



Medexpress, 2021-09-27 09:27

Odczulanie: Alergolog powinien mieć wybór



Rozmawiamy z prof. Krzysztofem Kowalem z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Szacuje się, że w Polsce u około 5 procent populacji może wystąpić reakcja alergiczna po użądleniu owada błonkoskrzydłego. Ile osób z tej grupy kwalifikuje się do leczenia, ile w rzeczywistości jest odczulanych i w ilu ośrodkach w Polsce prowadzi się takie odczulanie?

Prof. Krzysztof Kowal: Reakcja alergiczna na jad owadów błonkoskrzydłych może być różnorodna. Mogą to być reakcje typu miejscowego, których nie powinniśmy mylić z naturalnym odczynem toksycznym, który występuje po użądleniu. Duże reakcje miejscowe charakteryzują się tym, że przekraczają zdecydowanie 10 cm średnicy i utrzymują się kilka dni. One może nie są same w sobie groźne, ale mogą potencjalnie zagrażać życiu, jeśli występują w miejscach szczególnie wrażliwych takich jak głowa czy szyja i mogą sprawiać duży kłopot u osób narażonych np. pszczelarzy. Osób z dużymi odczynami jest ponad dziesięć procent (zaznaczam, że to uproszczenie, żeby pokazać skalę problemu). Kolejnym rodzajem reakcji są uogólnione reakcje alergiczne, które dotyczą całego organizmu, nie tylko miejsca użądlenia. Takie reakcje ogólnoustrojowe spotyka się u 5-10 procent populacji dorosłej i trochę rzadziej u dzieci. Wśród reakcji ogólnoustrojowych zdarzają się reakcje ciężkie, które dotyczą ważnych dla życia organów, jak np. układu oddechowego czy układu krążenia. Osób, u których występują takie reakcje jest w Polsce około 1-2 procent

(to szacunkowe dane). Te osoby mają do dyspozycji dwa rodzaje leczenia: doraźne, czyli adrenalinę, która jest kołem ratunkowym umożliwiającym dotrwanie do momentu uzyskania fachowej pomocy medycznej np. przyjazdu karetki. Jest to jednak leczenie objawowe i nie zmienia naturalnego przebiegu choroby. Jedynym dostępnym leczeniem przyczynowym jest immunoterapia. Chorzy, u których pojawia się reakcja będąca zagrożeniem życia, powinni być leczeni za pomocą immunoterapii, czyli leczenia przyczynowego (około 1-2 proc.). Dodatkowo jest jeszcze grupa osób, u które nawet łagodniejsze reakcje prowadzą do poważnych konsekwencji ze względu na szczególnie duże ryzyko ekspozycji na użądlenia. Są to osoby zawodowo związane z ekspozycją na jad owadów, np. pracownicy szklarni czy pszczelarze. Mimo że u tych osób sama reakcja nie zagraża bezpośrednio życiu, może jednak im uniemożliwić pracę zawodową, a niekiedy doprowadzić do poważnych następstw zdrowotnych. Jeśli taka osoba zostanie użądlnona w okolice wrażliwe, jak szyja czy głowa, może skończyć się to niepomyślnie. W niektórych krajach istnieje tendencja, żeby również te osoby leczyć przy pomocy immunoterapii alergenowej ze względu na korzyści zdrowotne jak i społeczno-ekonomiczne płynące z tego rodzaju postępowania.

Czy często się zdarza, że w wyniku reakcji anafilaktycznej dochodzi do zgonu?

Prof. K.K: To jest bardzo trudne do oszacowania. Jeżeli do takiej reakcji dochodzi w miejscu, w której jest dostęp do fachowej pomocy medycznej, to zazwyczaj rokowanie jest dobre. Natomiast, jeżeli taka sytuacja nastąpi gdzieś w terenie, to może zakończyć się nawet zgonem, a do tego trudno określić czy osoba zmarła, bo użądliła ją osa, czy dostała udaru, czy zawału. Dane, które mamy, wskazują, że w takim kraju, jak Polska czy Niemcy z powodu reakcji anafilaktycznej najprawdopodobniej umiera około kilkudziesięciu osób rocznie.

Jakie objawy mogą wystąpić po użądleniu?

Prof. K.K: Objawy mogą być miejscowe czyli obrzęk, ból, zaczerwienienie, świąd, ale również mogą obejmować odległe narządy i organy. Najłagodniejszym z objawów ogólnoustrojowych jest uogólniona pokrzywka. W cięższych przypadkach pojawiają się objawy ze strony układu oddechowego - duszność, świszczący oddech, ze strony układu krążenia: uczucie słabości, przyspieszone bicie serca, zasłabnięcie, ze strony układu pokarmowego: nudności, wymioty, biegunka, bóle skurczowe jamy brzusznej. Oczywiście, najbardziej boimy się objawów ze strony układu krążenia, kiedy dochodzi do spadku ciśnienia, zapaści i utraty przytomności. Musimy pamiętać, że każdy chory, który doznaje takich reakcji jest obciążony własnym bagażem współistniejących chorób. Jeżeli dojdzie do silnej reakcji anafilaktycznej u skądinąd zdrowego sportowca, to jego układ krążenia i oddychania może jakoś sobie z tą sytuacją poradzić, ale osoba, która ma chorobę serca może w tej sytuacji nie przeżyć.

Jak rozpoznać, że mamy do czynienia ze wstrząsem anafilaktycznym?

Prof. K.K: Rozpoznanie samej reakcji wstrząsowej jest łatwe, gdyż chory bardzo silnie manifestuje objawy. Natomiast wykazanie, iż jest to rzeczywiście wstrząs anafilaktyczny nie zawsze jest proste i często wymaga oceny doświadczonego specjalisty oraz wykonania odpowiednich badań. Dlatego potrzebna jest dobra diagnostyka, żebyśmy wiedzieli, że dany chory, u którego wystąpiła silna reakcja ze strony układu sercowo-naczyniowego jest rzeczywiście uczulony, na co jest uczulony i czy występuje powiązanie pomiędzy rodzajem uczulenia a narażeniem i reakcją kliniczną. Zazwyczaj obraz kliniczny układu się w ten sposób, że specjalista alergolog jest w stanie odpowiedzieć, czy chory rzeczywiście przeżył wstrząs anafilaktyczny, i czy taka sytuacja mu w przyszłości zagraża.

Na czym polega działanie i skuteczność immunoterapii?

Prof. K.K: Immunoterapia polega na stopniowym i kontrolowanym podawaniu tych alergenów, na które chory jest uczulony. Podawane są w taki sposób, żeby przyzwyczaić nasz układ immunologiczny, co nie znaczy, że przestaje je rozpoznawać. Układ immunologiczny w ten sposób wytwarza mechanizmy

kontrolujące tę odpowiedź, żeby nie traktował białek, na które poprzednio reagował, jako alergeny. Długofalowe podtrzymywanie tych dawek, czyli faza podtrzymująca immunoterapię, trwająca od 3 do 5 lat (raczej skłaniamy się do 5 lat w przypadku jadów), jest po to by wytworzyć trwałą pamięć, która będzie prowadzić do tolerancji jadów nawet po zakończeniu immunoterapii.

Jak pandemia koronawirusa wpłynęła na dostęp do odczulania?

Prof. K.K: W Polsce nie mamy na ten temat twardych danych. Mogę je jedynie oszacować z obserwacji i z rozmów z pacjentami – około 30 procent osób zaprzestało immunoterapii, natomiast przesunięcia immunoterapii, modyfikacje, wydłużenie odstępu wystąpiło u około 80 procent. I to są dane mniej więcej spójne z tym, co zostało opublikowane w krajach zachodnich np. we Włoszech.

Czy są kraje, w których stosuje się immunoterapię w AOS?

Prof. K.K: W wielu krajach wykonuje się immunoterapię w AOS-ie, przy czym procedura wykonywana ambulatoryjnie nieco się różni od tej wykonywanej w warunkach szpitalnych. Pamiętajmy, że nie musimy u wszystkich chorych stosować tego samego sposobu leczenia. Najbardziej rozpowszechniony w Polsce sposób jest dobry i skuteczny, natomiast ze względu na szybkość uzyskiwania tolerancji również występuje możliwość wywołania reakcji anafilaktycznej. W związku z tym ten tzw. ultraszybki sposób podawania rzeczywiście jest zarezerwowany do leczenia zamkniętego. I tak powinno być. Czy u każdego powinniśmy to stosować? Nie. To, jaki system zastosujemy zależy od doświadczenia lekarza, stanu chorego czy przebiegu reakcji. Lekarz, w zależności od własnych umiejętności oraz tego jakiego chorego leczy, powinien zdecydować w jaki sposób prowadzona będzie immunoterapia. Jeśli chorego będziemy kwalifikować do odczulania w listopadzie, to istnieje możliwość żeby zastosować protokół wolniejszy, gdzie do dawki podtrzymującej dochodzi się np. 3 miesiące, ze względu na to, że w zimie owady błonkoskrzydłe nie są aktywne w Polsce. Musimy pamiętać, że mamy różne sposoby prowadzenia immunoterapii alergenowej i te możliwości są wykorzystywane na świecie. W Polsce jest to tylko procedura szpitalna, co jest oczywiście pewnego rodzaju ograniczeniem.

Czy jest Pan za tym, żeby w Polsce również prowadzić immunoterapię w AOS?

Prof. K.K: Jestem zdania, że lekarz musi mieć wybór, by mógł podejmować decyzję jak najlepiej leczyć swojego pacjenta. A żeby mógł podejmować taką decyzję, powinien dysponować różnymi narzędziami zarówno diagnostycznymi jak i terapeutycznymi. To lekarz, który bada danego chorego w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej powinien zdecydować czy potrzebuje on leczenia szpitalnego czy też uzna, że będzie mógł dane procedury wykonać w ambulatorium.

A czy są argumenty przeciwko stosowaniu immunoterapii w ambulatoriach?

Prof. K.K: Tak. To są elementy bezpieczeństwa. I my wiemy, że niektórzy chorzy mogą ciężko zareagować w trakcie immunoterapii. To są pacjenci np. z chorobami sercowo-naczyniowymi czy z mastocytozą. Ci chorzy w sposób często nieprzewidywalny reagują spadkiem ciśnienia, reakcją uogólnioną. Dlatego nie podlega dyskusji fakt, że w szpitalu można leczyć od razu takie przypadki i możemy być dumni z tego, że mamy taką skuteczną procedurę dostępną w Polsce, ale nie możemy wrzucać wszystkiego do jednego worka i jest potrzebna alternatywa.

Czy refundacja preparatów depot mogłaby wpłynąć na leczenie?

Prof. K.K: W Polsce głównym powodem tego, że nie odczulamy w warunkach ambulatoryjnych jest niemożność zakupu szczepionki przez chorego. One są drogie i chorego nie stać na ich nabycie. Oczywiście potrzebna jest również odpowiednio wyceniona procedura, która umożliwi poświęcenie takiemu choremu wystarczającej ilości czasu w gabinecie.