

Chronická obstrukční plicní nemoc – přínos duální bronchodilatační léčby

MUDr. Václava Bártů, Ph.D.

Plicní oddělení, Medicon a. s.

Význačným rysem chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) je obstrukční ventilační porucha, která po podání rychle působícího bronchodilatancia není zcela reverzibilní. V léčbě CHOPN tvoří základní medikaci dle stadia onemocnění a symptomů pacienta inhalační β_2 agonista s dlouhodobým až ultradlouhodobým účinkem (LABA, U-LABA) a inhalační antagonist muskarinových receptorů také s dlouhodobým až ultradlouhodobým účinkem (LAMA, U-LAMA) (1). Jedná se o paušální léčbu. V situaci, kdy se symptomy onemocnění a jejich frekvence nepodaří zredukovat monokomponentním preparátem, je indikována duální kombinace, která je přínosnější než pouhé navyšování dávky jednoho přípravku (2, 3). Kombinace aclidinium bromid a formoterol fumaras je aplikovaná inhalačním systémem Genuair. Přípravek s názvem Brimica nebo Duaklir zastupuje duální bronchodilatační terapeutický přístup v léčbě CHOPN (4, 5).

Kazuistika se zabývá zhodnocením anamnestických údajů, objektivního nálezu a výsledků funkčního plicního vyšetření u pacienta exkuřáka v průběhu CHOPN. U nemocného dominovaly typické potíže – především námahová dušnost a kašel, které nebylo snadné ovlivnit. V průběhu let byla léčba změněna a upravena. Cílem bylo především zlepšit kvalitu života a redukovat chronické potíže nemocného. Tento stav se podařilo docílit právě při inhalačním podání duální bronchodilatační léčby.

Klíčová slova: chronická obstrukční plicní nemoc, duální bronchodilatační léčba, aclidinium bromid, formoterol fumaras, Genuair.

Chronic obstructive pulmonary disease – benefit of dual bronchodilator therapy

Obstructive ventilatory defect that is not fully reversible following the administration of a rapid-acting bronchodilator is a significant feature of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Inhaled long-acting and ultralong-acting β_2 agonists (LABAs, U-LABAs) as well as inhaled long-acting and ultralong-acting muscarinic receptor antagonists (LAMAs, U-LAMAs) are the mainstay medications in treating COPD based on the disease stage and patient's symptoms (1). This is blanket therapy. However, in the situation when disease symptoms and their frequency fail to be reduced with a monocomponent drug, dual combination is indicated that is of more benefit than merely increasing the dose of one agent (2, 3). The combination of aclidinium bromide and formoterol fumarate is administered by means of the Genuair inhaler system. The agent referred to as Brimica or Duaklir represents the dual bronchodilator therapeutic approach in treating COPD (4, 5).

The present case report deals with evaluation of anamnestic data, objective findings, and pulmonary function test results in a former smoker patient in the course of COPD. The patient mainly suffered from typical complaints, particularly exertional dyspnoea and cough that were not easily manageable. Over the years, the treatment was modified and adjusted. The aim was, in particular, to improve the quality of life and reduce the patient's chronic complaints. It was the inhaled administration of dual bronchodilator therapy that made it possible to achieve this status.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, dual bronchodilator therapy, aclidinium bromide, formoterol fumarate, Genuair.

Kazuistika

U 68letého pacienta, nyní starobního důchodce, byla při vyšetření v pneumologické

ambulanci diagnostikována CHOPN. Již dříve byl pro dlouhodobý kašel a námahovou dušnost léčen u praktického lékaře – bral theo-

phyllinum (Euphyllin) 200 mg 2x denně a jako úlevovou terapii dostával rychle působící inhalační ipratropium bromid (Atrovent N), který

užíval při potížích, obvykle 2–3x za den. Jedná se o exkuřáka poslední 3 roky. Dříve pracoval jako řidič a kouřil denně jednu krabičku cigaret s filtrem po dobu 40 let s kuřáckou náloží 40 balíčko/roků. Je několik let léčen pro hypertenzní chorobu – užívá losartanum kalicum (Lozap) 50 mg 1x denně. Sledování v interní ambulanci včetně echokardiografie bylo v pořádku. Dechové potíže pacienta se nelepšily, proto byl odeslán k odbornému plicnímu vyšetření. Pacient si stěžoval na dušnost při vyjití jednoho patra, nebyl schopen rychlejší chůze se svými vrstevníky. Po ránu býval zahleněný s vyčerpávajícím kašlem, i když již přestal kouřit. Tyto obtíže mu výrazně limitovaly jeho životní aktivity a koníčky. Často ho přepadaly depresivní nálady. Obvykle v předcházejících letech v zimním období se symptomy zhoršily. Měl teploty, byl výrazně zahleněný, vykašlával zabarvené hleny. Pro exacerbací CHOPN byl léčen antibiotiky penicilinové řady i několikrát do roka. Celkové kortikosteroidy nedostával. Alergická anamnéza pacienta byla negativní. Ani v rodinné anamnéze nebyly zaznamenány závažné choroby. Při objektivním vyšetření byl pacient normostenický s body mass indexem 23,1. Saturace krve kyslíkem byla na 97 %. Dýchání bylo sklípkové, difúzně oslabené. Oběhově byl nemocný kompenzován. Pacientem vyplněný test hodnocení CHOPN – CAT (COPD assessment test) měl hodnotu 22 bodů. Rentgenový snímek hrudníku provedený ve dvou projekcích neprokázal zjevné patologické změny v plicním parenchymu (Obr. 1). Funkční plicní vyšetření spolu s bronchodilatačním testem zjistilo středně těžkou obstrukční ventilační poruchu s hodnotou usilovné vitální kapacity FVC 85 % náležitých hodnot (n. h.), Tiffeneau index FEV_1/FVC 51 % n. h. a objem vzduchu vydechnutý během 1 sekundy usilovného výdechu FEV_1 48 % n. h. Bronchodilatační test se salbutamolem (Ventolinem) byl negativní, reverzibilita FEV_1 se neprokázala. Plicní difúze TLco dosáhla 66 % n. h. Byla stanovena diagnóza chronické obstrukční plicní nemoci III D kategorie se středně těžkou obstrukční ventilační poruchou a sníženou plicní difúzí, emfyzematózní a bronchitický fenotyp. Pacientovi byla nasazena léčba ultradlouhodobě působícího U-LAMA – tiotropium bromidu jedenkrát denně ráno a jako úlevovou záchrannou inhalační

Obr. 1. Snímek hrudníku v zadopřední a boční projekci



léčbu dostal rychle působící ipratropii bromidum/fenoteroli hydrobromidum (Berodual N). O inhalační technice byl podrobně edukován. Při pravidelných kontrolách pacient opakovaně udával, že léčbu zvládá, ale občas v noci a hlavně ráno po probuzení ho obtěžuje kašel a pomalu „startuje“ do denního rytmu. Hodnoty spirometrie se podstatněji neměnily. S ohledem na perzistující potíže pacienta, zvláště pak v nočních a ranních hodinách, byla mu v tomto roce léčba upravena. Nemocný dostal duální bronchodilatační kombinaci LAMA a LABA – aclidinium bromid a formoterol fumaras 400/12 mikrogramů s podáním 2x denně v 12hodinovém intervalu. Cílem této změny bylo dosáhnout co nejúčinnější kontroly nad symptomy CHOPN ve dne i v noci. Inhalační systém Genuair pacientovi umožnil velmi dobrou zpětnou vazbu o tom, že inhalace byla úspěšně provedena. Při další kontrole byl pacient velmi spokojen hlavně s tím, že během noci spí klidně, nekašle a má pocit, že je léčbou plně zajištěn. Zároveň si troufl i na větší vycházky, cestování a mohl i více pracovat na zahradě. Obstrukční ventilační porucha i při takto upravené léčbě dále trvá a pohybuje se v rozmezí mezi lehkou až středně těžkou. Při vyplnění dotazníku CAT činilo hodnocení 14 bodů. Nežádoucí účinky léčby nebyly zaznamenány. Ve sledovaném období nedošlo k žádnému zhoršení choroby, které by si vyžádalo intenzivnější léčbu antibiotiky nebo kortikosteroidy. Užití krátkodobě působícího bronchodilatacia Berodualu se výrazně snížilo a pacient ho užíval jen při větším fyzickém zatížení.

Diskuze

Kazuistika uvádí průběh onemocnění u pacienta, který přestal kouřit před 3 roky, ale jeho potíže spojené s CHOPN přetrvávají. Dříve, než byla jeho léčba upravena, trpěl exacerbacemi, které byly léčeny penicilinovými antibiotiky. Závažným momentem pro průběh onemocnění jsou právě exacerbace, při kterých se zhoršují chronické potíže pacienta a může dojít i k život ohrožujícím komplikacím (6). I když pacient byl zároveň léčen pro hypertenzi, tato choroba se na jeho potížích s dušností nepodílela. Bronchodilatační léčba pacienta byla zesílena nasazením U-LAMA. Ani tento monokomponentní přípravek nevedl k žádoucímu efektu – snížení obtíží pacienta. Další léčebná možnost spočívala v podání inhalační duální bronchodilatace aclidinium/formoterol 400/12 mikrogramů 2x denně pomocí Genuairu. Při této inhalační kombinaci se podařilo zredukovat symptomy onemocnění a zároveň zabránit exacerbaci CHOPN. Bronchodilatační a protizánětlivá terapie má za cíl zlepšit kvalitu života pacienta, snížit četnost exacerbací CHOPN, omezit aplikaci tzv. záchranné medikace (2, 7). V léčbě CHOPN se uplatňuje stupňovité navyšování léků v závislosti na tíži a kategorii onemocnění (2). Základním předpokladem a požadavkem je ukončení kuřácké aktivity nemocného. V případě uvedeného onemocnění během let je patrné, že léčbu je třeba modifikovat a upravit tak, aby co nejlépe reagovala a ovlivnila potíže a zdravotní stav pacienta. Aclidinium bromid/formoterol 400/12 mikrogramů zastupuje duální fixní bronchodilatační terapii u CHOPN

(5). Aplikace 2x denně inhalačním systémem Genuair pozitivně ovlivnila symptomy pacienta zvláště časně po ránu, došlo k zlepšení fyzické aktivity. Duální inhalační bronchodila-

tační léčba je zároveň dobře tolerována a její bezpečný profil je obdobný jako při monokomponentní léčbě (4). Jedná se o účinnou terapii, která je indikována pro symptomatické

pacienty, u nichž monokomponentní léčba není dostatečně účinná. Zároveň je vhodná pro pacienty s častými exacerbacemi CHOPN během roku (8, 9).

LITERATURA

1. Kašák V. Farmakoterapie chronických nemocí s bronchiální obstrukcí. Farmakoterapie 2014; 4: 406–407.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2015. Dostupný z WWW: <http://www.goldcopd.org>.
3. Koblížek V, a spol. CHOPN. Doporučený postup ČPFS pro diagnostiku a léčbu chronické obstrukční plicní nemoci. Maxdorf 2013: 53 s.
4. Bateman ED, Chapman KR, Singh A, et al. Acclidium bromide and formoterol fumarate as a fixed-dose combination in COPD: pooled analysis of symptoms and exacerbations from two six-month, multicentre, randomised studies (ACCLIFORM and AUGMENT). Respir Res 2015; 19: 1–13.
5. Bártů V. Nová duální kombinace acclidinium bromidu a formoterol fumarátu. Remedia 2015; 6: 392–394.
6. Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, et al. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med 2013; 87: 347–365.
7. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and surfoval in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2007; 356: 775–789.
8. D'Urzo AD, Rennard SI, Kerwin EM, et al. Efficacy and safety of fixed-dose combination of acclidium bromide/formoterol fumarate: the 24-week, randomized, placebo controlled AUGMENT COPD study. Respir Res 2014; 15: 123.
9. Singh D, Jones PW, Bateman ED, et al. Efficacy and safety of acclidium bromide/formoterol fumarate fixed-dose combinations compared with individual components and placebo in patients with COPD (ACCLIFORM-COPD): a multicentre, randomised study. BMC Pulm Med. 2014; 14: 178.