

5. Τελικές συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

Διάγνωση και διαγνωστικά εργαλεία

Διάγνωση του άσθματος

Σύσταση 1: Για την κλινική διάγνωση του άσθματος συστήνεται προσεκτική κλινική εκτίμηση διαλειπόντων ή σταθερών συμπτωμάτων όπως: ο συριγμός, η δύσπνοια, ο βήχας, το σφίξιμο στο στήθος, ιδιαίτερα εάν επιδεινώνονται τη νύχτα ή νωρίς το πρωί, εκλύονται με την άσκηση ή με την έκθεση σε αλλεργιογόνα, σε κρύο αέρα, με τη χρήση ασπιρίνης/ΜΣΑΦ ή β αναστολέων (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: A

*Συντομογραφίες: ΜΣΑΦ: Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Σύμφωνα με τις Βρετανικές κατευθυντήριες οδηγίες συστήνεται προσεκτική εκτίμηση της κλινικής εικόνας και της συμπτωματολογίας του ασθενή με πιθανό άσθμα. Στην κατηγορία υψηλής πιθανότητας για άσθμα εντάσσονται ένα ή περισσότερα συμπτώματα όπως συριγμός, δύσπνοια, σφίξιμο στο στήθος, ιδιαίτερα αν επιδεινώνονται τη νύχτα ή τις πρωινές ώρες, εκλύονται με την άσκηση ή με την έκθεση σε αλλεργιογόνα, σε κρύο αέρα και μετά από τη χρήση ασπιρίνης, ΜΣΑΦ ή β αναστολέων (BTS, 2012). Επίσης, υψηλής πιθανότητας θεωρείται το ατομικό ιστορικό ατοπίας, το οικογενειακό ιστορικό άσθματος ή ατοπίας, ο διάχυτος συριγμός στην ακρόαση του θώρακα, το ιστορικό μειωμένου FEV₁ ή PEF για τα οποία δεν υπάρχει άλλη αιτία καθώς και η ανεξήγητη ηωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα (BTS, 2012).

Χαρακτηριστικά η παρουσία των οποίων υποδηλώνει χαμηλή πιθανότητα για άσθμα και ενδεχομένως σχετίζονται με εναλλακτικές διαγνώσεις είναι: η αναφερόμενη ζάλη και οι εμβοές, ο χρόνιος παραγωγικός βήχας, η επανειλημμένη φυσική εξέταση θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα παρά την παρουσία συμπτωμάτων, οι φωνητικές διαταραχές, η εμφάνιση συμπτωμάτων μόνο επί κρουολογήματος, το ιστορικό καπνίσματος πάνω από 20 πακέτα/έτος (pack-years), η ύπαρξη καρδιακής νόσου, η φυσιολογική PEF ή η φυσιολογική σπιρομέτρηση επί συμπτωμάτων, ο χρόνιος παραγωγικός βήχας χωρίς συριγμό ή δύσπνοια (BTS, 2012).

Σε αναφορά και των κατευθυντήριων οδηγιών του National Institutes of Health τα συμπτώματα του συριγμού, της δύσπνοιας, του βήχα και του σφίξιματος στο στήθος, τα οποία επιδεινώνονται τη νύχτα ή νωρίς το πρωί και εκλύονται με την άσκηση, με την έκθεση σε αλλεργιογόνα, σε κρύο αέρα και μετά την χρήση ασπιρίνης (Stevenson and Szczeklik, 2006) ή β αναστολέων (Schoene et al., 1984), αυξάνουν την πιθανότητα διάγνωσης άσθματος (NIH, 2007). Επιπρόσθετα η διάγνωση του άσθματος θεωρείται πιο πιθανή όταν υπάρχει ατομικό ιστορικό ατοπικής νόσου, οικογενειακό ιστορικό άσθματος ή/και ατοπικής νόσου (Busse and Lemanske 2001), συριγμός κατά την ακρόαση, ανεξήγητη τιμή του FEV₁ ή της PEF, ή ανεξήγητη ηωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα (BTS, 2012).

Η διαφορική διάγνωση σε ασθενείς με πιθανό άσθμα διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και τα συμπτώματα. Αρκετές νόσοι μπορεί να συνυπάρχουν με το άσθμα (GINA, 2014). Στην διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριληφθούν - ανάλογα με την ηλικία και τα συμπτώματα - νοσήματα όπως π.χ.: η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η κυστική ίνωση, οι βρογχεκτασίες, το ξένο σώμα, η πάρεση- δυσλειτουργία των φωνητικών χορδών, η πνευμονική εμβολή, η λήψη φαρμάκων όπως: οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, κ.α.

Διαγνωστικά εργαλεία

Σύσταση 2: Συστήνεται να διενεργείται σπιρομέτρηση προ και μετά βρογχοδιαστολής ως αρχική δοκιμασία για την εκτίμηση της παρουσίας και της σοβαρότητας της απόφραξης των αεραγωγών. **(IV)**. Η φυσιολογική σπιρομέτρηση δεν αποκλείει τη διάγνωση του άσθματος.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Συστήνεται σύμφωνα με τις Βρετανικές κατευθυντήριες οδηγίες και την GINA η σπιρομέτρηση ως εξέταση εκλογής (προ και μετά βρογχοδιαστολής) για την εκτίμηση της πιθανής απόφραξης καθώς και της σοβαρότητας αυτής (BTS, 2012; GINA, 2012). Η σπιρομέτρηση θα πρέπει να διενεργείται μετά από εκπαίδευση.

Η δοκιμασία της αναστρεψιμότητας της απόφραξης των αεραγωγών με βρογχοδιασταλτικά φάρμακα εκτιμάει τόσο την υπάρχουσα απάντηση στη βρογχοδιαστολή όσο και τα πιθανά οφέλη από μια θεραπεία με βρογχοδιασταλτικά, ορίζοντας μεταβολές της τάξης του 12% και 200ml σε σχέση με την αρχική μέτρηση ως σημαντική αναστρεψιμότητα (Pellegrino et al., 2005).

Διαγνωστική χρήση της PEF (μέγιστη εκπνευστική ροή)

Σύσταση 3: Συστήνεται η χρήση της ροομέτρησης σε περιπτώσεις που η σπιρομέτρηση δεν είναι διαθέσιμη ή είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Οι διαδοχικές μετρήσεις της ροομέτρησης μπορούν να συμβάλουν στη διάγνωση του άσθματος. **(IV)**.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Σύμφωνα με τις Βρετανικές κατευθυντήριες οδηγίες και τη GINA συστήνεται η χρήση της PEF για τη διάγνωση του άσθματος όταν δεν υπάρχει δυνατότητα σπιρομέτρησης καθώς και ως εργαλείο παρακολούθησης για τη βελτίωση του ελέγχου του άσθματος (GINA, 2012; BTS, 2012). Προτείνεται η επιλογή της καλύτερης τιμής έπειτα από τρεις μετρήσεις οι οποίες θα γίνονται δύο φορές την ημέρα. Η καταγραφή των μετρήσεων θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον για δύο εβδομάδες. Ημερήσιες διακυμάνσεις άνω του 20% ή 60ml/L βελτίωση μετά από τη χρήση εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών είναι ενδεικτικές διάγνωσης άσθματος.

Επιπλέον η μεταβλητότητα της PEF υπολογίζεται καλύτερα ως η διαφορά μεταξύ της υψηλότερης (συχνά η «τελευταία πράξη» το βράδυ) και της χαμηλότερης (συχνά η «πρώτη πράξη» το πρωί πριν από τη λήψη θεραπείας, καθώς τότε οι τιμές συνήθως

είναι οι χαμηλότερες για την PEF) (GINA,2012) και μπορεί επίσης να εκφραστεί ως το ποσοστό της υψηλότερης τιμής της PEF.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της European Respiratory Society (Quanjer et al., 1997) για διαγνωστικούς σκοπούς και παρακολούθηση, η ημερήσια μεταβλητότητα της PEF μπορεί να εκφραστεί ως δείκτης του οποίου το εύρος (πχ. διαφορά μεταξύ μεγαλύτερων και μικρότερων τιμών της PEF) διαιρείται δια του μέσου όρου όλων των μετρήσεων της κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος

Σύσταση 4: Συστήνεται η αξιολόγηση των συμπτωμάτων να γίνεται με την χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων για τουλάχιστον δύο έως τέσσερις εβδομάδες (ανάλογα με το ερωτηματολόγιο ελέγχου που χρησιμοποιείται) ώστε να εκτιμηθεί ο έλεγχος του άσθματος **(IV)**.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), για την εκτίμηση του επιπέδου ελέγχου του άσθματος, θα πρέπει να εκτιμάται το επίπεδο του κλινικού ελέγχου για τουλάχιστον δύο έως τέσσερις βδομάδες. Το επίπεδο του κλινικού ελέγχου καθορίζεται από την συμπτωματολογία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας, από τον περιορισμό στις δραστηριότητες του ασθενή, από την νυκτερινή συμπτωματολογία η οποία μπορεί να αφυπνίσει τον ασθενή, και από την ανάγκη για χρήση ανακουφιστικών φαρμάκων ή φάρμακων ελέγχου. (GINA, 2012).

Εργαλεία εκτίμησης ελέγχου άσθματος

Σύσταση 5: Συστήνεται η χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων για την εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος. Η επαναλαμβανόμενη χρήση τους, δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης της βελτίωσης ή όχι του ελέγχου του άσθματος **(IV)**.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV, IV, III-2, IV, II, III-2

Βαθμός σύστασης: B

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της SIGN, του National Institutes of Health και της GINA προτείνονται επικυρωμένα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος στην ΠΦΥ προκειμένου να επιτευχθεί η παρακολούθηση της νόσου και των συμπτωμάτων (BTS, 2012; NIH, 2007; GINA, 2012). Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια είναι το ACQ (Asthma Control Questionnaire), το ACT (Asthma Control Test) και το 3 ερωτήσεων RCP ερωτηματολόγιο (Royal College of Physicians 3 questions).

Το **ACQ** αποτελεί ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τον έλεγχο του άσθματος (Juniper et al., 1999). Περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις, έξι αφορούν τα συμπτώματα της προηγούμενης εβδομάδας (νυκτερινά, ημερήσια, μείωση της δραστηριότητας), μια αφορά τη χρήση β2 διεγερτών κατ' επίκληση και μια αφορά τον FEV₁, ενώ υπάρχει και το βραχύ ερωτηματολόγιο με πέντε ερωτήσεις που είναι

επίσης σταθμισμένο. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με κλίμακα από το μηδέν (πλήρως ελεγχόμενο άσθμα) ως το έξι (σοβαρά μη ελεγχόμενο) και το συνολικό σκορ υπολογίζεται από το μέσο όρο των απαντήσεων. Σύμφωνα με κλινική μελέτη, με σκοπό τον καθορισμό των ορίων (cut-off) ελέγχου του άσθματος, καλώς ελεγχόμενο θεωρείται το άσθμα όταν το σκορ είναι ≤ 0.75 ενώ μη επαρκώς ελεγχόμενο όταν είναι ≥ 1.5 . Ενώ τιμές μεταξύ 0.76 και 1.14 θεωρούνται διφορούμενες όσον αφορά την εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος (Juniper et al., 2006).

Το ερωτηματολόγιο **ACT** (Asthma Control Test) είναι σύντομο και εύχρηστο. Αποτελείται από 5 ερωτήσεις, οι οποίες τρεις αφορούν τα συμπτώματα, μία τα χορηγούμενα φάρμακα και μία τον συνολικό έλεγχο, ενώ όλες οι ερωτήσεις αναφέρονται στις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες (Nathan et al., 2004). Οι απαντήσεις αξιολογούνται με σκορ 5 βαθμών. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του National Institutes of Health, καλά ελεγχόμενο άσθμα θεωρείται όταν η βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη του 20, μη καλά ελεγχόμενο όταν είναι μεταξύ 16-19 και σημαντικά ανεπαρκώς ελεγχόμενο όταν είναι μικρότερο ή ίσο του 15 (NIH, 2007). Η χρήση του συστήνεται για την εκτίμηση της απάντησης σε μακροπρόθεσμα θεραπευτικά σχήματα ιδιαίτερα όταν υπάρχει σπιρομέτρηση με φυσιολογικές ή κοντά στις φυσιολογικές τιμές. Μπορεί να συμπληρωθεί και από τους ίδιους τους ασθενείς και μέσω διαδικτύου.

<http://www.asthma.com/resources/asthma-control-test.html> ή
<http://www.asthmacontroltest.com/>

Το ερωτηματολόγιο τριών ερωτήσεων του Βασιλικού Κολλεγίου Ιατρών, Royal College of Physician **RCP3Q** περιλαμβάνει τις ακόλουθες τρεις ερωτήσεις: κατά τον τελευταίο μήνα: 1. Δυσκολευτήκατε να κοιμηθείτε εξαιτίας των συμπτωμάτων του άσθματος συμπεριλαμβανομένου του βήχα; 2. Είχατε τα συνήθη συμπτώματα άσθματος κατά τη διάρκεια της ημέρας (βήχα, συριγμό, σφίξιμο στο στήθος, δύσπνοια); 3. Επηρέασαν τα συμπτώματα του άσθματος τις καθημερινές σας δραστηριότητες; Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση είναι ναι: 1 βαθμός ή όχι: 0 βαθμοί. Το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 0-3. Όταν το σκορ είναι μηδενικό το άσθμα θεωρείται καλά ελεγχόμενο. Όταν είναι δύο ή τρία θεωρείται ανεπαρκώς ελεγχόμενο και όταν είναι ένα θα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση για να διευκρινιστεί το επίπεδο ελέγχου (Pinnock et al., 2012; Pearson, 1999).

Το ερωτηματολόγιο **ATAQ** (Asthma Therapy Assessment Questionnaire) προτείνεται για την εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος από τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA και του National Institutes of Health (GINA, 2012; NIH, 2007). Αποτελείται από δύο ερωτήσεις με αναφορά στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες. Η πρώτη αφορά τα συμπτώματα και έχει τρεις υπο-ερωτήσεις. Η δεύτερη αφορά τη χρήση ανακουφιστικής θεραπείας. Το σκορ κυμαίνεται από 0 ως 4. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του National Institutes of Health, μηδέν βαθμοί υποδεικνύουν καλά ελεγχόμενο άσθμα, 1-2 όχι καλά ελεγχόμενο άσθμα και 4 πολύ ανεπαρκώς ελεγχόμενο άσθμα. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί από τον ασθενή και μέσω διαδικτύου.

Επιπλέον σε μια μελέτη διαγνωστικής απόδοσης (Boulet et al., 2002), αναφέρονται οι δυνατότητες του ερωτηματολογίου **ACSS** (Asthma Control Scoring System), στην εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό υπολογίζει τον έλεγχο του άσθματος με την χρήση ερωτήσεων οι οποίες αξιολογούν τρεις τύπους παραμέτρων: κλινικούς (συμπτώματα κατά την τελευταία εβδομάδα, χρήση ανακουφιστικών φαρμάκων, δραστηριότητες), φυσιολογίας (FEV₁, PEF διακυμάνσεις) και κατ' επιλογήν την παρουσία φλεγμονής των κατώτερων αεροφόρων οδών (συμπεριλαμβανομένων των ηωσηνόφιλων στα πτύελα) (LeBlanc et al., 2007). Το ερωτηματολόγιο αυτό συστήνεται από την παρούσα μελέτη ως ένα χρήσιμο για τον κλινικό ιατρό εργαλείο για την εκτίμηση του συνολικού ελέγχου του άσθματος αλλά και την εκτίμηση διαφόρων παραμέτρων ελέγχου (LeBlanc et al., 2007).

Ταξινόμηση του ελέγχου του άσθματος

Σύσταση 6: Η ταξινόμηση του άσθματος συστήνεται να γίνεται σε επίπεδα ελέγχου: καλά ελεγχόμενο, μερικώς ελεγχόμενο και μη ελεγχόμενο (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA ο έλεγχος του άσθματος αναφέρεται στον έλεγχο των εκδηλώσεων της νόσου. Η ταξινόμηση που προτείνεται αναφέρεται κυρίως στα κλινικά χαρακτηριστικά του άσθματος, είναι προϊόν ομοφωνίας και δεν έχει σταθμιστεί επισήμως (GINA, 2012). Αναφέρεται στις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες και εκτιμά: 1) την συχνότητα των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας 2) εάν τα συμπτώματα περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες 3) εάν αφυπνίζουν τον ασθενή ή εμφανίζονται τη νύχτα 4) εάν γίνεται χρήση ανακουφιστικών φαρμάκων. Τα χαρακτηριστικά 1 έως 4 χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουμε τον έλεγχο του άσθματος. Η πνευμονική λειτουργία μέσω της PEF ή του FEV₁ χρησιμοποιείται για να εκτιμήσουμε τον μελλοντικό κίνδυνο. Σύμφωνα με τα παραπάνω συστήνεται ένα απλό σχήμα κατάταξης των ασθενών με άσθμα, σε ασθενείς με ελεγχόμενο, μερικώς ελεγχόμενο ή μη ελεγχόμενο άσθμα ως εξής (GINA, 2012; 2014):

Συστήνεται η ταξινόμηση του άσθματος σε **καλά ελεγχόμενο** όταν συνυπάρχουν όλα τα ακόλουθα κριτήρια: δεν υπάρχουν συμπτώματα κατά την διάρκεια της εβδομάδας (ημερήσια συμπτώματα δύο ή λιγότερες φορές την εβδομάδα), κανένας περιορισμός της δραστηριότητας, κανένα νυκτερινό σύμπτωμα/αφύπνιση, καμία (δύο ή λιγότερες φορές τη εβδομάδα) χρήση ανακουφιστικού φαρμάκου, και η PEF ή ο FEV₁ είναι φυσιολογικά (GINA, 2012; 2014).

Συστήνεται η ταξινόμηση του άσθματος σε **μερικώς ελεγχόμενο** όταν υπάρχει ένα από τα ακόλουθα κριτήρια: ημερήσια συμπτώματα περισσότερα από δύο την εβδομάδα, οποιαδήποτε μείωση της δραστηριότητας, οποιοδήποτε νυκτερινό σύμπτωμα/αφύπνιση, ανάγκη για χρήση ανακουφιστικού φαρμάκου περισσότερο από δύο φορές τη εβδομάδα και μείωση του FEV₁ ή της PEF κάτω από το 80% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης προσωπικής μέτρησης (εφόσον είναι γνωστή).

Από την στιγμή που έχει γίνει η διάγνωση του άσθματος η εκτίμηση της πνευμονικής λειτουργίας είναι ο καλύτερος δείκτης για την εκτίμηση του μελλοντικού κινδύνου (GINA, 2014).

Συστήνεται η ταξινόμηση του άσθματος σε **μη ελεγχόμενο** όταν συνυπάρχουν τρία ή περισσότερα κριτήρια του μερικώς ελεγχόμενου άσθματος.

Προσδιοριστές δυσμενούς έκβασης του άσθματος

Σύσταση 7: Συστήνεται οι ακόλουθες παράμετροι να θεωρούνται προσδιοριστές δυσμενούς έκβασης του άσθματος: ανεπαρκής κλινικός έλεγχος (**II**), συχνοί παροξυσμοί το τελευταίο έτος (**IV**), οποιαδήποτε νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας λόγω άσθματος (**III**), χαμηλός FEV₁ (**II**), έκθεση σε καπνό, κάπνισμα (ενεργητικό ή παθητικό) (**IV**), υψηλές δόσεις φαρμάκων (**IV**), συνοσηρότητα με αλλεργική ρινίτιδα (**IV**), συνοσηρότητα με αγχώδη διαταραχή (**IV**) και/ή κατάθλιψη (**II**), παχυσαρκία (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: II, IV, II, II, IV, IV, IV, IV, II, IV, IV
σύστασης: B

Βαθμός

Στο πλαίσιο της διαχείρισης και παρακολούθησης του ασθενή με άσθμα, εκτός από τον καθορισμό του επιπέδου του ελέγχου του άσθματος, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η εκτίμηση μελλοντικού κινδύνου εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων όπως: οι παροξυσμοί και ο θάνατος, η μη σταθερή διατήρηση του ελέγχου του άσθματος, η επιτάχυνση της έκπτωσης της πνευμονικής λειτουργίας (μείωση του FEV₁) και οι παρενέργειες της θεραπείας ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα κορτικοστεροειδή (GINA. 2012).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του National Institutes of Health για τον καθορισμό του μελλοντικού κινδύνου απαιτείται ένα προσεκτικό ιατρικό ιστορικό, παρατήρηση, κλινική συνεκτίμηση και καταγραφή των προειδοποιητικών σημείων και των ανεπιθύμητων συμβάντων από τους ίδιους τους ασθενείς καθώς θα χρειαστούν στενή παρακολούθηση και επανεκτίμηση από τον θεράποντα ιατρό (NIH, 2007).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA τα κριτήρια για την εκτίμηση του μελλοντικού κινδύνου για δυσμενή συμβάντα στον ασθενή με άσθμα είναι (GINA, 2012):

1) Ο ανεπαρκής κλινικός έλεγχος: καθώς κλινικές μελέτες (Bateman et al., 2004; Bateman et al., 2007) συμπέραναν ότι η επίτευξη ενός καλά ελεγχόμενου άσθματος οδηγεί σε μείωση του κινδύνου των παροξυσμών.

2) Οι συχνοί παροξυσμοί κατά την διάρκεια του προηγούμενου έτους. Επισημαίνεται ότι κάθε παροξυσμός είναι ένδειξη αναθεώρησης της καταλληλότητας της θεραπείας για τον έλεγχο του άσθματος.

Προγνωστικοί παράγοντες για μελλοντικό κίνδυνο παροξυσμού ή συμβάντος θανάτου θεωρούνται:

- Η σοβαρή απόφραξη στη σπιρομέτρηση (NIH, 2007; Adams et al., 2000; Connolly et al., 1998; Fuhlbrigge et al., 2001, 2006; Kitch et al., 2004).
- Δύο ή περισσότερες επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων ή νοσηλεία λόγω άσθματος τον τελευταίο χρόνο, οποιοδήποτε ιστορικό διασωλήνωσης ή εισαγωγής σε εντατική θεραπεία τα τελευταία 5 χρόνια (NIH, 2007; Belessis et al. 2004; Cowie et al. 2001).
- Το γυναικείο φύλο, άλλη φυλή πλην της λευκής (NIH, 2007; Diette et al. 2002), η θεραπεία χωρίς εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή και το ενεργό κάπνισμα (NIH, 2007; Eisner et al. 2001).
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η κατάθλιψη (Eisner et al. 2005; Goodwin et al., 2004), το έντονο στρες (Goodwin et al., 2004), καθώς και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες (Griswold et al., 2005).
- Η αρνητική στάση και πεποιθήσεις των ασθενών αναφορικά με τη λήψη φαρμάκων (Adams et al. 2000; Apter and Szeffler 2004).
- Ο χαμηλός FEV₁. Προοπτική μελέτη κοόρτης ανέδειξε ότι ο χαμηλός FEV₁ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μελλοντικά δυσμενή συμβάντα (Osborne et al., 2007).
- Οι υψηλές θεραπευτικές δόσεις φαρμάκων για τον έλεγχο της νόσου.
- Σε ασθενείς με άσθμα η διακοπή του καπνίσματος (Σύσταση 29) έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας (αύξηση του FEV₁) σε σχέση με τους ασθενείς που συνεχίζουν το κάπνισμα (Chaudhuri et al., 2006). Η έκθεση των ασθενών με άσθμα στο παθητικό κάπνισμα, σχετίζεται με δυσμενή έκβαση σε ότι αφορά στη σοβαρότητα της νόσου και με περισσότερες εισαγωγές σε νοσοκομείο (Eisner et al., 2005). Ο κίνδυνος για άσθμα και βρογχόσπασμο αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει έκθεση σε καπνό τσιγάρου στο χώρο εργασίας, η οποία υπερβαίνει τις 8 ώρες ημερησίως (Radon et al., 2002; Sippel et al., 1999).
- Η αντιμετώπιση της αλλεργικής ρινίτιδας (Σύσταση 30) μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα του άσθματος και μειώνει τις επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων και στον οικογενειακό ιατρό όπως προκύπτει από αναδρομικές μελέτες κοόρτης (Adams et al., 2002; Crystal-Peters et al., 2002).
- Η μείωση βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς με άσθμα (Σύσταση 35) έχει δείξει ότι βελτιώνει πολλές παραμέτρους της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, η μείωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς με άσθμα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του FEV₁ και του FVC, τη μείωση της δύσπνοιας, τη μείωση της απαιτούμενης κατ' επίκληση θεραπείας και τη μείωση του αριθμού των παροξύνσεων. Επιπλέον, η πνευμονική λειτουργία, η συμπτωματολογία, η νοσηρότητα και το συνολικό επίπεδο υγείας βελτιώνονται (Stenius-Aarniala et al., 2000).

Ταξινόμηση της βαρύτητας του άσθματος

Σύσταση 8: Συστήνεται η ταξινόμηση της βαρύτητας του άσθματος να γίνεται με βάση το επίπεδο της θεραπείας που χρειάζεται για την επίτευξη καλού ελέγχου (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Ως προϊόν ομοφωνίας της GINA (GINA, 2012) και σύμφωνα με δύο συγκριτικές μελέτες (Cockcroft et al., 1996; Taylor et al., 2008) που εξέτασαν τις έννοιες της βαρύτητας του άσθματος και του ελέγχου του άσθματος, η ταξινόμηση της βαρύτητας του άσθματος συστήνεται να βασίζεται στο πόσο εντατική θεραπεία απαιτείται για την επίτευξη ενός καλά ελεγχόμενου άσθματος:

Ήπιο άσθμα συστήνεται να θεωρείται το άσθμα που ελέγχεται καλά με χαμηλής έντασης θεραπεία στα θεραπευτικά βήματα 1 και 2 όπως π.χ. με χαμηλής δόσης εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, ή/και αναστολείς των λευκοτριενίων (GINA, 2012; 2014).

Μέτριο άσθμα συστήνεται να θεωρείται το άσθμα που ελέγχεται καλά στο θεραπευτικό βήμα 3 με π.χ. χαμηλή δόση ICS/LABA (GINA, 2014).

Σοβαρό άσθμα συστήνεται να θεωρείται το άσθμα που απαιτεί εντατική θεραπεία για τον έλεγχο του όπως ανάγκη για αύξηση της θεραπείας στο τέταρτο θεραπευτικό βήμα (υψηλή δόση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και LABA, ή τριπλός συνδυασμός: κορτικοστεροειδών μέτριας ή υψηλής δόσης με μακράς δράσης εισπνεόμενους β2 διεγέρτες και τροποποιητές λευκοτριενίων ή χαμηλή δόση θεοφυλλίνης) ή όταν δεν επιτυγχάνεται καλός έλεγχος του άσθματος παρά την υψηλής έντασης θεραπεία (GINA, 2012).

Αναγνώριση της βαρύτητας των παροξυσμών άσθματος

Σύσταση 9: Συστήνεται να γίνεται έγκαιρη αναγνώριση των παροξυσμών άσθματος με βάση τα κλινικά σημεία, τα συμπτώματα και τη ροομέτρηση (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της SIGN στις οποίες ορίζεται ως (BTS, 2012):

- *Σχεδόν θανατηφόρο άσθμα:* η αύξηση της PaCO₂ και/ή η ανάγκη για μηχανικό αερισμό με υψηλές πιέσεις.
- *Απειλητικό για τη ζωή άσθμα:* η παρουσία στον ασθενή με άσθμα οποιουδήποτε εκ των παρακάτω κλινικών σημείων, συμπτωμάτων ή μετρήσεων.

Κλινικά σημεία και συμπτώματα: διαταραχή επιπέδου συνείδησης, καταβολή, αρρυθμία, υπόταση, κυάνωση, σιγή αναπνευστικού ψιθυρίσματος, ανεπαρκής αναπνευστική προσπάθεια.

Μετρήσεις: PEF <33% της καλύτερης ή της προβλεπόμενης τιμής, SpO₂ <92%, PaO₂ <8 kPa, φυσιολογική PaCO₂ (4.6–6.0 kPa).

- *Σοβαρός παροξυσμός άσθματος:* η παρουσία οποιουδήποτε από τα παρακάτω:

PEF: 33-50% της καλύτερης ή προβλεπόμενης τιμής, αναπνευστική συχνότητα ≥ 25 /λεπτό, καρδιακή συχνότητα ≥ 110 /λεπτό, αδυναμία δημιουργίας μιας ολοκληρωμένης πρότασης με μια αναπνοή.

Επιπλέον άλλες καταστάσεις όπως: αποτυχία ανταπόκρισης στη θεραπεία, δυσμενείς κοινωνικές περιστάσεις ή συνοσηρότητα αποτελούν κριτήρια παραπομπής στο νοσοκομείο.

- *Μέτριος παροξυσμός άσθματος :* αυξημένη συμπτωματολογία, PEF > 50-75% της καλύτερης ατομικής μέτρησης ή της προβλεπόμενης, απουσία των σημείων που ορίζονται για τον σοβαρό παροξυσμό άσθματος.

- *Ασταθές άσθμα:*

- τύπου 1: ευρεία διακύμανση στην PEF (>40% της ημερήσιας διακύμανσης για άνω του 50% των μετρήσεων μιας περιόδου μεγαλύτερης των 150 ημερών) παρά την εντατική θεραπεία.

-τύπου 2: αιφνίδιοι σοβαροί παροξυσμοί σε έδαφος φαινομενικά καλά ελεγχόμενου άσθματος (BTS, 2012).

Θεραπεία – παρεμβάσεις, φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές

Έναρξη θεραπείας

Σύσταση 10: Συστήνεται η άμεση έναρξη θεραπείας σε ασθενείς με πιθανή διάγνωση άσθματος (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Σύμφωνα με τις Βρετανικές κατευθυντήριες οδηγίες, ως προϊόν ομοφωνίας, συστήνεται με βάση την εκτίμηση της κλινικής εικόνας, της συμπτωματολογίας και της απόφραξης της αναπνευστικής λειτουργίας, οι ασθενείς που έχουν υψηλή πιθανότητα για άσθμα να ξεκινάνε άμεσα θεραπεία (BTS, 2012). Σε περίπτωση που η ανταπόκριση των παραπάνω στη θεραπεία θεωρηθεί μη επαρκής απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της διάγνωσης.

Επιλογή φαρμακευτικής αγωγής

Σύσταση 11: Συστήνεται η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής να καθορίζεται από το επίπεδο ελέγχου του άσθματος και ανάλογα με την τρέχουσα θεραπεία **(IV)**.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες (GINA, 2012), συστήνεται η φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς με άσθμα να καθορίζεται ανάλογα με το επίπεδο ελέγχου της νόσου και ανάλογα με την τρέχουσα θεραπεία. Για τον καθορισμό του επιπέδου ελέγχου του άσθματος, εκτός από το σχήμα κατάταξης του ασθενή ανάλογα με τα συμπτώματα σε ελεγχόμενο, μερικώς ελεγχόμενο και μη ελεγχόμενο άσθμα που προτείνει η GINA (σύσταση 6) συστήνονται και τα ερωτηματολόγια ελέγχου του άσθματος. Όταν το άσθμα είναι μη ελεγχόμενο συστήνεται η αύξηση της θεραπείας προκειμένου να ελεγχθεί η νόσος. Στη συνέχεια, όταν το άσθμα αξιολογηθεί ως ελεγχόμενο για τουλάχιστον τρεις μήνες, η θεραπεία μπορεί να ελαττωθεί με σκοπό τη διατήρηση του ελέγχου της νόσου με την πιο χαμηλή θεραπευτική δόση. Αν το άσθμα είναι μερικώς ελεγχόμενο συστήνεται η αλλαγή της θεραπείας είτε με αύξηση τη δόσης του προϋπάρχοντος φαρμάκου είτε με την προσθήκη νέου φαρμάκου λαμβάνοντας υπόψη την ασφάλεια, το κόστος και την ικανοποίηση του ασθενή από την επίτευξη του ελέγχου των συμπτωμάτων (GINA, 2012).

Για να γίνει τροποποίηση σε χαμηλότερο θεραπευτικό βήμα, οι παρακάτω παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη (GINA, 2014):

- Ελαττώστε την θεραπεία όταν τα συμπτώματα του άσθματος ελέγχονται καλά και η πνευμονική λειτουργία είναι σταθερή για 3 ή περισσότερους μήνες. Εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για παροξύνσεις άσθματος ή αν υπάρχει μόνιμη απόφραξη των αεραγωγών, μην ελαττώσετε την θεραπεία εάν δεν προϋπάρχει δυνατότητα στενής ιατρικής παρακολούθησης (GINA, 2014).
- Διαλέξτε την κατάλληλη χρονική στιγμή να ελαττώσετε την θεραπεία π.χ. όταν ο ασθενής δεν έχει κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού, όταν δεν ταξιδεύει και όταν η ασθενής δεν είναι έγκυος (GINA, 2014).
- Θεωρείστε κάθε θεραπευτικό βήμα ως δοκιμαστική θεραπεία. Ζητήστε από τον ασθενή να συμμετέχει στην όλη διαδικασία. Καταγράψτε την κατάσταση του ασθενούς (έλεγχος των συμπτωμάτων, πνευμονική λειτουργία και παράγοντες κινδύνου). Δώστε ξεκάθαρες οδηγίες και ένα γραπτό θεραπευτικό σχέδιο. Παρακολουθείστε τα συμπτώματα και/ή την PEF, και προγραμματίστε τις επόμενες επισκέψεις (GINA, 2014).
- Η μείωση της δόσης των ICS κατά 25-50% κάθε 3 μήνες είναι δυνατή και ασφαλής για τους περισσότερους ασθενείς (GINA, 2014).

Έλεγχος τεχνικής εισπνεόμενων φαρμάκων και συμμόρφωσης στη θεραπεία

Σύσταση 12: Συστήνεται να γίνεται αξιολόγηση της τεχνικής των εισπνοών και της συμμόρφωσης στη θεραπεία σε όλους τους ασθενείς με άσθμα ιδιαίτερα σε ασθενείς με ανεπαρκή έλεγχο ή πριν από κάποια αύξηση της θεραπείας **(IV)**.

Η συμμόρφωση στη θεραπεία και η σωστή χρήση των εισπνεόμενων φαρμάκων είναι απαραίτητη για την διασφάλιση της σωστής χορήγησής της θεραπείας. Σύμφωνα με μια μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με άσθμα ή με ΧΑΠ, βρέθηκε ότι η λανθασμένη χρήση των εισπνεόμενων φαρμάκων συνδέεται με παράγοντες όπως: η μεγάλη ηλικία των ασθενών ή το χαμηλό επίπεδο σχολικής εκπαίδευσης ή η μη ολοκληρωμένη εκπαίδευση του ασθενή από τους παρόχους υγείας, με έλλειψη οδηγιών σχετικά με τις τεχνικές λήψης των εισπνεόμενων φαρμάκων (Melani et al., 2011). Η λανθασμένη χρήση των εισπνεόμενων φαρμάκων συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για εισαγωγή στο νοσοκομείο, για επίσκεψη στα επείγοντα, για ανάγκη χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων και για ανεπαρκή έλεγχο της νόσου όπως αξιολογήθηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου ACT.

Από την IPCRG προτείνεται, για τη διερεύνηση των παραγόντων που συσχετίζονται με ανεπαρκή έλεγχο της νόσου, η χρήση του ακρωνυμίου SIMPLES (Smoking, Inhaler technique, Monitoring, Pharmacotherapy, Lifestyle, Education, Support) (IPCRG, 2012).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA, ως μη συμμόρφωση ορίζεται η αποτυχία λήψης του θεραπευτικού σχήματος από τον ασθενή όπως αυτό έχει προταθεί από τον θεράποντα. Προτεινόμενοι τρόποι ανίχνευσης της συμμόρφωσης στη θεραπεία είναι η παρακολούθηση μέσω της συνταγογράφησης, η καταμέτρηση των δισκίων/εισπνοών ανά συσκευή και η εργαστηριακή ανίχνευση των δραστικών ουσιών. Στην κλινική πράξη είναι προτιμότερη η προσέγγιση μέσω στοχευμένων ερωτήσεων, οι απαντήσεις των οποίων οδηγούν σε άμεσα συμπεράσματα για τη λήψη της θεραπείας όπως για παράδειγμα: «για να μπορέσουμε να προγραμματίσουμε τη θεραπεία σας, θα μπορούσατε να μου πείτε πόσο συχνά παίρνετε αυτά τα φάρμακα;» (GINA, 2012).

Σύμφωνα με μια πολυκεντρική μελέτη η οποία διερεύνησε τις δυνατότητες του ερωτηματολογίου MARS-A (Medication Adherence Report Scale for Asthma) βρέθηκε ότι το MARS-A έχει καλή απόδοση στην εκτίμηση της συμμόρφωσης του ασθενή στα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, όπως αυτή αναφέρεται από τον ασθενή. Το MARS-A είναι κατάλληλο τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για μειονότητες αλλά και για ασθενείς με χαμηλό εισόδημα (Cohen et al., 2009).

Σύμφωνα με ανασκόπηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών (Eisen et al., 2009) οι ασθενείς ανησυχούν για τις παρενέργειες των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και αυτό μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση τους στην θεραπεία. Μελέτες διερεύνησαν παράγοντες στους οποίους μπορεί να οφείλεται η μειωμένη συμμόρφωση στην θεραπεία. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι κοινωνικοί και ψυχολογικοί, να αφορούν τις γνώσεις του ασθενή για τη νόσο του, τη σχέση μεταξύ παρόχου φροντίδας και ασθενή, την πιθανή κοινωνική απομόνωση και τις σχέσεις που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη, τις πεποιθήσεις πάνω σε θέματα υγείας και τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια όπως π.χ. διάρκεια νόσου (Cameron, 1996). Διαταραχές στη διάθεση του ασθενή με άσθμα λόγω της νόσου μπορεί να σχετίζονται με μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία (Bender, 2006).

Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για συστηματική ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων οι οποίες να μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά την μη συμμόρφωση στην θεραπεία. Η αντιμετώπιση της μη συμμόρφωσης στο δύσκολο ελεγχόμενο άσθμα είναι πιθανό να έχει περισσότερα οφέλη απ' ό,τι οποιαδήποτε νέα θεραπεία (Heaney et al., 2012).

Στρατηγικές που μπορούν να διασφαλίσουν την αποτελεσματική χρήση των εισπνευστικών συσκευών είναι (GINA, 2014):

- Επιλέξτε την πιο κατάλληλη εισπνευστική συσκευή για κάθε ασθενή: λαμβάνοντας υπόψη τις πιθανές επιλογές φαρμάκων, τις διαθέσιμες συσκευές, τις δεξιότητες του ασθενή και το κόστος. Εάν υπάρχουν διαθέσιμες διαφορετικές επιλογές, ενθαρρύνεται τον ασθενή να συμμετέχει στην επιλογή τους. Για τις εισπνευστικές συσκευές (pMDIs) η χρήση αεροθαλάμου (spacer) βελτιώνει την απόδοση της θεραπείας και (με ICS), μειώνει τις πιθανές παρενέργειες. Διασφαλίστε ότι δεν υπάρχουν φυσικά εμπόδια για την χρήση των εισπνευστικών συσκευών (π.χ. αρθρίτιδα). Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση διαφορετικών τύπων εισπνευστικών συσκευών όπου είναι δυνατό, με σκοπό την αποφυγή σύγχυσης (GINA, 2014).
- Ελέγξτε την τεχνική εισπνοών σε κάθε ευκαιρία. Ρωτήστε τον ασθενή να σας δείξει πως χρησιμοποιεί την εισπνευστική του συσκευή (μην τον ρωτήσετε απλά αν ξέρει να την χρησιμοποιεί). Διαπιστώστε τυχόν λάθη στην χρήση συσκευών με την χρήση μίας λίστας ερωτήσεων σχετικής με την εκάστοτε συσκευή (GINA, 2014).
- Δείξτε στον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί την εισπνευστική συσκευή με φυσική επίδειξη π.χ. με την χρήση μιας συσκευής με εικονικό φάρμακο. Ελέγξτε ξανά την τεχνική προσέχοντας πιθανά προβλήματα – λάθη. Μπορεί να χρειαστεί να επαναλάβετε τα βήματα δύο με τρεις φορές. Δώστε διαφορετικό είδος συσκευής μόνο όταν ο ασθενής δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την εισπνευστική συσκευή σωστά μετά από επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση. Επανελέγξτε την τεχνική εισπνευστικών συσκευών συχνά. Τα λάθη συχνά επαναλαμβάνονται μέσα σε 4 έως 6 εβδομάδες (GINA, 2014).
- Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι σε θέση να κάνουν επίδειξη της σωστής εισπνευστικής τεχνικής για κάθε εισπνευστική συσκευή που συνταγογραφούν. Οι νοσηλευτές και οι φαρμακοποιοί μπορούν επίσης να παρέχουν υψηλής αποτελεσματικότητας εκπαίδευση (GINA, 2014).

Χρήση εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών

Σύσταση 13: Συστήνεται σε κάθε θεραπευτικό βήμα η χορήγηση ενός βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου βραχείας δράσης για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της GINA προτείνουν η θεραπευτική επιλογή (step up/step down) αύξησης ή μείωσης της θεραπείας να γίνεται σε βήματα ανάλογα με τον έλεγχο του άσθματος. Σε καθένα από αυτά τα βήματα συστήνεται η προσθήκη ανακουφιστικού ταχείας έναρξης βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου βραχείας δράσης για την άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Ο ιατρός θα πρέπει να αξιολογεί την τακτική χρήση των ανακουφιστικών φαρμάκων από τον ασθενή καθώς η τακτική χρήση αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία που καθορίζουν το μη ελεγχόμενο άσθμα. Στην περίπτωση αυτή συστήνεται η αύξηση της θεραπείας με φάρμακα ελέγχου (GINA, 2012).

Βήμα 1- Χρήση ανακουφιστικού φαρμάκου κατ' επίκληση

Σύσταση 14: Συστήνεται να χορηγείται στους ασθενείς με άσθμα ένας β2 αγωνιστής βραχείας δράσης για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (IV).

Σε κάθε ασθενή που χρησιμοποιεί πάνω από δύο φορές την εβδομάδα ανακουφιστικό φάρμακο θα πρέπει να συστήνεται τακτική θεραπεία συντήρησης (IV). Έλεγχος της συμμόρφωσης στην θεραπεία και της σωστής τεχνικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται πάντα πριν συνταγογραφηθούν περισσότερα φάρμακα (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης IV, IV, IV

Βαθμός σύστασης: B

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA, το πρώτο θεραπευτικό βήμα είναι κατάλληλο για ασθενείς που δεν χρειάζονται τακτική θεραπεία και έχουν περιστασιακά συμπτώματα (βήχα, συριγμό, δύσπνοια τα οποία εμφανίζονται 2 ή λιγότερες φορές την εβδομάδα ή πιο σπάνια αν πρόκειται για νυκτερινά συμπτώματα), είναι μικρής διάρκειας (διαρκούν μόνο λίγες ώρες) βελτιώνονται με την χρήση ανακουφιστικού εισπνεόμενου φαρμάκου και πληρούν τα κριτήρια ενός καλά ελεγχόμενου άσθματος. Μεταξύ των επεισοδίων ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός με σταθερή πνευμονική λειτουργία και χωρίς νυκτερινές αφυπνίσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συστήνεται η χορήγηση εισπνεόμενων β2 αγωνιστών ταχείας έναρξης για την άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ενώ εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθούν εισπνεόμενα αντιχολινεργικά (GINA, 2012).

Μετα-ανάλυση που εξέτασε την επίδραση της προσθήκης του ιπρατρόπιου σε ενήλικες με παροξυσμό άσθματος που αντιμετωπίζονται με β2-αγωνιστές βραχείας δράσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ανέδειξε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, του FEV₁ και της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEF), στην ομάδα που λάμβανε ιπρατρόπιο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, συμπεραίνοντας ότι η προσθήκη του ιπρατρόπιου κατ' επίκληση στη θεραπεία με β2 αγωνιστές προσφέρει, αν και σε μέτριο βαθμό, στατιστικά σημαντική βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας και μείωση του ποσοστού των εισαγωγών στο νοσοκομείο (Rodrigo et al., 1999).

Έλεγχος της συμμόρφωσης στην θεραπεία και της σωστής τεχνικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται πάντα πριν συνταγογραφηθούν περισσότερα φάρμακα.

Βήμα 2- Έναρξη θεραπείας ελέγχου

Σύσταση 15: Στο βήμα 2 συστήνεται η χορήγηση χαμηλής δόσης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και η κατ' επίκληση χρήση ανακουφιστικού βραχείας δράσης βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου (IV). Αυτή είναι η αρχική θεραπευτική επιλογή για την πλειοψηφία των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με άσθμα (IV). Αναστολείς των λευκοτριενίων μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτική θεραπεία (II). Έλεγχος της συμμόρφωσης στην θεραπεία και της σωστής τεχνικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται πάντα πριν συνταγογραφηθούν περισσότερα φάρμακα (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV, IV, II, IV

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), το δεύτερο θεραπευτικό βήμα συστήνεται επί αποτυχίας του πρώτου να ελέγξει την νόσο, δηλαδή του ελέγχου των συμπτωμάτων μόνο με βρογχοδιασταλτικό ανακουφιστικό κατ' επίκληση. Στο δεύτερο βήμα εισάγονται στη θεραπεία φάρμακα ελέγχου του άσθματος δηλαδή εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή χαμηλής δόσης (μερικά από τα οποία διατίθενται σε δοσολογία μια φορά την ημέρα, ενώ τα περισσότερα χορηγούνται σε δοσολογία μέχρι και 2 φορές την ημέρα) και κατ' επίκληση βρογχοδιασταλτικά (βλ. παρακάτω κείμενο με ισοδύναμα εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών).

Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή σε κανονικές δοσολογίες είναι τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα ελέγχου για το εμμένων άσθμα. Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή βελτιώνουν την πνευμονική λειτουργία, την συμπτωματολογία, την ποιότητα ζωής, τον κίνδυνο για παροξύνσεις και θανατηφόρο συμβάν και αποτελούν την καλύτερη θεραπευτική επιλογή (Adams et al., 2005; Powell and Gibson, 2003).

Σύμφωνα με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (Barnes et al., 2000; Bleecker et al., 2000) εναλλακτικά ως φάρμακα ελέγχου μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι τροποποιητές των λευκοτριενίων ιδιαίτερα στους ασθενείς που δεν δύνανται ή αρνούνται να χρησιμοποιήσουν τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, ή σε όσους παρουσιάζουν παρενέργειες από τη χρήση τους όπως το βράγχος φωνής καθώς επίσης και σε όσους εμφανίζουν συνοδό αλλεργική ρινίτιδα όπως ανέδειξαν δύο τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (Wilson et al., 2001; Philip et al., 2004).

Έλεγχος της συμμόρφωσης στην θεραπεία και της σωστής τεχνικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται πάντα πριν συνταγογραφηθούν περισσότερα φάρμακα.

Οι εκτιμώμενες ισοδύναμες ημερήσιες δόσεις των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών μπορούν να ανευρεθούν στην GINA. Τα εισπνεόμενα

κορτικοστεροειδή που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα είναι τα παρακάτω: (GINA, 2014)) :

- Μπεκλομεθαζόνη διπροπιονική: Χαμηλή καθημερινή δοσολογία: 100-200 mcg. Μέτρια καθημερινή δοσολογία: >200-400 mcg. Υψηλή καθημερινή δοσολογία: >400 mcg.
- Βουδεσονίδη: Χαμηλή καθημερινή δοσολογία: 200-400 mcg. Μέτρια καθημερινή δοσολογία: >400-800 mcg. Υψηλή καθημερινή δοσολογία: >800 mcg.
- Μομεταζόνη φουροϊκή: Χαμηλή καθημερινή δοσολογία: 110 - 220 mcg. Μέτρια καθημερινή δοσολογία: >220-440 mcg. Υψηλή καθημερινή δοσολογία: >440mcg.
- Σικλεσονίδη: Χαμηλή καθημερινή δοσολογία: 80-160 mcg. Μέτρια καθημερινή δοσολογία: >160-320 mcg. Υψηλή καθημερινή δοσολογία: >320 mcg.
- Φλουτικαζόνη προπιονική: Χαμηλή καθημερινή δοσολογία: 100-250 mcg. Μέτρια καθημερινή δοσολογία: >250-500 mcg. Υψηλή καθημερινή δοσολογία: >500 mcg.