

Je včasná inzulinizácia diabetika 2. typu skutočne dlhodobo efektívna? 10-ročný príbeh pacientky

MUDr. Tatiana Kupcová

Diabetologická ambulancia, Masarykova 28, Lučenec

Úvod

V klinickej praxi sme často postavení pred rozhodnutie, kedy a ako máme intenzifikovať liečbu pacienta s DM 2. typu. Podľa dnešných odporúčaní máme začať v intenzifikácii liečby čím skôr, ak napriek liečbe metformínom v maximálne tolerovanej dávke u pacienta HbA_{1c} presahuje hodnotu 7,0 %. V súčasnosti máme k dispozícii paletu antidiabetík. Podľa posledných odporúčaní z roku 2019 je pri intenzifikácii liečby nevyhnuté zhodnotiť kardiovaskulárne riziko diabetika a jeho ďalšie komorbidity. Na základe zhodnotenia klinického stavu pacienta, dostupných laboratórnych výsledkov je žiaduce pacientovi náš plán vysvetliť a s jeho súhlasom navrhnúť perspektívny liečebný postup. Príbeh našej pacientky sa začal v roku 2009, keď sme na intenzifikáciu liečby nemali veľa možností a po vyčerpaní liečby PAD (metformín a SU) sme siahali k liečbe inzulínom často veľmi neskoro. V bežnej praxi na Slovensku sa liečba inzulínom začínala v tomto období veľmi neskoro, spravidla až pri $HbA_{1c} > 9\%$, čo súviselo najmä s odmietavým postojom pacientov, niekedy však aj s malou dôraznosťou lekárov.

V roku 2009 sme na našom pracovisku mali možnosť zapojiť sa do neintervenčnej klinickej štúdie. Cieľom tejto observačnej štúdie bolo posúdiť efektivitu a bezpečnosť liečby inzulínom glargín 100 U/ml u pacientov s DM 2. typu nedostatočne kontrolovaných liečbou PAD s využitím konceptu dynamickej titrácie glargínu k terapeutickým cieľom v bežnej klinickej praxi na Slovensku. Inzulín glargín bol titrovaný na základe jednoduchého algoritmu s aktívnou účasťou samotných pacientov pri selfmonitoringu glykémie a titrácii dávky pod dohľadom lekára. Inklúznymi kritériami pre zaradenie pacientov do sledovania boli pacienti nedostatočne kontrolovaní liečbou PAD, inzulínnaivní, s dĺžkou liečby PAD 6 – 12 mesiacov a HbA_{1c} 7,55 – 10 % (metodika DCCT). Bolo to prospektívne, observačné sledovanie na otvorenej báze, bez porovnávacej skupiny, s dobou sledovania 6 mesiacov. Našu pacientku sme s jej súhlasom zaradili do tohto sledovania v marci 2010.

Anamnéza pacientky a terajšie ochorenie

65-ročná pacientka, nefajčiarka, dôchodkyňa (predtým kaderníčka), vydatá, 2 deti. DM 2. typu bol u pacientky diagnostikovaný v máji 2009. RA z hľadiska DM negatívna. Odoslaná obvodným lekárom s glykémiou 8,5 mmol/l, HbA_{1c} : 6,8 % (DCCT), prítomná kombinovaná dyslipidémia s prevahou hypercholesterolémie. Od roku 1996 liečená na arteriálnu hypertenziu, ICHS nebolestivú formu NYHA II. V chronickej liečbe ramipril, betaxolol, indapamid, trimetazidín, izosorbitmononitrát, kyselina acetylosalicyllová, ezetimib, L-thyroxin. Po 10-mesačnej liečbe PAD – metformín XR 1500 mg došlo k výraznému zhoršeniu stavu s glykémiami nalačno od 9 do 12 mmol/l, po jedle do 14 mmol/l, HbA_{1c} : 9,2 % (DCCT). Pacientka splnila všetky inklúzne kritériá, a preto sme ju v marci 2010 s jej súhlasom zaradili do neintervenčnej klinickej štúdie s inzulínom glargín 100 U/ml.

Objektívny nález a výsledky vyšetrení

Pacientka strednej postavy, nadmernej telesnej hmotnosti, TH: 92 kg, BMI 33,20 kg/m². Fyzikálny nález: kardiopulmonálne je kompenzovaná, akcentácia A2, TK: 130/80 mmHg. Vstupné laboratórne vyšetrenie: glykémia nalačno 9,5 mmol/l, po jedle 14,2 mmol/l, HbA_{1c} : 9,2 % (DCCT), cholesterol: 4,22 mmol/l, HDL: 1,52 mmol/l, LDL: 2,57 mmol/l, TG: 1,9 mmol/l, urea: 5,9 mmol/l, kreatinín: 88 µmol/l, kys. močová: 331,4 µmol/l, eGFR: 1,40 ml/s. Ostatné biochemické parametre v norme.

Priebeh liečby

Liečbu sme začali s inzulínom glargín 100 U/ml v úvodnej dávke 16 j s. c. večer v kombinácii s

metformínom XR 1 500 mg denne. Pacientku sme kompletne edukovali o aplikačnej technike a práci s inzulínovým perom. Poučili sme ju, kam si môže inzulín pichať a ako má zaobchádzať s inzulínom (skladovanie). Oboznámili sme ju s odporúčaným titračným algoritmom – úprava dávok inzulínu každé 3 dni o 2 j k raňajšej glykémii 5,5 mmol/l. Pacientka dostala glukomer a bola kompletne edukovaná, ako a kedy si má glykémiu merať a zapisovať ich do Denníka diabetika. Dávku metformínu XR sme ponechali na 1 500 mg denne. Odoslali sme ju aj na vyšetrenie očného pozadia a neurologické vyšetrenie s negatívnym výsledkom. Na kontroly bola pacientka objednávaná v súlade s protokolom po 7 dňoch, neskôr po 14 dňoch a v závere 6-mesačného sledovania na mesačnej báze. Dávku inzulínu glargín sme vytitrovali na 24 j, v kombinácii s metformínom XR 1 500 mg. Pri ukončení sledovania po 6 mesiacoch v októbri 2010 boli glykémie v SM od 4,6 do 7,8 mmol/l, HbA_{1c}: 6,0 %. Pacientka sa cítila veľmi dobre a napriek možnosti prechodu na kombináciu PAD chcela zostať na liečbe inzulínom. Dávku inzulínu sme redukovali na 20 j s., dávkovanie metformínu XR sme nemenili. Počas nasledujúcich 10 rokov sa hodnota HbA_{1c} pohybovala v rozmedzí 6,0 – 6,8 %. Dávkovanie inzulínu aj PAD ostalo počas celého obdobia nezmenené. Posledná kontrola 20. 2. 2020: glykémie od 5,6 do 7,6 mmol/l, bez hypoglykémii, HbA_{1c} : 6,1 %. Pacientka mierne redukovala TH: 87 kg (- 5kg), BMI 30,20 kg/m². Očné pozadie z hľadiska komplikácií DM je negatívne, v r. 2018 bola diagnostikovaná diabetická polyneuropatia – senzorická, distálny typ.

Diskusia

V kazuistike sme demonštrovali 10-ročný príbeh pacientky, u ktorej sme začali liečbu bazálnym inzulínom po 10 mesiacoch trvania DM 2. T pri liečbe metformínom. Počas 6-mesačného sledovania došlo k výraznej úprave HbA_{1c} – pokles o 2,6 % na hodnotu 6,4 %, pri dávke inzulínu glargín 20 j s. c. Pacientku sme na jej žiadosť ponechali na kombinácii bazálneho inzulínu a metformínu nasledujúcich 10 rokov. Dávkovanie inzulínu sme prakticky nemenili, HbA_{1c} v priebehu 10 rokov do 6,8 % bez hypoglykémii. Došlo k poklesu TH na 87 kg (- 5kg).

Záver

Včasná liečba inzulínom u pacientov s DM 2. typu môže byť pre pacienta veľmi prospešná. Liečba vyžaduje dôslednú edukáciu pacienta, jeho aktívnu spoluprácu a pravidelné kontroly u diabetológa. Uvedený liečebný postup viedol počas 10 mesiacov ku kompenzácii DM 2. typu a pozitívny efekt tejto liečby trvá už 10 rokov . Liečba je pacientkou veľmi dobre tolerovaná, bez výskytu nežiaducich účinkov a hypoglykémii, s miernym poklesom telesnej hmotnosti. Veľká spokojnosť s liečbou zo strany pacienta, ale aj lekára. Naša kazuistika ukázala, že včasná inzulinizácia môže byť dlhodobou efektívna aj pri minimálnej dávke inzulínu.

Literatúra

1. Martinka E, Uličiansky V, Mokáň M, et al. Konsenzuálne terapeutické odporúčanie Slovenskej diabetologickej spoločnosti pre diabetes mellitus 2. typu (2018). *Interná Med* 2018; 1:31-47
2. American Diabetes Association. *Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2018*. *Diabetes Care* 2018; 41(Suppl 1): S73-S85. Dostupné z DOI:
3. Owens DR et al. *Diabetes Technol Ther* 2013;15(S1):A88. Abstract P170
4. Nathan et al. *Medical Management of hyperglycaemia in Type2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy Diabetes Care* 2009;32:1:193-203
5. Consensus EASD/ADA 2018