

Co si počít s alergikem v ordinaci praktického lékaře pro dospělé

MUDr. Božena Kalabusová

ALKLIMUN s. r. o., Přerov

Počet alergiků v populaci neustále narůstá. V článku jsou uvedeny základní údaje o léčbě nejčastějších alergických onemocnění: rýmy, průduškového astmatu, kopřivky. Je uveden popis léčby anafylaktické reakce.

Klíčová slova: průduškové astma, alergická rýma, kopřivka, anafylaxe.

What to do with allergic in the general practitioner for adults

Number of allergics in population grows constantly. In this article are shown basic information about treatment of the most common allergic diseases: rhinitis, bronchial asthma, urticaria. Description of the therapy of the anaphylactic reaction is provided.

Key words: bronchial asthma, rhinitis, urticaria, anaphylaxis.

Med. praxi 2013; 10(5): 187–189

Světová zdravotnická organizace řadí alergie na 4. místo v žebříčku chronických onemocnění ve světě, jedná se o závažnou civilizační chorobu. V posledních letech jsme svědky geometrického nárůstu alergických onemocnění ve všech věkových skupinách, nejvíce u dětí. V 80. letech dvacátého století trpělo alergií 10 % populace, dnes se s ní potýká celých 30 % obyvatel průmyslových zemí. S alergií jako s příčinou řady potíží u svých pacientů musí počítat každý lékař napříč všemi medicínskými obory.

Alergická rýma

Alergická rýma patří k nejčastějším alergickým onemocněním. Skutečná prevalence alergické rýmy není přesně známa. Podle kvalifikovaných odhadů odborníků trpí alergickou rýmou kolem 20 % dospělých a 10 % dětí. Jen asi polovina je podchycena ve zdravotnických zařízeních a soustavně léčena (1).

Klinické příznaky typické alergické rýmy jsou notoricky známé a nepřehlédnutelné: svědění nosu, kýčání, vodnatá sekrece, obturace nosu. Velmi často jsou současně přítomny i oční příznaky: svědění a slzení očí, zarudlé spojivky, často svědění patra. Tento klinický obraz je typický pro sezonní alergickou rýmu s přecitlivělostí na pyly. U řady pacientů dochází v pylové sezoně ke snížení výkonnosti, únavě, mohou se objevovat subfebrilie, vzácně i pseudorevmatické potíže: bolesti kloubů, svalů a kostí, někdy gastrointestinální potíže (2). Méně razantně bývají příznaky vyjádřeny u celoroční alergické rýmy. Zde se může pacient dostavit k praktickému lékaři pro zdánlivě jiné potíže, ale jejich příčina může být neléčená alergická rýma: recidivující infekce, pocit škrábání a bolesti

v krku, kašel při zadní rýmě se zatékáním hlenů do krku, bolesti hlavy, únava. Samotní pacienti jsou na své nosní potíže již tak zvyklí, že je nevnímají jako problém, neuvádějí je a přicházejí až s komplikacemi. Je nutné po příznacích alergické rýmy cíleně pátrat a pokládat otázky typu: Potřebujete denně kapesník? Dýcháte volně nosem? Chrápete? Máte čich? Po řádném залечení alergické rýmy se velmi často zlepší i jiné zdravotní potíže, které s rýmou zdánlivě nesouvisí. V ideálním případě by měl být pacient alespoň jednou vyšetřen lékařem ORL a alergologem. Na ORL bude vyloučena organická etiologie rýmy: nosní polypy, mechanické překážky – např. deviace septa, zvětšené nosní mandle u dětí, mozkomíšní rhinorhoea a ve vzácných případech nádory nebo granulomy/sarkoidóza, tuberkulóza, Wegenerova granulomatóza/ (3). Úkolem alergologa je najít příčinný alergen, který alergickou rýmu vyvolává, a doporučit jak režimová opatření, tak farmakoterapii, popřípadě specifickou alergenovou imunoterapii. Někteří pacienti jsou poté dispenzarizováni v ORL nebo v alergologické ambulanci, ale většina zůstává v péči praktického lékaře.

Základními léky užívanými k terapii alergické rýmy jsou antihistaminika a lokální nosní kortikoidy, obojí bez omezení překripce. Výběr antihistaminik je v současnosti velmi široký. Jsou užívána nesesedativní antihistaminika II. generace: loratadin (Claritin, Flonidan, Loratadin) a cetizirín (Zyrtec, Zodac, Analergin, Cetirizin, Apo-cetirizin), fexofenadin (Ewofex, Fexigra). V současnosti je preferováno předepisování novějších antihistaminik: levocetirizinu (Xyzal, Cezera, Zenaro, Volnostin, Apo-levocetirizin) a desloratadinu (Aerius, Dasselta, Desloratadin, Geslora, Jovesto,

Lotero), tzv. antihistaminik s imunomodulačním účinkem, která jsou bez doplatku. Mezi nejnovější antihistaminika na našem trhu patří dále bilastin (Xados) a rupatadin (Tamalis), obě s doplatkem. Antihistaminika odstraní řadu příznaků alergické rýmy: svědění nosu, kýčání, vodnatou sekreci, oční příznaky i svědění patra. Méně ovlivní obturaci nosní, zejména v případech celoroční alergické rýmy. Zde je zapotřebí léčbu doplnit aplikací nazálních kortikoidů: mometazon (Nasonex), budesonid (Tafen, Tinkair, Rhinocort), fluticason (Avamys, Nasofan). Bez receptu je volně dostupný beclometason (Beclometason). Někteří pacienti odmítají nosní kortikoidy, pak je možno podávat intranazální kromony (Cromohexal nasal), zde je ale již omezení preskripce. Dostupná jsou antihistaminika v nosních sprejích: volně prodejný je Livostan nasal (levocabastin) a Allergodil nasal (azelastin). Oba léky jsou volně prodejný i ve formě očních kapek. U těhotných pacientek je možno podávat cetirizin nebo loratadin, z intranazálních léků pak cromony nebo budesonid. Důsledně je zapotřebí pacienty zrazovat od nadměrného užívání úlevových nosních kapek – tyto jsou určeny jen ke krátkodobé medikaci v době infekční rýmy, popř. silného zhoršení alergické rýmy!

Průduškové astma

Astmatik v ordinaci praktického lékaře je velmi často svízelným pacientem. Již samotná diagnóza astmatu často nebývá snadná. Někdy jsou příznaky jasně vyjádřeny a diagnóza jasná: záchvatovitá dušnost s pískoty a hvízdáním na hrudníku, ustupující spontánně nebo po podání bronchodilatačního léku. Někdy ale přijde pacient s kašlem, námahovou dušností, even-

tuálně nespecifickou tíhou na prsou až bolestí na hrudníku. Zde je diferenciální diagnostika velmi široká. Na průduškové astma upozorňuje přítomnost alergické rýmy, kterou ale pacient vůbec nemusí vnímat a je zapotřebí po ní cíleně pátrat. V anamnéze mívají pacienti často přítomnost atopického ekzému v dětství a mladším věku. Dále je velmi typické pro alergické pacienty, že po každé i banální respirační infekci opakovaně protrahovaně kašlou i 3–4 týdny. Rovněž je velmi důležitá rodinná anamnéza. Často v praxi vidíme, že nejprve začnou chodit na alergologii rodiče s dětmi a teprve v průběhu let propukne alergické onemocnění i u rodičů.

Pacienti s podezřením na průduškové astma by měli být odesláni k vyšetření do alergologické, popř. plicní ambulance, kde by měla být potvrzena diagnóza a zavedena pravidelná medikace. Často se ovšem stává, že potíže pacienta jsou výrazné, objednáci doby delší a je zapotřebí pacienta ihned zaléčit. Vždy je zapotřebí vybavit ho bronchodilatačním lékem s rychlým nástupem účinku: u mladších jedinců beta2 agonisté: salbutamol (Ventolin, Ecosal), fenoterol (Berotec). U starších lze podávat ipratropium (Atrovent), event. kombinaci ipratropia s fenoterolem (Berodual). Vždy je nutná řádná edukace o správném použití inhalátoru! V ideálním případě lze zahájit léčbu inhalačními kortikoidy, které je možno podávat v dávkovaném aerosolu nebo v práškové formě. Bez omezení preskripce a s nízkými náklady jsou například beclometason (Ecobec), budesonid v dávkovaném aerosolu (Budiar) nebo v práškové formě (Miflonid, Pulmicort, Giona). Dávky inhalačních kortikoidů volíme dle stavu pacienta: 400–1 200 ug/den. Velmi důležité je zaléčit současně i alergickou rýmu, která je u astmatiků přítomna až v 80 %, tzn. předepsat zároveň i antihistaminikum a intranazální kortikoid. Po potvrzení diagnózy by měli být astmatici dispenzarizováni v odborné plicní nebo alergologické ambulanci.

Praktický lékař ale velmi často musí řešit situace, kdy dochází k exacerpci astmatu: zejména při infekci dýchacích cest. I obyčejná banální rýma vede ke zhoršení astmatických potíží. Pacienti by měli být edukováni svým odborným lékařem, jak mají při zhoršení astmatických potíží postupovat, nejlépe v podobě písemného léčebného plánu. Vždy je nutné podávat inhalace bronchodilatačních léků s rychlým nástupem účinku v dostatečných dávkách: tj. během první hodiny 2–4 dávky každých 20 minut, dále dle klinické odpovědi opakovat každé 3–4 hodiny, při těžší exacerpci po 1–2 hodinách. Pokud opakovaně podávání bronchodilatačních léků

nepřináší úlevu, je nutno podat systémové kortikoidy (4). Bylo prokázáno, že kortikoidy podané perorálně i parenterálně mají přibližně stejný účinek, který nastupuje mezi 30. a 120. minutou po podání. Proto lze při kombinaci inhalační léčby beta2-agonisty s rychlým nástupem účinku a perorálního podání kortikosteroidů většinu exacerbací astmatu zvládnout bez intravenózního přístupu. Typickou krátkodobou kúrou perorálními kortikoidy je denní podávání 20–40 mg prednisonu (Prednison tbl) nebo 16–32 mg methylprednisonu (Medrol tbl) po dobu 5–10 dnů v závislosti na tíži exacerpace. Po stabilizaci astmatu je možno kortikoidy zcela vysadit. Při vysazení takto krátkodobé kúry systémovými kortikoidy není nemocný ohrožen projevy insuficience kúry nadledvin, rovněž nejsou pozorovány typické nežádoucí účinky systémových kortikoidů. Je doporučeno zvýšení dávky inhalačních kortikoidů až na čtyřnásobek, resp. na maximální denní dávku. Vyšší dávky inhalačních kortikoidů ponecháváme delší dobu – vždy nejméně týden až 10 dní po úlevě klinických potíží.

Dalším problémem v klinické praxi je příprava astmatika k operačnímu výkonu. Před plánovaným operačním výkonem je nutné vyjádření specialisty (alergologa nebo pneumologa) a provedení spirometrie, vše by nemělo být starší 14 dnů. V praxi ale přicházejí situace, kdy toto nelze dodržet. Jedná se například o stavy, kdy praktický lékař odesílá pacienta na chirurgii s podezřením na náhlou příhodu břišní. Vždy je nutné uvést do zprávy, že se jedná o astmatika, uvést pravidelnou medikaci a vypsát, na co vše je pacient alergický – zejména lékové alergie a latex!

Akutní kopřivka, angioedém

S projevy akutní kopřivky a otoky se pacienti často obrazejí primárně na své praktické lékaře. Urtikariální pomfy bývají různého tvaru a velikosti. Jsou vyvolány nahromaděním tekutiny, která pronikla z cév do mimocévního prostoru, ve vrchních vrstvách kůže a sliznic. Vzácně se při velkém otoku horních vrstev kůže může vyvinout i puchýřnatá forma kopřivky – typická je pro kontaktní alergii na rostliny (pastinák) nebo lokálně užívané léky. Vystupňovanou formu kopřivky označujeme jako angioedém (oedema angioneuroticum Quincke), kde prosáknutí zasahuje až do podkoží a podslizničního pojiva. Velmi nebezpečný může být angioedém v oblasti kořene jazyka, hltanu a hrtanu. Otoku obvykle předchází svědění nebo brnění postižené oblasti. Otoku v oblasti hrtanu často předchází chrapot. Etiologie akutní kopřivky je velmi pestrá. Častou příčinou je atopická reakce způsobená

vazbou alergen-specifická IgE protilátka, což vede k degranulaci žírných buněk a uvolnění mediátorů (histamin). Tímto mechanismem je vyvolaná kopřivka u senzibilizovaných atopických jedinců na různé podněty: hmyzí bodnutí, potraviny, léky atd. Rozvíjí se v průběhu několika desítek minut po kontaktu s příčinnými alergeny. Žírná buňka může být aktivovaná k uvolnění zásobních mediátorů i jinými mechanismy, než jsou imunologické. Existují látky, které působí jako přímé histaminoliberátory: opiáty, acylpyrin a další nesteroidní antiflogistika, hmyzí jedy, kontrastní látky používané v rentgenologii atd. Výsledný efekt, kopřivka, je stejný u imunologických i neimunologických kopřivek, rovněž akutní léčba je stejná.

Velmi důležitá je již při prvním kontaktu podrobná anamnéza: jaké potíže předcházely, užívané léky a potravinové doplňky, jídlo, pití. Velmi důležité je vyptat se pacienta na jiné somatické potíže, poněvadž kopřivkou se může manifestovat řada interních chorob (paraneoplastická kopřivka, parainfekční kopřivka, systémové revmatické choroby, parazitární choroby, endokrinní choroby atd.) (5). Dle anamnézy pak směřovat vyšetřovací algoritmus dále. V terapii kopřivky se neobejdeme bez antihistaminik: podáváme antihistaminika II. generace i antihistaminika s imunomodulačním účinkem. Pokud je kopřivka masivní, podáváme i systémové kortikoidy: lze podat jednorázově 100–200 mg hydrokortisonu intravenózně nebo intramuskulárně. Je vhodné doporučit dietní režim: s oblibou doporučuji „rohlíkovou dietu“: jen suchý bílý rohlík bez sypání, vodu nebo černý čaj. Je také vhodné vyhybat se přehřátí nebo prochlazení, obojí může projevy kopřivky zhoršovat. Nebezpečný může být angioedém v oblasti hrdla: pokud má pacient inspirační dušnost, chrapot, postupujeme stejně jako v případě léčby anafylaxe. Velmi bizarní otoky v oblasti rtů, jazyka a hlavy vznikají při medikaci inhibitorů ACE. Vždy je nutno inhibitory ACE z terapie vyřadit. Častým problémem jsou kopřivky vznikající při medikaci antibiotika v rámci léčby infekce. Automaticky jsou zde považována za příčinu infekce antibiotika, ale příčinou mohou toxické bakteriální metabolity pronikající do oběhu.

Anafylaktická reakce

Je generalizovaná alergická reakce, která postihuje více systémů: oběhový (hypotenze, tachykardie), dýchací (bronchospasmus, laryngospasmus), gastrointestinální (nauzea, vomitus, křečovitě bolesti břicha, průjem), kožní (pruritus, urtika, angioedém), nervový (zmatenost,

agitovanost, úzkost). Je vyvolána reakcí antigenu se specifickými IgE protilátkami, které jsou u senzibilizovaného jedince navázány na žirných buňkách ve tkáních nebo na bazofilech v krevním řečišti. Typickým příkladem je anafylaktická reakce po bodnutí včelou nebo vosou. Jako anafylaktoidní – pseudoalergickou reakci označujeme klinickou reakci, která má podobný klinický průběh, ale k vyplavení mediátorů dochází jinými mechanismy, nejsou přítomny specifické IgE protilátky. Často takto probíhá celková reakce po podání kontrastní látky při rtg vyšetření. Je velmi důležité rozpoznat příznaky vyvíjející se nebo již vyvinuté anafylaktické reakce a ihned zahájit terapii, neotálet, nečekat, jak se to vyvine. Lékem první volby je Adrenalin 0,3–0,5 ml intramuskulárně u dospělých a u dětí 0,01 ml/kg. Dávky můžeme opakovat v 15–20 minutových intervalech, nepřekračujeme denní dávku 2 ml u dospělých a 1 ml u dětí. Vždy si zajistíme intravenózní přístup, aplikujeme infuzi fyziologického roztoku, při hypotenzi podáváme

rychle: v průběhu prvních 15–30 minut 1 000 ml. Při dušnosti je výhodou podat inhalační bronchodilatační léky s rychlým nástupem účinku (Ventolin, Berotec), do infuze pak lze přidat Syntophyllin. Je nutno monitorovat klinický stav pacienta: dýchání, krevní tlak a puls. Podáváme antihistaminika (Dithiaden amp) a kortikoidy: Hydrokortison 200 mg. Kortikoidy časnou reakci neovlivňují, ale blokují reakci pozdní fázi. Dle kliniky je bolus kortikoidů opakován každých 6 hod. Při správném a včasném залечení anafylaktické reakce dochází velmi rychle ke zlepšení klinického stavu. Po zvládnutí akutního stavu je nutno předat pacienta k observační hospitalizaci: anafylaktická reakce může být bifázická s latencí až 8 hod. Pacienti s anamnézou anafylaxe by, pokud je to možné, neměli být léčeni betablokatory a inhibitory ACE (6)

Pacientů – alergiků bude v ordinacích praktických lékařů neustále přibývat. Je proto nezbytně nutné, aby každý praktický lékař byl schopen залечит chronické i akutní alergické

potíže svých pacientů. Každý praktikující lékař musí být schopen залечит anafylaktickou reakci a musí být pro její zvládnutí vybaven.

Literatura

1. Seberová E. Alergická rýma, Maxdorf 2006: 6.
2. Seberová E. Alergická rýma, Maxdorf 2006: 42–43.
3. Bystroň J. Alergie, Mirago 1988: 110.
4. Kašák V. Asthma bronchiale, Maxdorf 2013: 182–185.
5. Špičák V, Panzner P. Alergologie, Galén 2004: 248–251.
6. Špičák V, Panzner P. Alergologie, Galén 2004: 172.

Článek přijat redakcí: 27. 3. 2013

Článek přijat k publikaci: 13. 5. 2013

MUDr. Božena Kalabusová

ALKLIMUN s. r. o.

Týrsova 14, 750 02 Přerov-Předmostí

kalabusova.bozena@seznam.cz
