

Alergická rýma a její vliv na astma

doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Centrum alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Alergická rýma představuje globální zdravotní problém postihující 10–20 % populace. Je definována jako senzibilizace vůči inhalovaným alergenům, projevující se nazální sekrecí, obstrukcí, svěděním a kýcháním, které vznikají při expozici relevantním alergenům. Alergická rýma je asociovaná s průduškovým astmatem díky propojení horních a dolních dýchacích cest, postižených alergickým zánětem. V článku jsou uvedena doporučení, týkající se prevence nemoci, léčby perorální i lokální, specifické alergenové imunoterapie a dalších postupů u pacientů s alergickou rýmou, event. s rýmou i astmatem. Pacienti, lékaři i veřejní činitelé by měli být vedeni k tomu, aby tato doporučení uváděli do denní praxe a podporovali jejich závěry.

Klíčová slova: alergická rýma, asthma bronchiale.

Allergic rhinitis and its impact on asthma

Allergic rhinitis represents a global health problem affecting 10% to 20% of the population. This rhinitis is defined by sensitization to inhaled allergens and symptoms such as rhinorrhea, nasal obstruction, nasal itching, and sneezing during exposure to relevant allergens. Allergic rhinitis is associated with bronchial asthma, suggesting a link between upper and lower airways beyond allergy associated inflammation. In this article are presented recommendations about the prevention of allergic rhinitis, the use of oral and topical medications, allergen specific immunotherapy, and other treatments in patients with allergic rhinitis as well as patients with both allergic rhinitis and asthma. Patients, clinicians, and policy makers are encouraged to use these recommendations in their daily practice and to support their decisions.

Key words: allergic rhinitis, bronchial asthma.

Pediatr. praxi 2013; 14(2): 105–108

Úvod

Alergická rýma je onemocnění, které neohrožuje pacienta na životě, ale obtěžuje ho a působí mu mnoho komplikací. Je příčinou pocitu narušeného zdraví a slabé výkonnosti ve škole i mimo ni. V rozvinutých zemích postihuje 10–20 procent obyvatelstva. Dle studií provedených u nás Kratěnovou ze Státního zdravotního ústavu trpělo v roce 2006 alergickou rýmou 16,1 procent dětí a mladistvých. Ve srovnání s rokem 1996 se jedná o nárůst téměř o 200 procent (tabulka 1) (1). Pokud má pacient typické příznaky alergické rýmy (serózní sekrece, svědění nosu, kýchání, event. obstrukce nosu a porucha čichu), je nutno jej odeslat k odbornému vyšetření na pracoviště alergologie a klinické imunologie, event. po přechodí konzultaci s otolaryngologem. To je třeba provést především tehdy, jedná-li se o rýmu chronickou (příznaky jsou přítomny více než jednu hodinu denně po většinu dní v roce) (2). Diagnostika a léčba vycházejí ze závěrů studií, prováděných dle zásad medicíny založené na důkazech, a zaznamenaly v průběhu posledního desetiletí významný pokrok. Dnes používané nazální glukokortikoidy mají minimální systémový účinek, což umožňuje léčbu také dětí nižších věkových skupin včetně astmatiků, u nichž je největší riziko zatížení organismu steroidy. Byla vyvinuta intranazální antihistaminika, do terapie jsou zařazeny i antileukotrieny. K dispozici jsou

Tabulka 1. Prevalence alergie, alergické rýmy a astmatu u dětí a mladistvých v České republice (N = 7 075, věk: 5, 9, 13, 17 let, pro r. 1996 pouze věkové skupiny 5, 9, 13 let)

	1996	2001	2006
Alergie	16,9%	24,7%	31,8%
Alergická rýma	5,7%	13,7%	16,1%
Asthma bronchiale	3,3%	6,7%	8,2%

standardizované alergenové vakcíny injekční i sublinguální, narůstají poznatky o racionálním provádění eliminace alergenů. Rýma může mít závažné komorbidity, důkladně je studován vztah alergické rýmy a bronchiálního astmatu. Na tento úzký vztah upozornila v roce 2001 iniciativa ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) (3). Poznatky o chorobě se neustále rozvíjejí. Pravidelně jsou publikovány novelizované protokoly pro diagnostiku a terapii tohoto onemocnění (4, 5). Koordinátorem strategie péče o pacienty s astmatem a alergií, včetně alergické rýmy, je u nás Česká iniciativa pro astma o. p. s. (ČIPA), která v souladu s odbornými společnostmi alergologů/klinických imunologů a pneumologů zahrnuje do svých aktivit i šíření dokumentu ARIA (6). Nemocní s recidivujícími a chronickými projevy rýmy představují až 40 procent pacientů sledovaných u lékařů primární péče. U polinotiků se vyskytuje astma v 36,8 % případů. Riziko vzniku astmatu narůstá u perzistující alergické rýmy (43,2 %), u lidí s polysenzibilizací (61,7 %) a u kombinace polinózy s ekzémem a polysenzibilizací (67,1 %). I když

stav péče o alergiky je u nás na dobré úrovni, jen 36 % rinitiků je správně léčeno (7).

Klasifikace a diagnostika

Ještě dnes se z praktických důvodů alergická rýma dělí na rýmu sezónní (pylovou, „sennou“) a celoroční. Toto označení však není přesné, protože sezónní výskyt může mít i rýma způsobená jinými alergeny (např. vzdušnými plísněmi) a naopak, rýma pylová může probíhat celoročně (např. v některých jižních oblastech). Proto byla vytvořena **nová klasifikace**, která vychází nejen ze symptomů, ale i z jejich vlivu na kvalitu života. Podobně, jako je tomu u bronchiálního astmatu, rozlišuje rýmu intermitentní a perzistující a u obou těchto typů průběh lehký, středně těžký a těžký (2, 3). Rýma intermitentní trvá méně než 4 dny v týdnu nebo méně než 4 týdny v roce. Pokud příznaky rýmy jsou přítomny více jak 4 dny v týdnu a současně více jak 4 týdny v roce, mluvíme o rýmě perzistující (tabulka 2). Lehká rýma nijak neovlivňuje denní aktivitu ani noční spánek a většinou ani nevyžaduje žádnou léčbu. Symptomy středně těžké

Tabulka 2. Alergická rýma intermitentní a perzistující

Rýma	Intermitentní	Perzistující
frekvence potíží	méně než 4 dny v týdnu nebo méně jak 4 týdny/rok	více jak 4 dny v týdnu a více jak 4 týdny/rok
nosní obstrukce	občas	vždy (významná)
rinorea	vodnatá (častá)	seromukózní (variabilní)
kýchání	vždy	občas
hyposmie	občas	často
poškození očí	často	vzácně
astma	občas	často
chronická sinusitis	občas	často

rýmy nemocného obtěžují ve dne i v noci a bez léčby se neobejde. Těžká rýma brání běžné denní činnosti, znemožňuje noční spánek a léčbou je jenom částečně ovlivnitelná (2, 3).

Nejčastější **příčinou** alergické rinitidy jsou aeroalergeny domovního a zevního prostředí, jejichž zdrojem jsou roztoči domácího prachu, domácí zvířata, hmyz, pyl trav, jarních dřevin, plevelů a vzdušné plísňe. Také potravinová a latexová alergie se může projevovat nosní sekrecí nebo obstrukcí. Na charakteru alergického poškození horních dýchacích cest se velkou měrou podílí i kvalita ovzduší. Nejvýznamnější škodlivinou interiérů je cigaretový kouř, v rozvinutých zemích a velkoměstech hrají negativní roli zplodiny automobilového provozu a smog, které mimo jiné podporují produkci IgE a rozvoj alergického zánětu (2).

Základem diagnostiky je podrobná **anamnéza**, rodinná i osobní. Vždy je nutné provést fyzikální interní **vyšetření pacienta** a v rámci mezioborové spolupráce i vyšetření otorinolaryngologické. **Alergologická diagnostika** je postavena na průkazu pozitivitu kožních bodovacích (tzv. prick) testů. Pozitivní výsledky testů prokazují senzibilizaci, ale ne etiologii onemocnění. Proto musí být vždy interpretovány v souvislosti s anamnézou, klinickým obrazem a event. laboratorním průkazem přítomnosti sérových specifických alergických protilátek typu IgE. Protože alergický zánět v nosní sliznici vede k indukci zánětlivých změn i ve sliznici průduškové, až 40 procent nemocných s alergickou rýmou má současně symptomy astmatu. Riziko jeho vzniku je vyšší zvláště u lidí s rýmou perzistující, proto u pacientů s tímto typem rýmy je nutné také provést i vyšetření plicních funkcí (2, 3, 8).

Diferenciálně diagnosticky musíme odlišit rýmu infekční a rýmu neinfekční nealergickou (např. indikovanou léky, cholinergní, atrofickou, idiopatickou a další).

Léčba a prevence

V závislosti na typu rýmy, jejím průběhu a etiologii je nutné uskutečnit léčebná a preventivní opatření. Sem řadíme alergenovou eliminaci, systémovou a/nebo nazální farmakoterapii antihistaminiky, kromony, antileukotrieny, glukokortikoidy či další léčebné postupy. Je-li indikována, důležitou úlohu léčebnou i preventivní sehrává specifická alergenová imunoterapie subkutánní nebo sublinguální. Vyhnout se tabákovému kouři (především v prenatálním a časném postnatálním období) a některým alergenům (např. roztočům domácího prachu) může mít preventivní efekt bránící rozvoji alergických projevů u dětí s genetickou predispozicí k jejich manifestaci. Podrobné údaje o indikaci, užití jednotlivých přípravků, jejich dávkování apod. jsou k dispozici v různých domácích odborných publikacích (2, 7, 9), proto bude nyní zaměřena pozornost jen na obecné, ale někdy méně prezentované informace o léčbě a prevenci, čerpající z recentních literárních zdrojů (5, 10, 11).

Všeobecně se udává, že **redukce alergenové expozice** je důležitou součástí terapie alergické rýmy. Zatím však není jednoznačně prokázáno (a proto ani doporučováno), že by preventivní metody chemické (akarocidní) nebo fyzikální (vysavače, čističky vzduchu, speciální povlaky), event. v kombinaci obou postupů, zaměřené na snížení expozice roztoči domácího prachu v domovním prostředí, vedly k léčebnému efektu u roztočových alergií trpících rýmou a/nebo s astmatem. Naopak postupy bránící působení domovních vzdušných plísňí a alergenů domácích zvířat je třeba doporučit u těch pacientů, kteří mají plísňovou nebo zvířecí alergii.

Ve **farmakoterapii** alergické rýmy zaujímají důležité místo **antihistaminika** (blokátory H1 receptorů). Je vhodné předepisovat především farmaka nové (II.) generace (cetirizin, loratadin) včetně těch se zvýrazněným imunomodulačním

účinkem (levocetirizin, desloratadin, fexofenadin, bilastin, rupatadin apod.), z nich nejen ta, která nemají sedativní účinek a interakci s cytochromem P450, ale i ta, která mírnou sedací působí a s cytochromem P450 interagují. Přípravky nové generace mají mít jednoznačnou přednost před přípravky staré (I.) generace (př. bisulepin, promethazin, ketotifen). Užití antihistaminik však nemá preventivní účinek u kojenců, batolat a dětí předškolních s atopickým ekzémem nebo rodinnou alergickou zátěží ve smyslu zabránění vzniku pozdějších symptomů průduškového astmatu. Nazální antihistaminika jsou prokazatelně účinná u sezónní (např. pylové) alergické rýmy, v případě rýmy perzistující je jejich efekt sporný, a proto je neordinujeme. U dětí s intermitentní nebo perzistující alergickou rýmou mají přednost antihistaminika perorální, především proto, že tato aplikační forma je dětmi lépe akceptována. Oční aplikace dobře ovlivňuje symptomy alergické konjunktivitidy.

Dobrý efekt při léčbě alergické rýmy sezónní i perzistující (u rýmy perzistující pouze u předškolních dětí) mají antagonisté leukotrienových receptorů, **antileukotrieny**, v orální aplikaci. Toto platí pouze pro montelukast a pouze pro léčbu rinitidy, netýká se astmatiků se souběžně probíhající alergickou rýmou. U pacientů s alergickou rýmou sezónní a u předškolních dětí s rýmou perzistující mají v léčbě přednost orální antihistaminika nové generace před antileukotrieny.

Intranasální glukokortikoidy jsou indikovány k terapii alergické rýmy nejen u dospělých, ale i u dětí, mají vysoký stupeň účinnosti a relativně malé riziko nepříznivých účinků. Jejich nosní aplikace ovlivňuje i alergické oční příznaky. Svým účinkem stojí nad efektem orálních antihistaminik u rýmy sezónní i perzistující a také jednoznačně nad účinkem antihistaminik nazálních či antileukotrienů per os (u rýmy sezónní). **Orální aplikace glukokortikoidů** při léčbě alergické rýmy u dětí se nedoporučuje. U dospělých je možná v případě těžkých nosních či očních projevů pouze velmi krátká léčebná kúra tehdy, když kombinace výše uvedených postupů nebyla účinná. V žádném případě nejsou léčbou první volby. Ani u dospělých není vhodné injikovat glukokortikosteroidy intramuskulárně.

Intranasální kromony mají výborný bezpečnostní profil, a jsou proto k terapii velmi vhodné, je však nutné, aby byly aplikovány 4x denně (preventivně, při rozvinutém alergickém zánětu je již jejich efekt minimální). Intranasální antihistaminika ale mají účinek vyšší. Kromony jsou účinné i ve formě očních kapek při alergické konjunktivitidě. Intranasální **ipratropium**

bromid je účinný při léčbě serózní nosní sekrece (přípravek s touto účinnou látkou již není na našem trhu).

Intrazánální dekongestiva se mají užívat pouze v případech těžké nosní obstrukce a jen velmi krátce (maximálně 5 dní), spolu s ostatními léky, nejsou vhodná pro kojence, batolata a děti předškolního věku. Jejich orální aplikace má být rezervována jen pro „záchrannou“ léčbu dle potřeby. Nedoporučuje se pravidelné užívání kombinace tabletových přípravků obsahujících dekongestiva a antihistaminika.

Specifická alergenová imunoterapie je indikována u středně těžké a těžké formy rýmy intermitentní a u všech forem rýmy perzistující, především pylové a roztočové etiologie (zde je dle některých údajů její účinnost u dětí menší). Aplikace injekční nebo podjazyková (kapky, tablety) signifikantně tlumí symptomy nemoci u dětí i dospělých a snižuje riziko výskytu astmatu o těchto nemocných. Existuje i nazální pylová imunoterapie, u nás se ale neužívá.

Dle mezinárodních doporučení, týkajících se léčby alergické rýmy, není prokazatelně účinná homeopatie, akupunktura, herbální medicína, fototerapie a další **alternativní postupy** (5).

Za účinné **preventivní opatření**, bránící manifestaci alergického onemocnění, se dnes považuje exkluzivní kojení minimálně po dobu prvních 3 (4) měsíců po porodu. Tento postup se však doporučuje pro všechny děti, nezávisle na tom, zda pocházejí nebo nepocházejí z atopických rodin. Nízkoalergenová dieta těhotných a kojících žen

však riziko vzniku astmatu nebo alergické rýmy nezmenšuje. Je ale jednoznačně doporučena totální eliminace kontaktu s tabákovým kouřem, to platí i ve smyslu odstranění pasivního kouření. Riziko vzniku astmatu a alergie pro rizikové děti raného věku (1 rodič nebo sourozenec má astma nebo jiné alergické onemocnění) se dá snížit komplexními opatřeními, redukujícími expozici roztočovými alergeny v domácím prostředí. Sem patří potažení lůžek speciálními a pro roztoče neprostopnými potahy, praní povlečení a hraček v teplotě nad 55 stupňů Celsia, užití akarocidů, pravidelný úklid, větrání, udržování správné vlhkosti a teploty v bytě, odstranění kobereců atd). U těchto (zdravých) dětí však nemá preventivní protialergický účinek eliminace kontaktu s domácími mazlíčky (5).

Závěr

Alergická rýma je onemocněním s vysokou společenskou závažností, sice neohrožuje pacienta na životě, ale negativně ovlivňuje kvalitu, schopnost koncentrace apod. Je významným rizikovým faktorem pro vznik astmatu. Zvážíme-li, že postihuje především dětskou a mladší populaci, a sečteme-li přímé a nepřímé náklady na toto onemocnění, lze uzavřít, že alergická rýma představuje globální zdravotnický problém (6). Proto by k ní mělo být přistupováno zodpovědně, s vědomím všech problémů a komplikací, které z nesprávně diagnosticky zařazené a léčené nemoci mohou vzniknout.

Literatura

1. Petrů V. Několik slov úvodem. In: Petrů V, a kol. Dětská alergologie. Praha: Aeskulap, 2012: 20.
2. Seberová E. Alergická rýma. Praha: Jesenius Maxdorf 2006.
3. Bousquet J. (ed.) Management of allergic rhinitis and its impact on asthma, pocket guide 2001.
4. Bousquet J, et al. Management of allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA), update 2008 (in collaboration with WHO, Galen and AllerGen). Allergy, 2008; 63(Suppl 86).
5. Brozek JL, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol, 2010; 126(3): 466–476.
6. Alergická rýma a její vliv na astma. Kapesní průvodce pro lékaře a zdravotní sestry. ČIPA Praha; 2002: 3–35.
7. Panzner P, Špičák V, et al. ARIA (alergická rýma a její vztah k astmatu). Čeho bylo dosaženo za 10 let a potřeby v budoucnu. Alergie 2012; 14(1): 47–50.
8. Rybniček O. Alergická rýma. In: Petrů V, a kol. Dětská alergologie. Praha: Aeskulap, 2012: 253–284.
9. Petrů V, Chrobok V, Klozar J. Alergická rýma. Zásady diagnostiky a léčba (2. přepracované vydání), Mediforum Praha, 2010.
10. Keil T, et al. The natural history of allergic rhinitis in childhood. Pediatr Allergy Clin Immunol, 2012; 21(6): 962–969.
11. Helliings PW, et al. Uncontrolled allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis: where do we stand today? Allergy 2013; 68(1): 1–7.

Článek doručen redakci: 2. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 7. 2. 2013

doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Centrum alergologie
a klinické imunologie,
Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2, 150 00 Praha
vit.petr@homolka.cz

