

Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie Astmul bronșic la adult

Astm bronșic: inflamație cronică a căilor aeriene cu implicarea a numeroase celule (eozinofile, limfocite T, macrofage, mastocite, epiteliole, fibre musculare netede etc.) și a mediatorilor, care apare la indivizii cu o susceptibilitate genetică și se manifestă prin obstrucție bronșică reversibilă parțial sau complet, spontan sau prin tratament și în care se manifestă sindromul de hiperreactivitate bronșică la variații stimulii. Din punct de vedere clinic astmul bronșic se manifestă prin accese de dispnee, tuse, wheezing.

Profilaxia primară a AB

- Prevenirea sensibilizării persoanelor predispușe
- Evitarea fumatului activ și pasiv

Profilaxia secundară a AB

- Evitarea contactului cu alergeni
- Imunoterapia specifică cu alergeni

Alergenii

- Excrementele acarienilor din praful de casă
- Resturile de piele de la animale
- Penele păsărilor
- Alimente (ouă, lapte, ciocolată, citrice, pește, miere de albi, coloranți, aditivi, nuci)
- Polenul copacilor
- Polenul plantelor ierboase
- Mucegai

Fumul de tutun nu este un alergen, dar agravează astmul și alergiile nazale.

Screening-ul

La fiecare adresare – PEF-metria cu test medicamentos (Salbutamol)

Obligatoriu:

- Persoanelor cu obstrucție bronșică

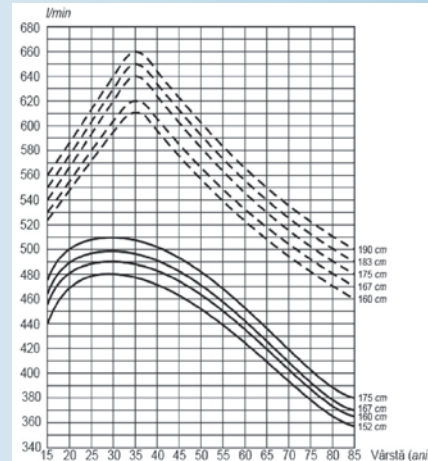
Recomandabil:

- Persoanelor cu:
 - tuse recurentă
 - tuse persistentă
 - respirație șuierătoare în infecțiile respiratorii

(--- bărbați; - femei)

Se confirmă obstrucție
bronșică reversibilă

Valorile normale ale debitului expirator
de vîrf (PEF - peak expiratory flow)



Situațiile sugestive pentru astm

- Variabilitatea (în cursul aceleiași zile sau de la o zi la alta, sau de la un sezon la altul) și/sau intermitența (normal între manifestări)
- Agravarea nocturnă sau dimineața devreme
- Apariția după factori declanșatori specifici (alergeni, antiinflamatoare nesteroidiene) sau nespecfici (fum, mirosuri puternice, aer rece, efort fizic, beta-blocante sistemice sau locale)
- Ameliorarea sau dispariția după tratament antiastmatic
- Istoric personal sau familial de astm sau alte boli atopice (rinită alergică, dermatită atopică)

Investigațiile obligatorii

- PEF-metria
- Spirografia/spirometria
- Testul cu bronhodilatator
- Puls-oximetria
- Hemoleucograma
- Analiza generală a sputei
- Electrocardiograma
- Examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidente (la vizita primară sau la suspectarea unei complicații)

Evaluarea gradului de severitate Clasificarea AB în funcție de gradul de severitate

Tipul AB	Crize de astm	Accese nocturne	PEF sau VEMS Variabilitate a PEF
Intermitent	< 1 dată pe săptămînă PEF normal asimptomatic între crize	≤ 2 ori pe lună	≥ 80% < 20%
Persistent ușor	> 1 dată pe săptămîna, dar < 1 dată pe zi Crizele pot afecta activitatea	> 2 ori pe lună	≥ 80% 20-30%
Persistent moderat	Zilnic Crizele afectează activitatea	> 1 dată pe săptămînă	60-80% >30%
Persistent sever	Permanent Activitate fizică limitată	Frecvente	≤ 60% > 30%

Evaluarea nivelului de control la fiecare adresare Asthma-test

Întrebarea 1 În decursul ultimelor 4 săptămîni de cîte ori v-a creat probleme astmul dvs. la serviciu, la școală sau acasă?

Tot timpul ① Foarte des ② Uneori ③ Rareori ④ Niciodată ⑤

Întrebarea 2 În decursul ultimelor 4 săptămîni cît de des ați avut/întîmpinat dificultăți în respirație?

Mai mult de o dată pe zi ① O dată pe zi ② De 3-6 ori pe săptămînă ③ O dată sau de 2 ori pe săptămînă ④ Niciodată ⑤

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

4 sau mai multe nopți pe săptămînă ① 2-3 nopți pe săptămînă ② O dată pe săptămînă ③ O dată sau de 2 ori ④ Niciodată ⑤

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

De 3 ori sau mai multe ori pe zi ① 1-2 ori pe zi ② 2-3 ori pe săptămînă ③ O dată pe săptămînă sau mai puțin ④ Niciodată ⑤

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

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

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 PARȚIAL 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).

Diagnosticul diferențial

- Insuficiența ventriculară stângă („astm cardiac”)
- Bronșita cronică obstructivă și BPOC
- Corpii străini bronșici
- Fibroza chistică
- Obstrucția de căi respiratorii superioare
- Vasculitele sistemice
- Tromboembolismul pulmonar
- Carcinoidul pulmonar
- Bronșiolita acută
- Sindromul de hiperventilare

Indicațiile pentru consultația ftiziopneumologului

- AB primar depistat
- Dificultăți de diagnostic diferențial
- AB necontrolat
- Exacerbări ușoare, moderate, severe ale AB

Criteriile de spitalizare

- AB necontrolat
- Exacerbări moderate și severe
- Apariția complicațiilor
- Boli concomitente severe/avansate
- Determinarea gradului de incapacitate de muncă

Tratamentul AB în funcție de nivelul de control al bolii

	Treapta 1	Treapta 2	Treapta 3	Treapta 4	Treapta 5
Medicația de urgență	Instruirea pacienților Evitarea factorilor de risc				
Medicația de control de primă intenție	β₂-agonist cu acțiune rapidă la necesitate				
	Nu este necesară	Doze mici de CSI	Doze mici de CSI + β₂-agonist cu durată lungă de acțiune	Doze medii sau mari de CSI + β₂-agonist cu durată lungă de acțiune	Doze medii sau mari de CSI + β₂-agonist cu durată lungă de acțiune
Medicație de control alternativă		AL**	Doze medii sau mari CSI	AL**	Doza minimă posibilă de CS per os
			Doze mici de CSI + antileucotrienă	Teofilină retard	AL**
			Doze mici de CSI + Teofilină retard		Teofilină retard
					*Anti IgE

Dozele echipotente nictemerale de CSI la maturi

Medicamentul	Doze mici/24 ore (μg)	Doze medii/24 ore (μg)	Doze mari/24 ore (μg)
Beclometazonă dipropionat	200-500	>500-1000	>1000-2000
Budesonid	200-400	>400-800	>800-1600
Fluticazon	100-250	>250-500	>500-1000
Flunisolide	500 - 1000	>1000 - 2000	>2000

Momente cheie ale tratamentului în trepte al AB

- Fiecare treaptă include variante ale terapiei care pot servi drept alternativă în alegerea terapiei de control a AB, deși nu sunt similare după eficiență.
- Eficacitatea tratamentului crește de la treapta 1 până la treapta 5.
- Treptele 2-5 includ combinații ale medicamentelor de urgență la necesitate și a medicației de control sistematic.
- La majoritatea pacienților cu AB persistent, care nu au administrat anterior un tratament de control este necesar de inițiat tratamentul începând cu treapta 2.
- Dacă la examenul primar, în baza simptomelor AB, determinăm lipsa controlului, tratamentul se începe de la treapta 3.
- Pacienții trebuie să utilizeze medicamente de urgență (bronholitice cu acțiune rapidă) la fiecare treaptă.
- Utilizarea sistematică a medicamentelor de urgență este un indice al AB necontrolat, care arată necesitatea de majorare a volumului terapiei de susținere.
- Dacă tratamentul curent nu asigură un control adecvat al AB, este necesară indicarea unei trepte avansate de tratament.
- În menținerea AB sub control timp de 3 luni, se face posibilă reducerea volumului medicației de control cu scop de stabilire a dozelor minime necesare pentru susținerea controlului (trecerea la o treaptă inferioară de tratament).

Atitudine:

Managementul exacerbării ușoare a AB

- Creșterea dozei de bronhodilatatoare: administrare repetată de BAR inhalator (2-4 pufuri la fiecare 20 minute în prima oră).
- 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 wheezingului.
- Corticoizi oral, 0,5-1 mg/kg pe 24 ore, mai ales dacă exacerbarea apare după o creștere a dozei tratamentului de control.
- La răspuns absent sau considerat insuficient pacientul se trimite către un serviciu de urgență.

Supravegherea pacienților cu AB

- Pacienții revin la consultația medicului la 1 lună după prima vizită, iar ulterior – la fiecare 3 luni.
- După exacerbare, vizitele la medic se fac peste 2-4 săptămâni.
- Odată stabilit controlul asupra astmului, rămân esențiale vizitele regulate de întreținere, la 1-6 luni, după caz.
- Numărul vizitelor la medic și aprecierea nivelului de control depind de severitatea inițială a patologiei la un anumit pacient și de gradul lui de școlarizare privitor la măsurile necesare de menținere a controlului AB.
- Nivelul controlului se apreciază în anumite intervale de timp de medic, dar de asemenea și de pacient.
- Pacienții ce au administrat doze mari de CSI sau CS per os sunt incluși în grupul de risc pentru osteoporoză și fracturi (e necesară efectuarea tomodensitometriei osoase în dinamică și administrarea bifosfonaților).

Abrevieri folosite în document

AB astm bronșic

AL antagoniști de leucotriene

Anti IgE antiimunoglobuline E

BAR β₂-agonist cu acțiune rapidă

CSI glucocorticosteroizi inhalatori

IgE imunoglobulină E

PEF debit expirator de vîrf (peak expiratory flow)

VEMS volum expirator maxim în prima secundă

CS glucocorticosteroizi

