

Pomôže prechod z premixovaného inzulínového analógu na fixnú kombináciu iGlarLixi zlepšiť metabolickú kompenzáciu cukrovky?

MUDr. Monika Rudíková

*Diabetologická ambulancia Poliklinika Vstupný areál U.S.S.,
Nemocnica AGEL Košice-Šaca*

Úvod

Diabetes mellitus 2. typu je chronické ochorenie s tendenciou k progresii, ktoré môže viesť ku chronickým komplikáciám. Cieľom liečby je dosiahnuť uspokojivú metabolickú kompenzáciu, aby sme možným komplikáciám predišli alebo aby ovplyvnili kvalitu života pacienta v čo najmenšej možnej miere. Cukrovka je ochorenie, ktoré si vyžaduje aktívnu spoluúčasť pacienta s diabetológmi, diabetologickými a diétnymi sestrami. Doporučené zmeny v stravovaní a pohybovom režime zamerané na optimalizáciu glykémie i telesnej hmotnosti musí realizovať pacient sám – dennodenne vo svojom domácom i pracovnom prostredí, čo je často najťažšia časť liečby. Preto sú lekármi i pacientmi pozitívne vnímané liečivá, ktoré im v tomto neľahkom boji pomáhajú. Patria medzi ne liečivá s potenciálom redukcie telesnej hmotnosti – agonisty GLP-1 receptorov i gliflozíny.



Kazuistika

T. č. 65-ročný pacient je sledovaný v diabetologickej ambulancii od roku 2001 – cukrovka mu bola diagnostikovaná ako 46-ročnému – bol (a aj je) nefajčiar, pri výške 172 cm vážil 93 kg, BMI 31,44 kg/m². V rodine sa cukrovka 2. typu vyskytla u pacientovej mamy, ktorá bola liečená diétou a perorálnymi antidiabetikami (PAD).

V čase diagnózy ochorenia pacient nemal subjektívne ťažkosti, hyperglykémia bola zachytená pri preventívnej prehliadke (8,8 mmol/l) a cukrovka diagnostikovaná na základe opakovane potvrdenej hyperglykémie spĺňajúcej kritériá cukrovky (7,1 mmol/l). Laboratórne bola zachytená izolovaná hypercholesterolémia (6,95 mmol/l) a zvýšené hodnoty ALT (1,28 μ kat/l). Pacient bol edukovaný o diétno-

režimových opatreniach a vzhľadom na hodnoty glykemického profilu – nalačno 6,0 mmol/l a postprandiálne 7,9 mmol/l – úvodne bez liečby PAD.

Počas dvoch rokov bol pacient uspokojivo kompenzovaný diétou. V septembri 2003 pre výrazné postprandiálne hyperglykémie s dominanciou po raňajkách a HbA_{1c} 7,9 % (DCCT) bola začatá liečba kombinovaným preparátom metformín a glibenklamid v rannej dávke 400 mg metformínu a 2,5 mg glibenklamidu. Dávka bola postupne titrovaná podľa glykémii a HbA_{1c}, ale ani po navýšení na maximálnu možnú dávku nedošlo k uspokojivej kompenzácii cukrovky, pacient však zmene liečby nebol naklonený. V roku 2005 bola začatá aj liečba hypercholesterolémie simvastatínom, v roku 2007 pre nedosiahnutie cieľových hodnôt bola zamenená za atorvastatín.

V auguste roku 2008 došlo u pacienta k zvýšeniu HbA_{1c} na 9,0 %, s liečbou inzulínom pacient nesúhlasil, preto som zmenila kombinovaný preparát na metformín v dávke 2 500 mg denne a glimepirid v úvodnej dávke 4 mg ráno. Ale ani postupná titrácia dávky PAD nepriniesla očakávané zlepšenie metabolickej kompenzácie a pacient (po opakovanej edukácii) súhlasil s aplikáciou inzulínu raz denne. V decembri roku 2009 bol do liečby pridaný humánny stredne dlho pôsobiaci inzulín v dávke 5 j. s. c. večer. Postupná titrácia dávky inzulínu na 24 j. viedla k poklesu glykémii i HbA_{1c}.

Pri kontrole v januári 2014 došlo k výraznému vzostupu glykémii nalačno na 11,2 mmol/l a postprandiálne 14,3 mmol/l a HbA_{1c} na 10,94 %. Pre odmietavý postoj aplikovať si inzulín 4 x denne bola realizovaná zmena na premixovaný inzulínový analóg v dávke 20 j. ráno a 8 j. večer, ponechaný metformín v dávke 2 500 mg, vynechaný glimepirid.

V apríli 2014 bol HbA_{1c} 11,25 %, preto dávka inzulínu zvýšená na 24 j. ráno a 14 j. večer a pridaný sitagliptín.

V septembri 2014 došlo k poklesu glykémii (10 – 11,2 mmol/l) aj HbA_{1c} (10,2 %). Pacient s výraznejším navýšením dávky nesúhlasil, pretože konzumoval väčšie množstvo ovocia a chleba a chcel znížiť príjem sacharidov.

Vo februári 2016 opätovne stúpol HbA_{1c} na 11 % a pacient súhlasil s aplikáciou 3 denných dávok inzulínu, preto pridaný analóg s rýchlym účinkom na obed 5 j.. Po prechodnom miernom poklese HbA_{1c} (10,2 %) došlo k zhoršeniu metabolickej kompenzácie.

V januári 2017 boli glykémie 12,6 – 15,7 mmol/l a HbA_{1c} 11,66 %, preto bol sitagliptín zamenený za empagliflozín.

V júli 2017 poklesol HbA_{1c} na 10,3 %, ale pri ďalších kontrolách stúpala (10,8 – 10,9 %) napriek zvýšeniu dávky inzulínu a navyše sa u pacienta opakovane objavila balanitída, preto bolo nutné v marci 2018 ukončiť liečbu empagliflozínom a vrátiť sa ku kombinácii so sitagliptínom.

Pacient dlhodobo odmietal intenzifikáciu inzulínového režimu na režim bazál-bolus, preto som sa v auguste 2020 (glykémia nalačno 11,0 mmol/l, HbA_{1c} 14,1 %) so súhlasom pacienta a vzhľadom na rozšírenie indikačného obmedzenia rozhodla pre zmenu na liečbu fixnou kombináciou glargín 100 U/ml a lixisenatid (iGlarLixi) pri ponechanom metformíne. Pacienta som edukovala o potrebe znížiť dávky jedla približne o tretinu dovtedajšej dávky. Pacient mal dávku bazálneho inzulínu 28 j. s. c., preto bola začatá liečba iGlarLixi (glargín 100 U/ml a lixisenatid 50 µg v dávke 20 j.) pred raňajkami. Pacient si navýšil dávku na 22 j. a po 14 dňoch mal pokles ranných glykémii o 2 – 3 mmol/l a po raňajkách o 3 – 4 mmol/l oproti meraniam pred zmenou liečby. iGlarLixi som pacientovi zvýšila na 24 j., metformín pokračuje v dávke 2 500 mg denne. O ďalšie dva týždne sa pacient cítil oveľa lepšie, nemal žiadne ťažkosti, telesnú hmotnosť mal nezmenenú, ale glykémie výrazne zlepšené – od 5,6 – 9,6 mmol/l.

Kontrolný HbA_{1c} z 9.12. 2020 je 8,4 % (DCCT), došlo teda k poklesu o 5,7 % za 4 mesiace.

Diskusia

Možnosť použitia fixnej kombinácie iGlarLixi aj po liečbe premixovanými inzulínmi alebo po intenzifikovanom inzulínovom režime rozširuje naše terapeutické možnosti u pacientov s cukrovkou 2. typu s ešte zachovanou sekréciou inzulínu. Prechod z aplikácie dvoch až štyroch dávok inzulínu denne na jednu zase zlepšuje compliance pacienta k danej liečbe.

Záver

U môjho pacienta došlo k významnému poklesu HbA_{1c} už po 4 mesiacoch liečby, z hodnoty 14,1 % (august 2020) na 8,4 % (december 2020). Došlo teda k splneniu podmienky uvedenej v indikačnom obmedzení (pokles aspoň o 0,5 %) a pacient môže pokračovať v liečbe. Hlavné je, aby mohol žiť svoj život v primeranej kvalite.

Literatúra u autorky

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