

Prof. dr hab. med. Ryszard Kurzawa, dr med. Urszula Jędrzyś-Kłucjasz

Klinika Alergologii i Pneumonologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddziału Terenowego im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju

Czy dziecko może wyrosnąć z astmy?

Astma należy do najczęstszych przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci. Obecnie wiemy, że niezależnie od stopnia ciężkości, jest chorobą o podłożu zapalnym. Zapalenie prowadzi do nadreaktywności błony śluzowej i ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe.

Na podstawie badań nad naturalną historią astmy oskrzelowej wiadomo, że astma zaczyna się zwykle w pierwszych latach życia. Badania retrospektywne wykazały, że u osób z rozpoznaniem astmy pierwsze objawy choroby pojawiły się:

- 20-30% przypadków przed 1 rokiem życia,
- 30-50% przypadków przed 3 rokiem życia, a
- 50-80% przypadków przed 5 rokiem życia.

Bardzo często, gdy lekarz postawi u dziecka rozpoznanie astmy, rodzice zadają pytanie: czy *moje dziecko kiedykolwiek z niej wyrośnie?*

Odległe rokowanie u dzieci chorujących na astmę jest ciągle przedmiotem wielu badań. Często sugerowano, że dziecko „wyrasta z astmy” aczkolwiek wyniki badań epidemiologicznych są mniej optymistyczne.

Na przestrzeni wielu lat obserwowano ewolucję objawów klinicznych astmy i stwierdzono wyraźną tendencję do remisji objawów klinicznych.

Williams i McNicol wyodrębnili w Melbourne grupę 7-latków z astmą oskrzelową i obserwowali je do osiągnięcia 14 roku życia. Jako czynniki pozwalające przewidzieć utrzymywanie się astmy wyróżniono: początek choroby przed 3 rokiem życia, atopowe zapalenie skóry, znaczne nasilenie objawów od początku choroby. Następnie Martin AJ i wsp. opisali stan tych samych dzieci, gdy osiągnęły wiek 20 lat. Ok. 1/4 z nich nie miała klinicznych objawów astmy, a wartość FEV1 była w normie. U ok. 50% występowały okresowo świsty o niewielkim nasileniu, głównie po wysiłku fizycznym i w trakcie infekcji, a u ok. 20% świsty występowały często lub w sposób ciągły, lub też stwierdzano obniżenie FEV1. Po 28 roku życia, ok. 30% pacjentów „bezobjawowych” w 21 roku życia miała nawrót choroby z nawracającymi epizodami świszczącego oddechu.

Gerritsen J i wsp. przedstawili wyniki obserwacji grupy dzieci holenderskich do 20-30 roku życia. U 50% objawy astmy utrzymywały się od dzieciństwa aż do wieku dorosłego. Z kolei Rackemann, który prowadził 20 letnią obserwację 688 dzieci z astmą oskrzelową, wykazał, że objawy astmy występowały nadal u 26% z nich, ale tylko kilku miało astmę o przebiegu ciężkim.

Autorzy angielscy, Park i wsp. wykazali, że 50% z 238 dzieci z astmą rozpoznaną przed 5 rokiem życia, w wieku 10 lat nie zgłaszało żadnych dolegliwości charakterystycznych dla tej choroby. Natomiast 80% z 2345 dzieci ze świszczącym oddechem przed 5 rokiem życia nie miało tego objawu po 10 roku życia.

Strachan i wsp. stwierdzili, że spośród 302 obserwowanych pacjentów, u których przed 16 rokiem życia występował *wheezing*, w wieku 34-35 lat tylko ok. 40% demonstrowało objawy astmy lub zgłaszało objawy „grania” w piersiach.

Natomiast Sporik i wsp. ustalili, że pojawienie się przed 2 rokiem życia incydentów *wheezingu* jest istotnym czynnikiem ryzyka utrzymywania się objawów astmy w późniejszym wieku.

Nawet wieloletnie remisja astmy nie jest równoznaczna z wyleczeniem. Dowodzą tego wyniki badań retrospektywnych przeprowadzonych u dorosłych, dla których głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na astmę jest występowanie objawów tej choroby lub tylko *wheezingu* w dzieciństwie (Barbee).

Toorn i wsp. oceniali nasilenie zapalenia u młodzieży w okresie remisji objawów klinicznych astmy. W tym celu oznaczano stężenie NO w powietrzu wydechowym, nadreaktywność błony śluzowej oskrzeli na AMP i metacholinę. Grupę badaną stanowiło 21 pacjentów z kliniczną remisją astmy, a grupę kontrolną 18 z czynną postacią choroby. Wartości NO w grupie z remisją objawów były podobne jak w grupie kontrolnej. Nadreaktywność na AMP i metacholinę w grupie z remisją lokowała się w połowie zakresu wyznaczonego przez wyniki uzyskane u pacjentów zdrowych i chorych z czynną astmą.

Na podstawie powyższych obserwacji autorzy wysunęli następujące wnioski:

1. podczas klinicznej remisji istnieje przetrwałe zapalenie dróg oddechowych,
2. subklinicznie trwający proces zapalny prowadzi do nawrotów choroby w późniejszym okresie życia,
3. nadal jest brak możliwości monitorowania tego subklinicznego procesu zapalnego,
4. a takim markerem może być w przyszłości NO, co jednak wymaga badań.

Pomimo wielu trudności metodologicznych, związanych z prowadzeniem długoterminowych badań prospektywnych, osza-

cowano, że astma ustępuje w okresie pokwitania u 30–50% dzieci, głównie chłopców. Jednakże w późniejszym okresie życia dochodzi często do nawrotów choroby. U blisko 2/3 dzieci objawy kliniczne astmy utrzymują się zarówno w wieku dojrzewania jak i w dalszych latach życia. Co więcej, pomimo ustąpienia objawów klinicznych astmy, utrzymuje się nadreaktywność błony śluzowej oskrzeli lub upośledzona czynność układu oddechowego. Rokowanie co do wyrastania z astmy pogarsza obecność następujących czynników obciążających:

1. początek przed 3 rokiem życia, zwłaszcza gdy epizody powtarzały się w dzieciństwie,
2. atopowe zapalenie skóry lub alergiczny nieżyt nosa,
3. dodatnie testy skórne z alergenami wziewnymi,
4. znaczne nasilenie choroby w dzieciństwie,
5. ciągła ekspozycja na alergeny,
6. płęć żeńska.

Należy także zwrócić uwagę, że u 5-10% dzieci z astmą lekką, w późniejszych latach życia rozwija się astma o ciężkim przebiegu. Tak więc, dzieci z astmą o lekkim przebiegu mają korzystne prognozy rokownicze, natomiast u pozostałych astma prawdopodobnie będzie trwała przez całe życie.

Piśmiennictwo

1. Barbee RA, Murphy S. The natural history of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 10: 65-72.
2. Gerritsen J i wsp. Allergy in subjects with asthma from childhood to adulthood. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 116-125.
3. Martin AJ i wsp. The natural history of childhood asthma to adult life. *BMJ* 1980; 280: 1397-400.
4. Park ES i wsp. Preshool wheezing and prognosis at 10. *Arch Dis Child* 1986; 61: 642-646.
6. Rackemann FM. Asthma in children: follow-up study of 688 patients after interval of 20 years. *N Engl J Med* 1952; 246: 858-862.
7. Sporik R i wsp. Exposure to house dust mite allergen (Der pt) and the development of asthma in childhood. *N Engl J Med* 1990; 323: 502-507.
8. Toorn LM, Prnins JB, Overbeek SE. Adolescents in clinical remission of atopic asthma have elevated exhaled nitric oxide levels and bronchial hyperresponsiveness. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162(3PT1): 953-957.
9. Strachan DP i wsp. Ventilatory function after asthma or wheezing illness at ages 0-35. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1629-1536.
10. Williams H, McNicol KN. Prevalence, natural history, and relationship of wheezy bronchitis and asthma in children. An epidemiologic study. *BMJ* 1969; 4: 321-325.