

Deintenzifikácia inzulinovej liečby u pacientky s dlhoročným trvaním DM 2. typu

MUDr. Kamila Babjaková

Diabetologická ambulancia, Nemocnica Košice-Šaca

Abstrakt

Kazuistika opisuje prípad 62-ročnej obéznej pacientky s dlhotrvajúcim DM 2. typu v štádiu chronických komplikácií nedostatočne metabolicky kompenzovaným na orálnej antidiabetickej liečbe v kombinácii s intenzifikovanou inzulinovou terapiou.



Úvod

Obezita a diabetes mellitus 2. typu (DM 2 T) sú chronické, preventabilné, relapsujúce a najčastejšie sa vyskytujúce metabolické ochorenia, ktoré v súčasnosti dosahujú charakter globálnej epidémie. Vo väčšine európskych krajín sa prevalencia nadhmotnosti/obezity pohybuje okolo 50 % v dospeljej populácii a zodpovedá za rozvoj až 80 % prípadov DM2T.¹

S trvaním ochorenia, vekom pacienta a prítomnosťou komplikácií a komorbidít je potrebné pristupovať k pacientovi a liečbe DM2T individuálne a ušiť mu liečbu na mieru.

„Deintenzifikácia“ alebo „deeskalácia“ liečby viacerými podaniami inzulinu na fixnú kombináciu bazálneho inzulinu s agonistom GLP1 receptorov (GLP1 RA) sa používa čoraz viac, a to hlavne u pacientov, pre ktorých je intenzifikovaný režim náročný z hľadiska realizácie. Napríklad sú to pacienti pracovne vyťažení

alebo so začínajúcou demenciou, prípadne starší osamelo žijúci, pre ktorých je podávanie inzulínu či vykonávanie selfmonitoringu glykémii viackrát denne náročné. Pri intenzifikovanom inzulínovom režime je potrebné dôslednejšie počítanie sacharidov, zladžovanie liečby s fyzickou aktivitou. Cieľom deintenzifikácie je zlepšenie glykemickej kontroly, redukcia výskytu hypoglykémii a v neposlednom rade zlepšenie kvality života.

Kombinovaná liečba bazálnym inzulínom a GLP1-RA má viacero fyziologických, ako aj praktických klinických výhod. Medzi fyziologické výhody patrí najmä synergické dopĺňanie sa účinkov na riešenie viacerých patofyziologických defektov, kým bazálny inzulín (BI) odľahčuje a šetrí vlastnú sekréciu inzulínu, potláča hepatálnu produkciu glukózy a stimuluje vychytávanie glukózy svalom, obzvlášť v postprandiálnom období, GLP1-RA stimuluje vlastnú sekréciu inzulínu fyziologickou cestou – teda v poradí pečene, periférie –, potláča hepatálnu produkciu glukózy aj supresiou glukagónu a spomaľuje vyprázdňovanie žalúdka, čím spomaľuje a oploštuje postprandiálny vzostup glykémie. Paralelnou výhodou je minimalizácia vedľajších účinkov spojených s ktoroukoľvek zo zložiek, ak sa používajú samostatne. Praktickými klinickými výhodami kombinácie bazálneho inzulínu a GLP1-RA v porovnaní s intenzifikáciou pridaním prandiálnych bolusov je potreba menej striktného prepočítavania sacharidov a časového rozloženia jedál, menej frekventná potreba selfmonitoringu, menej nárokov na riešenie fyzickej aktivity, menšie riziko opomenutia a omylov, menej stresujúca liečba, ale najmä nižšie riziko hypoglykémie, prírastku na hmotnosti, lepšia adherencia k liečbe a lepšia kvalita života, ako aj potenciálny priaznivý účinok na KVO a CKD.² Príkladom fixnej kombinácie je kombinácia inzulínu glargín 100 U/ml a GLP-1 RA lixisenatidu (iGlarLixi).

Kazuistika

Rodinná anamnéza: sestra má cukrovku 2. typu

Osobná anamnéza: dyslipidémia v liečbe statínom, st. p. operácii členka (2012)

Sociálna anamnéza: dôchodkyňa

Lieková anamnéza: kyselina tioktová, simvastatín 20 mg, metformín XR, vildagliptín 100 mg, glargín 300 U/ml, humánny regular inzulín

Priebeh ochorenia

Pacientka mala diagnostikovaný DM2T v roku 1996. Od roku 1997 bola začatá orálna antidiabetická liečba, na úvod metformínom, postupne bola pridaná do liečby sulfonyl-urea.

V roku 2003 bola u pacientky diagnostikovaná diabetická polyneuropatia dolných končatín, bola začatá liečba kyselinou tioktovou.

Pre neuspokojivú metabolickú kompenzáciu v roku 2004 bol do liečby pridaný bazálny analóg glargín 100 U/ml, c-peptid bol na dolnej hranici normy. V roku 2004 sa pre neuspokojivú metabolickú kompenzáciu vynechala z liečby sulfonylurea, pridal sa do liečby humánny regular inzulín 3 x denne. Glykovaný hemoglobín (HbA_{1c}) na intenzifikovanom inzulínovom režime sa pohyboval od 7,3 do 11 % (DCCT). Glykemická kompenzácia bola závislá od pracovnej vyťaženia pacientky a stresových situácií v rodinnom prostredí.

V roku 2014 bol do liečby pridaný gliptín.

V roku 2016 bol pre opakované hypoglykémie zmenený glargín 100 U/ml na glargín 300 U/ml. Po nastavení na intenzifikovaný inzulínový režim pacientka postupne pribrala 5 kg.

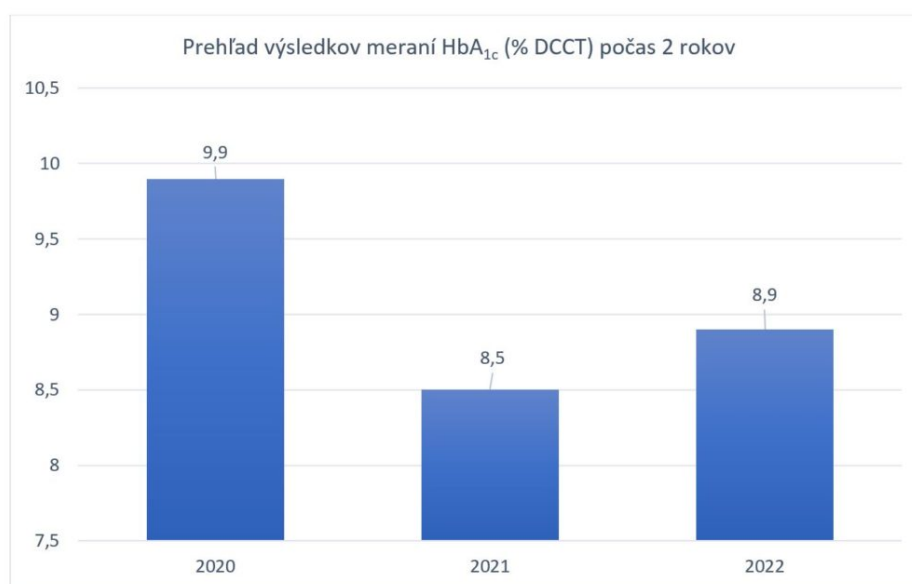
V roku 2020 bola u pacientky diagnostikovaná neproliferatívna diabetická retinopatia. Pre problémy s občasným zabúdaním aplikácie prandiálneho inzulínu, opakované hypoglykémie cez deň pri nesprávnom odhadnutí sacharidových jednotiek a neuspokojivú glykemickú kompenzáciu (HbA_{1c} 9,9 %, GP 10,1 – 9,3

mmol/l).

V 10/2021 bola deintenzifikovaná liečba pacientky. C-peptid bol u pacientky v norme. Pacientka pred deintenzifikáciou užívala glargín 300 U/ml v dávke 40 jednotiek, humánný regular inzulín v celkovej dennej dávke 24 jednotiek. Liečba iGlarLixi bola začatá v úvodnej dávke 30 jednotiek, inzulín sa postupne titroval na základe výsledkov selfmonitoringu do dennej dávky 56 jednotiek. Pri vyššej dávke iGlaLixi mala pacientka ľahké hypoglykémie v noci. Humánný regular inzulín bol ponechaný v liečbe prechodne na úvod nastavovania na iGlaLixi, postupne bola znižovaná dávka humánneho regular inzulínu pri titrácii iGlarLixi. Kontrolné vyšetrenie realizované po troch mesiacoch dokumentovalo pokles HbA_{1c} na 8,5 % (DCCT), t. j. pokles o 1,4 %. Glykémie sa pri selfmonitoringu pohybovali v rozmedzí 4,4 – 11 mmol/l. Pacientka schudla 3 kg, udávala zníženú chuť do jedla. Hypoglykémie sa nevyskytovali pri dávke 56 jednotiek. Veľmi ocenila aplikáciu inzulínu 1 x denne a konzumáciu sacharidov bez potreby ich striktného rátania.

V marci 2022 došlo k zhoršeniu glykémii pri selfmonitoringu v dôsledku stresových udalostí v rodinnom prostredí. Preto bol iGlarLixi zvýšený na 60 jednotiek, pre pretrvávajúce hyperglykémie bol pridaný do liečby gliklazid MR v dávke 30 mg.

Pri kontrolnom vyšetrení v 4/2022 došlo k miernemu zhoršeniu HbA_{1c} na 8,9 % (DCCT), vzostupu telesnej hmotnosti o 2 kg, glykémie pri selfmonitoringu sa pohybovali od 5,5 do 10,6 mmol/l.



Pri poslednej kontrole bola odporúčaná postupná titrácia gliklazidu MR do maximálnej terapeutickej dávky. Pacientka si napriek stresovej situácii vo svojom živote udržala relatívne dobrú kompenzáciu cukrovky.

Záver

Fixnú kombináciu bazálneho inzulínu a agonistu receptorov GLP1 je možné považovať za efektívnu a bezpečnú voľbu pri „deintenzifikácii“ predošlej liečby viacerými dennými podaniami inzulínu, a to aj u pacientov s neuspokojivou glykemickou kontrolou a vysokými dávkami inzulínu.

Dezintenzifikácia liečby DM2T v prípade tejto pacientky viedla k zlepšeniu metabolickej kompenzácie napriek dlhoročnému trvaniu DM2T, vymiznutiu hypoglykémii, zjednodušeniu liečebného režimu, aplikácii inzulínu 1 x denne. Pacientka nemusí niekoľkokrát denne riešiť aplikáciu inzulínu pred jedlom. Veľmi ocenila flexibilnejší režim stravovania, menej striktné počítanie príjmu sacharidov, zníženú chuť do jedla, redukciu telesnej hmotnosti. Relatívne dobrá metabolická kompenzácia sa udržala aj napriek stresovej situácii v rodinnom prostredí.

Literatúra

1. *Fábryová, L. Diabezita. Brno: Facta Medica, 2019. Počet strán 336. ISBN 978-80-88056-09-6*
2. *Martinka, Emil a kolektív. Forum diabetologicum. Brno: Facta Media, 2021. ISBN 978-80-88056-12-6*

Kazuistika je prípadom z reálnej klinickej praxe. Odpoveď na liečbu sa môže u konkrétneho pacienta líšiť.