

Zaostrzenia astmy: jedna nazwa – różne sposoby postępowania. Konstelacja obrazów klinicznych zaostrzeń

Asthma exacerbations: single term but different management approach. A constellation of clinical presentations of exacerbations

Rafał Dobek

II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Streszczenie:

Zaostrzenia astmy mogą wystąpić na każdym stopniu jej ciężkości, cechują się różnorodnym przebiegiem klinicznym i z reguły wymagają personalizacji postępowania w zależności od fenotypu choroby. W artykule przedstawiono trzy przypadki chorych z zaostrzeniami, u których zalecono dalsze postępowanie zależne od fenotypu astmy i całości obrazu klinicznego.

Słowa kluczowe: zaostrzenie astmy, leczenie podtrzymujące i doraźne, MART, leczenie biologiczne, swoista immunoterapia alergenowa

Abstract:

Asthma exacerbations can occur at any severity level; they are characterised by a wide range of clinical presentations and generally require a personalised management approach based on the disease phenotype. This article presents three cases of patients with exacerbations for whom further management was recommended based on their asthma phenotype and overall clinical presentation.

Key words: asthma exacerbation, maintenance and reliever treatment, MART, biologic treatment, specific allergen immunotherapy

I Zaostrzenie astmy łagodnej spowodowane odstawieniem leków

35-letni mężczyzna, z zawodu kustosz w bibliotece, leczony z rozpoznaniem astmy od 15. r.ż. Dotychczas astma była u niego kontrolowana, nie występowały zaostrzenia, choroba nie powodowała istotnego wpływu na jakość życia. Ponadto pacjent od wielu lat miał zdiagnozowany całoroczny nieżyt nosa, szczególnie nasilony w miejscu pracy oraz w miesiącach wiosenno-letnich. Testy skórne punktowe z alergenami wziewnymi były dodatnie na roztocze kurzu domowego, alergen kota, pyłki drzew (leszczyna, olcha, brzoza) oraz traw i zbóż. Chory stosował bu-

dezonid 200 µg (2 × 1 dawka w inhalacji), salbutamol 100 µg (1–2 dawki w inhalacji w razie duszności) i loratadynę 10 mg (1 × 1 tab.). Pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego z powodu pogorszenia się samopoczucia. W wywiadzie od kilkunastu dni codzienne uczucie duszności ze świszczącym oddechem, zwłaszcza w nocy, ale także w ciągu dnia po wysiłku fizycznym. Ponadto występował suchy, męczący kaszel, a kilka dni wcześniej gorączka do 38°C oraz bóle stawów i mięśni, jednak objawy infekcyjne już ustąpiły. Pogłębiony wywiad wykazał, że chory już kilka

miesiący temu zaprzestał systematycznego stosowania budezonidu. Motywował to lękiem przed działaniami niepożądanymi, a także brakiem natychmiastowej poprawy po zastosowaniu leku oraz podrażnieniem gardła i chrypką. W badaniu przedmiotowym stwierdzono wydłużenie wydechu oraz liczne świsty nad polami płucnymi. Pomiar szczytowego przepływu wydechowego (PEF, *peak expiratory flow*) wykazał 40% wartości należnej.

U pacjenta rozpoznano zaostrzenie astmy i wydano pisemny plan postępowania zawierający zalecenia:

1. Obecnie i w czasie kolejnego zaostrzenia:

- metyloprednizolon 4 mg 1×1 tab. dziennie przez 5 dni
- fenoterol/bromek ipratropium 3×20 kropli w nebulizacji przez 5 dni
- budezonid 0,5 mg/ml 2×1 fiolka w nebulizacji przez 5 dni.

2. W leczeniu stałym:

- budezonid/formoterol 160/4,5 μ g w inhalatorze proszkowym Spiromax 1×1 dawka i dodatkowo w razie duszności; w przypadku pogorszenia kontroli astmy można przyjmować 8 dawek na dobę; w razie konieczności można zwiększyć do 12 dawek na dobę, jednak wówczas trzeba jak najszybciej zgłosić się do lekarza
- loratadyna 10 mg 1×1 tab.

3. Samodzielny pomiar PEF, optymalnie 2 razy dziennie.

4. Szczepienia profilaktyczne przeciw grypie.

Przeprowadzono edukację pacjenta w zakresie techniki obsługi przepisanego inhalatora.

Omówienie

Zaostrzenie astmy może wystąpić również u chorych z astmą łagodną. Najczęstszymi przyczynami są zakażenia dróg oddechowych, zwłaszcza o etiologii wirusowej, zanieczyszczenia atmosferyczne i dym tytoniowy. Wszystkie te czynniki zwiększają nieswoistą nadreaktywność oskrzeli. Innym czynnikiem wyzwalającym może być ekspozycja na swoiste alergenów u pacjentów z fenotypem alergicznym astmy. Przyczyną zaostrzenia w tym przypadku było zaprzestanie stosowania wziewnych glikokortykosteroidów (wGKS). Z badań nad przestrzeganiem zaleceń wynika, że jest to bardzo częste zjawisko, nawet 60–70% pacjentów odstawia wGKS w ciągu roku od rozpoczęcia leczenia [1]. Motywacja takich zachowań jest złożona, jednak najczęściej pacjenci zgłaszają obawy o działania nie-

pożądane leków, brak natychmiastowej poprawy po wGKS oraz drażniące działanie na jamę ustną, gardło i krtań. W badaniach wykonanych w ramach projektu Astma Zero stwierdzono, że monoterapia krótko działającym β -mimetykiem (SABA, *short-acting β -agonists*) stanowi zagrożenie dla chorego: zużycie co najmniej 3 opakowań salbutamolu koreluje ze wzrostem ryzyka ciężkiego zaostrzenia astmy, a co najmniej 12 opakowań – ze wzrostem ryzyka zgonu [2].

Optymalnym rozwiązaniem tego problemu jest zastosowanie MART (*maintenance and reliever treatment*), czyli leczenia podtrzymującego i doraźnego w jednym inhalatorze zawierającym formoterol (długo działający β -mimetyk o szybkim początku działania) oraz budezonid lub beklometazon. Raport GINA (*Global Initiative for Asthma*) zaleca MART jako postępowanie z wyboru u zdecydowanej większości chorych na astmę [3]. Podczas stosowania MART chory nie ma możliwości odstawienia wGKS i przyjmowania wyłącznie leku z grupy SABA.

II Nawracające zaostrzenia astmy ciężkiej wymagające skierowania do leczenia biologicznego

50-letnia pacjentka, z zawodu pracownik umysłowy, leczona z rozpoznaniem astmy od 30. r.ż. Ponadto w 2. r.ż. rozpoznane atopowe zapalenie skóry i w 15. r.ż. przewlekłe zapalenie zatok z polipami nosa, dwukrotnie leczone chirurgicznie na oddziale laryngologii (wykonywano funkcjonalną endoskopową operację zatok – FEES). W okresie ostatnich 12 miesięcy u chorej wystąpiły 4 zaostrzenia astmy wymagające leczenia doustnymi i /lub dożylnymi GKS, w tym jedno zaostrzenie wymagające leczenia na SOR. W leczeniu stałym stosuje lek złożony zawierający beklometazon, formoterol i glikopirynium ($172 + 5 + 9 \mu$ g) 2×2 dawki w inhalacji, dość często nebulizację z bronchodylatorów i wGKS. Stosuje *salbutamol*: średnio 5–10 dawek na dobę.

W badaniu przedmiotowym: chora jest w stanie średnim: tachypnoe 20/min, tachykardia 105/min, osłuchowo nad płucami wydłużenie wydechu oraz liczne świsty i firczenia.

Przeгляд rozmazów krwi obwodowej z ostatnich miesięcy pokazuje podwyższone stężenie granulocytów kwasochłonnych (eozynofiliów) 500–600 kom./ μ l.

W tomografii komputerowej klatki piersiowej uwagę zwracały pogrubiłe oskrzela z zaleganiem śluzu. Spirometria w stabilnym okresie choroby (dostępna w dokumentacji) – umiarkowana obturacja.

Zalecenia:**1. Obecnie i w czasie kolejnego zaostrzenia:**

- metyloprednizolon 4 mg 1 × 1 tab. dziennie przez 5 dni
- fenoterol/bromek ipratropium 3 × 20 kropli w nebulizacji przez 5 dni
- budezonid 0,5 mg/ml 2 × 1 fiolka w nebulizacji przez 5 dni.

2. W leczeniu stałym:

- beklometazon, formoterol i glikopiryonium (172 + 5 + 9 µg) 2 × 2 dawki w inhalacji.

3. Pilne skierowanie do ośrodka prowadzącego leczenie biologiczne astmy.**Omówienie**

Astma ciężka, niekontrolowana pomimo stosowania wysokich dawek wGKS z co najmniej jednym dodatkowym lekiem kontrolującym i z zaostrzeniami wymagającymi sGKS (systemowych GKS) lub zwiększenia ich dawki; jeżeli pacjent przyjmuje te leki przewlekłe, to może wymagać leczenia biologicznego. Dostęp do terapii biologicznej jest możliwy w ramach programu lekowego B.44, który jest prowadzony w jednostkach referencyjnych. Obecnie dostępnych jest 5 leków biologicznych: omalizumab (anty-IgE) – wskazany w astmie alergicznej z uczuleniem na alergeny całoroczne, mepolizumab (anty-IL5), benralizumab (anty-IL5R), dupilumab (anty IL4/IL-13) i tezepelumab (anty-TSLP). Dobrze dobrane leczenie biologiczne może spowodować bardzo dużą poprawę lub nawet remisję ciężkiej astmy, definiowaną jako brak zaostrzeń, optymalna kontrola i jakość życia, poprawa lub normalizacja spirometrii i brak konieczności stosowania sGKS [4]. Dlatego tak ważna jest rola lekarza POZ, który może zidentyfikować kandydatów do leczenia biologicznego. Lekarz rodzinny powinien udokumentować przebieg i leczenie astmy, zaostrzenia, wykluczyć inne istotne klinicznie choroby płuc, a także ocenić niektóre biomarkery, w tym stężenie eozynofiliów we krwi obwodowej. Z praktycznego punktu widzenia warto pamiętać, że należy kilkakrotnie powtarzać rozmaz krwi obwodowej w stabilnym okresie choroby, gdy chory nie jest leczony sGKS (sGKS powodują deplecję eozynofiliów nawet na kilka tygodni, ponadto liczba tych komórek wykazuje znaczne wahania fizjologiczne). Uważa się, że wciąż jeszcze nie wszyscy pacjenci z ciężką astmą spełniający kryteria są kierowani do leczenia biologicznego. Dlatego tak ważne są wiedza, czujność i zaangażowanie lekarzy POZ.

III Zaostrzenie astmy alergicznej

21-letnia pacjentka, studentka kierunku lekarskiego, leczona z rozpoznaniem całorocznego alergicznego nieżytu nosa i astmy alergicznej, zgłosiła się z powodu zaostrzenia astmy. Chora studiowała w dużym mieście i z reguły ma dobrą kontrolę astmy. Jednak gdy wyjeżdża do rodziny na wieś, czuje się znacznie gorzej, ma duszność ze świszczącym oddechem, ucisk w klatce piersiowej i suchy kaszel.

W stałym leczeniu systematycznie stosowała dotychczas budezonid 200 µg 2 × 1 dawka w inhalacji, salbutamol 100 µg w razie duszności, bilastynę 20 mg 1 × 1 tab. Chora ma wysoką świadomość i regularnie przyjmuje przepisane leki.

Obecnie zgłosiła się dzień po powrocie od rodziny. Przedmiotowo nad płucami pojedyncze świsty, PEF w normie. Panel alergenów wziewnych sIgE: roztocze *D. pteronyssinus* – klasa 5, *D. farinae* – klasa 6. Pozostałe alergeny w klasie 0. Badania obrazowe klatki piersiowej prawidłowe.

Zalecenia:**1. W leczeniu stałym:**

- budezonid/formoterol 160/4,5 µg w inhalatorze proszkowym Spiromax 1 × 1 dawka i dodatkowo w razie duszności; zalecono zwiększenie dawki leku już na 2–3 dni przed wyjazdem do rodziny; w razie pogorszenia kontroli astmy można przyjmować 8 dawek na dobę; w razie konieczności można zwiększyć do 12 dawek na dobę, jednak wówczas trzeba jak najszybciej zgłosić się do lekarza
- bilastyna 20 mg 1 × 1 tab.

3. Samodzielny pomiar PEF, optymalnie 2 razy dziennie.**4. Szczepienia profilaktyczne przeciw grypie.****5. Zalecono kwalifikację do swoistej immunoterapii alergenowej i wydano skierowanie do poradni alergologicznej.**

Przeprowadzono edukację w zakresie techniki obsługi przepisanego inhalatora.

Omówienie

Jedną z przyczyn zaostrzenia astmy może być ekspozycja na swoiste alergeny, w tym przypadku roztocze kurzu domowego. Leczenie podtrzymujące i doraźne (MART) pozwala na elastyczne dostosowanie dawki do stopnia kontroli astmy. W opisanym przypadku ważne znaczenie ma unikanie alergenów,

co jest trudne i nie zawsze możliwe. Pacjentka jest idealną kandydatką do immunoterapii swoistej, najlepiej podjęzykowej (SCIT, *subcutaneous immunotherapy*), która jest bardzo wygodna dla osób prowadzących aktywny tryb życia, a także bezpieczna i skuteczna. W badaniu MITRA udowodniono, że SCIT ze standaryzowanym ekstraktem roztoczy (w dawkach 6 SQ-HDM i 12 SQ-HDM) istotnie zmniejszała ryzyko umiarkowanych i ciężkich zaostrzeń astmy [5]. Warto zwrócić uwagę, że u chorych na astmę kwalifikowanych do immunoterapii swoistej powinien wystąpić związek między objawami klinicznymi a ekspozycją na alergen, powinna być dobra kontrola astmy i prawidłowa funkcja płuc (FEV1 >70% wartości należnej). Rolą lekarza POZ jest właściwa identyfikacja takich pacjentów i skierowanie do leczenia specjalistycznego.

Podsumowanie

Astma jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób płuc. Opisane przypadki kliniczne pokazują, jak ważna jest rola lekarza POZ w diagnostyce i leczeniu tej choroby. U prawie wszystkich pacjentów, nawet z astmą łagodną, występują zaostrzenia wymagające natychmiastowej interwencji. Okres oczekiwania na konsultację specjalistyczną może być wydłużony, podczas gdy intensyfikacja leczenia powinna być natychmiastowa. Lekarz POZ ma kompetencje do ustalenia planu leczenia i skierowania pacjentów do ośrodków referencyjnych w celu np. leczenia biologicznego czy swoistej immunoterapii alergenowej.

Piśmiennictwo:

1. Barnes CB, Ulrik CS. *Asthma and adherence to inhaled corticosteroids: current status and future perspectives. Respir Care. 2015; 60(3): 455-68.*
2. Kupczyk M, Barg W, Bochenek G et al. *Predictors of excessive short-acting β 2-agonist use and asthma exacerbations: a retrospective analysis of a Polish prescription database. Postępy Dermatol Alergol. 2023; 40(6): 790-7.*
3. Global Initiative for Asthma. (2026). *Global strategy for asthma management and prevention.*
4. Oberle AJ, Abbas F, Adrish M et al. *Biologic Management in Severe Asthma for Adults: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. Chest. 2026; 169(2): 336-48.*
5. Virchow JC, Backer V, Kuna P et al. *Efficacy of a House Dust Mite Sublingual Allergen Immunotherapy Tablet in Adults With Allergic Asthma: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016; 315(16): 1715-25.*

Konflikt interesów/Conflict of interests:

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support:

Nie występuje.

Etyka/Ethics:

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

Copyright: © Medical Education sp. z o.o. This is an Open Access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), allowing third parties to copy and re-distribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license