

Ocena skuteczności immunoterapii alergenowej u dzieci chorych na astmę uczulonych na roztocze kurzu domowego

Jedyną *metodą* przyczynowego leczenia IgE-zależnych alergii wziewnych jest immunoterapia alergenowa (ITA). Wczesne rozpoczęcie ITA u dzieci może skutecznie łagodzić objawy choroby oraz korzystnie wpływać na jej naturalny przebieg, zapobiegając wystąpieniu astmy oraz uczuleniu na inne alergeny. Stosowanie immunoterapii w astmie jest według wielu autorów przedmiotem dyskusji ze względu na problem bezpieczeństwa tej metody leczenia, jak również kontrowersje dotyczące jej skuteczności u chorych na astmę. Dostępne są szczepionki do leczenia iniekcyjnego oraz podjęzykowego, jednakże nadal pozostają wątpliwości co do skuteczności immunoterapii drogą podjęzykową, szczególnie w leczeniu astmy oskrzelowej. Immunoterapia alergenowa wykazuje skuteczność wczesną -w początkowym okresie odczulania, przewlekłą - w czasie stosowania, długoterminową - obserwowaną po zakończeniu odczulania, prewencyjną - hamującą rozwój nowych uczuleń oraz ujawnienie się astmy u chorych na alergiczny nieżyt nosa. W wielu badaniach zaobserwowano znaczące zmniejszenie objawów astmy i zużycia leków przeciwastmatycznych oraz znamienne zmniejszenie nieswoistej nadreaktywności oskrzeli po zastosowaniu ITA. Najbardziej miarodajną metodą oceny skuteczności immunoterapii jest ocena kliniczna, która polega na analizie skali objawów i zużycia leków. Jej skuteczność ocenia się również na podstawie badań czynnościowych układu oddechowego, nieswoistej i swoistej reaktywności oskrzeli. Celem prezentowanego badania była ocena wczesnej skuteczności klinicznej immunoterapii alergenowej u dzieci chorych na astmę oskrzelową, uczulonych na roztocze kurzu domowego na podstawie objawów astmy, zużycia leków kontrolujących oraz czynności płuc.

Zastosowana w prezentowanym badaniu immunoterapia podskórna już po 12 m-cach leczenia spowodowała 50% redukcję minimalnej dawki GKS_w kontrolującej objawy astmy; w grupie kontrolnej (bez odczulania) nie zaobserwowano takich zmian po 12 m-cach obserwacji. Dotychczas opublikowano wiele badań na temat skuteczności immunoterapii podskórnej, a ich wyniki potwierdzają skuteczność ITA u chorych na alergiczny nieżyt nosa i astmę z uczulenia na alergeny sezonowe nawet już po pierwszym roku odczulania. Natomiast liczba badań oceniających skuteczność immunoterapii alergenami roztoczy kurzu domowego u dzieci chorych na astmę jest zdecydowanie mniejsza.

W pracy wykazaliśmy bardzo wyraźny wpływ ITA na redukcję dawki GKS_w. Wśród nich wiek, czas trwania i ciężkość astmy oraz profil uczulenia. W prezentowanym badaniu ocenialiśmy skuteczność ITA u dzieci z monoalergią na roztocze, z krótkim przebiegiem astmy kontrolowanej średnimi dawkami GKS_w. Taki profil pacjentów prawdopodobnie sprzyjał osiągnięciu optymalnego efektu leczenia już w pierwszym roku odczulania.

W prezentowanym badaniu nie zaobserwowano istotnych zmian nasilenia objawów klinicznych astmy ani czynności płuc u odczulanych pacjentów, co prawdopodobnie było związane z niewielkim nasileniem objawów choroby przy wyższych dawkach GKS_w przed rozpoczęciem immunoterapii. Jednakże przy równoległej redukcji leków kontrolujących wpływ ITA na kontrolę astmy jest oczywisty. W związku z tym wydaje się, że najlepszym parametrem do oceny skuteczności ITA w astmie jest ocena redukcji zużycia leków kontrolujących, co jest zgodne z wynikami innych badań. Wielu autorów zaobserwowało znaczące zmniejszenie nasilenia objawów astmy razem z redukcją leków kontrolujących po

roku immunoterapii, co może świadczyć o wysokiej skuteczności ITA również u pacjentów chorych na astmę z większym nasileniem dolegliwości przed rozpoczęciem immunoterapii. Komentarza wymaga stopniowe zmniejszanie dawki GKS w trakcie immunoterapii bez równoległej zmiany nasilenia dolegliwości i/lub parametrów czynności płuc. Według zaleceń międzynarodowych zarówno przed, jak i podczas immunoterapii konieczne jest utrzymanie pełnej kontroli choroby (niska i stabilna punktacja nasilenia dolegliwości obserwowana była podczas całego badania). Fakt ten wyjaśnia brak związku pomiędzy redukcją GKS prowadzoną wg zaleceń GINA (stopniowe zmniejszanie dawki GKS co 3 miesiące przy pełnej kontroli choroby) a zmianą punktacji astmy.

Podsumowując, 12-miesięczna immunoterapia alergenami roztoczy umożliwia 50% redukcję dawki GKS przy utrzymaniu pełnej kontroli objawów choroby. Taki wynik sugeruje, że swoista immunoterapia alergenowa zastosowana w IgE-zależnej astmie u dzieci jest bardzo skutecznym leczeniem, umożliwiającym redukcję dawek glikokortyko-steroidów wziewnych przy utrzymaniu kontroli choroby, co potwierdza jej wpływ na historię naturalną astmy u dzieci.