

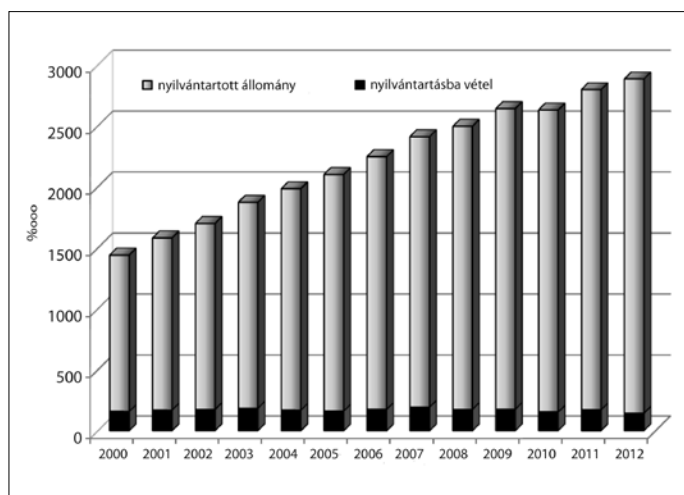
A foglalkozási asztma incidenciája

Dr. Endre László, Vasútegészségügyi Központ, Budapest

Az Amega korábbi számaiban teljességre törekedve ismertettem a foglalkozási asztma (a továbbiakban a nemzetközileg elfogadott angol név – occupational asthma – alapján: OA) magyarországi történetét¹, valamint kialakulásának feltételeit, kóris-mézési és kezelési lehetőségeit². Jelen közleményben a legutóbbi 24 év hazai incidenciáit ismertetem a nemzetközi adatok tükrében.

A hivatalos magyar statisztikai adatok rendelkezésre bocsátásáért *dr. Nagy Károly* főosztályvezetőnek és munkatársainak (Nemzeti Munkaügyi Hivatal, Munkavédelmi és Munkaügyi Igazgatóság, Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály), szóbeli segítségért, jó tanácsaiért pedig ugyanezen intézmény pulmonológiai szakrendeléséről *dr. Kardos Kálmán* főorvosnak tartozom köszönettel.

Ismert tény, hogy az OA kötelező jelleggel bejelentendő betegség Magyarországon (is). 1995 végéig „allergizáló anyagok által okozott obstruktív légúti megbetegedés” néven, azóta „foglalkozási asztma”-ként. Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet hivatalos és nyilvános statisztikájából az is ismert, hogy 2000 óta egyetlen olyan év sem volt, amelyben 14 000-nél kevesebb új asztmás beteget jelentettek volna be³. Pillanatnyilag hazánk népességének legkevesebb 3%-a (vagyis 300 000 ember) asztmás (1. és 2. ábra).



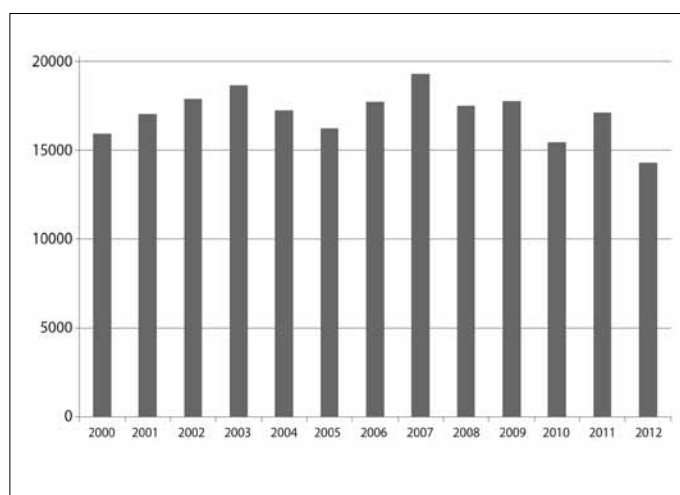
1. ábra: A felnőttkori asztma prevalenciája Magyarországon 2000–2012 között³

Érdeemesnek tűnt megvizsgálni, hogy ebből az évi legkevesebb 14 000 új esetből mennyi a foglalkozási eredetű. Mielőtt ezt megvizsgálánk, tegyünk egy kitekintést a világ hasonló adataira. Legtöbb adatot az Egyesült Királyságból és Finnországból sikerült beszerezniem.

McDonald és munkatársai az Egyesült Királyságban 1989–1997 között vizsgálták az OA incidenciáját. 9 év alatt 7387 új esetet jelentettek a tüdőgyógyászok és a foglalkozás-egészségügy szakorvosai. 1989–1991 között 1528, 1992–1994 között 2857, 1995–1997 között 3002 esetet. A szennyező anyagok közül az izocyanatok, valamint a liszt voltak a leggyakoribbak. A foglalkozások közül leggyakrabban a festékszóróval dolgozók (1586 új eset/év/1 millió dolgozó), valamint a pékek (951 új eset/év/1 millió dolgozó) kaptak leggyakrabban OA-t. Megfigyelésük szerint az OA incidenciája északon 2-3× gyakoribb, mint Kelet-Angliában vagy délen⁴.

1999-ben (ugyancsak az Egyesült Királyságban) *Meयरék* 1168 új OA-s betegről számoltak be⁵. Esetükben a leggyakoribb allergiát okozó anyag az izocianát, a latex, a liszt, az enzimek és a laboratóriumi állatok voltak.

2003-ban az Egyesült Királyságban *Ayres és munkatársai* becslése szerint 2299 új OA eset fordulhatott elő. Legnagyobb részük (2118 fő) latexre vagy glutáraldehidre volt túlérzékeny⁶. (A bejelentett és regisztrált új OA betegek száma 631 volt ebben az évben, ami szintén elég sok.)



2. ábra: A felnőttkori asztma incidenciája Magyarországon 2000–2012 között³

Bono és Hudsmith az oxfordi egyetem kutatói 6077, 16 és 65 év közötti korú betegek között 346 asztmást talált. 53%-uknak (182 fő) felnőtt korban kezdődött a betegsége. A 182-ből 7 esetben (4%) tudták igazolni a foglalkozási eredetet⁷.

Finnországban 1986-ban 227 új OA esetet kórisméztek, míg 1993-ban már 386-ot. Adataik szerint mindkét évben az összes újonnan felismert asztma eset 4,8%-a volt OA⁸.

Meredith és Nordman négy országban határozták meg a OA gyakoriságát⁹. Finnországban 1926 óta vezetnek a foglalkozási betegségek statisztikáját. Kiderült, hogy nő az OA gyakorisága. 1976-ban 80 új esetet jelentettek, míg 1992-ben 379-et (ami 153 új eset/1 év/1 millió dolgozónak felel meg). Ez a szám 1988–1992 közti évek átlagában 140 lenne. Az Egyesült Királyságban 1989–1991 között átlagosan évente 509 új eset fordult elő (ez 19/1 millió), 1992-ben 1047, 1993-ban 907. E két utóbbi adat nagyjából 37/1 millió főnek felel meg. Az Egyesült Államokban Michiganban 18/1 millió, Coloradoban 16/1 millió, New Jerseyben 8/1 millió, míg Massachusettsben csak 3/1 millió. Kanadában Quebec tartományban vizsgálták, ott 25/1 millió dolgozó az OA incidenciája⁹.

Egy svéd és egy amerikai szerző hat óriási (több millió fős) populáció hosszú ideig történő követésén alapuló összefoglaló dolgozat tanulmányozása kapcsán arra a következtetésre jutott, hogy 1999 júniusa és 2007 decembere között a felnőttkorban kezdődő asztmát a betegek 16,3%-ában valamilyen foglalkozási tényező okozta¹⁰.

Johnson és munkatársai Kanadában a felnőttkorban kezdődő asztmás esetek 36%-áról azt állapították meg, hogy az valószínűleg foglalkozási eredetű¹¹.

Kogevinas és munkatársai Európa iparilag fejlett régióiban különböző foglalkozási ágakban vizsgálta az asztma gyakoriságát. Szerintük az asztma leggyakrabban a farmerek (OR: 2,34), festőmunkások (OR: 2,34), a plasztikkal dolgozók (OR: 2,2) és a tisztító munkások (OR: 1,97) között fordult elő¹².

Gautrin és munkatársai 417 állatgondozó, 230 pék és 122 fogászati asszisztens ipari tanulót követtek 44 hónapig. Az állatgondozók 8,9%-ánál, a pékek 4,2%-ánál, míg a fogászati asszisztensek 2,5%-ánál alakult ki allergia ez alatt az idő alatt valamilyen (foglalkozásukkal összefüggő)

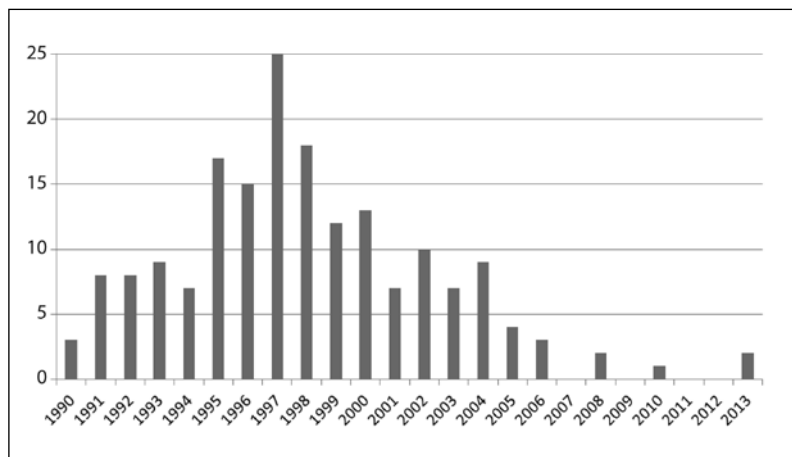
szennitizáló anyagra¹³. Az állatgondozók között a nyúlvezető, a nyúlvezelet, patkány- és egérvezelet volt a leggyakoribb szennitizáló anyag. A latex allergia a fogászati asszisztensek között volt a leggyakoribb¹³.

A már említett *Kogevinas és munkatársai* egy másik közleménye 2007-ben a *Lancet*-ben jelent meg. 12 ország (Ausztrália, Belgium, Észtország, Franciaország, Izland, Nagy-Britannia, Németország, Norvégia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Egyesült Államok) 28 központjában összesen 6837, 20–44 éves kor közötti embert vizsgáltak. Azt tanulmányozták, mekkora a veszélye az OA kialakulásának, ha a dolgozók veszélyeztető anyagnak vannak kitéve. Természetesen a vizsgálat kezdetén senkinek sem volt asztmája. A kiválasztott 18 anyag között voltak nagy molekulásúak (pl. latex, liszt), kis molekulásúak (pl. izocianátok, anhidridek, gyógyszerek), tisztítószeresek, kémiai anyagok, tűz és bioaeroszolok is. Ha a 18 közül bármelyik veszélyeztető anyaggal dolgozik valaki, az OA kialakulásának veszélye átlagosan 1,69-szeresére nő. Legvesélyeztetettebbek az ápolónők (OR: 2,2). Számításaik szerint egymillió dolgozó között évente 250–300 esetben lehet számítani új OA kialakulásra¹⁴.

Az eddig ismert adatokból annyi biztonsággal megállapítható, hogy az újonnan kórismézett felnőtt asztmások legkevesebb 4%-ának foglalkozási eredetű a betegsége. Az is biztos, hogy évente 1 millió dolgozó közül legkevesebb háromnak (de bizonyos szakmákban több száznak!) OA-ja lesz.

Érdemes ezek után vetni egy pillantást a hazai helyzetre. Mint a bevezetőben említettem, *dr. Nagy Károly és munkatársai* segítségével hozzájutottam az 1990 januárjától 2013 december végéig terjedő időszak hazai OA incidenciáinak adataihoz. Ezek szerint ez alatt a 24 év alatt az egész országban összesen 180 OA bejelentés történt: 1990 és 1995 vége között (6 év alatt) 52, 1996–2000 között (5 év alatt) 83, 2001–2006 között (6 év alatt) 40, 2007 és 2013 vége között pedig mindössze 5 (öt!) bejelentés volt. Évenkénti bontásban a 3. ábrán látható számszerű megoszlásuk.

Ez azért furcsa, mert 2000 és 2012 között egyetlen olyan év sem volt, hogy ne lett volna legalább 14 000 új asztmás felnőtt beteg. Márpedig a nemzetközi adatok szerint az asztmá-



3. ábra: A foglalkozási asztma incidenciája Magyarországon 1990–2013 között

sok legkevesebb 2%-a OA-ban szenved. Másik vizsgálat szerint 1 millió dolgozó közül legkevesebb 50-nek lesz OA-ja évente. Mindezek alapján vagy arra következtethetünk, hogy hazánkban nagyságrendekkel jobb a munkaegészségügyi környezet, mint bárhol máshol a világon, vagy talán még sincs minden eset regisztrálva...

Az itthon bejelentett esetek legnagyobb része pék vagy malomipari munkás volt (55 fő). Őket követték a fémmegmunkálók (11 fő) és a szakasszisztensek (10 fő), majd a textillel dolgozók (szabók, varrónők, textilipari munkások, 9 fő), de ugyanígy kilencen vannak a bőrrel, szőrrel foglalkozók is. Külföldön az OA kialakulása szempontjából az egyik legveszélyeztetettebb szakma az állatgondozóké, nálunk a 24 év alatt mindössze négy ilyen beteget találtak.

Mint érdekességet említem meg, hogy 2003-ban 3 muzeológusról derült ki, hogy OA-ban szenvednek (e szakmában se előtte, se utána nem volt bejelentés). A 2003-as évre vonatkozóan az Egyesült Királyságból is találtam adatot. Ott 631 OA-ban szenvedő beteget regisztráltak, nálunk ugyanebben az évben mindössze hetet.

Kevésbé valószínű, hogy az orvoskollégák ne ismernék fel itthon ezt a betegséget, hiszen 1981 óta minden munkaegészségtan tankönyv részletesen foglalkozik vele. Bizonyára sok egyéb oka van annak, hogy szokatlanul kevés foglalkozási betegség (tehát nem csak OA) bejelentés történik Magyarországon. Elvileg nem zárható ki az sem, hogy mivel a kártalanítás nem teljesen megoldott, sem a dolgozónak, sem a munkáltatónak nem érdeke a betegség bejelentése, ezért a kollégáink sem erőltetik ezt.

Foglalkozás-egészségüggyel hivatásszerűen foglalkozó kollégáktól származó információ, hogy a gyakorlatban az OA **kóris-mézése egyet jelent a munkahely elvesztésével**. Amennyiben igazolódik a foglalkozási eredet, a munkáltató köteles valamilyen olyan munkakört felajánlani a dolgozónak, ahol nem találkozhat a kiváltó tényezővel. Ezt viszont a dolgozó legtöbbször nem fogadja el, mert igen jelentős anyagi veszteséggel járna és a képzettségének nagy valószínűséggel nem felelne meg. Egy évig lehetséges betegállományban maradni, utána viszont legfeljebb a rokkantsági nyugdíj marad. Elvileg a munkáltatónak (egy bizottság által megállapított mértékű) kártérítést is kellene fizetnie...

Ennek nem feltétlenül kellene így lennie. Jó példát mutatott erre a 2014 júniusi EAAI kongresszuson egy kanadai előadó. *Susan Tarlo* professzor szerint náluk létezik egy rendkívül gazdaságosan tevékenykedő szervezet, melynek tagjai szociális munkások (ún. „return-to-work” koordinátorok) és fő feladatuk, hogy az OA-ban szenvedő dolgozóknak új munkakört találjanak. Működésük előtt az OA-ban szenvedő dolgozók 50%-a lett munkanélküli, segítségükkel ez 17%-ra csökkent. *Tarlo* professzor asszony megerősítette azt a korábbi megfigyelést, hogy minél nagyobb fokú az expozíció, annál nagyobb az esély a szenzitizációra. Ez bőrön keresztül is lehetséges, melynek OA lesz az eredménye. Fontos, hogy a beteget a kórisme megállapítása és a munkahely megváltoztatása után is követni (és szükség esetén kezelni) kell¹⁵. ■

Irodalom

1. Endre L. A foglalkozási asztma története Magyarországon. *Amega* 2014; 21(2): 16-19.
2. Endre L. A foglalkozási asztma kialakulása, kórismezése, kezelése, költségei. *Amega* 2014; 21(3): 12-16.
3. Böszörményi N Gy, Csoma Zs, Gaudi I, és mtsai. A pulmonológiai hálózat 2012. évi epidemiológiai és működési adatai. *Korányi Bulletin* 2013; 1: 4-33.
4. McDonald JC, et al. Reported incidence of occupational asthma in the United Kingdom, 1989-97. *Occup Environ Med* 2000; 57: 823-829.
5. Meyer JD, et al. SWORD 99: surveillance of work-related and occupational respiratory disease in the UK. *Occup Med* 2001; 51(3): 204-208.
6. Ayres JG, et al. Costs of occupational asthma in the UK. *Thorax* 2011; 66: 128-133.
7. Bono J, Hudsmith L. Occupational asthma: a community based study. *Occup Med* 1999; 49: 217-219.
8. Reijula K, et al. Incidence of occupational asthma and persistent asthma in young adults has increased in Finland. *Chest* 1996; 110: 58-61.
9. Meredith S, Nordman H. Occupational asthma: measures of frequency from four countries. *Thorax* 1996; 51: 435-440.
10. Torén K, Blanc PD. Asthma caused by occupational exposures is common – A systemic analysis of estimates of the population-attributable fraction. *BMC Pulmonary Medicine* 2009; 9: 7-17.
11. Johnson AR, et al. Occupational asthma in adults in six Canadian communities. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 2058-2062.
12. Kogevinas M, et al. Occupational asthma in Europe and other industrialised areas: a population-based study. *Lancet* 1999; 353: 1750-1754.
13. Gautrin D, et al. Incidence and determinants of IgE-mediated sensitization in apprentices. A prospective study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 1222-1228.
14. Kogevinas M, et al. Exposure to substances in the workplace and new onset asthma? An international prospective population based study (ECRHS-II). *Lancet* 2007; 370: 336-341.
15. Tarlo S. Workplace interventions for management of occupational asthma. EAAI Congress Copenhagen, 2014.