

Roztoči a alergie

doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.

Oddělení alergologie a klinické imunologie Nemocnice Na Homolce, Praha

Alergie je chronická zánětlivá reakce na sliznicích či na kůži. Jedná se o nepřiměřenou reakci organismu na alergeny v našem prostředí. Alergií na roztoče trpí především dýchací ústrojí. Nejčastěji jde o rinitidu a astma. Potíže mohou trvat po celý rok nebo s různou intenzitou kolísají. Následující text nabízí stručný přehled této problematiky.

Klíčová slova: roztoči, alergeny, alergie.

Dust mite and allergies

Allergy is a chronic inflammatory response of the mucosa or skin. It is a hyper-reaction of the body to environmental allergens. Dust mite allergy mainly affects the respiratory system most commonly causing rhinitis and asthma. Complaints may last all year or change with varying intensity. The present article provides a brief overview of this issue.

Key words: dust mite, allergens, allergy.

Med. Pro Praxi 2010; 7(8 a 9): 325–326

Roztoči jsou nejvíce alergizující organickou součástí domácího prachu a jsou prokazatelně v příčinné souvislosti s alergickými záněty spojivek, alergickou rýmou a průduškovým astmatem. Také u ekzémů najdeme souvislosti s roztoči. Prach domácí může mít různě odlišné složení: nejčastěji se vyskytující roztoči v prachu jsou *Dermatophagoides pteronyssinus* a *farinae*, a proto jsou nejvíce využívány v kožních testech při testování v alergologických ordinacích. Tato kombinace roztočových alergenů v testech je vzorek, který má dostatečně reprezentativní výpovědní hodnotu ve snaze odhalit tzv. senzibilizaci jedince na tyto alergeny. Lze jmenovat i jiné roztoče, avšak hlubší přírodovědný ponor do této oblasti by přesahoval praktický rámec tohoto přehledu. Roztoči jsou mikroorganismy velikosti 300 mikrometrů, taxonomicky náleží mezi členovce. Vyskytují se především v domácím prachu i na jiných místech. Jejich potravou jsou odloupané lidské epitelie, zejména kůže a ke své reprodukci vyžadují teplo a vlhko. Optimální se uvádí teplota kolem 25 °C a relativní vlhkost 55–75 %. Osidlují tedy lůžka, šatníky, ale také koberce a v přírodě, např. ptačí hnízda aj. Ultrafialové záření a chladné prostředí roztočům nevyhovuje. V horských oblastech nad 1000 m již roztoče nenajdeme. Jejich reprodukční cyklus trvá 26–34 dnů. Vlastní alergeny roztočů se nachází v tělesné schránce a v exkrettech. Alergeny z exkretů jsou enzymy a kromě vlastní alergenicity zvyšují poškozením slizniční integrity propustnost sliznice dýchacích cest pro alergeny. Účast roztočů v alergickém dráždění sliznice horních, respektive dolních, dýchacích cest z pohledu alergických pacientů může být někdy nedoce-

něna například při časovém souběhu s pobytem na chatě či chalupě v domnění, že jde o přecitlivělost na pyly v pylové sezoně.

Diagnostika alergie na roztoče se opírá nikoli jen o kožní testy (dnes již téměř výhradně vpichové, tedy tzv. pricky) a laboratorní vyšetření specifických IgE protilátek, ale především o anamnézu. Jestliže obecně platí, že z anamnézy lze vyčíst kolem 80 % informací nutných pro stanovení pracovní diagnózy, pak detailní anamnestický rozbor, cílený na tuto oblast, je zcela zásadní. Otázky jsou směřovány na vybraná prostředí suspektní expozice, tedy na lůžka, lůžkoviny, koberce, čalounění atp. Postižení jedinci mají obtíže plynoucí z podráždění až zanícení kůže a sliznic očí, dýchacích cest. Pak se hovoří o **rino-konjunktivitidě, ekzému či astmatu**. Má-li pacient rýmu bez doprovodných obtíží očních, je méně pravděpodobné, že příčinou obtíží jsou aeroalergeny tedy i roztoči, neboť nejen nos, ale i oční spojivka je jejich bránou vstupu.

Alergická rinitida na podkladě přecitlivělosti na roztoče nemusí mít kontinuální projevy jako perzistující pylová rinitida v pylové sezoně. Může značně kolísat ve své intenzitě a být tak poněkud matoucí v procesu stanovení diagnózy. Nemusí jít nutně o profuzní nosní sekreci. Může se například jen střídat nosní blokáda s nosní sekrecí.

Vodnatá rinitida však nemusí vždy být alergického původu. Může jít o rinitidu nealergickou dříve nazývanou vazomotorickou, kde podnětem bývá časté střídání teplot (z tepla do zimy a naopak). Jindy převládá spíše pocit nosní blokády například při nadužívání volně prodejných dekongestiv ve formě kapek (déle

jak týden) a pak dospěje do stavu označovaného jako medikamentózní rinitida. Terapeutickým řešením zde je vysadit tato dekongestiva a podat intranazální kortikosteroidy. U rýmy však je nutná zásadní poznámka, že zvláště u nosní blokády a zvláště u nesezonní rinitidy by pacienta měl vyšetřit kromě alergologa především lékař oboru ORL. Pacient může mít i souběh s polypy nosními nebo zbytnělou sliznicí v oblasti zadních konců dolních skořep a různé anatomické změny, jež jsou v kompetenci výhradně oboru ORL. Nelze také nezmínit skutečnost, že rinitida je často vlastně rinosinusitida a opět je potřeba i přes evidentní účast roztočů, tedy alergické složky, spolupracovat s kolegy z ORL.

Terapie

Terapie vychází z konkrétní diagnózy a měla by být volena individuálně s ohledem na každého nemocného zvlášť. Kromě samotné farmakoterapie a případné imunoterapie alergenem jsou důležitá i opatření režimového charakteru minimalizující expozici. Stoprocentně se vyhnout roztočům pro jejich všudypřítomnost asi není možné. Nelze však očekávat i při dobře volené farmakologické intervenci suverénní efekt, nebudou-li respektována režimová opatření. Důležitá je i volba profese a v domácím prostředí pak jistá důslednost v omezování pobytu v prašném prostředí.

Možnosti farmakologické antialergické léčby jsou již dnes velmi účinné. Farmakologické preparáty dosáhly výrazného pokroku a dnešní antihistaminika neblokují jen receptor pro histamin, ale patří mezi látky s imunomodulačním účinkem. Na alergickou konjunktivitu nebo rinitidu

je možno použít antihistaminika, ať už celkově nebo lokálně nebo obojí při větší intenzitě obtíží. Dnes se používají už jen antihistaminika 2. nebo 3. generace, tedy cetirizin nebo loratadin, respektive levocetirizin či desloratadin. Nově je na trhu i fexofenadin. Všechny léky z této nejnovější skupiny mají vynikající bezpečnostní profil, nemají prakticky sedativní účinek (s výjimkou malé skupiny vnímavých osob v případě cetirizinu) a nejsou kardiotropní, respektive arytmogenní (jak tomu bývalo např. u astemizolu a terfenadinu). Lokálně použitelných antihistaminik je celá řada (azelastin, levocabastin aj.) a jsou často kombinovány s lokálními dekongestivy. Lze užít také ketotifen nebo lokálně dinatrium kromoglykát. Oba preparáty stabilizují žírné buňky a brání jejich degranulaci a tím i uplatnění histaminu a dalších mediátorů (leukotrienů, prostaglandinů a řady cytokinů) participujících na průvodních jevech rozvíjející se alergické reakce 1. typu. Lokálně lze užít na alergickou

rýmu i intranazální kortikosteroidy, jejichž nástup účinku je v řádu hodin či spíše dnů a je potřeba je užívat pravidelně. V režimu dle potřeby jsou málo účinné. Jedním z užívaných režimů je intervalový (tj. střídají se týdny užívání a vysazení, tj. lék se neužívá zcela trvale dlouhodobě řadu měsíců, ale s jistými přestávkami) za určitých kontrol ambulantně.

Ať už jde o jakoukoliv farmakologickou intervenci, jde vždy o řešení následku nikoli příčiny. Kauzální léčbou kromě vyhýbání se alergenové expozici je však imunoterapie roztočovým alergenem, která je sice zdlouhavá, časově i finančně náročná, avšak usiluje o navození určité tolerance organismu vůči roztočovým alergenům a mnohdy se značným úspěchem. Tato léčba dokáže nejen snížit symptomatologii a spotřebu léků, ale i pronikavě snížit riziko rozvoje astmatu. Toto riziko u osob s alergickou rýmou a s přecitlivělostí na roztoče může být až 50 % (!). Vakcíny jsou injekční na dobu 3–5 let podávané

v pravidelných intervalech dle schémat výrobců. Sublinguální jsou užívány zejména u dětských pacientů.

Terapie kožních obtíží s účastí přecitlivělosti na roztoče, např. u ekzematiků, by měla být vždy kromě terapie antihistaminiky vedena v úzké spolupráci s dermatologem.

Literatura

1. Hubert J, Stejskal V, Lukáš J. Význam jednotlivých skupin skladıştních členovců jako producentů alergenů do uskladněného obilí v České republice. *Alergie* 2002; 1: 54–59.
2. Špičák V, Panzner P, Galen 2004. ISBN: 80–7262–265–X.
3. Seberová E, Maxdorf 2006. ISBN: 80–7345–097–6.
4. Hrubířko M. *Alergologia*. Osveta 2003. ISBN 80–8063–110–7.
5. Bystroň J. *Alergie*. Migargo 1997. ISBN 80–85922–46–0.

doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.

*Oddělení alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
petr.cap@homolka.cz*

