

Odborná kazuistika

V jednoduchosti je krása

MUDr. Daša Skripová, PhD.

Diabetologická ambulancia ARETEUS s. r. o. Trebišov

Úvod

Intenzívna liečba inzulínom (vo viacerých denných dávkach) je pre pacienta veľmi náročná. Okrem toho že významne zhoršuje adherenciu a compliance, spája sa s vyšším rizikom hypoglykémie, prírastku telesnej hmotnosti a indukcie hyperinzulinémie. U mnohých pacientov je dnes už možné tieto riziká ovplyvniť deintenzifikáciou (simplifikáciou). Deintenzifikácia je možná prechodom z viacerých denných dávok inzulínu na jednu dávku bazálneho inzulínu s GLP-1RA (IdegLira a iGlarLixi). Uvedená kazuistika popisuje pacientku s DM2 na IIR (intenzifikovaný inzulínový režim), u ktorej sa simplifikáciou inzulínovej liečby využitím iGlarLixi zlepšila nielen glykemická kompenzácia.

Rodinná a osobná anamnéza

Ide o 65-ročnú pacientku s pozitívnou anamnézou na prítomnosť diabetes mellitus (brat má DM2 na PAD) a pozitívnou anamnézou kardiovaskulárnych ochorení (otec zomrel na infarkt myokardu ako 66-ročný). Pacientka je dôchodkyňa, nefajčiarka, v minulosti pracovala ako predavačka. Je vdova, žije v rodinnom dome s dcérou a dvoma vnúčatami. Od roku 1998 sa lieči na artériovú hypertenziu a dyslipoproteinémiu, od roku 2000 je sledovaná pre hypofunkčnú uzlovú strumu a zároveň trpí artrózou váhonosných kĺbov ťažkého stupňa. V roku 2006 podstúpila hysterektómiu s obojstrannou adnexektómiou, iné operácie ani úrazy nemala.

Anamnéza DM2T pred začatím liečby iGlarLixi

DM2 typu jej bol diagnostikovaný v roku 2009 počas prehliadky u internistu (vstupný HbA_{1c} 7,8 % DCCT). Od začiatku sa lieči metformínom, dva roky v monoterapii, od roku 2012 v kombinácii s derivátom sulfonyurey (DSU) gliklazidom, od roku 2015 už v trojkombinácii metformín, DSU a iDPP4 (sitagliptín). Metabolická kompenzácia pacientky je od začiatku (HbA_{1c} od 7,1 – 9,3 % DCCT) neuspokojivá, kolíše a je závislá od úspechu dodržiavania diétnych a režimových opatrení. Po 7 rokoch od stanovenia diagnózy DM v roku 2016 a už aj v súvislosti s výskytom chronických mikrovaskulárnych komplikácií (diabetická polyneuropatia, neproliferatívna retinopatia a diabetická nefropatia G2A2 KDIGO) bola iniciovaná inzulínová liečba. Spočiatku bazálnym inzulínom, po dvoch rokoch IIR v kombinácii s PAD. V roku 2021 mala pacientka liečbu diabetes mellitus vyťažенú takmer maximálne, užívala metformín v celkovej dennej dávke (CDD) 2 550 mg a inzulín lispro a glargin v celkovej dennej dávke 0,8 IU/kg. A keďže hodnota HbA_{1c} bola neuspokojivá (10,2 % DCCT), v tom čase som pridala do liečby iSGLT2 (empagliflozín). Pacientka ho však spontánne vysadila pre nežiaduce účinky, polydipsiu a recidivujúce vaginálne mykózy.



Deintenzifikácia - u koho a prečo?

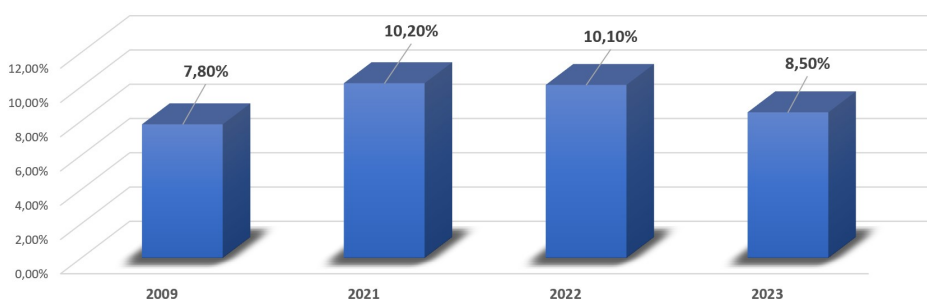
Kedže moja pacientka je na liečbe vysokými dávkami inzulínu (0,8 IU/kg) s nízkou efektivitou, znamená to, že ďalšie navyšovanie dávok inzulínu by bolo kontraproduktívne, je preto logické uvažovať o deintenzifikácii. Predpokladám dostatočnú hladinu endogénneho inzulínu (ktorá je nevyhnutnou podmienkou deintenzifikácie) vzhľadom na progresiu inzulínovej rezistencie v súvislosti s iniciáciou a ďalšou intenzifikáciou inzulínoterapie (od roku 2016 prírastok telesnej hmotnosti +10 kg). Dostatočnú hladinu inzulínu potvrdzuje hodnota C peptidu (4,14 ng/ml).

V septembri 2022 bol HbA_{1c} 10,1 % DCCT pri BMI 34,8 kg/m² a antidiabetickej liečbe, ktorá pozostávala z intenzívnej inzulínoterapie (lispro 15 – 16 – 18 IU, Glar300 36 IU v CDDI 0,8 IU/kg) a metformínu 2 550 mg/deň. Pacientka pripúšťa nedôslednosti v diéte, malú fyzickú aktivitu pre ortopedické problémy, trápí ju pocit hladu a sporadické hypoglykémie (najčastejšie domnelé), ktoré ju nútia častejšie siahnuť po jedle. V snahe zlepšiť glykemickú kompenzáciu, znížiť inzulínovú rezistenciu a zjednodušiť pacientovi liečbu som sa rozhodla pre deintenzifikáciu liečby s použitím fixnej titrovateľnej kombinácie iGlarLixi v koncentrácii 100 jednotiek/ml + 50 µg/ml injekčný roztok v naplnenom pere.

Ako sa uskutočňovala deintenzifikácia?

Pre úspech deintenzifikácie pacienta na celkovej dennej dávke inzulínu nad 0,6 IU/kg je nutná úzka spolupráca pacient-lekár, zlepšenie režimových opatrení v zmysle cielenej redukcie telesnej hmotnosti a pravidelný selfmonitoring glykémii (SMG). PAD liečba by mala byť maximálne vyťažaná (ak je to možné) inzulínovým senzitizerom (metformínom), prípadne aj iSGLT2 (za splnenia indikačných obmedzení).

Prehľad výsledkov meraní HbA_{1c} (% DCCT) v priebehu 14 rokov



iGlarLixi v koncentrácii 100 jednotiek/ml + 50 µg/ml injekčný roztok v naplnenom pere bol začatý v iniciálnej dávke 20 jednotiek, po 7 dňoch zvýšený na 36 jednotiek, neskôr na 40 jednotiek už samotnou

pacientkou podľa hodnoty rannej glykémie nalačno. Pacientka bola poučená o nutnosti merať si glykémie minimálne 1 x denne, ráno nalačno. IGLarLixi aplikovala 30 – 60 minút pred večerou, ktorá bola najväčším hlavným jedlom dňa. Prandiálny inzulín bol vysadený postupne, každý týždeň o tretinu dávky. Primárnym cieľom deintenzifikácie bolo okrem redukcie HbA_{1c} zmiernenie prejavov inzulínovej rezistencie. Uskutočnila sa opätovná a dôsledná edukácia o režimových opatreniach a úprave stravy, pacientka bola upozornená na hyperglykémie, ktoré sa mohli vyskytnúť iniciálne pri deintenzifikácii v súvislosti s redukciou inzulínových dávok.

Kontrola po 6 mesiacoch liečby

Pri kontrole po 6 mesiacoch sme uvedenou liečbou IGLarLixi vytitrovanou do maximálnej dávky 40 jednotiek dosiahli výraznú redukciiu hladiny HbA_{1c} (pokles o 1,6 % z 10,1 na 8,5 % DCCT) aj úpravu glykemickej variability. Na toto zlepšenie malo vplyv viacero faktorov, na jednej strane efekt GLP-1RA lixisenatidu, na druhej zníženie inzulínovej rezistencie spojené so znížením celkovej dennej dávky inzulínu (-45 IU) a telesnej hmotnosti (-8 kg) aj v súvislosti s významným zlepšením diétnych opatrení. Subjektívne došlo k zlepšeniu mobility pacientky, čo zvýšilo motiváciu pokračovať v cielej redukcii telesnej hmotnosti, ktorá je častou prekážkou v dosahovaní optimálnej glykemickej kompenzácie.

Záver

Simplifikácia inzulínovej liečby viedla k významnému zlepšeniu metabolickej kompenzácie s významným benefitom redukcie telesnej hmotnosti a rizika hypoglykémie, ktoré spôsobilo zníženie celkovej dennej dávky inzulínu pri výraznej inzulínovej rezistencii. Ďalší benefit fixnej kombinácie je v jednoduchosti, v podobe aplikácie inzulínu 1 x denne bez potreby frekventného selfmonitoringu glykémii či dôslednejšieho plánovania stravy a fyzickej aktivity, ako to bolo nutné pri predošlej intenzifikovanej liečbe s použitím bazálneho aj prandiálneho inzulínu.

Literatúra u autorky

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

Páčil sa Vám článok?

Stiahnuť článok