

Kiedy powiedzieć rodzicom, że dziecko ma astmę?

When should parents be told about asthma diagnosis in a child?

ANNA BRĘBOROWICZ

Klinika Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej i Immunologii Klinicznej
III Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Rozpoznanie choroby ciężkiej i/lub przewlekłej często powoduje duży rodzićów. Pojawia się on także w związku z rozpoznaniem u dzieci astmy. Ze względu na trudności diagnostyczne u małych dzieci oraz z uwagi na zmienność objawów łącznie z możliwością wieloletnich remisji rozpoznanie astmy często się opóźnia. Informacja o chorobie powinna być przekazana już na etapie podejrzenia, co pozwoliłoby rodzicom lepiej zrozumieć dalsze postępowanie. Istotny jest nie tylko czas, sposób i zakres przekazywanej wiedzy. Informacja lekarska powinna być wyczerpująca, aby uniknąć poszukiwania wiedzy o chorobie, przebiegu, rokowaniu, leczeniu w mniej wiarygodnych źródłach. W pracy omówiono zasady rozpoznawania astmy u dzieci z uwzględnieniem dzieci małych i wykorzystania klinicznego indeksu przewidywania astmy.

Słowa kluczowe: *astma dziecięca, rozpoznawanie, współpraca*

Summary

The diagnosis of severe or chronic disease in children induces high level anxiety in their parents, occurring also in relation with asthma diagnosis. For this reason and because of difficulties in asthma diagnosis and variability of clinical manifestation, asthma diagnosis is often delayed. Parents should be informed when the disease is suspected so that they better understand the diagnostic procedures. Not only the time, but also the way and extent of knowledge are important. Medical information should be comprehensive to avoid the situation when patients look for knowledge about disease, prognosis and treatment in the less reliable sources. In this paper the principles of asthma diagnosis are presented, including younger children and the usefulness of asthma predictive index.

Keywords: *childhood asthma, diagnosis, compliance*

© *Alergia Astma Immunologia* 2011, 16 (3): 121-123

www.alergia-astma-immunologia.eu

Przyjęto do druku: 25.02.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Klinika Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej
i Immunologii Klinicznej UM
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
tel.: (0 61) 849-13-13, fax: (0 61) 848-01-11
abreborowicz@wp.pl

Wszyscy rodzice chcieliby oczywiście mieć zdrowe potomstwo. Problemy zdrowotne dzieci zawsze budzą niepokój, przy czym rozumienie tych problemów, ich przeżywanie i pewien rodzaj akceptacji zależą od wielu czynników. Wśród nich szczególne znaczenie wydaje się mieć rodzaj patologii, dynamika jej przebiegu, rokowanie i wiek dziecka. Informację o występujących często u dzieci chorobach ostrych, głównie o podłożu infekcyjnym, zwłaszcza tych o względnie lekkim przebiegu i o których wiedza jest dość powszechna, rodzice na ogół przyjmują spokojnie. Zrozumiały jest natomiast ich niepokój odczuwany w przypadku nagle pojawiających się chorób zagrażających życiu, w tym najczęściej chorób nowotworowych lub ostrej utraty czynności ważnych dla życia narządów. W takich sytuacjach choroba jest dramatycznym zaskoczeniem, a powaga sytuacji uzasadnia natychmiastowe przekazanie pełnej informacji. Negatywne emocje rodzą się także w obliczu chorób przewlekłych, które będą stanowiły obciążenie dla dziecka na całe życie. Do tej grupy należą m.in. choroby alergiczne i astma.

Odpowiedź na zawarte w tytule pytanie w mojej opinii jest dość oczywista – informować należy wtedy, gdy rozpo-

znanie jest ustalone, a także wtedy, gdy pojawia się podejrzenie choroby. Jak jest więc źródło wątpliwości?

Otóż astma jest chorobą, która od zawsze wiąże się z poczuciem zagrożenia zdrowia i życia, kojarzona jest z upośledzeniem wydolności oddechowej, ograniczeniem aktywności życiowej, inwalidztwem. Rozpoznanie choroby odbierane jest jak wyrok, który przesądza o dalszym gorszym życiu, jak sytuacja beznadziejna. Dlatego chorzy, a w pediatrii ich rodzice, boją się tego rozpoznania. Jednocześnie znane lekarzom wyniki analizy naturalnego przebiegu choroby wskazują na dużą zmienność przebiegu choroby [1], możliwość uzyskania długotrwałych remisji, w czasie których chorzy nie wymagają żadnej interwencji. Sytuacja ta może być błędnie interpretowana jako wyleczenie lub pomyłka diagnostyczna i dlatego lekarze unikają wczesnych rozpoznań, w obawie, aby te rozpoznania nie były przedwczesne. W sumie więc postawienie rozpoznania jest odraczane [2,3].

W odniesieniu do dzieci, zwłaszcza najmłodszych, istnieje jeszcze jeden problem, a mianowicie pewności czy wiarygodności rozpoznania. To zagadnienie jest przedmiotem

dyskusji od wielu lat, zwłaszcza w kontekście znanego i znacznego rozpowszechnienia nawracającej obturacji oskrzeli u dzieci, która ma wieloczynnikowe uwarunkowania, przypomina astmę, ale nie zawsze nią jest [4-7]. Z kolei z badań długofalowych wynika, że u wielu dzieci pierwsze objawy astmy pojawiają się wcześnie: u 30% przed 1., u 50% przed 2. i u 80% przed 5. rokiem życia [8]. Ograniczenia diagnostyczne w astmie dziecięcej, odwoływanie się głównie do objawów klinicznych i kryterium czasu są źródłem wątpliwości co do zasadności rozpoznania.

Jednocześnie jednak tylko postawienie rozpoznania i przekonanie chorego, czy jego rodziców, o słuszności diagnozy stwarza warunki do konsekwentnej realizacji zasad terapii i uzyskania kontroli choroby. Rozpoznanie powinno więc być przekazane w porę, przy czym oprócz czasu niezwykle ważne znaczenie ma sposób przekazywania informacji i jej zakres, a także wybór grona odbiorców, do których niewątpliwie powinien należeć także pacjent, gdy tylko pozwala na to jego wiek.

Kiedy powiedzieć?

Pierwsza wstępna informacja powinna być przekazana wtedy, gdy pojawiają się objawy sugerujące astmę, objawy zgłaszane przez dziecko lub zaobserwowane przez rodziców. To oni opisują pewne powtarzające się zdarzenia, które budzą niepokój i skłaniają do poszukiwania ich przyczyny. Do najczęstszych objawów astmy należą kaszel, świszczący oddech i duszność. Są to objawy nieswoiste i dopiero precyzyjna charakterystyka tych objawów i okoliczności ich występowania nadają im bardziej patognomiczną wartość. Podejrzenie astmy jest więc wynikiem analizy sytuacji klinicznej. U dzieci najmłodszych (do około 3. roku życia) podobnie przebiegać może wiele chorób (tzw. maska astmy) [9] i dlatego ustalono pewne umowne kryteria, które z dużym prawdopodobieństwem pozwalają przewidzieć rozpoznanie astmy. W oparciu o długofalową obserwację naturalnego przebiegu zespołów obturacyjnych w badaniach kohortowych i ocenę danych klinicznych sformułowano kliniczny indeks przewidywania astmy (Asthma Predictive Index), który pozwala na wyodrębnienie grupy dzieci, u których ryzyko astmy jest duże i tym samym słusznie podejmuje się interwencje terapeutyczne i ewentualnie profilaktyczne [10,11]. Do wysunięcia podejrzenia rozpoznania astmy upoważnia:

- stwierdzenie co najmniej 3 incydentów obturacji oraz
- spełnienie jednego z 2 znaczących kryteriów (astma u rodziców; wyprysk atopowy u dziecka) lub dwóch z 3 małych kryteriów (eozynofilia > 4%, świszczący oddech bez przeziębienia, alergiczny nieżyt nosa).

Ta pierwsza wersja indeksu uległa modyfikacji, która polegała na uściśleniu opisu incydentów obturacji (co najmniej 4 incydenty, w tym co najmniej 1 potwierdzony przez lekarza i trwający minimum 24 godziny) oraz poszerzeniu indeksu o uczulenie na alergen wziewny (kryterium duże) i uczulenie na alergen pokarmowy (kryterium małe) [12]. Natomiast usunięto z kryteriów małych alergiczny nieżyt nosa.

Wstępne podejrzenie astmy powinno być następnie zweryfikowane poprzez ocenę odpowiedzi na ukierunkowane leczenie [13-15]. Próba leczenia opiera się na podaniu przez okres od 8 do 12 tygodni leku przeciwzapalnego, którym najczęściej jest glikokortykosteroid wziewny, ewentualnie lek antyleukotrienowy, oraz na doraźnym stosowaniu beta2 agonisty o szybkim działaniu. Rolą lekarza jest omówienie z rodzicami takiej strategii postępowania diagnostycznego, przedstawienie korzyści i ryzyka oraz uzyskanie ich akceptacji. O tę akceptację łatwiej, gdy wcześniejsze zachorowania miały poważny przebieg, gdy dziecko otrzymywało steroidy systemowe, a zwłaszcza wtedy, gdy konieczne było leczenie szpitalne, którego rodzice będą chcieli uniknąć. W takich przypadkach do wysunięcia podejrzenia, astmy wystarczą jedno lub dwa zachorowania [16,17], ale zawsze należy rozważyć inne przyczyny obturacji i podjąć próbną terapię. W ramach próby leczenia tylko rzetelne wypełnienie zaleceń umożliwi wiarygodne wnioskowanie. Rozmowa z rodzicami powinna zapobiec modyfikacjom zaleceń, poszukiwaniu wiedzy o chorobie oraz o bezpieczeństwie i skuteczności leczenia w wątpliwej wartości źródłach.

W odniesieniu do dzieci starszych wstępne rozpoznanie jest także ustalane na podstawie obrazu klinicznego. W tej grupie istnieją natomiast większe możliwości obiektywnej oceny zarówno stanu czynnościowego układu oddechowego, stopnia uczulenia, jak i aktywności zapalenia, a więc znalezienia potwierdzenia rozpoznania w badaniach dodatkowych GINA. Rodzice oczekują takich argumentów, aczkolwiek w wątpliwych przypadkach o rozpoznaniu decyduje, podobnie jak u dzieci małych, próba leczenia.

U wielu dzieci wyniki badań spirometrycznych są, poza okresami zaostrzeń, prawidłowe, co nie wyklucza rozpoznania astmy [18]. Okresowo pewne badania stają się bardzo popularne np. ostatnio – badania oznaczeń stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym, ale ich przydatność praktyczna dla rozpoznawania astmy nie została potwierdzona, natomiast bardziej służą one monitorowaniu choroby [19].

W przypadkach cięższego, nietypowego przebiegu choroby należy ponownie rozważyć inne niż astma rozpoznanie lub też współistnienie z astmą innej patologii. Obowiązuje wówczas przeprowadzenie skrupulatnej diagnostyki różnicowej.

Komu powiedzieć?

W pediatrii głównym adresatem wiadomości o dziecku są rodzice. O chorobie można i należy rozmawiać także z samym chorym, dobierając zakres informacji do możliwości zrozumienia problemu przez dziecko. Wyjaśnienie istoty choroby, przekonanie o możliwości skutecznego leczenia uwalnia od poczucia zagrożenia, poczucia mniejszej wartości, odmienności i obaw o izolację.

Rodzice powinni przekazać wiedzę o chorobie osobom z najbliższego otoczenia dziecka, które uczestniczą w opiece nad nim i mogą mieć wpływ na realizację zaleceń.

Co i jak powiedzieć?

Informacja o astmie powinna być kompletna i rzetelna. Należy uwzględnić takie elementy jak: uzasadnienie rozpoznania, możliwości zapobiegania i leczenia, rokowanie

a w nim przewidywanie wariantów rozwoju choroby, jej wpływ na aktywność życiową, ewentualne jej ograniczenia w zakresie edukacji i wyboru zawodu, potencjalne (choć często nieobecne i nieistotne klinicznie) działania niepożądane leków [20].

W odniesieniu do dzieci, zwłaszcza najmłodszych, szczególnie niepokój wiąże się z wdrażaniem leczenia przewlekłego, obawą o konieczność jego kontynuowania przez długie lata, a nawet do końca życia, o przyzwyczajenie do leków i ich szkodliwość [21]. Nie dysponujemy dotąd pewnymi wskaźnikami prognostycznymi i niemożliwe jest przewidywanie dalszych losów chorego. Leczenie, mimo że na ogół nie zmienia naturalnego przebiegu choroby, pozwala jednak na prowadzenie normalnego życia i zapobiega rozwojowi trwałych nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym. Astma nie skraca życia i nie przeszkadza w osiąganiu zamierzonych celów na poziomie takim jak przez zdrowe dzieci.

U rodziców, którzy mają negatywne doświadczenia z własnej przeszłości, na ogół występuje większy niepokój. Podobnie u rodziców dzieci, które chorują ciężko, przewlekłe i które wymagały hospitalizacji.

Rozpoznawanie astmy następuje w toku kolejnych konsultacji, więc informację o chorobie można przekazywać stopniowo; ponadto – należy ją powtarzać. Jak wynika z badań, pacjenci zaraz po wyjściu z gabinetu zapominają prawie połowę z przekazanych im informacji, a do kolejnego spotkania pamiętają już niewiele. Szczególnie ważne jest utrwalanie właściwych zachowań w zakresie techniki inhalacji i postępowania w zaostrzeniach. Dla uniknięcia pomyłek i dobrej realizacji zaleceń pomocą są instrukcje pisemne. Od lat podejmowane są próby edukacji zbiorowej, zorganizowanej w ramach szkół, stowarzyszeń. Ich zaletą jest możliwość wymiany doświadczeń i uzyskania wsparcia, jednak wielu chorych preferuje szkolenia indywidualne. Drukowane materiały informacyjne mogą być pomocne, gdy są jasne, przejrzyste i syntetyczne.

W toku sprawowania opieki nad chorym istnieją pewne konsultacje przełomowe: w sytuacji progresji objawów lub ich ustąpienia, w sytuacji rozpoczęcia opieki kolektywnej, wyboru szkoły, dodatkowych aktywności (sport, hobby), zawodu. Konsultacje te są okazją do podsumowania przebiegu choroby i ustalenia długofalowego programu opieki.

Piśmiennictwo

1. Stern DA, Morgan WJ, Halonen M i wsp. Wheezing and bronchial hyper-responsiveness in early childhood as predictors of newly diagnosed asthma in early adulthood: a longitudinal birth-cohort study. *Lancet*. 2008; 372: 1058-1064.
2. Bręborowicz A, Świątły A. Astma oskrzelowa jako choroba zbyt rzadko rozpoznawana u dzieci. *PneumonolAlergol Pol*. 1994; 62: 424-428.
3. Kupryś-Lipińska I, Elgalal A, Kuna P. The underdiagnosis and undertreatment of asthma in general population of the Lodz Province (Poland). *PneumonolAlergol Pol*. 2010; 78: 21-27.
4. Godfrey S, Barnes PJ. Asthma and wheezing in children. Martin Dunitz Ltd London 1997.
5. Boner AL, Martinati LC. Diagnosis of asthma in children and adolescents. *Eur. Respir. Rev*. 1997; 40: 3-7.
6. Martinez FD, Godfrey S. Wheezing disorders in the preschool child. Martin Dunitz, Taylor & Francis Group 2003.
7. Bush A. Diagnosis of asthma in children under five. *Prim Care Respir J* 2007; 16: 7-15.
8. Blair H. Natural history of childhood asthma: 20-year follow-up. *Arch Dis Child* 1977; 52: 613-619.
9. Milgrom H, Wood RP, Ingram D. Respiratory conditions that mimic asthma. *Immunol Allergy Clin North Am* 1998; 18: 113-132.
10. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM i wsp. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995; 332: 133-138.
11. Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000.
12. Guilbert TW, Morgan WJ, Krawiec M i wsp. The Prevention of Early Asthma in Kids: design, rationale and methods for the Childhood Asthma Research and Education network. *Control Clin Trials* 2004; 25: 286-310.
13. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) Update 2008. <http://www.ginasthma.org>.
14. Bacharier LB, Boner A, Carlsen K-H i wsp. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy* 2008; 63: 5-34.
15. Global Strategy for Asthma Management and Prevention in Children 5 Years and Younger., Global Initiative for Asthma (GINA) Update 2009. <http://www.ginasthma.org>.
16. Bacharier LB, Philips BR, Bloomberg GR i wsp. Severe intermittent wheezing in preschool children: a distinct phenotype. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 113: 604-610.
17. National Heart, Lung and Blood Institute. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma – full report 2007. August 28, 2007. www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf
18. The Childhood Asthma Management Program Research Group. *N Engl J Med*. 2000; 343: 1054-1063.
19. Bush A, Eber E. The value of FeNO measurement in asthma management: the motion for Yes, it's NO--or, the wrong end of the Stick! *Paediatr Respir Rev*. 2008; 9: 127-131.
20. Allen DB. Inhaled steroids for children: effects on growth, bone, and adrenal function. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2005; 34: 555-564.
21. Finkelstein JA, Lozano P, Shulruff R i wsp. Self-reported physician practices for children with asthma: are national guidelines followed? *Pediatrics* 2000; 106 (4 Suppl): 886-896.