

Alergická rýma a současné možnosti její léčby

MUDr. Hana Janíčková

AlergoCentrum s.r.o., Šumperk

Alergická rýma patří k velmi častým chronickým respiračním onemocněním. Je významným rizikovým faktorem pro vznik astmatu, negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů a přináší i významné socioekonomické důsledky. Diagnóza alergické rýmy se opírá o anamnézu, zhodnocení klinických příznaků, kožní testy a/nebo vyšetření specifického IgE. Léčba alergické rýmy zahrnuje edukaci pacientů, nefarmakologická režimová opatření a léčbu medikamentózní – symptomatickou a specifickou alergenovou imunoterapii. Komplexní léčba alergické rýmy vede nejen ke zmírnění příznaků a zlepšení kvality života pacientů, ale je i prevencí vzniku komplikací, především průduškového astmatu.

Klíčová slova: alergická rýma, atopie, klasifikace, terapie.

Allergic rhinitis and current treatment options

Allergic rhinitis is one of major chronic respiratory diseases. It is an important risk factor for the development of asthma, is associated with impairments on quality of life and with a substantial social economic impact. The diagnosis of allergic rhinitis is based upon a history, evaluation of clinical symptoms, skin tests and/or measurement of specific IgE. The treatment of allergic rhinitis encompasses patient education, enviromental control and pharmacotherapy, both symptomatic and allergen-specific immunotherapy. The management of allergic rhinitis not only reduces the symptoms and improves the quality of life of allergic patient but also prevents the development of complications, especially of bronchial asthma.

Key words: allergic rhinitis, atopy, classification, therapy.

Alergická rýma (AR) je jedním z nejčastějších chronických onemocnění dýchacích cest, její prevalence ve světě kolísá od 5 do 40%, v naší populaci je prevalence alergické rýmy asi 16%. Příznaky AR vznikají po kontaktu nosní sliznice s alergenem na podkladě zánětu zprostředkovaného imunoglobulinem E. K typickým příznakům alergické rýmy patří sekrece, typicky vodnatá, často profúzní, kýchání, svědění a obturace nosu zduřelou sliznicí. Lokální příznaky jsou často provázeny i celkovými projevy – nervozitou, únavou, podrážděností, sníženou schopností koncentrace a bolestí hlavy.

Alergická rýma patří do souboru atopických onemocnění, kam zařazujeme ještě atopický ekzém a průduškové astma. Takzvaný atopický pochod začíná atopickým ekzémem v dětství, posléze se objevuje alergická rýma a/nebo průduškové astma. Přibližně 40% pacientů s alergickou rýmou trpí současně i průduškovým astmatem a 80% astmatiků má příznaky alergické rýmy. Rýma je jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik astmatu. Pro svou těsnou provázanost a společný patofyziologický základ byla pro rýmu a astma vytvořena koncepce společné komplexní diagnostiky a dlouhodobé kombinované léčebné strategie obou onemocnění – ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). V praxi to znamená, že každý pacient s AR by měl být vyšetřen na astma a naopak.

U osob s atopickou predispozicí vede expozice alergenu k tvorbě specifických IgE protilátek proti danému alergenu, které se vážou na povrch mastocytů a bazofilů – toto bezpříznakové období se označuje jako fáze senzibilizace. Může trvat

několik dnů až několik let. Po tomto klinicky němém období dochází po opakovaném kontaktu s alergenem k projevům alergické reakce. Časná fáze alergické odpovědi nastává během několika minut po kontaktu s alergenem, kdy se z granul mastocytů vyplavují zánětlivé mediátory (např. histamin, prostaglandiny, leukotrieny) a vyvolají kýchání, svědění sliznice a sekreci. Po několika hodinách dochází k pozdní fázi alergické reakce, k rozvoji eosinofilního zánětu. Nosní sliznici postupně infiltrují různé zánětlivé buňky, z nichž nejdůležitější jsou eosinofilní leukocyty, dále např. mastocyty, monocyty, a uvolňují velké množství mediátorů (eosinofilní peroxidázu a hlavní bazický protein, leukotrieny, prostaglandiny, destičky aktivující faktor). Vlivem těchto prozánětlivých mediátorů dochází k hyperreaktivitě sliznice a k jejímu zbytnění. Hyperreaktivní nosní sliznice potom reaguje příznaky rýmy nejen na alergen, ale i na nespecifické podněty (změny teploty, kouř, iritancia).

Podle ARIA rozdělujeme rýmu podle frekvence příznaků na **intermitentní** a **perzistující** (tabulka 1).

U **intermitentní** rýmy se příznaky objevují méně než 4 dny v týdnu nebo méně než ve 4 po sobě následujících týdnech. U **perzistující** rýmy má pacient potíže déle než 4 dny v týdnu a déle než 4 po sobě jdoucí týdny.

Podle tíže rozlišujeme rýmu **lehkou** a **středně těžkou až těžkou**. Lehká rýma nenarušuje běžné denní aktivity, zábavu, sport, neovlivňuje spánek, není provázena výraznými obtěžujícími příznaky, nevede k problémům ve škole a v zaměstnání. Středně těžkou až těžkou rýmu naopak provází výrazné obtěžující příznaky, ve-

Med. praxi 2013; 10(3): 94–96

Tabulka 1. Nová klasifikace alergické rýmy s ohledem na ovlivnění kvality života pacienta

Intermitentní	Perzistující
< 4 dny v týdnu nebo < 4 týdny	> 4 dny v týdnu a > 4 týdny
Mírná rýma	Středně silná/silná rýma
bez narušení spánku bez narušení denních aktivit, sportu a zábavy bez problémů ve škole a zaměstnání bez přítomnosti obtěžujících příznaků	symptomy narušující spánek narušeny běžné denní aktivity (sport, zábava) problémy ve škole a zaměstnání obtěžující nosní příznaky

de k narušení běžných denních aktivit i spánku a v souvislosti s tím negativně ovlivňuje pracovní výkonnost i zvládání školních povinností.

Diagnostika alergické rýmy

Alergickou rýmu může diagnostikovat praktický lékař ve své ordinaci. Nejdůležitější je pečlivá anamnéza a rozbor příznaků. Při podezření na alergickou rýmu bychom měli zjišťovat:

co?... jaké jsou příznaky – hypersekrece, svědění nosu, kýchání, nosní obstrukce, případně doprovodné alergické příznaky na jiných orgánech – oční projevy, případné astmatické symptomy,

kdy?... v jakém ročním období (časné jaro – pyly břízovitých stromů, květen – srpen – trávy, ev. plísň, pozdní léto a podzim – byliny, plevele, plísň) nebo celoročně (roztoci, domácí zvířata), ke klinickým projevům může dojít až za několik hodin po kontaktu s alergenem,

kde?... v domácím prostředí, uvnitř budov (roztoci, zvířata, domovní plísň) nebo ve venkovním prostředí (pyly, vzdušné plísň),

jak?... jak intenzivní potíže, jak často – příznaky občasné, dlouhodobé, trvalé.

Baterii těchto otázek doplníme ještě dotazy na projevy atopie v předchorobí (např. atopický ekzém v dětství pacienta) a na atopické choroby v rodině – u rodičů, sourozenců a dětí, ptáme se na výskyt atopického ekzému, alergické rýmy a průduškového astmatu.

Klinické vyšetření zahrnuje zjištění stavu nosní sliznice – lze orientačně přehlédnout i běžným otoskopem v ordinaci. Sliznice může být překrvená, s hojným sklovitým sekretem, u pokročilých rým je sliznice bledá až lividní, zduřelá, nos může být zcela neprůchodný. K typickým projevům patří tmavé kruhy pod očima, dýchání otevřenými ústy.

U každé chronické rýmy je indikováno **oto-rinolaryngologické vyšetření** – k posouzení stavu nosní sliznice a sekretu a k vyloučení jiné než alergické etiologie, součástí je i vyšetření paranazálních dutin. V rámci diferenciální diagnózy je nutno vyloučit anatomické odchylky – deviaci septa, anomálie skořep, méně často tumory, polypy, cizí tělesa, u dětí adenoidní vegetaci.

Alergologické vyšetření vede k potvrzení nebo stanovení diagnózy alergické rýmy a zjištění příčinného alergenu. Základním nástrojem alergologa jsou kožní testy, dnes nejčastěji tzv. prick testy. Pozitivní kožní test znamená přecitlivělost na daný alergen, tedy senzibilizaci, a s klinickými projevy koreluje nejlépe. Pokud má pacient odpovídající klinické příznaky, jde o prokázanou alergii. „Laboratorní obdobou“ kožních testů je vyšetření specifických IgE protilátek proti suspektním alergenům.

Terapie alergické rýmy zahrnuje

- nefarmakologická léčebná opatření
- lokální a systémovou medikamentózní léčbu
- specifickou alergenovou imunoterapii

Prvním a zásadním krokem v léčbě by měla být **edukace pacienta o odstranění nebo redukcí příčinného alergenu** z jeho okolí. Příkladem eliminace je odstranění alergizujícího zvířete z bytu. U nejčastějších alergenů, jako jsou pyly, vzdušné plísně a roztoči domácího prachu, většinou úplná eliminace není možná, a proto se musíme spokojit se snížením množství alergenu. U pylových alergií se doporučuje vyhýbat se rozkvetlým loukám, chránit oči před pylem slunečními brýlemi, větrat pouze krátce a intenzivně. V pylové sezóně je vhodné omezit výraznou fyzickou aktivitu ve venkovním prostředí. Podobná opatření platí pro vzdušné plísně, jejichž spóry jsou přítomné v ovzduší

od jara do podzimu. U alergie na roztoče doporučujeme zásadně protialergické lůžkoviny, které lze prát alespoň na 60 °C, případně ochranné protiroztočové povlaky na lůžkoviny a matrace, které zabraňují průniku alergenů z lůžkovin. Je nutné stírat prach na vlhko, odstranit „lapače prachu“ z domácností, alergik sám by úklid neměl provádět. U alergií na domácí zvířata – psy, kočky, morčata apod. – je zásadním opatřením odstranění zvířete z bytu. V domácnosti, kde zvířata žijí, je alergen ve formě vzdušného aerosolu vsudypřítomný a může vyvolávat alergické příznaky i bez přímého kontaktu se zvířetem.

Farmakologickou léčbu můžeme rozdělit na léčbu lokální a systémovou. Výhodami lokální léčby je vysoká koncentrace léků v nosní sliznici, rychlé působení a minimální riziko nežádoucích systémových účinků. Nevýhodou může být někdy dráždění nosní sliznice, krvácení a tvorba krust, při úplné nosní obstrukci obtížná aplikace a ztížená dostupnost léků, spolupráce pacienta při aplikaci nosních sprejů může být horší než při aplikaci tablet.

K lokálními léky alergické rýmy patří **lokální antihistaminika** ve formě nosního spreje (azelastin, levokabastin), která jsou účinná na kýchání, nosní sekreci, svědění nosní sliznice, mají jen omezený účinek u nosní obstrukce. Aplikují se 2× denně, u některých pacientů mohou dráždit sliznici. Jsou volně prodejné.

Neúčinnějšími léky alergické rýmy jsou **nasální steroidy** (beklometason, budesonid, flutikason, mometason). Jsou účinné na všechny projevy alergické rýmy, u nosní obstrukce jsou lékem 1. volby. Zlepšují i oční příznaky, uvolněním nosu působí příznivě i na příznaky astmatu. Jejich účinek není okamžitý, nastupuje po několika hodinách, maximálního efektu dosahují během 2 týdnů. Jsou určeny k dlouhodobé léčbě. Aplikují se 1× nebo 2× denně ve formě nosních sprejů, mají příznivý bezpečnostní profil, bez rizika nežádoucích systémových účinků v běžných terapeutických dávkách. Někdy mohou způsobovat epistaxi. Kromě mometasonu jsou bez omezení preskripce a může je indikovat i praktický lékař.

Dříve častěji používané **kromony** (kromoglykat sodný) jsou dnes na ústupu, jejich účinnost je mírná, jsou zcela bezpečné, nutností je podávání 4× denně, což může být pro pacienty obtěžující, nástup účinku je pomalý – většinou nejméně 2 týdny. Častěji se indikují u dětí. Jejich preskripce je vázána na specialisty ORL, alergology a pneumology.

Lokální dekongestiva jsou oblíbená u pacientů pro svůj rychlý účinek na kongesci nosní sliznice a tedy rychlou úlevu při neprůchodnosti

nosu, ale při delším užívání vedou k léčebně těžko ovlivnitelné rhinitis medicamentosa.

Základem **systémové terapie** jsou nesedativní **antihistaminika II. generace** (bilastin, cetirizin, desloratadin, fexofenadin, levocetirizin, loratadin, rupatadin), která jsou nejčastěji užívanými léky v léčbě AR. Tlumí svědění, kýchání a hypersekreci, jen minimálně ovlivňují nosní obstrukci. Jejich výhodou je, že působí i na ostatní orgány postižené alergickou reakcí. Účinek nastupuje během několika hodin, podávají se 1× denně. Lze je podávat nárazově při akutních atakách, krátkodobě i dlouhodobě, několik měsíců – např. po celou pylovou sezónu i celoročně. Mají velmi dobrý bezpečnostní profil. Jejich preskripce není omezena odborností. Antihistaminika I. generace nejsou v léčbě alergické rýmy indikovány.

Systémové steroidy se používají v léčbě alergické rýmy zcela výjimečně, krátkodobě, pouze u velmi těžkých forem, rezistentních na jinou terapii, u dětí jsou v tomto případě kontraindikovány.

Specifická alergenová imunoterapie (SAIT) je příčinnou terapií alergického onemocnění. Je to jediný léčebný postup, který zasahuje do regulace vzniku alergické reakce a snižuje atopickou reaktivitu organismu. SAIT není jen léčbou konkrétního alergického onemocnění, ale má i preventivní účinek před dalším rozšiřováním alergie a před vznikem komplikací. Je dostupná ve formě injekční a sublinguální. Indikace a vedení léčby SAIT je plně v rukou specialisty alergologa.

Závěr

Úspěšná léčba pacientů s AR v ordinaci praktického lékaře je podmíněna správnou diagnostikou a komplexně vedenou léčbou zahrnující i edukaci pacientů a úpravu prostředí. Farmakologická terapie je odstupňována podle klasifikace AR. U lehké intermitentní formy jsou indikovány perorální antihistaminika, případně doplněná nosními antihistaminiky nebo krátkodobě dekongestivy. U středně silné a perzistující formy zvážíme indikaci nosních steroidů, při nosní bloádě jsou lékem 1. volby. Předpokladem kompletní péče o alergického pacienta je spolupráce s alergologem a se specialistou ORL.

Literatura

1. Špičák V, Panzner P, et al. Alergologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004.
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. Allergy 2008; 63(Suppl. 86).
3. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol 2010; 126(3): 466–476.

4. Kratěnová J. Nová epidemiologická data o alergii, astmatu a alergické rýmě. Alergie 2008; Suppl. 1: 45–48.
5. Rybníček O, et al. Výroční zpráva Pylové informační služby 2011. Brno: Tigris, 2012.
5. Price D, Bond C, Bouchard J, et al. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: Management of allergic rhinitis. Prim Care Resp J 2006; 15: 58–70.

Článek přijat redakcí: 24. 1. 2013
Článek přijat k publikaci: 7. 2. 2013

MUDr. Hana Janíčková

AlergoCentrum s. r. o.

Dr. E. Beneše 5, 787 01 Šumperk

janickova@alergocentrum.cz

