

## ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Θέμα : «Αίτια παροξύνσεων Άσθματος που οδηγούν στα ΤΕΠ».**

Όνομα υποψήφιου διδάκτορα – ερευνητή: **Βήχος Νικόλαος**, Ειδικός Παθολόγος .

**Μέλη τριμελούς:** επιβλέπουσα καθηγήτρια **Κατσαούνου Παρασκευή** – επίκ. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας/Φυματιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Υπεύθυνη του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική» **Καλομενίδης Ιωάννης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας του ΕΚΠΑ , **Ροβίνα Νικολέττα** Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

**Λογική-Αιτιολόγηση (Rationale)** Το άσθμα είναι μια συχνή και δυνητικά σοβαρή χρόνια νόσος. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με άσθμα - 50-75%- είναι ασθενείς με ήπιο άσθμα (  $FEV_1/FEV > 80\%$ - λίγα συμπτώματα). Συνήθως οι ασθενείς αυτοί υπόδιαγιγνώσκονται, υποθεραπεύονται -λαμβάνοντας λάθος θεραπεία ( μονοθεραπεία με SABA) ή δε συμμορφώνονται στη θεραπεία διότι υποτιμούν τα συμπτώματά τους.

Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν ήπιο άσθμα, δυνητικά μπορεί να βιώσουν σοβαρή παρόξυνση από την οποία να κινδυνέψει ακόμη και η ζωή τους.

Παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν ή να επιδεινώσουν το άσθμα είναι: ιογενείς λοιμώξεις, αλλεργιογόνα στο σπίτι ή τον χώρο εργασίας , κάπνισμα τσιγάρου, άσκηση , φάρμακα (  $\beta$ -blockers, NSAIDs , ασπιρίνη , συννοσηρότητες όπως ρινίτιδα, παραρινοκολπιτιδα, ΓΟΠΝ, υπνική απνοια, κατάθλιψη και αγχώδης διαταραχή [1] .

Σημαντικό ποσοστό (ποικίλει από 16% έως 35% ανάλογα με τις μελέτες) των ασθενών που έφτασαν σε νοσοκομείο είχαν ήπιο άσθμα. Αναδεικνύεται η αναγκαιότητα της πρώιμης σωστής διάγνωσης, σωστής εκπαίδευσης, σωστής θεραπείας σύμφωνα με τις οδηγίες της GINA, καθώς και χρήσης ροομέτρου με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους και μείωσης του κινδύνου απώλειας της.

Με βάση τα ανωτέρω θα κάνουμε μια πολυκεντρική μελέτη προκειμένου να δούμε ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν τους ασθματικούς ασθενείς με παρόξυνση στα ΤΕΠ ελληνικών νοσοκομείων .

### **Στόχοι μελέτης :**

**I.Πρωτεύων** στόχος μελέτης είναι να καταγράψουμε τα αίτια που οδηγούν τους ασθενείς με παρόξυνση άσθματος στα ΤΕΠ ελληνικών νοσοκομείων.

**II.Δευτερεύοντες στόχοι της μελέτης είναι:**

- Η καταγραφή δημογραφικών δεδομένων, ύψους, βάρους, ηλικίας, ψυχιατρικών προβλημάτων, καπνίσματος έκθεσης σε αλλεργιογόνα, φαρμακευτικής αγωγής, συννοσηροτήτων.
- Η εκπαίδευση των ασθματικών ασθενών με σκοπό την βελτίωση της νόσου με μείωση των παροξύνσεων το επόμενο έτος.



### **Μεθοδολογία:**

**Συμμετέχοντες:** Όλοι οι προσερχόμενοι ασθενείς με ασθματική παρόξυνση στα ΤΕΠ του Ευαγγελισμού και του Νοσοκομείου Σωτηρία κατά τα επόμενα δυο χρόνια.

**Κριτήρια εισαγωγής:** Ασθματικοί με παρόξυνση που προσέρχονται σε νοσοκομείο

**Κριτήρια αποκλεισμού:** Συνύπαρξη χρονιάς αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, λάθος διάγνωση, μη συνεργασία.

Θα χρησιμοποιηθεί Πρόγραμμα Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GPRD), όπου θα καταχωρηθούν ανώνυμα, στοιχεία τα οποία θα συλλέξουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας από τους συμμετέχοντες και θα αφορούν :

α. Δημογραφικά στοιχεία .

β. Ερωτηματολόγιο ελέγχου του άσθματος (ACT) .

γ. Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης.

δ.Ερωτηματολόγιο άγχους.

ε. Pulmonary Function tests (Σπιρομετρηση προ κ μετά βρογχοδιαστολή)

στ.Ερωτηματολόγιο χρήσης καπνικών προϊόντων.

ζ.Ιατρικό ιστορικό (συνοσηρότητες, φαρμακευτική αγωγή, ηλικία διάγνωσης άσθματος, έλεγχος λήψης εισπνεόμενων φαρμάκων, συσχέτιση ελέγχου άσθματος κατά GINA και αντίληψης ελέγχου, φυσική δραστηριότητα, BMI, CXR, CThr, αλλεργίες, εμβολιασμοί, επαγγελματική έκθεση, περιβαλλοντική έκθεση, CT παραρρινίων κόλπων, ύπαρξη action plan, έλεγχος γνώσεων σχετικά με το άσθμα).

### **Βιβλιογραφία**

[1]POCKET GUIDE FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION, [ginasthma.org](http://ginasthma.org)

2.Is it time to move away from short-acting beta-agonists in asthma management?

Matthew J. Martin and Tim W. Harrison

Affiliation: The Asthma Centre, Nottingham NIHR Respiratory BRC, University of Nottingham, Nottingham City Hospital, Nottingham, UK.

3. Ebmeier S, Thayabaran D, Braithwaite I, et al. Trends in international asthma mortality: analysis of data from the WHO Mortality Database from 46 countries (1993–2012). Lancet 2017; 390: 935–945.

4. Brown HM, Storey G, George WHS. Beclomethasone dipropionate: a new steroid aerosol for the treatment of allergic asthma. Br Med J 1972; 1: 585–590.

5.Inhaled corticosteroids compared with oral prednisone in patients starting long-term corticosteroid therapy for asthma. A controlled trial by the British Thoracic and Tuberculosis Association. Lancet 1975; 2: 469–473.

6.Levy ML. The national review of asthma deaths: what did we learn and what needs to change? Breathe (Sheff) 2015; 11: 14–24.

7. Pavord ID, Mathieson N, Scowcroft A, et al. The impact of poor asthma control among asthma patients treated with inhaled corticosteroids plus long-acting  $\beta$ 2-agonists in the United Kingdom: a cross-sectional analysis. NPJ Prim Care Respir Med 2017; 27: 17.



## PROTOCOL FOR DOCTORAL RESEARCH

### **Subject: "Causes of asthma exacerbations leading to ED"**

Name of doctoral candidate - researcher: **Vichos Nikolaos**, Internist

Members of comitee : Supervisor's Name: **Katsaounou Paraskevi**- Assist. Professor of Pneumonology of the Medical School of Athens, Head of the Emergency Clinic of Athens - Polyclinic ". Evangelismos - Athens Ophthalmology Clinic - Polyclinic".: **Kalomenidis Ioannis**, Associate Professor of Pneumonology, University of Athens, **Rovina Nicoletta** Assistant Professor of Pneumonology, University Clinic of "Sotiria".

**Rationale:** Asthma is a common and potentially serious chronic disease. The majority of patients with asthma - 50-75% - are patients with mild asthma (FEV<sub>1</sub> / FEV<sub>0</sub> > 80% - few symptoms). Typically, these patients are under-diagnosed, under-treated with inappropriate therapy (SABA monotherapy) or do not comply with treatment because they underestimate their symptoms.

Although these patients have mild asthma, they may potentially experience severe exacerbation that may even endanger their lives.

Agents that can trigger or exacerbate asthma are: viral infections, home or workplace allergens, cigarette smoking, exercise, drugs ( $\beta$ -blockers, NSAIDs, aspirin) comorbidities such as rhinitis, paranasitis, GORD, and anxiety disorder [1].

A significant percentage (varying from 16% to 35% depending on the studies) of the patients who arrived at the hospital were mild asthma. The necessity of early correct diagnosis, proper education, proper treatment according to GINA guidelines and the use of a flowmeter to improve the quality of their lives and reduce the risk of their loss is highlighted.

Based on the above, we will do a multicenter study to see what are the main factors driving asthmatic patients with exacerbation in the Greek hospitals' EDCs.

### **Study Objectives:**

I. The primary objective of the study is to record the causes that lead patients with asthma exacerbation to the Greek Hospitals hospitals.

Secondary objectives of the study are:

- I. The recording of demographic data, height, weight, age, psychiatric problems, smoking exposure to allergens, medication, companionships.
- II. The training of asthmatic patients to improve the disease by reducing next year's exacerbations.

### **Methodology:**

Participants: All patients with asthma exacerbation at the Evangelismos Hospital and Sotiria Hospital over the next two years.

Admission Criteria: exacerbating Asthmatic patients arriving at ED

Exclusion criteria: Coexistence of a chronic obstructive pulmonary disease, wrong diagnosis, non co-operation.

A Personal Data Protection Program (GPRD) will be used where anonymous information will be collected and other health professionals from the participants will relate to:

- a. Demographics .
- b. Asthma control questionnaire (ACT).
- c. Depression questionnaire.
- e. Stress, Anxiety questionnaire
- f. Pulmonary Function Tests
- g. Use of tobacco products.

h. Medical history (cohorts, medication, age of asthma diagnosis, inhalation medication control, GINA asthma control association and control perception, physical activity, BMI, CXR, CThr, allergies, vaccinations, occupational exposure, , existence of an action plan, control of knowledge about asthma).

#### Bibliography

[1] POCKET GUIDE FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION, [ginasthma.org](http://ginasthma.org)2.

Is it time to move away from short-acting beta-agonists in asthma management?

Matthew J. Martin and Tim W. Harrison

Affiliation: The Asthma Centre, Nottingham NIHR Respiratory BRC, University of Nottingham, Nottingham City Hospital, Nottingham, UK.

3. Ebmeier S, Thayabaran D, Braithwaite I, et al. Trends in international asthma mortality: analysis of data from the WHO Mortality Database from 46 countries (1993–2012). *Lancet* 2017; 390: 935–945.

4. Brown HM, Storey G, George WHS. Beclomethasone dipropionate: a new steroid aerosol for the treatment of allergic asthma. *Br Med J* 1972; 1: 585–590.

5. Inhaled corticosteroids compared with oral prednisone in patients starting long-term corticosteroid therapy for asthma. A controlled trial by the British Thoracic and Tuberculosis Association. *Lancet* 1975; 2: 469–473.

6. Levy ML. The national review of asthma deaths: what did we learn and what needs to change? *Breathe (Sheff)* 2015; 11: 14–24.

7. Pavord ID, Mathieson N, Scowcroft A, et al. The impact of poor asthma control among asthma patients treated with inhaled corticosteroids plus long-acting  $\beta_2$ -agonists in the United Kingdom: a cross-sectional analysis. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017; 27: 17.