

STRUČNĚ K PROBLEMATICE PROFESIONÁLNÍCH ALERGICKÝCH RINITID

doc. MUDr. Josef Kohout, CSc.¹, MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D.²

¹ Klinika pracovního lékařství Fakultní nemocnice v Plzni

² Klinika pracovního lékařství LF UP a FN Olomouc

Profesionální alergická rinitida představuje v České republice 0,4–3 % hlášených nemocí z povolání, přičemž se uplatňují značné regionální rozdíly. Jsou uváděny zkušenosti s diagnostikou a posuzováním onemocnění. Významný je poznatek, že u podstatné části nemocných se po čase vyvine průduškové astma. Pro prognózu postižených má zásadní význam přerušení expozice profesionálním alergenům.

Klíčová slova: profesionální alergická rinitida, průduškové astma.

A BRIEF SURVEY OF PROFESSIONAL ALLERGIC RHINITIS

Occupational allergic rhinitis represents 0,4–3 % of notified occupational diseases, but there are present significant regional differences. Our experience with diagnostics and evaluation is presented here. The fact, that significant part of patients suffers from bronchial asthma in the next future. For the prognosis of patients is important the interruption of exposure to occupational allergens.

Key words: professional allergic rhinitis, bronchial asthma.

Alergickou rinitidu je možno hlásit jako nemoc z povolání od roku 1996 (kdy nabyl účinnosti současně platný Seznam nemocí z povolání), a to pod položkou III/10 – astma bronchiale a alergická onemocnění horních cest dýchacích, kdy nemoc vzniká při práci, u níž je prokázána expozice prachu nebo plyným látkám s alergizujícími nebo iritujícími účinky (13). Dříve bylo možno hlásit alergickou rinitidu jako tzv. jiné poškození zdraví z práce, což však plně nezaručovalo uspokojení sociálně právních nároků nemocných jako je tomu u nemocí z povolání.

Alergická rinitida představuje v naší republice jen 0,4–3 % hlášených nemocí z povolání (14), přesto je jí v posledních letech věnována značná pozornost (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Počty hlášených onemocnění však velmi pravděpodobně neodpovídají skutečnému výskytu profesionálních alergických rým. Důvodů je několik. Tolerance příznaků je velmi individuální (3, 11) a symptomatologie nebývá tak dramatická, jako u např. bronchiálního astmatu, aby donutila k návštěvě lékaře. Nemocní často disimulují ve snaze neztratit zaměstnání (11). Konečně i lékaři v některých případech na profesionální etiologii rýmy nepomýšlí – v jedné z našich prací (7) jsme zjistili velké rozdíly v počtu hlášených rinitid mezi okresy.

Diagnostika zahrnuje osobní i rodinnou alergickou anamnézu. Ze subjektivních obtíží nemocní uvádějí nejčastěji vodnatou sekreci z nosu, pocit ucpaného nosu, kýchání a svědění v nose (2, 5, 12). Přitom některý z příznaků může dominovat, jiný naopak chybět. Pro diagnózu chronické rýmy je dle Mezinárodního konsenzu vyžadována přítomnost alespoň dvou uvedených příznaků minimálně hodinu denně po většinu dní (5). Při posuzování profesionality je nutné se ptát na souvislost příznaků s prací. Kromě okamžité reakce se může objevit i reakce pozdní po 6–8 hodinách po skončení expozice alergenů. Důležitý je údaj o zlepšení stavu v době pracovní neschopnosti nebo o dovolené – tento pozitivní vliv přerušuje

ni expozice alergenů se může uplatnit až po čtrnáctidenní eliminaci (2).

Lokální nález hodnotí otorinolaryngolog. U alergické rýmy bývá nosní sliznice prosáklá a lividně zbarvená, v akutních případech překrvená s vodnatou hypersekrecí (12). K potvrzení či vyloučení profesionality přispívají kožní testy, vyšetření specifických imunoglobulinů E, specifické provokační nazální testy s využitím rinomanometrie (3, 5, 11). Důležité je ověření pracovních podmínek hygienikem práce. Nejčastěji jsou postiženi pracovníci v zemědělství, v potravinářském a textilním průmyslu (2, 3, 4, 6, 7, 8, 14).

I když tolerance příznaků rinitidy je rozdílná (3), přece jen řada nemocných je omezena ve své každodenní činnosti únavou, bolestmi hlavy, zhoršenou koncentrací a poruchami spánku (4). Nejzávažnější je však následný vývin bronchiálního astmatu, jehož výskyt u nemocných s alergickou rýmou uvádí Betka v 10–30 % (1), Mösges v 25–50 % (9), Novotná v 38 % (10), Kohout a Nakládalová v 47 % (8), Brhel v 48,6 % (4). Naopak rinitidu u astmatiků zjišťuje Novotná v 28–70 % (10), Betka v 70–80 % (1) a Mösges v 88 % (9).

Uvažované patogenetické mechanismy jsou následující (3, 9, 10):

1. *Přímé:*

- Nazobronchiální reflex, jehož aferentní dráhu představují iritační receptory v horních dýchacích cestách a eferentní dráhu cholinergní inervace v dolních dýchacích cestách.
- Postnasal drip – přesun zánětlivých buněk nebo mediátorů z nosu do systémové cirkulace a do plic, kde mohou indukovat zánět dolních dýchacích cest a kontrakci hladkých svalů.

- Nepřímé*** - dýchání ústy při nosní obstrukci, kdy je redukována filtrační a zvlhčovací funkce nosu a je větší pravděpodobnost přímé provokace dýchacích cest alergeny.

Pro úzké spojení rinitidy a astmatu svědčí i zkušenost Brhela, který prokázal u 10 ze 14 pacientů s alergickou rinitidou bronchiální hyperreaktivitu.

V naší poslední práci jsme se zaměřili na rozdíly v některých ukazatelích zjišťovaných u nemocných s rinitidou následovanou astmatem a u nemocných s pouhou rinitidou. Bronchiální astma se vyvinulo po 3 měsících až 5 letech od hlášení rinitidy, průměrně po 1,3 roku. Nemocní s rinitidou a pozdějším astmatem byli starší (v průměru o 7,5 roku) a měli delší expozici (v průměru o 1,2 roku).

Literatura:

1. Betka J. Rhinitida – stále aktuální téma. Čas Lék Čes 2001; 140: 35–37.
2. Brhel P. Profesionální alergická rinitida. Medica Revue 1997; 4: 1–7.
3. Brhel P. Zkušenosti s diagnostikou profesionální alergické rinitidy. Pracov Lék 1999; 51: 82–85.
5. Cauwenberge P, Bachert C, Pssalacqua G, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. Allergy 2000; 55: 116–134.
6. Kohout J. Současná problematika profesionálních rinitid. Prakt Lék 1997; 77: 171–173
7. Kohout J, Nakládalová M. Profesionální rinitidy v západočeském a severomoravském regionu. Plzeň Lék Sborn 1999; 66: 127–133.

Při hodnocení výsledků kožních testů byly u nich častější pozitivní reakce na roztoče a vyšší výskyt pozitivit testů na více alergenů současně. Dle profesního zařazení byla rinitida komplikovaná astmatem zjišťována nejčastěji u pekařů, kde je možno předpokládat závažnější expozici.

Pro léčbu profesionální alergické rinitidy je rozhodující včasné přerušení expozice nemocného profesionálním alergenům, přičemž se více uplatňuje eliminace postiženého než náročná technologická opatření (11). Ostatní léčebné postupy se neliší od alergické rýmy neprofesionální etiologie.

9. Mösges R. Redefinice alergické rinitidy. Alergie 2000. 1998; 2: 1–6.
10. Novotná B. Vliv alergické rýmy na astma bronchiale. Respirace 1998; 4: 2–6.
11. Novotná B, Brhel P. Profesionální rýma. Pracov Lék 2000; 52: 127–130.
12. Seberová E. Návrh doporučeného postupu Diagnostika a léčba alergické rýmy. Alergie 2001; 2: 161–166.
13. Nařízení vlády ze dne 15. 11. 1995, kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. Sbírka zákonů, 290: 3968–3978.
14. Nemoci z povolání. ÚZIS 2000: 1–48