

Aktualizacja wytycznych GINA 2009



prof. dr hab. med. Jerzy Kozielski, dr n. med. Mariusz Adamek
Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruzlicy ŚUM, Zabrze

Pierwsze robocze zebranie związane ze Światową Inicjatywą Zwalczenia Astmy (Global Initiative for Asthma – GINA) odbyło się w 1993 r. z inicjatywy NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) oraz WHO (World Health Organization). Pokłosiem tego spotkania i pracy zespołu wybranych naukowców był pierwszy raport noszący tytuł „Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy”. Publikacja ukazała się w 1995 r. Od 2002 r., w którym opracowano nowy raport, regularnie w miarę postępu wiedzy o astmie nanoszone są w dokumencie poprawki. W 2009 r. ukazała się jego kolejna aktualizacja.¹

Główną funkcją aktualizacji jest przedstawienie zagadnień postępowania w astmie w sposób wyczerpujący, a jednocześnie przystępny, z pominięciem szczegółów zawartych w podręcznikach akademickich. Zaktualizowany dokument ma służyć jako źródłowy materiał referencyjny. Na jego podstawie powstaną też podręczne przewodniki dotyczące wybranych zagadnień, np. opieki nad niemowlętami i dziećmi chorymi na astmę.

Włożono wiele wysiłku, aby stworzyć dokument, który mógłby stanowić źródło informacji dla klinicystów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i być pomocny przy podejmowaniu indywidualnych decyzji diagnostycznych lub leczniczych.

Astmę uważa się obecnie za ogólnoustrojową chorobę zapalną. Dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że jej terapia

stanowi duże obciążenie indywidualne i społeczne, niemniej jednak jej nieleczenie bezsprzecznie generuje wyższe koszty.

Począwszy od 2004 r., kiedy to ukazała się druga aktualizacja raportu GINA, zaleca się modyfikację leczenia i zapobiegania astmie na podstawie wyników kontroli klinicznej choroby, a nie zgodnie z klasyfikacją pacjentów według ciężkości schorzenia. W dokumencie wskazano, by dotychczasową klasyfikację astmy (sporadyczna, przewlekła lekka, przewlekła umiarkowana, przewlekła ciężka) stosować tylko do celów badawczych. W podziale klinicznym wyróżnia się natomiast astmę kontrolowaną, częściowo kontrolowaną i niekontrolowaną.

Nowy podział wynika ze zrozumienia tego, że ciężkość astmy dotyczy nie tylko stopnia zaawansowania samej choroby, lecz także odpowiedzi na leczenie. Ważne jest również to, że ciężkość choroby nie jest cechą stałą i zmienia się w czasie.

Zmiana ta spowodowała, że na plan pierwszy wysuwa się kontrola objawów podmiotowych, a więc leczenie w sposób pragmatyczny powinno zmierzać do minimalizacji objawów odczuwanych przez pacjentów.

Astma kontrolowana została zdefiniowana według następujących kryteriów:

- w ciągu dnia nie występują objawy podmiotowe;
- aktywność dzienna nie jest ograniczona;
- nie występują nocne objawy astmy;
- nie ma potrzeby przyjmowania leków doraźnie;
- parametry czynnościowe są prawidłowe;
- nie występują zaostrzenia choroby.

Autorzy raportu GINA z troską zauważają, że większość pacjentów nie korzysta z postępów w leczeniu, a wielu jest pozbawionych podstawowej opieki, dzięki której można byłoby uzyskać złagodzenie objawów.

Najważniejszym przesłaniem aktualizacji raportu jest ustalenie głównego celu leczenia, którym jest osiągnięcie i utrzymanie klinicznej kontroli astmy. Istnieją bowiem dowody potwierdzające możliwość kontroli jej objawów (duszności, uczucia ciasnoty w klatce piersiowej, zaburzeń snu, ograniczenia dziennej aktywności, zaburzeń czynności płuc) za pomocą odpowiedniej terapii.

Istotne jest też utrzymanie kontroli samej choroby. Cel ten można uzyskać u większości pacjentów.

Dodatковым celem terapii jest redukcja ryzyka wystąpienia zaostrzenia choroby z utratą kontroli, pogorszenia czynności płuc i działań niepożądanych leczenia. Udowodniono, że u pacjentów z astmą dobrze kontrolowaną prawdopodobieństwo wystąpienia zaostrzeń jest mniejsze niż u tych, u których choroba nie jest kontrolowana.²

Wprowadzone pojęcie „astmy trudnej do leczenia” (*difficult-to-treat asthma*) dotyczy pacjentów w niewielkim stopniu reagujących na leczenie glikokortykosteroidami stosowanymi ogólnie, w związku z czym uzyskanie u nich odpowiedniej kontroli choroby może być trudne.

W aktualizacji podtrzymano rekomendację dla badania spirometrycznego i badania przepływu szczytowego jako metod wspomagających rozpoznanie i monitorowanie astmy. Szczególną uwagę zwrócono na pomiar zmienności przepływu szczytowego, który jest kluczowym elementem w diagnostyce i ocenie kontroli choroby.

Uważa się, że przejście z leczenia skojarzonego na monoterapię wziewnym glikokortykosteroidem (przy zachowaniu tej samej dawki) może się wiązać z utratą kontroli choroby.

Następnym ważnym zagadnieniem jest uznanie zwiększonego zużycia leków doraźnych jako czynnika wskazującego na pogorszenie kontroli astmy.

W raporcie zawarto również zmiany dotyczące stosowania leków, i tak:

W związku z podejrzeniami zwiększonego ryzyka zgonu spowodowanego terapią długodziałającymi β_2 -mimetykami wprowadzono zalecenie, aby leków tych nie stosować w monoterapii jako substytutu glikokortykosteroidów stosowanych wziewnie lub ogólnie, a ich użycie musi być skojarzone z odpowiednią dawką glikokortykosteroidów wziewnych.

Monoterapia kromonami u dorosłych nie jest alternatywą dla leczenia wziewnymi glikokortykosteroidami w małych dawkach.

Obecnie w kontroli astmy u dorosłych ważniejszą rolę odgrywają leki przeciwleukotrienowe.

Ogólne zalecenia raportu wskazują, aby zwiększyć intensywność leczenia w razie braku kontroli astmy. W przypadku uzyskania kontroli należy natomiast zredukować intensywność leczenia do najmniejszych dawek leków, które zapewniają satysfakcjonujące monitorowanie choroby. Nie udowodniono, że stosowanie montelukastu umożliwia podawanie mniejszej dawki wziewnego glikokortykosteroidu u dzieci z astmą umiarkowaną i ciężką.

Mimo że pojawiły się leki poprawiające stopień stosowania się pacjentów do zaleceń lekarzy, badania wykazały, że ok. 50% chorych (dorosłych i dzieci) nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami przez przynajmniej część terapii.

W nowelizacji znalazły się również informacje o bezpieczeństwie leczenia. Metaanaliza wszystkich badań dotyczących salmeterolu dodanego do wziewnego glikokortykosteroidu wykazała, że to skojarzenie nie zwiększa ryzyka zgonów lub intubacji związanych z astmą w porównaniu ze stosowaniem samych wziewnych glikokortykosteroidów.

Wyniki metaanalizy badań oceniających występowanie złamań u chorych przyjmujących wziewne glikokortykosteroidy wskazują, że ryzyko złamań u starszych pacjentów rośnie o blisko 12% w przeliczeniu na każde 1000 μg dipropionianu beklometazonu, ale i tak jest mniejsze w porównaniu z innymi czynnikami wpływającymi na złamania u osób w podeszłym wieku.

Nie znaleziono powiązania między występowaniem zespołu Churga–Straussa a przyjmowaniem antagonistów leukotrienów, ale ponieważ przeprowadzono małą liczbę obserwacji, nie można wykluczyć istnienia słabego związku.

Wziewne glikokortykosteroidy mogą wpływać na zmniejszenie przyrastania masy kości u dzieci płci męskiej przed okresem dorastania, ale mimo tego ryzyka zaletą stosowania tych leków jest zmniejszenie dawki glikokortykosteroidów stosowanych doustnie u dzieci.

Istnieją dane sugerujące, że pacjenci z astmą przyjmujący nowoczesne wysokoselektywne β -adrenolityki ze względów kardiologicznych rzadziej umierają w szpitalu w ciągu 24 godzin od przyjęcia.

Piśmiennictwo:

1. Bateman ED, Boulet LP, Cruz AA, et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2009 (update). www.ginasthma.org
2. Bateman ED, Bousquet J, Busse WW, et al. Stability of asthma control with regular treatment: an analysis of the Gaining Optimal Asthma control (GOAL) study. *Allergy* 2008; 63(7): 932-8.

Lista zwycięzców Programu Edukacyjnego „Szczepienia osób dorosłych”
(który ukazywał się na łamach *Medycyny po Dyplomie* w miesiącach:
lipiec – grudzień 2009 r.) znajduje się na stronie www.podyplomie.pl