

Simplifikácia inzulínovej liečby fixnou kombináciou iGlarLixi u pacienta s DM 2. typu dokáže zlepšiť nielen jeho metabolickú kompenzáciu, ale aj kvalitu života

MUDr. Eva Horská

Diabetologická ambulancia Martin

Úvod

Vďaka veľkému pokroku v liečbe diabetikov 2. typu máme v tejto dobe k dispozícii nové možnosti aj u pacientov, ktorých sme v minulosti nastavili na intenzifikovanú inzulínovú liečbu, ale nič viac sme zmeniť nevedeli alebo nemohli. Intenzifikovaný inzulínový režim môže byť rôzny, ale vždy to pre pacienta znamená aplikáciu inzulínu minimálne trikrát denne. Buď používame premixované inzulíny so subkutánnou aplikáciou trikrát denne alebo klasický intenzifikovaný režim s aplikáciou štyri- až päťkrát denne. S príchodom nových farmák sa nám možnosti simplifikácie, teda zjednodušenia inzulínového režimu otvorili a bola by veľká škoda, keby sme ich potenciál nevyužili.



Anamnéza

Jedným z takých pacientov je 65-ročný muž A.K.

V rodinnej anamnéze sa vyskytuje diabetes mellitus 1. typu u jeho synovca, inak nikto v rodine diabetes nemá. Je bezdetný dôchodca.

Počas života prekonal reumatickú horúčku, recidivujúce bronchopneumónie s postupnou progresiou do astmy bronchiale, lieči sa na ischemickú chorobu srdca, funkčné št. NYHA II, artériovú hypertenziu III. St. WHO, zmiešanú dyslipidémiu, je po TEP coxae I. sin v roku 2012. Má rozvinuté aj chronické komplikácie diabetu (uvedené nižšie), nadváhu – BMI 27,61 kg/m², OP 98 cm, 80 kg (pred zmenou liečby).

Pred zmenou terapie z medikamentov užíval: ultra rapid lispro 10 – 7 – 13 j. s. c., detemir: 0 – 0 – 0 – 40/42 j. s. c., metformín 1 000 mg 1 – 0 – 1, empagliflozín 12,5 mg 1 – 0 – 1, valsartan 160 mg 1 – 0 – 0, rilmenidín 1 mg 1 – 0 – 1, amlopín 5 mg 1 – 0 – 1, urapidil 30 mg 1 – 1 – 1, fenofibrát 215 mg 0 – 1 – 0, atorvastatín 10 mg 0 – 0 – 1, kys. tioktovú 600 mg 1 – 0 – 0, pregabalín 75 mg 1 – 0 – 1, vitamíny skupiny B, desloratadín 5 mg 1 – 0 – 1, spreje na astmu flutikazón/formoterol, salbutamol p. p.

Kazuistika

Pacient mal poruchu glukózovej tolerancie diagnostikovanú už v roku 1994, pričom veľmi dlhé obdobie prediabetes neprogredoval do diabetu mellitu. Až v roku 2014 bol preklasifikovaný na DM 2. typu, cca 6 mesiacov užíval gliklazid, (v dôsledku kortikoterapie pri liečbe astmy), inak bol len na diabetickej diéte (dlhodobo HbA_{1c} do 6,8 % DCCT).

V júni 2019 bola začatá liečba metformínom pre vzostup HbA_{1c} na 7,6 % DCCT, od októbra 2019 ešte pridaný aj glimepirid. Na neurologickom vyšetrení bola potvrdená diabeticke polyneuropatia DKK, senzitivne-motorická a pre klinické ťažkosti bola hneď začatá aj liečba kyselinou tioktovou a pregabalínom. Ostatné chronické komplikácie zistené neboli.

V apríli 2020 bola nutná intenzifikácia liečby s prechodom do terapie bazálnym inzulínom (glargín 100 U/ml) vs. pre celodenné hyperglykémie od 19 do 27 mmol/l. Pre opakované výrazné postprandiálne vzostupy glykémii (18 – 22 mmol/l) napriek súčasnej liečbe glimepiridom bol pacientovi po 2 týždňoch pridaný do liečby aj prandiálny humánný inzulín a ponechaný už len metformín.

V júni 2021 bol pacient hospitalizovaný v NEDÚ (HbA_{1c} 8,1 % DCCT), keď mu bol do liečby pridaný empagliflozín a zamenil sa aj bazálny inzulín glargín 100 U/ml za detemir. V rámci skríningu chronických komplikácií bola zistená aj rozvinutá kardiálna autonómna neuropatia, taktiež mediokalcinóza ATP bilaterálne, chronická obličková choroba CKD EPI G2 A1. Očné pozadie bolo bez diabeticke zmien.

Ani táto úprava liečby však nepriniesla zlepšenie metabolickej kompenzácie. Na kontrole v septembri 2021 sa HbA_{1c} síce len mierne zhoršil z 8,1 na 8,29 % DCCT, ale pri hodnotení *time in range* to vyzeralo oveľa horšie. Selfmonitoring realizoval pravidelne, pričom nameral glykémie od 2,5 do 20,3 mmol/l. Vzhľadom na dĺžku diabetu, ako aj výraznú variabilitu glykémii som doplnila vyšetrenie bazálnej sekrécie inzulínu, ktorá je zachovaná dostatočne, C-peptid 0,7 nmol/l (norma 0,27 – 1,27 nmol/l) a protilátky AGAD sú negatívne. Spolu s pacientom sme si opäť prebrali stravovanie, aplikáciu inzulínu, frekvenciu výskytu hypoglykémii, čas ich výskytu, ako aj prevenciu ich vzniku. Urobili sme ďalšiu zmenu – humánný prandiálny inzulín som zmenila za ultra rapid lispro.

O štyri mesiace (1/2021) bol stav v podstate bez zmeny, kompenzácia ešte horšia HbA_{1c}: 8,5 % DCCT, variabilita glykémii nezmenená. Sledujem aj zhoršenú compliance pacienta v rámci regulácie dávok inzulínu pri intenzívnejšom pohybe, alebo menšom množstve stravy. Jednoducho nezvláda zladenie dávky inzulínu, stravy a k tomu zväžiť aj ovplyvňovanie glykémii bežným pohybom (návštevy u lekárov, vybavovanie formalít mimo domu, nakupovanie). Vzhľadom na dostatočne zachovanú endogénnu sekréciu inzulínu a jednoduchosť režimu pacientovi simplifikujem liečbu pomocou fixnej kombinácie iGlarLixi 100 U/33 µg: 30 j. s. c. ráno, bez zmeny perorálnej antidiabetickej liečby (metformín + empagliflozín).

Telefonická kontrola o 4 týždne preukázala, že pacient toleruje liečbu dobre, aplikuje si 36 j. s. c. Glykémie sú stabilnejšie, aj keď mierne vyššie polohované (8,5 až 13 mmol/l). Odporúčané pokračovanie v up-titrácii dávky aspoň do 40 j. s. c, keďže pacient má strach z hypoglykémii.

V apríli prichádza pacient na ďalšiu ambulantnú kontrolu, hodnota HbA_{1c} je 7,54 % DCCT. iGlarLixi 100 U/33

µg si dotitroval na 40 j., viac už zvyšovať nechcel. Glykémie sú vyrovnanejšie, ale stále vyššie od 8,5 do 12,3 mmol/l. Hypoglykémie sa objavujú sporadicky, vs. pri zvýšenej fyzickej aktivite v doobedných hodinách/alebo vynechaním príjmu sacharidov na desiatu. Pacient opäť poučený o pravidelnosti stravovania, čo spôsobuje poklesy glykémie. Vysvetlená bezpečnosť danej liečby a nutné ďalšie mierne navýšenie liečby iGlarLixi 100 U/33 µg na 42 j., s čím pacient súhlasí.

Na poslednej kontrole v auguste 2022 je glykemicky stabilizovaný od 6,8 do 8,3 mmol/l, čo potvrdzuje aj HbA_{1c}: 7,3 % DCCT. Dávka iGlarLixi 100 U/33 µg je 42 j., ako sme sa dohodli na kontrole v apríli, viac si ju už pacient nezvyšoval. Od nastavenia na iGlarLixi došlo aj ku stabilnému poklesu telesnej hmotnosti o 3 kg, obvod pásu sa zmenšil 2 cm, čo je len ďalším bonusom upravenej terapie.

Graf č. 1: Porovnanie hodnôt monitoringu glykémie

Diskusia

Po opakovaných zmenách, plánovaní a úpravách liečby spolu s pacientom sa nám konečne vďaka simplifikácii podarilo „ušiť mu liečbu na mieru“. Aplikácia iGlarLixi raz denne, ako aj monitoring glykemií na danej liečbe je oveľa menej náročný a pacient si svojimi nevedomými chybami už sám neškodí. Hlavným dôvodom spokojnosti je vymiznutie hypoglykemií, ktoré mal v minulosti dva- až trikrát za týždeň a teraz za posledné tri mesiace nemal žiadnu. Už sa nemusí strachovať, že upadne do hypoglykémie, lebo býva sám a nemá mu kto pomôcť. Nebojí sa hýbať, nemusí sa toľko kontrolovať, jednoducho môže spokojne žiť. Určite aj to je jeden z dôvodov, prečo došlo k úprave a stabilizácii glykemií. Ja som konečne spokojná s výsledkami a pacient tiež.

Graf č. 2: Hodnoty úpravy metabolickej kompenzácie

Záver

Veľmi rada som využila možnosť simplifikácie inzulínovej liečby pomocou fixnej kombinácie i-GlarLixi u pacienta s dlhoročným trvaním ochorenia diabetes mellitus 2. typu, ktorý bol v minulosti na rôznych intenzifikovaných inzulínových režimoch. Vďaka zmene terapie z IIT (URli + detemir) za iGlarLixi došlo k redukcii variability glykemií v dôsledku vymiznutia hypoglykemií (6,8 – 8,3 mmol/l), čo potvrdzuje aj pokles hodnoty HbA_{1c} z 8,5 % na 7,3 % DCCT. Ďalším benefitom liečby bola redukcia telesnej hmotnosti o 3 kg a výrazné zjednodušenie terapie – aplikácia iGlarLixi len raz denne.

Literatúra u autorky

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

Uverejnené 11/2022