factors, diagnosis, treatment.

Med. praxi 2013; 10(6, 7): 235–237

Úvod

Alergická onemocnění představují zejména ve vyspělých zemích střední a západní Evropy závažný zdravotní problém. Podle současných odhadů je jenom v České republice kolem 3 milionů lidí s různými projevy alergického onemocnění, jako je alergická rýma, atopický ekzém, léková alergie, potravinová alergie, alergie na hmyzí bodnutí nebo bronchiální astma.

Je pochopitelné, že kvalifikovaná odborná péče o tyto pacienty je soustředěna do rukou odborných lékařů – alergologů a klinických imunologů.

S ohledem na stále se zvyšující počet pacientů s příznaky různých alergických onemocnění se musí zákonitě dříve či později s touto problematikou setkat každý praktický lékař, a to v poradně jak pro dospělé, tak i pro dětské pacienty.

Spektrum obtíží, které mohou vést praktického lékaře k podezření na onemocnění s alergickou etiologií, může být různorodé. V této souvislosti je nutné mít na zřeteli, že řada IgE mediovaných onemocnění vzniká na základě genetické predispozice (tzv. atopie) a vyskytuje se také u rodinných příslušníků.

Polinóza

Polinóza, známá také jako senná rýma, je výsledkem vdechování pylových zrn a následné senzibilizace součástmi pylu. Pylové alergeny vyvolávají u dříve senzibilizovaného jedince klinické symptomy po kontaktu se sliznicí dýchacích cest a spojivkového vaku.

Pacient obvykle přichází do ordinace praktického lékaře s polymorfními stesky, často obecného charakteru. Na praktickém lékaři je posouzení těchto příznaků a eventuální odeslání

pacienta k vyšetření u specializovaného lékaře nebo na specializovaném pracovišti.

Nejčastějšími příznaky bývají projevy trvalé rýmy, ucpaného nosu, bolesti hlavy, záchvaty kýchání a s tím související časté spánkové poruchy. Tyto příznaky v případě alergické etiologie nereagují na standardní léčbu případného bakteriálního nebo virového onemocnění, což může být pro praktického lékaře významným vodítkem, které by ho mělo dovést k podezření na alergický původ těchto obtíží. Důležitým anamnestickým ukazatelem je v tomto případě také eventuelní sezónní výskyt výše popsaných příznaků nebo jejich vazba na konkrétní prostředí (expozice alergenem).

Základními diagnostickými kameny pro určení polinózy jsou anamnéza, kožní testy s alergenem, laboratorní vyšetření, které zahrnuje i vyšetření specifických IgE protilátek. Výběr testovaných alergenů a výběr alergenů určených k detekci specifických IgE protilátek je prováděn na základě anamnestických údajů pacienta, ale i zkušeností alergologa a klinického imunologa. Diagnostika polinózy by měla vždy probíhat ve spolupráci praktických lékařů a specialistů – otorhinolaryngologa a především alergologa.

Akutní příznaky, se kterými přichází pacient k praktickému lékaři, je možné řešit použitím úlevových léků. Mezi nimi lze na prvním místě uvést antihistaminika, a to jak pro perorální podání (tablety, kapky, nově orodispergovatelné tablety, tak lokálně působící (nosní či oční kapky). Antihistaminika velmi dobře potlačí akutně vzniklé potíže – kýchání, vodnatou sekreci z nosu nebo očí, méně ovlivní zduření nosní sliznice. Mezi základní podávaná léčiva patří loratadin a desloratadin (Claritine, Alerius, Alerius v orodispergovatelné podobě), cetirizin a levocetirizin

(Zyrtec, Xyzal), fexofenadin (Ewofex), rupatadin (Tamalis), bilastin (Xados). Kromě jmenovaných originalit jsou na našem trhu ještě jejich generika. Nejčastěji používanými lokálně působícími antihistaminiky jsou azelastin (Allergodil) a levokabastin (Livostin), oba jak v podobě očních, tak nosních kapek. Ketotifen – stále používaný, především pediatry, jak v podobě tablet, tak očních kapek.

Další volbou praktického lékaře mohou být preventivně podávané léčivé přípravky, zejména nosní kortikoidy pro jejich komplexní protizánětlivý účinek. Představují neefektivnější farmakologickou léčbu senné rýmy a patří do medikace první volby u středně těžké a těžké alergické rýmy. Velmi efektivně ovlivňují nazální příznaky, především obstrukci. Výrazně redukuje také alergický zánět a nosní hyperreaktivitu. Mají minimum vedlejších účinků. Nástup účinku je pozorován už za 6–12 hodin po podání, maximální terapeutický efekt nastupuje za několik dnů. Obdobně jako antihistaminika mají velmi jednoduché dávkovací schéma (1–2krát denně). V současné době je na našem trhu bohatá nabídka nosních kortikoidů – beclomethason (např. Beclomet nasal aqua, Nasobec), budesonid (např. Rhinocort aqua, Tafen nasal, Tinkair), flutikason propionát (např. Nasofan), flutikason furoát (Avamys), momethason furoát (Nasonex). I v této oblasti mají své důležité uplatnění výše zmiňovaná antihistaminika – zejména moderní antihistaminika II. generace a antihistaminika nová, která mají při dlouhodobějším podávání i výrazný účinek protizánětlivý a imunomodulační (Alerius, Xyzal). Velmi efektivní a účinná je kombinace perorálního antihistaminika a nosního kortikosteroidu – významné synergické působení.

Další možnost při léčbě alergické rýmy představují dekongestiva k nazální aplikaci. Většina z nich patří do skupiny volně prodejných léčivých

látek. Vedou k výrazné redukci nosní obstrukce, což však může, u pacientů se sklonem k nadužívání těchto látek, vést až k rozvoji rhinitis medicamentosa. Vzhledem k tomuto riziku jsou léčiva této skupiny určena ke krátkodobému podávání (maximálně 7–10 dnů). Jejich účinek nastupuje velmi rychle. Na našem trhu jsou k dispozici např. Nasivin, Oxamet, Olynth, Otrivin, Sanorin, Muconasal, Vibrocil, Sanorin – analergin a další.

Specifická alergenová imunoterapie jako další významná možnost ovlivnění alergické reaktivity pacienta patří do rukou alergologa. Její výsledky v dlouhodobém horizontu jsou velmi příznivé.

Režimová opatření netřeba zdůrazňovat – patří do obecných poučení jak praktickým lékařem, tak specialisty.

Potravinové alergie

Je nutné si především uvědomit, že ne všechny reakce na potraviny jsou reakcemi alergickými. Jako potravinovou alergii v pravém slova smyslu označujeme reakci, jejímž patofyziologickým podkladem je prokázaná imunitní reakce.

Často je s pravou alergickou reakcí zaměňována intolerance potravin. Jedná se o dosti častou nežádoucí reakci na požití potravin, která ale není podmíněna imunitními mechanismy. K záměně vede to, že klinický průběh těchto reakcí se klasické alergické reakci velmi podobá. Příčinou je většinou potravina bohatá na histamin nebo potravina, která během procesu trávení v zažívacím traktu histamin uvolňuje. Další možností je vznik histaminu působením bakterií (dekarboxylace histidinu na histamin): otrava rybami (např. losos, tuňák). V případě kravského mléka je příčinou intolerance nejčastěji mléčný cukr – laktóza. Zde se však jedná o jiný princip, než je histaminová intolerance. Jde o enzymatický deficit.

Častými příznaky potravinových alergií bývají kopřivka, zvýšené prokrvení kůže, otoky lokalizované kdekoli po těle, často obtěžující výrazný pocit svědění na různých částech těla. V těchto případech je nesmírně důležitá přesně provedená anamnéza, která by měla lékaři pomoci odhalit konkrétní příčinu obtíží pacienta, nebo alespoň podezření na ni, s ohledem na možnou potravinovou či lékovou alergii. Určitou komplikací při diferenciální diagnostice těchto alergických projevů může představovat skupina pacientů, u kterých má kopřivka jinou příčinu.

Zásadním pokynem při léčbě potravinové alergie je absolutní eliminace vyvolávající potraviny či nápoje z jídelníčku pacienta. Jde

o zákaz dlouhodobý, nejméně dva roky. Někdy se po dlouhodobé striktní eliminaci dané potraviny může navodit tolerance a pacient může velmi omezeně a nesmírně opatrně zkusit zařadit vyvolávající potraviny zpět do svého jídelníčku.

Léčba symptomatická: léčí akutně vzniklé příznaky a může mít omezeně i vliv preventivní. Při léčbě potravinových alergií můžeme využít antihistaminika 2. generace, kortikosteroidy (masti, čípky, tablety). V akutním stavu je možné podat kortikosteroidy na přechodné období perorálně, v těžkých anafylaktických stavech i parenterálně.

V posledních dvou letech se začínají na kongresech a v odborné literatuře objevovat novinky ve smyslu alergenové imunoterapie. Alergen-specifické vakcíny (vakcíny na rostlinné bázi, rekombinantní alergen, IgE syntetické peptidy) a alergen-nespecifické vakcíny (antilgE, probiotika) budou určeny jak k léčbě, tak velmi pravděpodobně i k prevenci potravinové alergie. Tento typ léčby potravinových alergií je však plně v rukách lékaře specialisty.

Lékové alergie

Praktický lékař se v posledních letech stále častěji setkává s projevy lékové alergie. I v těchto případech sehraje dominantní roli přesně a podrobně odebraná anamnéza. Určitým diferenciálně – diagnostickým problémem může být koinkidence alergie potravinové a lékové.

Projevy akutní lékové reakce jsou identické s projevy akutní alergické reakce jiné etiologie (potravinová alergie, alergie na hmyzí bodnutí). Mezi nejčastější projevy patří kožní exantém, erytém, potíže lokalizované do oblasti respiračního traktu a zažívacího traktu. Časté jsou oční příznaky.

I léčba je identická – antihistaminika celkově, velmi často se neobejdeme bez přechodného podávání kortikoidů perorálně. U těžších reakcí je na místě podání kortikoidů parenterálně.

V každém případě po bezprostředním ošetření u praktického lékaře je pacienta nutno odeslat ke spádovému alergologovi, v těžších klinických případech na JIP interních oddělení spádových nemocnic. Rizikem u lékových reakcí je často prolongace potíží (i několik dnů), vyžadující trpělivou a razantní léčbu.

Alergie na hmyzí bodnutí

V posledních letech přibývá alergických reakcí na jed blanokřídlého hmyzu (včela, vos, sršeň, čmelák) s velkou intenzitou projevů. Bezprostřední ošetření v ordinaci praktického lékaře odpovídá léčbě alergické reakce anafylak-

tického typu (adrenalin, kortikoidy, antihistaminika). Pacient, který ví o své přecitlivělosti na hmyzí bodnutí, je vybaven balíčkem první pomoci a je edukován alergologem v jeho použití. Dokáže si sám aplikovat adrenalin pomocí předplněného pera – autoinjektoru (EpiPen pro dospělé obsahuje 0,3 mg epinefrinu, EpiPen junior pro děti obsahuje 0,15 mg epinefrinu). Ihned si vezme tabletku antihistaminika a perorálního kortikoidu.

V každém případě alergik na bodnutí hmyzem patří co nejdříve do péče alergologa. U této diagnózy jsme velmi úspěšní s kauzální alergenovou imunoterapií.

Asthma bronchiale

Řada pacientů, u kterých je následně diagnostikováno asthma bronchiale, přichází k praktickému lékaři s dechovými potížemi. I v tomto případě hraje dominantní roli velmi podrobně provedená anamnéza. Pro posouzení konkrétní příčiny dechových obtíží pacienta je rovněž nezbytné posouzení vlivu prostředí, ve kterém se pacient pohybuje (domácí a zejména pak pracovní prostředí). Stanovení diferenciální diagnostiky bronchiálního astmatu by mělo být plně v rukou lékaře specialisty. Proto by měl praktický lékař, který na základě příznaků a provedeného vyšetření pacienta dojde k podezření na bronchiální astma, tohoto pacienta co nejdříve odeslat ke spádovému odbornému lékaři – specialistovi.

Úlevové léky mají odstranit akutní dechové potíže pacienta – jsou především v podobě inhalační (krátkodobá beta2mimetika – salbutamol, fenoterol, dlouhodobá beta2mimetika s rychlým nástupem účinku – formoterol). Jde o léky určené skutečně k akutnímu podání, pacienti mají ale sklon k jejich nadužívání právě pro jejich rychlý a efektivní nástup účinku, takže pozor na jejich předávkování!! Častost jejich podání může určovat i míru kontroly astmatu. Jejich význam v posledních letech poněkud klesá s upřednostněním dlouhodobých beta2mimetik ve spojení s inhalačními kortikosteroidy v odděleném podávání nebo v podobě tzv. fixní kombinace (dlouhodobé beta2mimetikum a inhalační kortikosteroid), které potřebu použití úlevové léčby výrazně snižují.

Občas se ještě bronchodilatancia podávají v tabletové podobě nebo sirupu.

Své místo mají i methylxantinové deriváty s krátkodobým účinkem jako účinný bronchodilatátor při těžkých formách bronchiálního astmatu nebo při exacerbaci astmatických potíží (nikoliv jako lék první volby, ale v kombinaci s léky dalšími).

Stejně tak se uplatní – ale s mírnějším bronchodilatačním účinkem – i inhalační anticholinergika.

Léky preventivní

Dominantní postavení inhalačních kortikosteroidů v posledních desetiletích velmi výrazně ovlivnilo kvalitu života astmatiků. Podávají se buď samostatně (budesonid, ciclesonid, beclomethason, flutikason), nebo v kombinaci s dlouhodobým beta2mimetikem. Této tzv. fixní kombinaci dáváme přednost u středně těžkého a těžkého bronchiálního astmatu. Fixní kombinace na našem trhu jsou dostupné ve formě dávkovacího aerosolu (beklometason + formoterol, pod obchodním názvem Combair), nebo ve formě prášku pro inhalaci (budesonid + formoterol, obchodní název Symbicort turbuhaler; nebo flutikason + salmeterol, obchodní název Seretide discus).

V indikovaných případech lze podpořit tuto základní léčbu ještě podáním antileukotrienu (montelukast). Volba vhodných kombinací ale pří-

sluší do rukou alergologa, klinického imunologa nebo pneumologa.

Ve zvlášť těžkých stavech jsou indikovány kortikosteroidy v i.v. podání, s následným, většinou přechodným perorálním podáváním v sestupných dávkách.

U přísně indikovaných pacientů zahajujeme tzv. biologickou léčbu astmatu, tj. podávání anti-IgE protilátek (omalizumab – humanizovaná monoklonální protilátka). Specializovaná centra pro tuto léčbu jsou v ČR většinou součástí fakultních nemocnic. O léčbě rozhoduje alergolog a pneumolog.

Každý pacient s podezřením na diagnózu alergické rýmy nebo průduškového astmatu by měl být co nejdříve vyšetřen specialistou a co nejdříve by mu měla být zavedena preventivní léčba, ve které může do jisté míry pokračovat také praktický lékař.

Závěrečné doporučení pro praktického lékaře

1. Provedení podrobné anamnézy

2. Základní úlevová léčba
3. Odeslání pacienta na specializované pracoviště k potvrzení diagnózy a nastavení vhodného léčebného postupu
4. Pokračování léčby ve spolupráci s lékařem – specialistou
5. Podrobná edukace pacienta

Článek přijat redakcí: 8. 4. 2013

Článek přijat k publikaci: 1. 7. 2013

MUDr. Jaroslava Braunová, Ph.D.

Ústav imunologie LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
braunova@fnol.cz

