Jednoducho, elegantne a hlavne lepšie

MUDr. Ľudovít Gardoš
Klinika vnútorného lekárstva, FN J. A. Reimana, Prešov

Úvod

Keď sa pred rokmi objavili prvé štúdie dokazujúce, že fixná kombinácia bazálneho inzulínu a GLP1-analógu môže plnohodnotne nahradiť kombinovanú liečbu bazálnym inzulínom a liečivom ovplyvňujúcim postprandiálnu glykémiu, či dokonca u niektorých pacientov nahradiť intenzifikovaný inzulínový režim, bolo to naozaj na tú dobu vôbec ťažko uveriteľné. Po niekoľkých rokoch skúseností s touto kombinovanou liečbou to reálna prax potvrdzuje a obec diabetológov má v ruke ďalší nástroj na ľahšiu a hlavne bezpečnejšiu intenzifikáciu liečby po nedosiahnutí glykemických cieľov.

Táto kazuistika popisuje 59-ročnú pacientku v našom dispenzári, dlhodobo zle metabolicky kompenzovanú, u ktorej sa kombináciou iGlarLixi podarilo optimalizovať glykemickú kompenzáciu, zlepšiť spoluprácu i celkový pocit zdravia.



Kazuistika

59-ročná pacientka dispenzarizovaná v našej diabetologickej ambulancii od januára 2019 na vlastnú žiadosť zmenou ošetrujúceho diabetológa pre dlhodobo zlú glykemickú kompenzáciu. Obézna pacientka s hmotnosťou 98 kg, výškou 165 cm, BMI 36 kg/m^2.

Pacientka má doteraz v anamnéze iba diabetes mellitus 2. typu a obezitu. Lieková anamnéza: gliklazid MR 60 mg 2 x 1 tbl.. Vstupný laboratórny monitoring pacientky: pacientka prišla s naozaj neuspokojivou glykemickou kompenzáciou a HbA_{1c} 11,9 % (DCCT), glykémiou nalačno 11,5 mmol/l, náhodná glykémia cez deň 17,1 mmol/l.

Pacientka trpí polyúriou, celkovou slabosťou a únavou, miernym chudnutím, najmä však dlhšie trvajúcim pocitom nechutenstva, pocitom zlého trávenia, občas aj pocitmi na zvracanie, dlhodobo udáva občasné

hnačky.

Po dohovore s vysvetlením taktiky liečby sme u pacientky pridali metformín, ktorý však pacientka netolerovala, čo sa prejavilo prehĺbením nauzey, hnačkami a kŕčmi v bruchu. Preto sme metformín zamenili za preparát metformín XR, ktorý tolerovala dobre v dávke 2 x 1000 mg. Dávku sulfonylurey sme zatiaľ ponechali. Zdôraznili sme najmä režimové opatrenia v zmysle zlepšenia diétnych opatrení.

Pri kontrole v marci 2019 sa pacientka cítila rovnako, hmotnosť 96 kg, glykémie nalačno medzi 9 až 12,9 mmol/l, postprandiálne glykémie medzi 11,1mmol/l až 17,7 mmol/l, bez priebežnej kontroly HbA_{1c}. Pacientka aj jej príbuzní potvrdili zlepšenie diétnych opatrení.

Preto sme sa dohodli na pridaní bazálneho inzulínového analógu glargín 300 U/ml v iniciálnej dávke 10 jednotiek večer, pacientku sme komplexne edukovali o inzulínoterapii.

Pri ďalšej kontrole v júni 2019 po opakovaných telefonických konzultáciách a úpravách dávky inzulínu sa pacientka cítila lepšie, schudla ďalšie dva kilogramy na hmotnosť 94 kg, celkovo sa cítila lepšie, avšak nebola spokojná s metabolickou kompenzáciou, keďže pri dávke 28 jednotiek bazálneho inzulínového analógu glargín 300 U/ml nedosiahla glykémie nalačno pod 9 mmol/l.

Dávku metformínu XR sme ponechali 2 x 1000 mg, dávku gliklazidu MR 60 mg sme ponechali, ale v jednej denne dávke 2 tbl. ráno, keďže postprandiálne glykémie boli medzi 10,7 až 16,7 mmol/l.

Postupne sme do ďalšej kontroly v októbri 2019 titrovali dávku bazálneho inzulínového analógu na dosiahnutie glykémie nalačno na hodnoty okolo 6,5 mmol/l až na dávku 48 jednotiek večer.

Postprandiálne glykémie boli však medzi 9,7 mmol/l až 14,7 mmol/l. Hodnota HbA_{1c} bola 10,3 % (DCCT). Pacientka nepribrala, cítila sa subjektívne lepšie, dodržiavala navrhnuté diétne opatrenia. Pretrvával však pocit nechutenstva, občasná nauzea a občasné hnačky. Keďže tieto subjektívne ťažkosti pacientka zdôrazňovala, rozhodli sme sa napriek nepresnému popisu ťažkostí pacientku odporúčať na komplexné vyšetrenie gastroenterológom. Po absolvovaní ultrazvukového vyšetrenia brucha, endoskopického vyšetrenia sa pacientka dostavila so závermi: dyspeptický syndróm s nafukovaním, gastroezofageálny reflux, duodenogastrický reflux. Začala užívať odporúčanú liečbu inhibítormi protónovej pumpy. Kolonoskopické vyšetrenie vylúčilo organickú príčinu hnačiek

Už pri kontrole v novembri 2019 udáva úplné vymiznutie dlhodobých tráviacich ťažkostí. Udávala, že sa cíti „skoro úplne zdravo“. Pri strednej dávke inzulínu a vyťaženej konvenčnej perorálnej liečbe sme pacientke po dosiahnutí cieľovej glykémie nalačno, ale úplne nevyhovujúcej postprandiálnej hyperglykémii (napriek maximálnej dávke preferenčného preparátu sulfonyurey) vysvetlili ďalšie možnosti intenzifikácie liečby. Navrhli sme možnosť prechodu na intenzifikovaný inzulínový režim alebo prechod na kombinovaný preparát inzulín + prandiálny GLP1-analóg. Pacientka vedomá si nedosiahnutia spoločne dohodnutých cieľov liečby súhlasila s jednoduchšou navrhnutou možnosťou.

V novembri 2019 sme teda prešli z bazálneho inzulínového analógu glargín 300 U/ml na fixnú kombináciu glargínu 100 U/ml a lixisenatidu. Pacientka bola spokojná, keďže nešlo o skomplikovanie liečby, teda o liečbu bez väčšej námahy. Začali sme fixnou kombináciou iGlarLixi – žltým perom glargín 100 U/ml + lixisenatid 50 µg/ml v dávke 10 dávkovacích jednotiek ráno, keďže deficit glykemickej kompenzácie bol zjavne v postprandiálnej kontrole. Zároveň sme znížili dávku gliklazidu MR na 1 tbl. R a o týždeň sme gliklazid MR vysadili úplne po poučení pacientky v zmysle vyhnutiu sa riziku hypoglykémie.

Liečbu sme riadili po tejto zmene telefonicky a dávku sme dotitrovali iba na 12 dávkovacích jednotiek, keďže aj pri tejto symbolickej dávke došlo k výbornému zlepšeniu glykemickej kompenzácie.

Pri najbližšej kontrole v januári 2020 došlo k poklesu HbA_{1c} na 7,6 % (DCCT), glykémie nalačno v rozmedzí 5,9 až 7,7 mmol/l a postprandiálne glykémie v rozmedzí 6,2 až 9,3 mmol/l. Pacientka sa cítila dobre, bola veľmi spokojná s úspechom liečby po rokoch zlej kontroly glykémií a schudla 3 kg na 91 kg. Žiadne

nežiaduce účinky sa neobjavili.

Diskusia

Fixná kombinácia iGlarLixi je dobre tolerovaná a efektívna možnosť intenzifikácie liečby napriek obmedzeniam zo strany indikačných obmedzení. Za výhodu fixnej kombinácie považujem jednak lepší efekt na glykemickú kompenzáciu, bezpečnosť liečby, dobrú toleranciu pacientom a prínos v redukcii telesnej hmotnosti.

Preparát sulfonylurey pri tejto liečbe podľa našich praktických skúseností možno vysadiť takmer vždy, potenciál bazálnej liečby metformínom je potrebný aj naďalej, hoci reálne vidíme, že jeho efekt asi skutočne závisí od genetickej výbavy daného pacienta.

Záver

Pacientka bola dostatočne motivovaná, aby postupnou zmenou liečby pochopila význam zlepšenia metabolickej kompenzácie. Podľa platných indikačných obmedzení sa môže hradená liečba indikovať u pacientov s nedostatočne kompenzovaným diabetom 2. typu (HbA_{1c} > 7 % podľa štandardu DCCT), ktorí sú liečení akoukoľvek kombinovanou liečbou obsahujúcou bazálny inzulín. Ak po šiestich mesiacoch liečby nedôjde k poklesu HbA_{1c} aspoň o 0,5 % oproti východiskovej hodnote, ďalšia liečba nie je hradenou liečbou[1].

Podmienky indikačného obmedzenia boli splnené. Zároveň je taktika liečby fixnou kombináciou bazálneho inzulínu a lixisenatidu logickým a odporúčaným krokom v intenzifikácii liečby.

Dodnes pretrváva výborná metabolická kompenzácia na 12 dávkovacích jednotkách, pacientka je naďalej dobre motivovaná na dodržiavanie režimových opatrení.

Literatúra

1. *MZSR. Zoznam kategorizovaných liekov 1.10.2020-31.10.2020. Dostupné z www.health.gov.sk/Clanok?lieky202010*

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