

Ghid susținut de:

Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică

Societatea Națională de Medicină de Familie/Medicină Generală

Ministerul Sănătății Publice

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Colegiul Medicilor din România

GHID ACTUALIZAT PENTRU MANAGEMENTUL ASTMULUI

GHID PRACTIC 2008



SRP

Comitet științific GAMA

Cercetător științific principal grad I Doctor **Nicoleta Bîscă** - medic primar pneumologie

Profesor Doctor **Miron Alexandru Bogdan** - medic primar pneumologie

Șef de Lucrari Doctor **Dragoș Bumbăcea** - medic primar pneumologie

Profesor Doctor **Traian Mihăescu** - medic primar pneumologie

Șef de Lucrari Doctor **Ștefan Mihăicuță** - medic primar pneumologie

Profesor Doctor **Florin Dumitru Mihălțan** - medic primar pneumologie

Profesor Doctor **Ioan Paul Stoicescu** - medic primar pneumologie

Șef de Lucrari Doctor **Irina Strâmbu** - medic primar pneumologie

Profesor Doctor **Voicu Tudorache** - medic primar pneumologie

Doctor **Ruxandra Ulmeanu** - medic primar pneumologie-bronhologie

Comitet revizori GAMA

Profesor Doctor **Diana Dumitrașcu** - medic primar alergologie și imunologie

Doctor **George Haber** - medic primar medicină de familie

Întrebări utile pentru diagnosticul de astm

- A avut pacientul un atac sau atacuri recurente de wheezing?
Pacientul are sau simte o tuse supărătoare pe timpul nopții?
Pacientul prezintă tuse și wheezing după efort fizic?
Pacientul prezintă wheezing, senzație de constricție toracică și/sau tuse după expunerea la alergene sau poluanți din aer?
Pacientul a avut “viroze” care se vindecă în mai mult de 10 zile ?
Simptomele sunt ameliorate de un tratament antiastmatic?

Examenul fizic poate fi normal. În momentul manifestărilor astmatice, se pot observa:

- raluri sibilante bilaterale difuze (uneori doar în expirul forțat),
- expir prelungit (auscultator, durata expirului este cel puțin la fel de lungă ca a inspirului)
- hiperinflație toracică: torace cu diametre crescute, diminuarea difuză a murmurului vezicular
- semne de insuficiență respiratorie (în exacerbări severe): cianoză, tahicardie, folosirea mușchilor accesorii, tiraj intercostal, confuzie sau chiar comă.

2. Explorarea funcțională respiratorie

Măsurarea funcției pulmonare este indispensabilă pentru confirmarea diagnosticului de astm și pentru aprecierea severității bolii.

- a) spirometria este metoda de elecție pentru identificarea și măsurarea disfuncției ventilatorii obstructive cu reversibilitate la bronhodilatator la pacienții suspecți de astm. Spirograma se poate face de obicei la copii după vârsta de 5 ani
- semnificativă pentru diagnosticul de astm este creșterea valorii VEMS cu $\geq 12\%$ sau cu ≥ 200 ml din valoarea prebronhodilatator, după 15 minute de la administrarea a 200-400 μ g salbutamol pe cale inhalatorie.

- b) măsurarea debitului expirator maxim (Peak Expiratory Flow - PEF) cu ajutorul unui peakflowmetru constituie o metodă alternativă de evaluare a obstrucției bronșice în astm, a reversibilității după bronhodilatator ca și a variabilității diurne. PEF-metrele moderne sunt ieftine și portabile, fiind ideale pentru folosirea la domiciliu sau în unele cabinete medicale.

- creșterea PEF cu peste 60 L/min sau peste 20% din valoarea pre-bronhodilatator la 15 minute după administrarea a 200-400 μ g salbutamol pe cale inhalatorie reprezintă pragul de semnificație pentru diagnosticul de astm.

- c) variabilitatea funcției pulmonare poate fi pusă în evidență prin măsurători repetate ale PEF; în mod obișnuit PEF este determinat dimineața la trezire înainte de administrarea unui bronhodilatator și seara imediat înainte de culcare. Monitorizarea PEF este utilă pentru evaluarea controlului în cadrul unui program de auto-management al astmului și pentru identificarea factorilor declanșatori ai astmului, la domiciliu sau la locul de muncă.

NOTE:

Este obligatorie evaluarea pacientului astmatic de către medicul specialist la un interval de maxim 1 an.

Astmul poate fi controlat cu diferite trepte de tratament; creșterea sau scăderea intensității tratamentului depinde de evoluția bolii. Se admite ca menținerea controlului pe o perioadă de 3 luni permite reducerea medicației (o treaptă inferioară), iar orice agravare a simptomelor necesită intensificarea acesteia (o treaptă superioară).

Diagnosticul astmului este sugerat de prezența unor simptome caracteristice; anumite întrebări țintite (vezi pag. 2) pot ajuta la ridicarea suspiciunii de astm.

Este recomandat ca diagnosticul să fie confirmat ori de câte ori este posibil prin obiectivarea unei anomalii funcționale pulmonare cu ajutorul spirometriei, sau în cazul în care nu este disponibilă, prin măsurarea PEF.

Este descurajată folosirea treptei de severitate în diagnosticul bolii („astm persistent moderat”) cu excepția pacienților cu astm netratat, ca diagnostic de etapă.

Este recomandată folosirea nivelului de control și al treptei terapeutice conform GAMA 2008 (GINA 2006) în diagnosticul bolii.

Câteva exemple: astm controlat treapta 3
 astm parțial controlat treapta 4
 astm necontrolat treapta 2

Existența unei exacerbări trebuie semnalată separat.

De exemplu: astm necontrolat treapta 2. Exacerbare severă.

Nivelul de control și treapta terapeutică pot varia la același pacient în timp, astfel încât diagnosticul poate fi frecvent variabil de la o vizită la alta.

Sperăm ca această variantă “practică” a Ghidului Actualizat pentru Managementul Astmului, să fie un instrument util personalului medical care oferă asistență bolnavilor de astm, întrucât în el sunt cuprinse datele esențiale, recente, necesare unui tratament corect efectuat în concordanță cu achizițiile științifice moderne din domeniu.

Parcursarea celor câteva pagini poate fi făcută rapid și atinge elementele cheie ale astmului, utile în practica de zi cu zi, compensând lipsa cronica de timp cu care se confruntă în prezent corpul medical

Ghidul GAMA și ghidul GAMA practic - sunt disponibile pe site-ul Societății Române de Pneumologie - www.srp.ro

3. *Forme particulare de astm*

- Astmul tusiv (tusigen). Unii pacienți cu astm au tuse cronică, în special noaptea, uneori acesta fiind singurul simptom. Pentru acești pacienți, se recomandă evaluarea variabilității funcției pulmonare și a hiperreactivității bronșice.
- Astmul indus de efort. Simptomele apar de regula după întreruperea efortului fizic.
- Astmul cu debut tardiv. Apare după vârsta de 65 ani și diagnosticul diferențial cu BPOC este dificil.
- Astmul profesional.
 - diagnosticul necesită o anamneză detaliată a expunerii profesionale la agenții sensibilizatori.
 - absența simptomelor de astm înainte de începerea serviciului și o relație documentată între simptome și locul de muncă (îmbunătățirea simptomelor în concediu și înrăutățirea simptomelor la reluarea muncii) sunt sugestive pentru diagnostic.
- Astmul indus de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
 - crizele sunt declansate de administrarea de AINS
 - se asociază frecvent cu polipoza nazală

4. *Diagnosticul diferențial*

- BPOC: diagnosticul diferențial între astm și BPOC este dificil mai ales la vârstnici. Ambele maladii implică obstrucția bronșică și au la bază inflamația căilor aeriene. BPOC se caracterizează printr-o obstrucție bronșică ireversibilă, de obicei progresivă, asociată cu o reacție inflamatorie anormală față de noxe respiratorii (mai ales fumat), apare de obicei după 40 de ani și are ca simptom-semnal dispneea de efort agravată în decursul timpului. Diferențierea de obicei nu este dificilă la un astmatic tânăr, nefumător, cu fenomene paroxistice și alte manifestări alergice asociate. Diagnosticul diferențial devine dificil la astmaticii fumători, care au o componentă ireversibilă a obstrucției. O anamneză atentă, bazată pe debutul simptomatologiei, poate fi utilă.
 - Sindromul de hiperventilație și atacul de panică
 - Obstrucția de căi aeriene superioare și inhalarea de corpi străini
 - Disfuncția de corzi vocale
 - Boli pulmonare non-obstructive (pneumopatie interstițială difuză)
 - Insuficiența ventriculară stângă, mai ales la vârstnici.
 - Trombembolismul pulmonar
 - Refluxul gastroesofagian

5. Clasificarea astmului bronșic

Clasificarea astmului se face în funcție de nivelul de control al bolii

| ELEMENTE DE URMĂRIT | CONTROLAT | PARTIAL CONTROLAT | NECONTROLAT |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------|---|
| toate de mai jos | toate de mai jos | unul din criteriile | |
| Simptome diurne | Fără (≤ 2 / săptămână) | > 2 / săptămână | |
| Utilizare de medicație de criză | Fără (≤ 2 / săptămână) | > 2 / săptămână | 3 sau mai multe din criteriile de parțial controlat |
| Limitări ale activității | Fără | oricare | |
| Simptome nocturne | Fără | oricare | |
| Funcție pulmonară (VEMS sau PEF) | Normală | $< 80\%$ din prezis | |
| Exacerbări | Fără | minim una pe an | una în ultima săptămână |

angioedemului, dar nu este indicat pentru tratamentul atacurilor de astm).

Monitorizarea răspunsului la tratament:

Se face evaluarea simptomelor și a funcției pulmonare (peakflow-metrie).

După ce exacerbarea a fost rezolvată, ar trebui identificați factorii care au favorizat exacerbarea și să fie revizuit planul de tratament la pacientului.

RECOMANDĂRI :

Medicația de control se prescrie în funcție de nivelul de control și medicația anterioară.

CSI reprezintă medicația de elecție pentru toate formele de astm (cu excepția celui episodic sau indus de efort, în care utilizarea lor este pur opțională).

Medicamentele de criză se prescriu „la nevoie” la toți pacienții indiferent de nivelul de control.

Utilizarea frecventă de medicație de criză (> 2 ocazii / săptămână) sugerează un control slab al astmului.

Utilizarea combinației CSI + BADLA este recomandată ca terapie de primă intenție în treptele terapeutice 3,4,5.

Modificatorii de leucotriene pot fi utilizați în treapta 2 în monoterapie (în cazul în care tratamentul cu CSI nu este posibil) sau ca asociere la CSI sau CSI + BADLA în treptele 3,4,5.

Asocierea BADLA la CSI este superioară ca eficacitate în comparație cu asocierea modificatorilor de leucotriene la CSI.

Teofilinele cu acțiune rapidă (ex. Miofilin) nu sunt recomandate în tratamentul astmului.

Teofilinele retard nu sunt recomandate ca monoterapie în astm, ci doar ca asociere la CSI.

Se recomandă ca BADLA să fie administrate numai în asociere cu CSI.

Glucocorticoizii pe cale sistemică sunt indicați în treapta 5 terapeutică sau în exacerbări.

glucocorticosteroizi orali

- cei care nu utilizează CSI
- cei care sunt dependenți de BAR, în special cei care folosesc mai mult de un flacon de salbutamol pe lună
- cei cu un istoric psihiatric sau cu probleme psihosociale, inclusiv utilizatori de sedative
- cei cu un istoric de necompliance privitor la planul de medicație pentru astm.

Managementul exacerbării astmului la cabinetul medicului de familie.

La acest nivel pot fi abordate exacerbările ușoare sau moderate

Atitudine:

- Creșterea dozei de bronhodilatatoare: administrare repetată de BAR inhalator (2-4 pufuri la fiecare 20 minute în prima oră).
- Mod de administrare: inhalator presurizat dozat (MDI, "spray"), de preferință cu un "spacer" (camera de expansiune), prin care se realizează o concentrație similară cu administrarea prin nebulizare.
- După prima oră, continuarea administrării BAR - în funcție de severitatea exacerbării: ușoare: 2-4 pufuri la 4 ore, moderate 6-10 pufuri la 2 ore
- Monitorizare: PEF, clinic. Răspuns bun: PEF revine la > 80% din prezis, răspunsul se menține 3-4 ore; clinic: ameliorarea dispneei, dispariția ralurilor sibilante, a wheezing-ului.
- Corticoizi oral, 0,5-1 mg/kgc pe 24 ore, mai ales dacă exacerbarea apare după o creștere a dozei tratamentului de control (step-up).
- Răspuns absent sau considerat insuficient: trimiterea pacientului la un serviciu de urgență.

Indicații de asistență medicală de urgență:

- pacientul prezintă dispnee severă în repaus, cu pauze între cuvinte când vorbește,
- există agitație sau confuzie, bradicardie sau tahicardie peste 120/min, frecvență respiratorie peste 30/minut.
- copiii refuză alimentarea.
- PEF este mai mic de 60% față de cel prezis, chiar și după tratamentul inițial.
- răspunsul inițial la tratamentul bronhodilatator nu e prompt și nu se menține pentru cel puțin 3 ore.
- nu se observă o îmbunătățire la 2-6 ore după tratamentul cu glucocorticosteroizi.
- există o deteriorare ulterioară.

În crizele de astm nu se recomandă:

- sedativele
- mucoliticele (pot înrăutăți tusea)
- terapia fizică a toracelui/fizioterapie (pot crește disconfortul pacientului)
- hidratarea cu volum mare de lichide pentru adulți sau copii mari (poate fi necesară pentru copii mai mici și sugari).
- antibioticele (nu tratează atacurile dar sunt indicate pentru pacienții care prezintă concomitent pneumonie sau infecții bacteriene cum ar fi sinuzitele)
- epinefrina/adrenalina (pot fi indicate pentru tratamentul acut al șocului anafilactic sau

MANAGEMENTUL ASTMULUI

Scopul îngrijirii astmului este de a obține și menține un control al manifestărilor clinice ale bolii pe perioade prelungite. Pentru ca acest scop să fie atins, sunt necesare 5 elemente ale actului terapeutic:

I: identificarea și reducerea expunerii la factorii de risc

II: tratamentul astmului

III: monitorizarea astmului

IV: dezvoltarea parteneriatului pacient-doctor

V: managementul exacerbărilor

I. IDENTIFICAREA ȘI REDUCEREA EXPUNERII LA FACTORII DE RISC

Controlul astmului presupune evitarea expunerii la factorii de risc din mediul exterior, care pot declanșa boala sau crizele de astm: fum de țigară, praf de casa, mușgai, polen, animale domestice, medicamente, alimente și aditivi alimentari, sensibilizatori profesionali etc.

II. TRATAMENTUL ASTMULUI

Obiectivul principal al tratamentului astmului – obținerea și menținerea controlului bolii - poate fi accesibil majorității pacienților prin:

- a. Evaluarea nivelului de control
- b. Tratamentul pentru a atinge și menține controlul

Astmul poate fi controlat, partial controlat și necontrolat (vezi pag. 4)

Medicația de control este cea care se administrează cronic, zilnic, în doze stabilite de medicul specialist și care are drept scop obținerea și menținerea controlului bolii, prin tratarea inflamației căilor aeriene. Aceste medicamente de obicei nu au un efect sesizabil imediat după administrare și pacienților trebuie să li se explice importanța unui tratament consecvent chiar în aceste condiții. Pacientului trebuie să i se explice că de multe ori tratamentul durează toată viața.

Medicația de control

1. Corticosteroizii inhalatori (CSI).

Reprezintă cea mai eficientă medicație de control în astmul bronșic. CSI reduc simptomele astmului, ameliorează calitatea vieții, ameliorează funcția ventilatorie, scad hiperreactivitatea bronșică, controlează inflamația bronșică, scad frecvența și severitatea exacerbărilor și reduc mortalitatea prin astm. Prin urmare, trebuie utilizați pe termen lung.

Principalele preparate disponibile în România sunt: Beclometazona, Budesonid, Ciclesonid, Fluticazona.

2. β 2-agoniștii cu durată lungă de acțiune -BADLA (8-12 ore), reduc simptomele nocturne, scad necesarul de medicație de criză, ameliorează funcția ventilatorie.

Preparatele disponibile sunt: Formoterol, Salmeterol.

Nu se administrează în monoterapie, ci doar în asociere cu CSI. Dezvoltarea preparatelor cu combinații fixe CSI + BADLA permite un sinergism al efectelor celor două preparate și o mai bună complianță a pacienților.

Efectele adverse sunt reduse la administrarea inhalatorie: stimulare cardiacă, tremor al musculaturii scheletice, hipopotasemie.

3. Antagoniștii de leucotriene

Rol terapeutic: efect bronhodilatator limitat, reduc simptomele, ameliorează funcția ventilatorie, reduc inflamația bronșică și frecvența exacerbărilor. Sunt indicate în astmul indus de aspirină sau ca alternativă în formele ușoare de astm (vezi pagina 8). În monoterapie, efectul este mai redus decât al dozelor mici de CSI. În asociere cu CSI, permit scăderea dozei acestora, însă au eficacitate inferioară asocierii BADLA la CSI.

4. Metilxantinele cu eliberare prelungită

Rol în terapie: bronhodilatator, antiinflamator modest. În România se fac frecvent două erori în utilizarea metilxantinelor cu eliberare prelungită:

- sunt utilizate în monoterapie

- sunt subdozate

Metilxantinele cu eliberare prelungită trebuie utilizate în doze de 600-800 mg/zi, ca terapie de asociere la CSI sau CSI+BADLA (vezi pagina 8). Recomandăm prudență în utilizarea acestora, întrucât pragul de eficacitate este apropiat de cel toxic.

Preparate disponibile: Teofilina retard, cp de 100, 250, 300, 350mg

Efectele adverse pot fi adesea importante, limitându-le utilizarea: simptome gastrointestinale (greață, vărsături), cardiace (aritmii), neurologice (convulsii).

5. Corticosteroizii sistemici.

Pot fi necesari pe termen lung la unele cazuri de astm sever, necontrolat de medicația inhalatorie, însă cu apariția de efecte adverse semnificative. Se preferă preparatele orale celor injectabile, datorită efectului mineralocorticoid redus și efectului biologic mai scurt, ce permite flexibilitatea dozajului.

Corticoizii sistemici își păstrează valoarea în exacerbările astmului, caz în care administrarea pe termen scurt (10-14 zile) este benefică.

Preparate disponibile în România: Prednison, Metilprednisolon, Hemisuccinat de hidrocortizon, Dexametazonă.

Efecte adverse : osteoporoză, hipertensiune arterială, diabet cortizonic, obezitate, supresia axului hipotalamo-hipofizar, cataractă, glaucom, afectare a pielii (subțire, echimoze), atrofie musculară sau miopatie cortizonică, depresie imună și favorizarea infecțiilor (inclusiv tuberculoză).

6. Anti-imunoglobulinele E (AntiIgE)

Rol terapeutic: opțiune exclusiv pentru pacienții cu nivel crescut de IgE. Util la pacienții cu astm alergic sever necontrolat de CSI+BADLA.

Preparate: Omalizumab.

Ajustarea medicației

Dacă astmul nu este controlat de medicația curentă, tratamentul va trece la treapta următoare (step-up). În general, ameliorarea apare în mai puțin de o lună. E importantă verificarea tehnicii inhalatorii a pacientului, complianța la medicație și evitarea factorilor de risc.

Dacă astmul este parțial controlat, se trece la treapta următoare, în funcție de opțiunile disponibile, de siguranța și de satisfacția pacientului cu privire la nivelul de control obținut.

Dacă este obținut controlul pentru cel puțin 3 luni, se poate trece la o treaptă terapeutică inferioară (step-down). Scopul este de a reduce tratamentul la medicația minimă necesară care menține controlul.

Având în vedere că sunt dificil de stabilit rețete standardizate de reducere a tratamentului, se recomandă ca acest lucru să fie făcut la indicația medicului specialist.

IV. DEZVOLTAREA PARTENERIATULUI PACIENT-DOCTOR

Managementul eficient al astmului necesită dezvoltarea parteneriatului dintre pacientul cu astm și echipa medicală care îngrijește persoana respectivă. În parteneriat, pacienții pot învăța:

- să evite factorii de risc
- să folosească în mod corect medicația
- să învețe diferența dintre medicația tip control și cea de criză
- să monitorizeze boala după simptome și, dacă e posibil, după PEF
- să recunoască semnele de agravare și să ia primele măsuri
- să apeleze la serviciile medicale adecvate.

Educația ar trebui să fie o parte integrantă a tuturor interacțiunilor dintre cadrele medicale și pacienți. Consolidarea mesajelor educaționale se realizează utilizând o varietate de metode: discuțiile cu un medic sau o asistentă, repetarea informațiilor, demonstrații practice, broșuri, materiale audio - video, asociațiile pacienților.

Medicul și pacientul pot stabili un plan scris de acțiune. Planuri de auto-management al astmului pot fi găsite pe câteva website-uri: <http://www.asthma.org.uk>, <http://www.nhlbisupport.com/asthma/index.html>

V. MANAGEMENTUL EXACERBĂRILOR ASTMULUI

Exacerbările astmului sunt episoade de creștere progresivă a dispneei, tusei, wheezing-ului, sau a compresiunii toracice, sau o combinație a acestor simptome. Crizele de astm sever pot pune viața în pericol. Pacienții cu risc crescut de deces datorat astmului necesită o atenție sporită și trebuie încurajați să caute urgent îngrijire medicală în cursul exacerbărilor. Printre acești pacienți se află:

- cei cu un istoric de crize severe aproape fatale de astm, necesitând ventilația mecanică
- cei care au avut spitalizări sau vizite la urgență pentru astm în anul precedent
- utilizatorii de corticosteroizi orali sau cei care au întrerupt recent tratamentul cu

Chestionarul pentru adulți cuprinde 5 întrebări cu câte 5 variante de răspuns pentru fiecare întrebare.

Întrebarea 1 În decursul ultimelor 4 săptămâni de câte ori v-a creat probleme astmul dvs. bronșic la serviciu, la școală sau acasă? PUNCTAJ

| | | | | | |
|------------|------------|--------|---------|-------|--|
| Tot timpul | Foarte des | Uneori | Rareori | Deloc | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Întrebarea 2 În decursul ultimelor 4 săptămâni cât de des ați avut/întâmpinat dificultăți în respirație?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------|-------------------------|----------------------------------|-------|--|
| Mai mult de o dată pe zi | O dată pe zi | De 3-6 ori pe săptămână | O dată sau de 2 ori pe săptămână | Deloc | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Întrebarea 3 În decursul ultimelor 4 săptămâni de câte ori simptomele astmului dvs. bronșic (respirație șuierătoare/wheezing, tuse, dificultăți în respirație, senzație de apăsare sau durere în piept) v-au trezit noaptea sau mai devreme decât de obicei, dimineața?

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-------|--|
| 4 sau mai mult noapți pe săptămână | 2-3 noapți pe săptămână | O dată pe săptămână | O dată sau de 2 ori | Deloc | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Întrebarea 4 În decursul ultimelor 4 săptămâni ați folosit spray-ul inhalator sau medicația corespunzătoare pentru criza de astm (cum ar fi salbutamol?)

| | | | | | |
|----------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------------------|-------|--|
| De 3 ori sau mai multe ori pe zi | 1-2 ori pe zi | 2-3 ori pe săptămână | O dată pe săptămână sau mai puțin | Deloc | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Întrebarea 5 Cum ați evalua propriul control al astmului dvs. bronșic în decursul ultimelor 4 săptămâni?

| | | | | | |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|--|
| Total necontrolat | Slab controlat | Relativ controlat | Bine controlat | Total controlat | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

TOTAL:

Aduunăți rezultatele pentru a obține punctajul total.

Interpretarea rezultatelor:

Punctaj 25: Astmul este CONTROLAT TOTAL. Se continuă tratamentul cu medicația cu care s-a obținut controlul bolii.

Punctaj 20-24: Astmul este CONTROLAT BINE, dar nu în totalitate. Se recomandă intensificarea tratamentului (creșterea dozei de CSI /modificarea tratamentului) pentru atingerea CONTROLULUI TOTAL

Punctaj < 19: Astmul este NECONTROLAT. Este obligatorie intensificarea tratamentului (introducerea unei medicații de fond / creșterea dozei de CSI / modificarea tratamentului).

7. Antialergice orale

Rol terapeutic: efect antiastmatic limitat, util ca tratament simptomatic în astmul asociat cu rinită alergică.

Medicația de criză

Medicația de criză ("reliever", de ameliorare, de ușurare, de depanare) este cea care se administrează atunci când apar simptomele astmului: dispnee, wheezing, tuse, senzație de constricție toracică etc. Aceste medicamente produc ameliorarea imediată a simptomelor, fără însă a trata condiția de bază a bolii. Ele trebuie folosite la nevoie, cu ocazia apariției simptomelor, și nu preventiv (excepție face astmul indus de efort, în care este utilă administrarea unui bronhodilatator înainte efortului).

1. β₂-agoniștii cu acțiune rapidă (BAR)

Rol terapeutic: bronhodilatatoare, sunt medicația de elecție pentru cuparea bronhospasmului din criza de astm și pentru prevenția astmului indus de efort.

Este recomandată folosirea celor pe cale inhalatorie. Trebuie folosiți numai la nevoie și în doza cea mai mică necesară. Creșterea necesarului de BAR semnalează lipsa de control a astmului și necesitatea reevaluării schemei de medicație de control. Preparatele injectabile iv/sc (salbutamol, terbutalină) se pot dovedi utile în tratamentul exacerbărilor severe ale astmului la camera de gardă.

Preparate disponibile: Salbutamol, Fenoterol, combinație Fenoterol/Ipratropium, Terbutalină.

Efectele adverse sunt mai rare la administrarea inhalatorie: tremor al musculaturii scheletice, tachicardie.

2. Corticosteroizii sistemici:

Rol terapeutic: pot fi folosiți ca medicație de criză în exacerbările severe ale astmului deoarece pot reduce spitalizările, pot preveni recidiva după tratamentul inițial al unei crize severe, reduc morbiditatea.

3. Anticolinergicele

Rol terapeutic: bronhodilatatoare cu acțiune rapidă, mai puțin eficiente decât BAR. Reprezintă o alternativă pentru cei cu reacții adverse importante la BAR.

Preparate: ipratropium bromide.

Efecte adverse: uscăciunea gurii, gust amar.

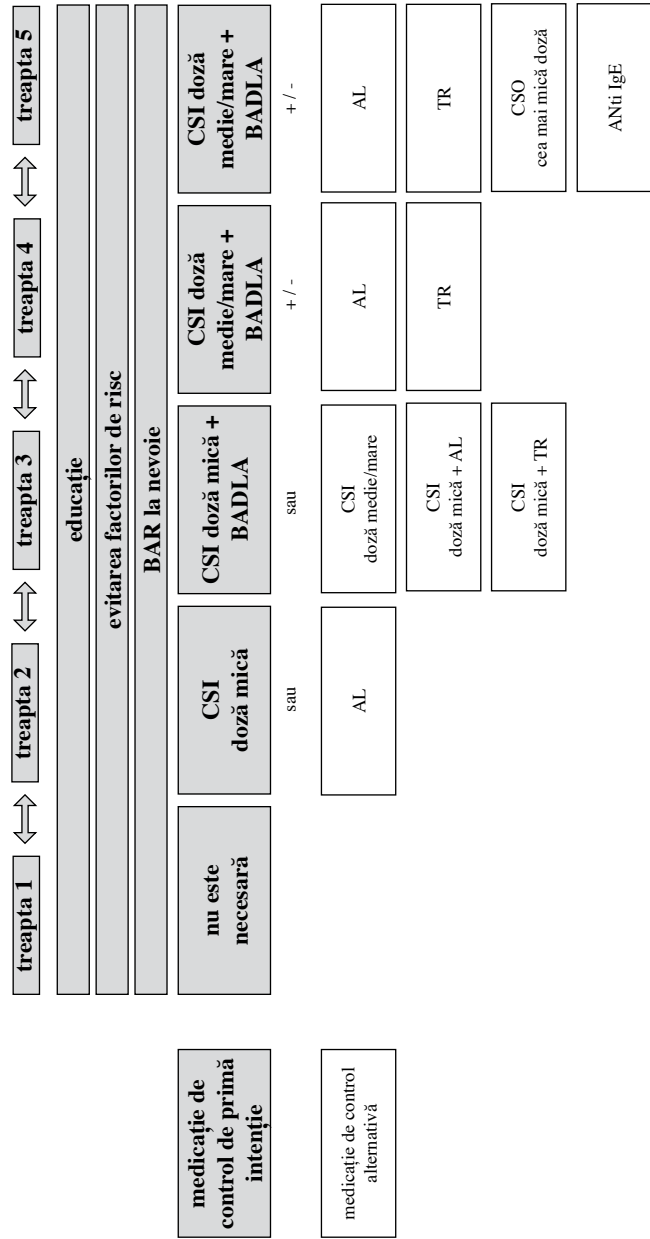
4. Metilxantinele

Rol terapeutic: În România, metilxantinele cu acțiune de scurtă durată au fost folosite în mod eronat ca tratament cronic. Aminofilina nu trebuie recomandată ca tratament de fond al astmului, neavând efect antiinflamator demonstrat și având și o biodisponibilitate imprezvizibilă. De asemenea, aminofilina s-a folosit exagerat ca tratament al crizei de astm la camera de gardă (în administrare iv împreună cu hemisuccinat de hidrocortizon). Aminofilina iv are o eficacitate similară utilizării BAR, având însă efecte adverse suplimentare.

Preparate: Aminofilina, fiole de 10ml și 2ml cu 240 respectiv 480mg, comprimate de 100 mg.

Efectele adverse pot fi severe (tahicardie, aritmii, convulsii). Aminofilina iv nu trebuie folosită la pacienți care deja primesc teofiline orale.

Trepte de tratament la adulți și copii peste 5 ani



AL-Antagonistii de leucotriene , BAR-bronhodilatatoare cu acțiune rapidă, CSI-corticosteroidi inhalatori BADLA- bronhodilatatoare cu acțiune de lungă durată , TR- teofiline retard , ANIge- anti-imunoglobuline E , CSO corticosteroidi orali

Fiecare pacient trebuie trimis la medicul specialist pentru confirmarea diagnosticului, evaluarea nivelului de control și încadrarea într-una din cele 5 trepte terapeutice. În fiecare treaptă terapeutică, medicația de criză trebuie utilizată pentru reducerea simptomelor (folosirea constantă, în doze repetate, a medicației de criză, indică faptul că astmul nu este bine controlat).

Trepte de tratament la adulți și copii peste 5 ani

În treapta 1, medicația de elecție este reprezentată de BAR la nevoie (nu este necesară medicația de control).

În treapta 2, medicația de elecție este reprezentată de CSI în doză mică.

În treapta 3, opțiunea de elecție este reprezentată de asocierea CSI (doză mică) cu β2 agonist cu durată lungă de acțiune. La copiii sub 5 ani este preferată creșterea dozelor de CSI.

În treapta 4, opțiunea de elecție este reprezentată de asocierea CSI (doză medie/mare) cu β2 agonist cu durată lungă de acțiune.

Pacienții aflați în treapta 5 pot fi considerați ca având un astm dificil de tratat. La acești pacienți, se dorește obținerea celui mai bun nivel de control realizabil cu minim de efecte adverse datorate tratamentului.

Pentru cei mai mulți pacienți nou diagnosticați cu astm sau care nu au primit încă medicație, tratamentul ar trebui să înceapă de la treapta 2 iar dacă pacientul prezintă o simptomatologie pronunțată, de la treapta 3. Dacă astmul nu este controlat pe regimul curent de tratament, atunci tratamentul ar trebui să urmeze treapta superioară, până când este obținut controlul.

III. MONITORIZAREA ASTMULUI

Evaluarea periodică este esențială pentru menținerea controlului și stabilirea dozei minime care controlează boala. Se recomandă ca monitorizarea pacientului să se efectueze:

- lunar la medicul de familie
- la 3 luni la medicul specialist - atunci când astmul este controlat și stabil
- la 2 săptămâni după o exacerbare

Se apreciază că folosirea unor chestionare simple, validate de tipul Asthma Control Test (ACT), Astma Control Questionary (ACQ), Asthma Therapy Assessment Questionary (ATAQ), Asthma Control Scoring System (ACSS) , ar permite o evaluare satisfăcătoare a nivelului de control al astmului atât de către medic cât și de către pacient.

Întrucât chestionarul ACT (Asthma Control Test) a fost prezentat, la inițiativa Societății Române de Pneumologie, unui număr semnificativ de mare de medici, se recomandă folosirea lui ca modalitate de evaluare a controlului astmului în România, cu atât mai mult cu cât nu necesită efectuarea testelor funcționale ventilatorii.

Chestionarul a fost conceput în două variante: pentru adulți și pentru copii. Este simplu de completat de către pacienți și oferă datele necesare evaluării controlului astmului la un grad de încredere remarcabil fără a utiliza testele funcționale ventilatorii.