

Dr n. med. Iwona Stelmach

Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii III Katedry Pediatrii UM w Łodzi

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Astma u dzieci jest rozpoznawana zbyt często – Przeciw

Astma oskrzelowa jest najczęściej występującą przewlekłą chorobą wieku dziecięcego. Jak wynika z badań epidemiologicznych, objawy astmy występują u około 10-15% populacji dziecięcej, ale rozpoznanie choroby jest ustalone tylko u połowy chorych.

Wyniki badań epidemiologicznych jednoznacznie wykazały, że niedodiagnozowanie i niedoleczenie astmy jest dużym problemem nie tylko w Europie, ale i na całym świecie [1-5].

Na początku lat 80. Speight przeprowadził badanie nad występowaniem astmy w grupie dzieci 7-letnich, u których obserwowano epizody świszczącego oddechu. Jedynie około 12% dzieci miało prawidłowo rozpoznaną astmę, u pozostałych rozpoznawano nawracające obturacyjne zapalenie oskrzeli i infekcyjne choroby układu oddechowego; prawie 80% dzieci, u których epizody obturacji powtarzały się nawet 12 razy w roku, nie było leczonych, a 30% dzieci, u których objawy choroby wystąpiły częściej niż 12-krotnie w ciągu roku, nie otrzymywało nawet leków rozszerzających oskrzela [6]. Podobne wyniki uzyskali badacze w Wielkiej Brytanii [7,8], w krajach skandynawskich [9], w Australii i w Niemczech [10,11]. Z dostępnych badań wynika również, że niedodiagnozowanie astmy w Holandii sięga 74% [1], w RPA około 50% [2], w Danii blisko 40% [12]. W Polsce niedodiagnozowanie chorób alergicznych, szczególnie astmy oskrzelowej, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, także okazało się dużym problemem [13-15]. W regionie łódzkim prawie 70% osób z objawami chorób alergicznych ma nieustaloną diagnozę i nie otrzymuje żadnego leczenia. W badaniu Kupryś wykazano, że ponad 70% dzieci chorych na astmę nie było wcześniej zdiagnozowanych, a tylko połowa osób dorosłych wiedziała o swojej chorobie [13].

Choć trudności w zdefiniowaniu astmy dla badań epidemiologicznych są dobrze znane, to zastosowanie w tego typu badaniach standaryzowanych kwestionariuszy o budowie podobnej do kwestionariuszy stosowanych w badaniach ISAAC i ECRHS pozwala na dokonywanie porównań między wynikami uzyskiwanymi w różnych ośrodkach. Natomiast uzupełnienie ankieteryzacji o analizę wyników badań dodatkowych, takich jak badanie spirometryczne, badanie nadreaktywności oskrzeli, ocena zmienności PEF zwiększa swoistość badań, a tym samym rozpoznanie epidemiologiczne czyni obiektywnym i pewnym [16].

Dlaczego astma jest nierozpoznawana?

Przyczyny tego zjawiska mogą być różne: niewłaściwe informowanie pacjentów o chorobie przez prowadzących ich lekarzy, bagatelizowanie problemu przez samych pacjentów, trudności diagnostyczne lub nieprzeprowadzenie diagnostyki przez lekarzy prowadzących. Rozpoznanie astmy u dzieci poniżej 5 roku życia jest dużym problemem, gdyż brak jest jednoznacznych kryteriów rozpoznania astmy w tej grupie wiekowej [17-19]. U dzieci zamiast astmy bardzo często rozpoznawane jest zapalenie oskrzeli i w konsekwencji w leczeniu stosowane są kolejne antybiotyki i leki przeciwkaszlowe. Brak prawidłowego rozpoznania prowadzi do nieprawidłowego postępowania leczniczego - błędne rozpoznanie narzuca inny sposób leczenia, często pogarszający stan kliniczny i przyszłe rokowanie dla chorego [19].

Montnemery i wsp. określali czułość i swoistość rozpoznawania astmy przez lekarzy rodzinnych. Okazało się że trafność wykluczania astmy przez lekarzy sięgała 100%, natomiast prawidłowe rozpoznanie astmy stawiano tylko u 60% pacjentów chorych na astmę [20].

Siersted i wsp. opisali czynniki, które są związane z niedodiagnozowaniem astmy. Wykazali oni, że niska aktywność fizyczna, otyłość, poważne problemy rodzinne, bierne narażenie na dym tytoniowy oraz nieobecność objawów nieżyty błony śluzowej nosa to predyktory niediagnozowanej astmy [12]. Niska aktywność fizyczna jest przyczyną otyłości, która ogranicza wysiłek fizyczny, co prowadzi do błędnej interpretacji niewystępowania objawów astmy; niska aktywność fizyczna dziecka nie spowoduje bowiem wystąpienia objawów astmy indukowanych często wysiłkiem, co może być błędnie interpretowane jako „samowyleczenie” choroby. Niski status socjoekonomiczny, w wielu badaniach związany z niedodiagnozowaniem astmy [21], może być związany z natęgiem palenia tytoniu i występowaniem problemów rodzinnych. Rodzice palący papierosy nie chcą wiązać choroby dziecka z narażeniem na tytoń, a problemy rodziców odwracają uwagę od objawów dziecka. Z powyższego badania wynika, że atopia i płęć męska, uznane czynniki ryzyka astmy, mogą spowodować niedodiagnozowanie choroby u nieatopowych dziewcząt. Wydaje się również, że obecność dokuczliwych objawów nieżyty błony śluzowej spojówek i nosa, które są

często przyczyną wizyt u lekarza, zwiększając prawdopodobieństwo rozpoznania astmy.

W związku z wysoką i wzrastającą częstością zachorowań na astmę [22] oraz dużą liczbą dzieci, u których choroba ma ciężki przebieg, konieczne jest zapewnienie chorym możliwości wczesnej diagnostyki i leczenia. Brak dostępu do specjalistycznej opieki medycznej to ważna przyczyna niedodiagnozowania chorób alergicznych. Wyniki wdrożonego w 2000 roku Programu Profilaktyki Chorób Alergicznych w województwie łódzkim potwierdziły, że zwiększenie dostępności do specjalisty alergologa umożliwia wczesne rozpoznanie chorób alergicznych, a szczególnie astmy oskrzelowej [23,24]. Z powyższego programu skorzystało prawie 30 000 mieszkańców regionu. W ciągu 4 lat trwania programu postawiono 16 453 nowych rozpoznania chorób alergicznych u dzieci, tj. ponad 26 nowych rozpoznania na 1000 mieszkańców województwa poniżej 19 roku życia, w tym ponad 5 000 nowych rozpoznania astmy oskrzelowej, co stanowi ponad 8 nowych rozpoznania astmy na 1000 dzieci w regionie. Wdrożenie optymalnego leczenia w ośrodkach specjalistycznych spowodowało istotny spadek liczby i czasu hospitalizacji z powodu zaostrzeń astmy. Obserwowany systematyczny wzrost odsetka nowych rozpoznania w kolejnych latach trwania programu dowodzi niezaspokojeniu potrzeb populacji w tym zakresie oraz konieczności kontynuowania podobnych działań profilaktycznych.

Z przedstawionych powyżej danych pochodzących z różnych ośrodków jednoznacznie wynika, że astma jest chorobą zbyt rzadko rozpoznawaną i niedoleczoną. Konsekwencje nieleczenia nierozpoznanej astmy to: rozwój zmian nieodwracalnych w drogach oddechowych, zwiększenie liczby dzieci chorych na astmę ciężką, wysoka liczba hospitalizacji z powodu zaostrzeń choroby i zwiększenie ryzyka zgonu.

Piśmiennictwo

- van Schayck CP, van Der Heijden FM, van Den Boom G i wsp. Underdiagnosis of asthma: is the doctor or the patient to blame? The DIMCA project. *Thorax* 2000; 55: 562-565.
- Nish WA, Schwietz LA. Underdiagnosis of asthma in young adults presenting for USAF basic training. *Ann Allergy* 1992; 69: 239-242.
- Ehrlich RI, Jordaan E, du Toit D i wsp. Underrecognition and undertreatment of asthma in Cape Town primary school children. *S Afr Med J* 1998; 88: 986-994.
- Enright PL, McClelland RL, Newman AB, Gottlieb DJ, Lebowitz MD. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in the elderly. Cardiovascular Health Study Research Group. *Chest* 1999; 116: 603-613.
- Bousquet J, Knani J, Henry C i wsp. Undertreatment in a non-selected population of adult patients with asthma. *Allergy Clin Immunol* 1996; 98: 514-521.
- Speight ANP, Lee DA, Hay EN. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in childhood. *Brit Med J* 1983; 286: 1253-1257.
- Johnston IDA, Bland JM, Anderson HR. Ethnic variation in respiratory morbidity and lung function in childhood. *Thorax* 1987; 42: 542-548.
- Levy M, Bell L. General practice audit of asthma in childhood. *Brit Med J* 1984; 289: 1115-1116.
- Lundback B, Lindstrom M, Forsberg B. Asthma and allergic diseases in Sweden. *Nord-Med* 1992; 107: 112-115.
- Burney P, MalMBERG E, Chinn S, Jarvis D, Luczynska C, Lai E. The distribution of total IgE in the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 314-322.
- Crockett AJ, Aleprs JH. A profile of respiratory symptoms in urban rural South Australian school children. *J Paediatr Child Health* 1992; 28: 36-42.
- Siersted HC, Boldsen J, Hansen HS, Mostgaard G, Hyldebrandt N. Population based study of risk factors for underdiagnosis of asthma in adolescence: Odense schoolchild study. *BMJ* 1998; 28: 651-655.
- Kupryś I. Epidemiologia chorób alergicznych – badanie próby losowej mieszkańców województwa łódzkiego. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Akademia Medyczna w Łodzi, czerwiec 2001.
- Kupryś I, Elgalal A, Korzycka-Zaborowska B, Górski P, Kuna P. Underdiagnosis and undertreatment of asthma in children and adults on the basis of epidemiological study in the province of Lodz. *Int Rev Allergol Clin Immunol* 2003; 9: 38.
- Emeryk A, Chojna E, Bartkowiak-Emeryk M, Postępski J. Prevalence of asthma and some respiratory symptoms in the years 1995 and 2001 in schoolchildren from rural regions of Poland. *Ann Agric Environ Med* 2004; 11: 63-66.
- Bukowczan Z, Kurzawa R, Pisiewicz K. Częstość występowania astmy oskrzelowej u dzieci w Polsce. *Astma Alergia Immunologia* 1996; 1: 20-24.
- Bryce FP, Neville RG. Controlled trial of an audit facilitator in diagnosis and treatment of childhood asthma in general practice. *BMJ* 1995; 10: 838-842.
- Martinez FD, Wright AL, Taussig LM i wsp. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. *N Engl J Med* 1995; 19: 33-38.
- Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Raport NHLBI/WHO, Medycyna Praktyczna, wydanie specjalne, 6/2002
- Montnemery P, Hansson L, Lanke J i wsp. Accuracy of a first diagnosis of asthma in primary health care. *Fam Pract* 2002; 19: 365-368.
- Bauman A, Young L, Peat JK, Hunt J, Larkin P. Asthma underrecognition and under-treatment in an Australian community. *Aust N Z J Med* 1992; 22: 36-40.
- Worldwide variation in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J* 1998; 11: 315-335.
- Stelmach W, Korzeniewska A, Krakowiak J, Stelmach I. Retrospektywna ocena Programu Prewencji Chorób Alergicznych w Regionie łódzkim. *Pneumonol Alergol Pol* 2004; 71: 237-244.
- Stelmach W, Majak P, Jerzyńska J, Stelmach I. Early effects of Asthma Prevention Program on asthma diagnosis and hospitalization in urban population of Poland. *Allergy* 2005; 60: 606-10.