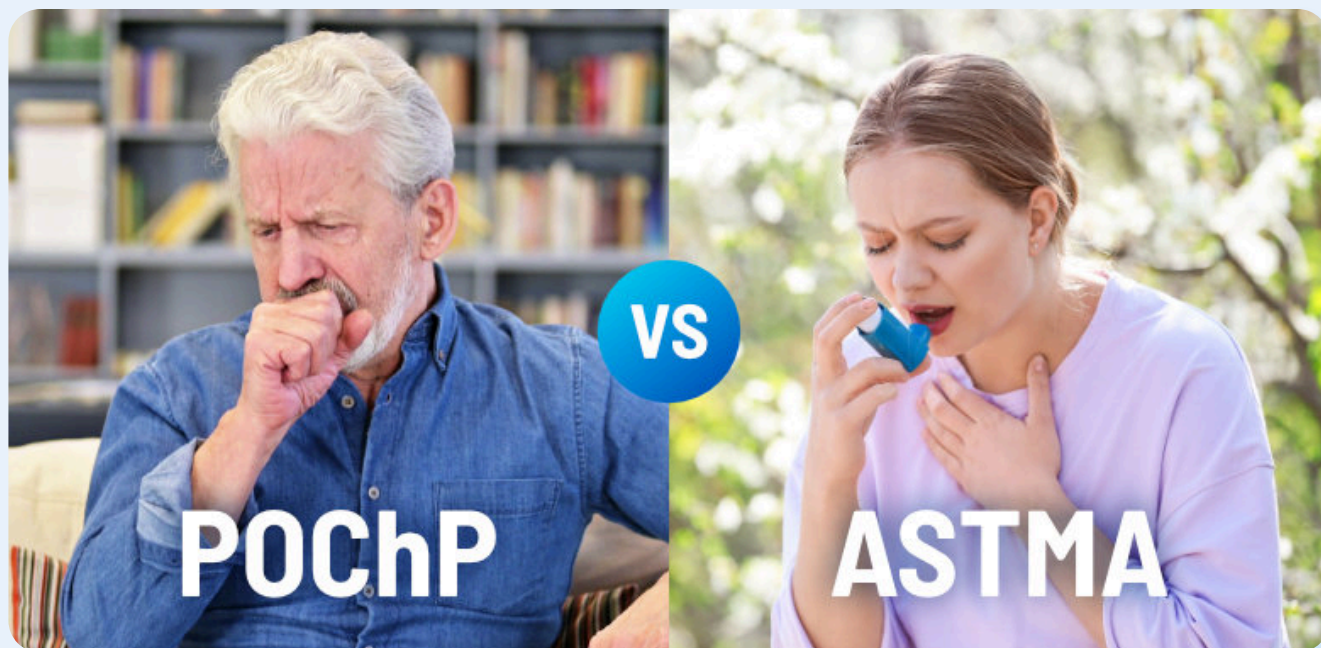


POChP, a astma - podobieństwa i różnice

dr n. med. Joanna Mazurek

[PODZIEL SIĘ](#)



Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) są przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego, ale pomiędzy tymi chorobami istnieją zasadnicze różnice zarówno w zakresie patogenezy, jak i patofizjologii zmian w układzie oddechowym.

Astmę definiuje się jako heterogenną jednostkę chorobową związaną z przewlekłym stanem zapalnym w drogach oddechowych, charakteryzującą się określonym zespołem objawów klinicznych takich jak świszczący oddech, duszność, ucisk w klatce piersiowej, napadowy kaszel o zmiennej częstotliwości i nasileniu, którym towarzyszy różnego stopnia obturacja.

POChP jest przewlekłą chorobą układu oddechowego o złożonej etiologii, uwarunkowanej wieloma czynnikami zarówno osobniczymi jak i środowiskowymi (przede wszystkim narażeniem na działanie szkodliwych pyłów i gazów), poddającą się prewencji i leczeniu. Obraz kliniczny POChP wynika z niecałkowicie odwracalnego ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Astma najczęściej rozpoznawana jest w dzieciństwie i ludzi młodych, ale jej pierwsze objawy mogą pojawić się w każdym wieku.

Na POChP chorują najczęściej osoby po 40 roku życia, palące papierosy, chociaż w statystykach wskazuje się na wyraźny odsetek tej choroby u osób nigdy niepalących.

Zwraca też uwagę niejednorodny i zmienny przebieg tego schorzenia u poszczególnych chorych oraz potrzebę określenia tzw. fenotypu, co daje możliwość doboru optymalnego sposobu leczenia.

Już dawno zauważono, że część chorych wykazuje kliniczne cechy obu chorób zarówno POChP jak i astmy. Jeszcze kilka lat temu próbowano określać taką sytuację jako zespół nakładania astmy i POChP. Pojawiły się jednak krytyczne uwagi wielu ekspertów, że taka nazwa sugeruje obecność odrębnej jednostki chorobowej i dlatego najnowsze zalecenia raportu GOLD z 2020 roku stanowczo odradzają określenia „nakładania się” tych chorób. Należy raczej mówić o współistnieniu objawów obu schorzeń. Astmę uważa się też za czynnik rozwoju POChP. W zależności od badanej populacji szacuje się współwystępowanie obu tych chorób na 5 - 10%. W polskich badaniach odsetek wynosił nieco ponad 5%. Należy jednak zwrócić uwagę, że taka sytuacja kliniczna pociąga za sobą określone implikacje terapeutyczne.

Fenotyp POChP ze współistniejącą astmą. Jest to szczególny fenotyp przewlekłej obturacyjnej choroby płuc wymagający odmiennego podejścia zarówno w zakresie diagnostyki jak i farmakoterapii. Astma jest jednostką chorobową, z którą zazwyczaj różnicuje się POChP. Jest to duże wyzwanie, ponieważ objawy POChP mogą pojawić się u osoby chorującej na astmę zwłaszcza ciężką i niekontrolowaną. Dodatkowe trudności napotyka się, jeśli diagnozowana osoba ta paliła papierosy lub w przebiegu astmy nastąpiła duża przebudowa w obrębie tkanki płucnej (tzw. remodeling), dająca obraz utrwalonych zmian obturacyjnych w badaniu czynnościowym układu oddechowego. Łatwiej postawić diagnozę, gdy rozpoznanie astmy nastąpiło już wcześniej, na przykład w okresie dzieciństwa, a przebieg i dodatkowe badania (np. punktowe testy skórne) potwierdzają podłoże alergiczne choroby. Jednak astma może rozwinąć się w każdym wieku. Nie zawsze stwierdzamy u astmatyka cechy atopii lub zapalenia eozynofilowego w drogach oddechowych. Rozpoznanie może być również stawiane jednocześnie z POChP.

Pamiętać należy, że dodatnia próba rozkurczowa często występuje w astmie, ale brak znamiennej poprawy po podaniu krótko działających leków rozkurczających oskrzela w próbie rozkurczowej nie wyklucza rozpoznania astmy. Astma jest natomiast chorobą zapalną i wymaga odpowiedniego przewlekłego leczenia lekiem przeciwzapalnym - z wyboru jest to glikokortkosteroid wziewny w dawce odpowiedniej do stopnia kontroli. Zrezygnowanie z tej formy terapii w tym przypadku i stosowanie jedynie długodziałających leków rozkurczających oskrzela i/lub długodziałającego leku antycholinergicznego może prowadzić do nawracających ciężkich zaostrzeń i rozwoju stanu astmatycznego ze zgonem włącznie.

W poniższej tabeli przedstawiono główne cechy kliniczne astmy i POChP:

Cecha kliniczna	Astma	POChP
Początek objawów a wiek chorego	Zwykle w dzieciństwie, ale może być w każdym wieku	Zwykle >40 r.ż.
Charakter objawów	Napadowy charakter objawów; ich obecność i nasilenie zależne od czynników wywołujących: alergen, wysiłek emocje	Przewlekłe objawy; postępujące zmniejszanie się tolerancji wysiłku
Przebieg choroby	Zaostrzenia i okresy remisji objawów	Stąła progresja objawów zwykle pomimo stosowania leczenia
RTG klatki piersiowej	Zwykle prawidłowy	Cechy rozdęcia lub rozedmy płuc
Zaostrzenia	Mogą występować, ale ryzyko ich wystąpienia zwykle maleje w toku prowadzeniem adekwatnej terapii	Częstość i nasilenie zaostrzeń mogą redukować leczenie; jeśli pojawiają się zaostrzenia - ich ciężkość często zależy od chorób współistniejących
Cechy zapalenia	Eozynofile lub/ i neutrofile	Neutrofile; mogą być też eozynofile w płwocinie; limfocyty w drogach oddechowych; może występować zapalenie systemowe
Prawidłowa wartość FEV1%VC przed lub po leku LRO	Spirometria w astmie może być prawidłowa	Wyklucza rozpoznanie
FEV1%VC < DGN (po LRO)	Wskazuje na ograniczenia przepływu, ale może ulec normalizacji w trakcie terapii	Wymagana dla postawienia diagnozy
FEV1 > 80% wartości należnej	W astmie dobrze kontrolowanej lub w okresie bezobjawowym	W łagodnych postaciach POChP gdy FEV1%VC < DGN (po LRO)

Cecha kliniczna	Astma	POChP
FEV1 < 80% wartości należnej	W astmie źle kontrolowanej lub jako czynnik ryzyka rozwinięcia zaostrzenia	Wskaźnik nasilenia obturacji w POChP oraz późniejszych powikłań (zaostrzeń; śmiertelności)
Wzrost FEV1 > 12% i 200 ml po LRO w stosunku do wartości wyjściowej	Zwykle obecny w astmie, ale może nie występować, jeśli astma jest dobrze kontrolowana	Może występować częściej, gdy FEV1 osiąga niskie wartości
Wzrost FEV1 > 12% i 400 ml po LRO w stosunku do wartości wyjściowej	Duże prawdopodobieństwo astmy	Nietypowe dla POChP. Należy rozważyć rozpoznanie współwystępowania astmy i POChP
Badania czynnościowe w okresie między napadami objawów	Mogą nie występować zaburzenia wentylacji	Utrwalona obturacja

DGN - dolna granica normy; LRO - lek rozszerzający oskrzela (zwykle salbutamol); FEV1 - natężona objętość pierwszosekundowa; FEV1%VC - wskaźnik obturacji (zwężenia oskrzeli)

Warto zapamiętać!

- Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to przewlekłe schorzenia układu oddechowego, w których mogą występować podobne objawy takie jak duszność, kaszel, zaburzenia wentylacji, jednak ich charakter jest nieco odmienny
- Astma i POChP różnią się istotnie pod względem przebiegu, patogenezy, jak i patofizjologii zmian w układzie oddechowym
- Astma i POChP mogą występować u tego samego chorego
- POChP ze współistniejącą astmą lub POChP z cechami astmy - to szczególne sytuacje kliniczne wymagające odmiennego podejścia zarówno w zakresie diagnostyki jak i farmakoterapii.

Piśmiennictwo:

<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>

<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>

Mirza S et al. Mayo Clinic Proc. 2017; 92: 1104-12

Kania A i wsp. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018; 13: 1613-21.

Barczyk A. i wsp. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019; 7(7): 2326-36, e5

Vestbo J et al. ERJ Open Res 2015; 1: 11-2015

Pascoe S et al. Lancet Resp. Med. 2015; 3(6): 435-42
Ray A et al. Mol Physiol 2015; 308: L130-L140

[PODZIEL SIĘ](#)

Materiał wewnętrzny Chiesi

Ostatnia aktualizacja strony 5 stycznia 2024

Właściciel serwisu

