

Czy każde dziecko chore na astmę powinno stosować lek antyleukotrienowy – przegląd badań klinicznych

Should all children with asthma be treated with antileukotrienes – a review of clinical trials

Paweł Majak, Iwona Stelmach

Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii III Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Oddziału: prof. dr hab. n. med. Iwona Stelmach

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 313–314

Słowa kluczowe: astma, montelukast.

Abstract

In the treatment of persistent asthma, randomized controlled trials have shown leukotriene inhibitors to be more effective than placebo but less effective than inhaled corticosteroids. The use of leukotriene inhibitors has shown an inhaled-steroid-sparing effect, a reduction in need for systemic steroid treatment, or cost savings. In the light of the results of our study montelukast seems to be the best therapeutic option for exercise-induced asthma. Interestingly, montelukast may have some preventive activity against viral-induced asthma exacerbations. There is strong evidence for clinical effectiveness of montelukast in all asthma phenotypes, which makes this drug the most universal anti-asthma treatment option. As established for all drugs commonly used in the treatment of asthma, there is individual variability also in response to montelukast. Therefore, the therapeutic decision in each case should be associated with calculation of the risk/benefit ratio.

Key words: asthma, montelukast.

Najnowsze zalecenia dotyczące astmy dziecięcej, odwołując się do wyników dostępnych badań klinicznych, scalają procedury diagnostyczne i terapeutyczne w jeden praktyczny schemat postępowania klinicznego. W świetle tych zaleceń astma u dzieci przyjmuje jeden z czterech fenotypów w zależności od prezentacji klinicznej oraz związku czasowego między objawami a ekspozycją alergenową, infekcjami wirusowymi lub wysiłkiem fizycznym.

Klasyczna pod względem patofizjologicznym astma IgE-zależna, choć zwykle nie stwarza kłopotów diagnostycznych, ze względu na przewlekłość objawów oraz często obserwowany stały postęp choroby (pojawianie się nowych uczuleń) może być trudna do leczenia. Celem leczenia astmy IgE-zależnej poza próbą indukcji tolerancji alergenowo-swoistej (immunoterapia) jest oczywiście utrzymanie stałej i pełnej kontroli objawów. Jak wskazują wyniki badań, zastosowanie w tym przypadku glikokortykosteroidów wziewnych prawie u wszystkich dzieci umożliwia opanowanie objawów choroby. Jeśli jednak mi-

nimalna dawka kontrolująca objawy jest zbyt duża, warto rozważyć dołączenie do leczenia montelukastu sodu, co może umożliwić zmniejszenie zużycia glikokortykosteroidów wziewnych bez utraty kontroli objawów choroby. Wyniki badania przeprowadzonego ostatnio w ośrodku autora sugerują, że u dzieci chorych na astmę uczulonych na alergeny roztoczy kurzu domowego monoterapia montelukastem sodu może być w pełni wystarczająca, szczególnie poza okresem zwiększonej ekspozycji alergenowej, tj. między kwietniem a sierpniem.

Astma IgE-niezależna jest chorobą niejednorodną pod względem zarówno patofizjologicznym, jak i klinicznym. Może dostarczyć wiele problemów diagnostycznych ze względu na epizodyczny charakter objawów. W takich warunkach trudno określić skuteczność podjętych interwencji terapeutycznych i tym samym planować dalsze leczenie. Astma bez IgE-zależnej nadwrażliwości może przyjąć charakterystyczny fenotyp – astmy indukowanej infekcjami wirusowymi lub astmy indukowanej wysiłkiem.

Adres do korespondencji: Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii III Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź, tel. +48 42 689 59 72, faks +48 42 689 59 73, e-mail: alergol@kopernik.lodz.pl

Pomijając problemy nomenklaturowe, astma indukowana infekcjami wirusowymi jest prawdziwym wyzwaniem terapeutycznym dla pediatry, pulmonologa i alergologa. W pojedynczych badaniach wykazano wpływ montelukastu na nasilenie i częstość objawów astmy indukowanych infekcjami wirusowymi, czego nie obserwowano pod wpływem leczenia glikokortykosteroidami wziewnymi. Należy jednak pamiętać, że ta szczególna i, niestety, duża grupa pacjentów wymaga najbardziej drobiazgowej diagnostyki różnicowej.

Powysiłkowy skurcz oskrzeli to jedna z prezentacji klinicznych astmy. Może on towarzyszyć każdej niewystarczająco kontrolowanej astmie jako wyraz nieswoistej nadreaktywności oskrzeli, jeśli jednak objawy skurczu oskrzeli występują jedynie w związku z wysiłkiem, w takim przypadku najnowsze zalecenia sugerują rozpoznanie astmy indukowanej wysiłkiem fizycznym. Wyniki ostatnio opublikowanego badania przeprowadzonego w ośrodku autorów sugerują, że dobór schematu przewlekłego leczenia astmy z powysyłkowym skurczem oskrzeli nie jest bez znaczenia. Wykazano bowiem, że leczenie z zastosowaniem montelukastu w monoterapii lub terapii skojarzonej z glikokortykosteroidami wziewnymi najsilniej zapobiega powysyłkowemu skurczowi oskrzeli.

Istnieją dowody na skuteczność montelukastu sodu w każdym rodzaju astmy, co czyni go najbardziej uniwersalnym lekiem przeciwastmatycznym u dzieci. Powszechność jego stosowania powinna być jednak podyktowana indywidualną korzyścią pacjenta, co wymusza na lekarzu konieczność skrupulatnego monitorowania leczenia i szacowania wskaźnika korzyść/strata podczas każdej decyzji terapeutycznej. Leczenie astmy powinno być zaplanowane na całe lata z uwzględnieniem zmieniającego się ryzyka częstych infekcji, planowanego wysiłku fizycznego oraz ekspozycji alergenowej.

Piśmiennictwo

U autora.