

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Częstość immunoterapii swoistej na przykładzie wybranej poradni alergologicznej

The frequency of specific immunotherapy in a selected allergological outpatient facility

BARTOSZ J. SAPIŁAK^{1, A-F}, EDWARD SZABLEWSKI^{2, A-F}, MONIKA MELON-SAPIŁAK^{3, B-E},
MAGDALENA BUJNOWSKA-FEDAK^{1, E}, ANDRZEJ STECIWKO^{1, G}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

² Poradnia Alergologiczna w Kępnie

Kierownik: Edward Szablewski

³ Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Szuba

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Atopia jest schorzeniem alergicznym typu I występującym rodzinnie. Szacuje się, iż 30–40% pacjentów jest zdeterminowana genetycznie tak, że spontanicznie wytwarzają swoiste przeciwciała IgE. Wielu z nich kierowanych jest przez lekarzy rodzinnych do poradni alergologicznej celem diagnostyki i ewentualnego odczulania.

Materiał i metody. Analizą retrospektywną objęto dokumentację 3432 pacjentów wybranej poradni alergologicznej. Ocenie poddano liczbę pacjentów, u których alergolog rozpoczął immunoterapię swoistą. Analizowano liczbę immunoterapii mającej zredukować objawy pyłkowicy, alergii na roztocza i immunoterapii poliwalentnej.

Wyniki. U 61 chorych wdrożono leczenie roztoczone, u 121 rozpoczęto immunoterapię z zastosowaniem alergenu pyłkowego, zaś w przypadku 25 osób podjęto immunoterapię poliwalentną.

Wnioski. Niespełna 8% pacjentów poradni podjęło próbę immunoterapii swoistej. Immunizacja czynna przeciw pyłkom była dwukrotnie częstsza niż przeciw roztoczom (58,5% vs 29,5%). Immunoterapia poliwalentna stanowiła jedynie 12% wszystkich odczulań.

Słowa kluczowe: alergia, immunoterapia, alergolog.

Summary **Background.** Atopy is an allergic type I disease, and occurs in families. It is estimated that 30 to 40% of the patients is determined genetically so they spontaneously produce specific IgE antibodies. Many of them are referred by a GP to an allergologist to set the diagnosis and possible desensitization.

Material and methods. Retrospective analysis of 3432 patients' documentation of selected allergological outpatient facility. The authors assessed the number of patients that started desensitization against pollinosis, allergy to mites and polyvalent one.

Results. 61 patients initiated anti-mites desensitization, 121 anti-pollinosis one and in 25 persons polyvalent desensitization was needed.

Conclusions. Less than 8% of all patients took a specific immunotherapy. Desensitization against pollinosis was twice more common than that anti-mites (58.5% vs 29.5%). Polyvalent desensitization was done only in 12% of all cases.

Key words: allergy, immunotherapy, allergologist.

Wstęp

Atopia jest schorzeniem alergicznym typu I występującym rodzinnie. Szacuje się, iż 30–40% pacjentów jest zdeterminowana genetycznie tak, że spontanicznie wytwarzają swoiste przeciwciała IgE. W rodzinach, w których rodzice są swoiście uczuleni, 50–60% dzieci wykazuje obecność przeciwciał

klasy IgE, a połowa z nich zachoruje na chorobę atopową przed 7. rokiem życia [1]. Ryzyko rozwoju alergii wzrasta do 80% jeśli oboje rodzice cierpią na alergię. W tym przypadku dzieci zachorują wcześniej, a przebieg choroby będzie cięższy. Początkowo niejawna atopia manifestuje swą obecność pod wpływem różnych bodźców – takich jak: nawracające infekcje, czynniki szkodliwe w powietrzu,

odzieży i pokarmie [2]. Do najczęstszych alergii wziewnych należą pyłkowica i alergia na roztocza kurzu domowego.

Diagnostyka niepowikłanej alergii na pyłek roślinny opiera się na prawidłowo zebranych wywiadzie oraz obecności typowych objawów klinicznych. Potwierdzenie stanowią wyniki testów *in vivo* (najczęściej prick-test) oraz *in vitro* (testy immunoabsorpcyjne). Predyspozycja do niej, tak jak innych chorób atopowych, jest uwarunkowana genetycznie, ale do wystąpienia konieczne jest narażenie na odpowiednie alergeny.

Kurz domowy jest konglomeratem wielu składników. Zawiera pyły organiczne i nieorganiczne, resztki pokarmowe, drobiny odzieży, sierść zwierząt, obumarłe i złuszczone naskórki, zarodniki grzybów i bakterie. Mieszanka ta tworzy doskonałe warunki do rozwoju i bytowania roztoczy. Z punktu widzenia alergologii najważniejsze są *Dermatophagoides pteronyssinus* i *Dermatophagoides farinae*, znaczenie kliniczne pozostałych gatunków jest mniejsze. W przypadku uczulenia na roztocza postępowanie terapeutyczne polega na ograniczeniu ekspozycji chorego na alergeny przez częstą zmianę bielizny, usunięcie „rezerwuarów” kurzu z sypialni, kotar, mebli tapicerowanych, dywanów. Zmniejszenie ekspozycji na alergeny ułatwia stosowanie nieprzepuszczalnych dla roztoczy pościeli lub roztoczebójczych środków chemicznych.

Chorzy z nasilonymi objawami klinicznymi zgłaszający pogorszenie jakości życia ze względu na całoroczne występowanie dolegliwości, u których stwierdzono wybitnie dodatnie odczyny testów skórnych oraz zwiększone stężenie swoistych IgE, kwalifikują się do swoistej immunoterapii [3, 4].

Materiał i metody

Przeanalizowaliśmy częstotliwość immunoterapii pacjentów. Analizy dokonano metodą retrospektywną. Ocenie poddano dokumentację 3432 pacjentów wybranej poradni alergologicznej, którzy zgłosili się po poradę w pojedynczym roku kalendarzowym. Wiek pacjentów poddanych odczulanu był zróżnicowany – oscylował od 0 do 40 lat. Przeanalizowano występowanie zgłaszanych przez pacjentów poradni dolegliwości i rozpoznań lekarskich według klasyfikacji ICD-10. W analizie statystycznej zastosowano test Gaussa, przyjmując jako istotne wartości przy $p < 0,05$.

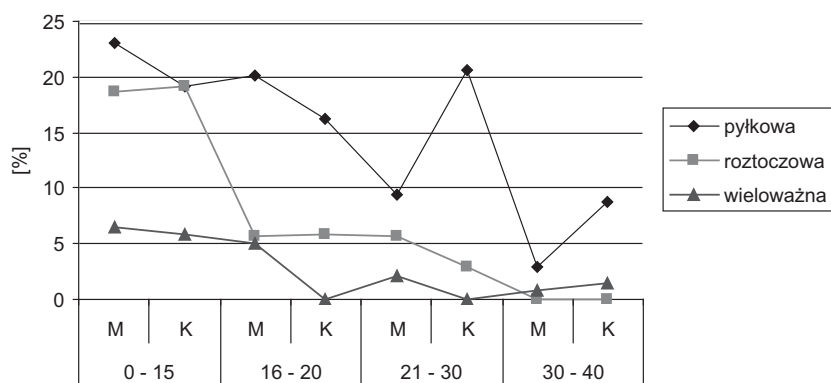
Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych obserwacji, badań diagnostycznych i kwalifikacji alergologicznej do immunoterapii swoistej zakwalifikowano w sumie 207 pacjentów. U 61 wdrożono leczenie roztocze, u 121 rozpoczęto immunoterapię z zastosowaniem alergenu pyłkowego, zaś w przypadku 25 osób podjęto immunoterapię poliwalentną – leczenie z wykorzystaniem zarówno alergenu pyłkowego, jak i roztocze. W tabeli 1 przedstawiono klasyfikację wszystkich pacjentów, u których rozpoczęto immunoterapię.

Jak wynika z danych tabeli 1, do najczęstszych schorzeń leczonych w poradni alergologicznej metodą immunoterapii należały pyłkowica i roztocza, które dużą reprezentację znajdują w grupie wiekowej 0.–30. roku życia. Istotne zmniejszenie prowadzonych immunoterapii w stosunku do pozostałych pacjentów stwierdzono u mężczyzn w grupie wiekowej 21–30 lat. Pacjenci w wieku 30–40

Tabela 1. Częstość immunoterapii w zależności od rodzaju sIT, wieku i płci pacjenta

sIT	Mężczyźni								
	0–15	%	16–20	%	21–30	%	30–40	%	Suma
Pyłkowa	32	23,02	28	20,14	13	9,35	4	2,88	77
Roztoczowa	26	18,70	8	5,75	8	5,75	0	0	42
Wieloważna	9	6,47	7	5,04	3	2,16	1	0,74	20
	67	48,19	43	30,93	24	17,26	5	3,62	139
sIT	Kobiety								
	0–15	%	16–20	%	21–30	%	30–40	%	Suma
Pyłkowa	13	19,12	11	16,18	14	20,59	6	8,82	44
Roztoczowa	13	19,12	4	5,88	2	2,94	0	0,00	19
Wieloważna	4	5,88	0	0,00	0	0,00	1	1,47	5
	30	44,12	15	22,06	16	23,53	7	10,29	68



Rycina 1. Graficzna prezentacja częstości immunoterapii w zależności od rodzaju sIT, wieku i płci pacjenta

lat charakteryzują się niskim współczynnikiem immunoterapii, co spowodowane jest zmniejszonym zainteresowaniem tych pacjentów leczeniem przyczynowym, a także zmianą stylu życia i organizacji pracy zawodowej, która podporządkowana musi zostać ściśle terminarzowi immunoterapii. Graficzną prezentację wyników badania przedstawiono na rycinie 1.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że immunoterapia z powodu pyłkowicy dominowała w każdej z grup wiekowych. Jedynie w grupie dziewczynek w wieku 1–15 lat liczba immunoterapii z powodu choroby alergicznej spowodowanej alergenem pyłkowym była identyczna z liczbą immunoterapii alergenem roztoczowym. Istotnie statystyczny wzrost liczby pacjentów leczonych z powodu pyłkowicy oznacza ponadto, iż na terenie działania badanej poradni pacjenci wykazują częściej objawy takie, jak: obrzęk śluzówki nosa (nieżyt nosa), trudności w oddychaniu, łzawienie oczu, kichanie, kaszel, które to objawy przemawiają za rozpoznaniem alergii pyłkowej. Jest to wniosek zgodny z wcześniej zaobserwowanymi przyczynami zgłoszeń pacjentów do leczenia alergologicznego.

Z punktu widzenia terapii alergologicznej i niewielkiej próby trudno ocenić prowadzenie immu-

noterapii wieloważnej w przypadku stwierdzenia jednoczesnego uczulenia na alergeny roztoczowe i pleśniowe. Zidentyfikowano występowanie takich przypadków (zakwalifikowanych do odczulania) u obu płci jedynie w grupie pacjentów 0–15 lat i 30–40 lat. W kategoriach pośrednich nie stwierdzono prowadzenia terapii u kobiet, co nie pozwala na wyciągnięcie daleko idących wniosków. Biorąc jednak pod uwagę światowe doniesienia epidemiologiczne, należy spodziewać się wzrostu zachorowań na alergię wieloważną, co w przyszłości może skutkować wzrostem zainteresowania pacjentów jednoczesnym odczulaniem dwoma preparatami.

Wnioski

1. Niespełna 8% pacjentów poradni podjęło próbę immunoterapii swoistej.
2. Immunizacja czynna przeciw pyłkom była dwukrotnie częstsza niż przeciw roztoczom (58,5% vs 29,5%).
3. Immunoterapia poliwalentna stanowiła jedynie 12% wszystkich odczulań.

Piśmiennictwo

1. Graß T, Wahn U. Das Atopiesyndrom im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 1991; 139: 316–322.
2. Young E, Stoneham MD, Petruckevitch A, et al. A population study od food intolerance. *Lancet* 1994; 343: 1127–1130.
3. Terrehorst I, Duivenvoorden HJ, et al. The unfavorable effects of concomitant asthma and sleepes-snees due to the atopic eczema/dermatitis syndrome (AEDS) on quality of life in subjects allergic to house-dust mites. *Allergy* 2002; 57: 919–925.
4. May K. Rostocza kurzu domowego jako przyczyna astmy oskrzelowej. *Terapia* 1995; 10: 37.

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Bartosz J. Sapilak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
Tel.: 501 148-503
E-mail: bsapilak@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 31.01.2012 r.
Po recenzji: 20.02.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 15.03.2012 r.