

Kazuistika č. 11

Pacientka s alergickým syndromem dýchacích cest v péči lékárníka ve veřejné lékárně

Autoři:

Mgr. Kateřina Langmaierová^{1*}, Mgr. Pavla Cinglová², MUDr. Petr Tamler³

Pracoviště:

¹ Lékárna U anděla, Teplice

² Lékárna Poliklinika, Teplice

³ Praktický lékař, Teplice

* e-mail: uandela@seznam.cz

Souhrn:

Kazuistika se zabývá rizikovou medikací u starší polymorbidní pacientky. Soustředili jsme se na problém terapie alergického syndromu dýchacích cest u pacientky s paroxysmy fibrilace síní. Dále se věnujeme rizikům léčby perorálními a inhalačními kortikoidy. Zmiňujeme možné intervence lékárníka v rámci uvedených diagnóz.

Klíčová slova:

Astma – rinitida alergická chronická – síňová fibrilace – dospělí – glukokortikoidy – aplikace inhalační – aplikace perorální – nežádoucí účinky – režimová opatření – veřejná lékárna.

Charakteristika pacienta:

Žena, 63 let.

Rodinná anamnéza:

Rozvedená, 2 děti.

Osobní anamnéza:

Na základě lékařských nálezů (není-li uvedeno jinak),

- astma bronchiale (středně těžké perzistující – potvrzeno plicním vyšetřením),
- alergická rhinitis (potvrzeno alergologickým vyšetřením),

- paroxysmy fibrilace síní (potvrzeno lékařským vyšetřením – Holterovo monitorování),
- revmatoidní artritida (postižení drobných kloubů rukou, séronegativní, potvrzeno revmatologickým vyšetřením),
- hypertenze (TK 165/100 mmHg),
- syndrom karpálního tunelu (potvrzen neurologickým vyšetřením),
- fraktura bederního obratle po úrazu na lyžích (2/1996).

Rizikové faktory:

- nekuřák,
- alkohol příležitostně,
- BMI = 29,0 kg/m².

Pracovně sociální anamnéza:

Žije sama, pracuje ve zdravotnictví (přímý kontakt s pacienty).

Alergická anamnéza:

Alergie na pozdní pyly, pyl břízy a roztoče (potvrzeno kompletním alergologickým vyšetřením).

Léková anamnéza:

Prednison 5 mg tbl.	(prednison)	2 – 0 – 0
Aerius 5 mg tbl.	(desloratadin)	1 – 0 – 0
Betaloc ZOK 25 mg tbl. ret.	(metoprolol sukcinát)	1 – 0 – 0
Helicid 20 mg cps.	(omeprazol)	0 – 0 – 1
Dolgit 800 mg. tbl.	(ibuprofen)	2 tbl. denně
Bioparox inh. sol.	(fusafungin)	4 – 4 – 4 – 4 vdechy
Pulmicort Turbuhaler 200 µg inh. plv. (budesonid)		2 – 0 – 2 vdechy

Poznámka:

Při rozhovoru si stěžuje na bolesti v krku (pro ty si vyzvedává Bioparox), často trpí chraptotem a ztrátou hlasu (užívá Vincentku v kombinaci s Mucosolvanem sol. k inhalacím podle doporučení plicní lékařky). I přes pravidelnou aplikaci Pulmicortu se objevuje námahová dušnost a v prašném prostředí se přidávají pískoty při dýchání. Objevují se záchvaty dráždivého kašle. Jak vyplynulo z rozhovoru, poměrně často přicházejí kolem třetí hodiny ranní. Kvůli pocitu ucpaného nosu užívá Disophrol Repetabs tbl. ret., v období zhoršení obtíží

jednu tabletu denně po dobu několika týdnů. Dolgit tbl. užívá v současnosti pravidelně denně dvě tablety, ráno má ztuhlé ruce a zápěstí. Má pocit, že neudrží ani tužku.

K nemocem a léčbě má zvláštní přístup – rodinu ani lékaře nechce svými nemocemi obtěžovat.

Otázka č. 1:

Jaké jsou typické projevy bronchiálního astmatu?

Odpověď:

K typickým projevům astmatu patří dušnost provázená pískoty na hrudníku. Pacienti udávají také pocit tíhy na hrudi či kašel v návaznosti na působení různých podnětů, např. po expozici alergenu nebo v souvislosti s respirační infekcí. Uvedené příznaky se objevují často v noci nebo nad ránem. K častým komorbiditám astmatu patří alergická rýma a atopický ekzém.

Otázka č. 2:

Může expedující lékárník zhodnotit dostatečnou kompenzaci astmatu?

Odpověď:

Inhalační glukokortikoidy (IKS) představují základ v léčbě astmatu. Užívaný budesonid patří mezi IKS s vysokým first pass efektem – hodí se proto pro inhalační podání, riziko systémových nežádoucích účinků je nízké. Dávkování budesonidu je v terapeutickém rozmezí. U pacientky se podle plicního vyšetření jedná o středně těžké perzistující astma.

Literatura definuje tento stupeň astmatu každodenními příznaky, které narušují aktivitu a spánek. Noční obtíže se objevují nejméně jednou týdně. Hodnoty plicních funkcí – objem vydechnutý během usilovného výdechu za jednu vteřinu (FEV_1) a vrcholová výdechová rychlost (PEF) se pohybují v následujících rozmezích: $60\% < FEV_1 < 80\%$ náležité hodnoty, $60\% < PEF < 80\%$ nejlepší osobní hodnoty.

Z uvedeného vyplývá, že expedující lékárník může tíži astmatu hodnotit pouze na základě pacientových informací o jeho subjektivních pocitech. Lékárník se při expedici může vyjádřit bez objektivní znalosti dalších faktů pouze k tomu, zda je užívané dávkování v doporučených mezích.

Zda je astma pod kontrolou, může zjistit pacient sám s pomocí jednoduchého testu, který je dostupný na stránkách www.astmatest.cz. V orientačním hodnocení kontroly pacientova astmatu pak může tento test pomoci i expedujícímu lékárníkovi.

Otázka č. 3:

Má pacientka v lékové anamnéze lék ke zvládnání akutních dechových obtíží?

Odpověď:

V léčbě astmatu se používají dvě základní skupiny léčiv – léky úlevové pro zvládnání akutních obtíží a léky preventivní pro ovlivnění zánětu v dýchacích cestách. Do první skupiny patří β_2 -sympatomimetika či anticholinergika. Do druhé skupiny řadíme zejména inhalační kortikosteroidy. Zástupce první skupiny v anamnéze nevidíme.

Mezi krátkodobě působící β_2 -sympatomimetika (SABA) patří fenoterol, salbutamol, terbutalin. Jako anticholinergikum je k dispozici ipratropium bromid. Při volbě úlevového antiastmatika je nutné myslet na současné komorbidity astmatu, u naší pacientky konkrétně paroxysmy fibrilace síní.

Pacientka má BMI 29,0, tedy v oblasti nadváhy. Pokud by pacientka byla dušná pouze při námaze, může to být způsobeno nedostatečnou kondicí. Snaha o redukci hmotnosti je jistě na místě.

Pacientce bylo doporučeno kontrolní vyšetření na plicním oddělení.

Otázka č. 4:

Mohou obtíže pacientky (častý chrapot, ztráta hlasu) souviset s nastavenou léčbou?

Odpověď:

Lokální nežádoucí účinky IKS se nejčastěji projevují v místech, kde dochází ke kontaktu účinné látky s tkáněmi, tedy v ústech, hltanu a hrtanu. Jedná se zejména o orofaryngeální kandidózu, dráždění v hrdle, kašel a chrapot (dysfonie). Velmi účinnou prevencí nežádoucího poškození sliznice dutiny ústní (mykotické infekce) je dokonalé zvládnutí inhalační techniky (včetně odstranění zbytků léčiva výplachem úst po aplikaci léku).

Dysfonie je nejčastěji se vyskytujícím nežádoucím účinkem. Projeví se zejména u pacientů s vyšším hlasovým zatížením. Chrapot a ztráta hlasu jsou projevem myopatie hlasivek, kterou bohužel ani důslednou prevencí (výplach úst) pacientka pravděpodobně neovlivní. U každého pacienta (i zdravotníka) je vhodné inhalační techniku opakovaně kontrolovat, a to nejen v počátcích léčby. Nesprávná aplikace je často příčinou selhání léčby onemocnění. V edukaci i reedukaci pacienta může pomoci i lékárník.

Poznámka:

Pacientka má v alergologické anamnéze uvedenu alergickou rhinitidu, potvrzenou alergií na pozdní pyly, pyl břízy a roztoče. Kvůli pocitu ucpaného nosu užívá Disophrol Repetabs tbl. ret., v období zhoršení obtíží pravidelně jednu tabletu denně déle než týden.

Potvrdila také, že současně se objevují zarudlé oči. Častěji na jaře a koncem léta se objevuje vodnatá rýma.

Otázka č. 5:

Zhodnoťte užití Disophrolu Repetabs u pacientky.

Odpověď:

Alergická rhinitida a astma bronchiale (AB) jsou při současném výskytu označeny jako jednotný alergický syndrom dýchacích cest. Pokud není jedno z onemocnění dostatečně léčeno, může se to odrazit ve zhoršení druhého z nich. Z alergické anamnézy vyplývá, že pacientka má problémy celoroční (roztoči) i sezónní (pyl břízy, pozdní pyly).

Disophrol obsahuje kombinaci pseudoefedrinu a dexbromfeniraminu. Je indikován k dekonesci nosní sliznice. Je určen ke krátkodobému zvládnutí akutních obtíží. Jak bylo uvedeno, pacientka přípravek užívá v případě obtíží i déle než jeden týden. Vzhledem k tomu, že se jedná o zdravotníka, je otázkou, zda je ošetřující lékař i expedující lékárník o četnosti užívání pacientem správně a pravdivě informován.

Podání systémového sympatomimetika se jeví jako nevhodné (i přes pozitivní subjektivní hodnocení pacientky) zejména vzhledem k jeho nežádoucímu působení na kardiovaskulární systém (zvýšení krevního tlaku a poruchy srdečního rytmu). Proto by bylo vhodnější kombinaci pseudoefedrinu s dexbromfeniraminem z medikace vyřadit. Pacientka byla na výše zmíněná rizika upozorněna (písemná forma).

Otázka č. 6:

Má pacientka ještě nějaký lék, který může ovlivnit symptomy alergické rhinitidy?

Odpověď:

Pacientka má v lékové anamnéze desloratadin (Aerius). Podání desloratadinu je indikováno v léčbě alergické rýmy (AR) intermitentní i perzistující a v léčbě chronické idiopatické urtiky. U pacientů s AR tlumí všechny typické symptomy: kýchání, svědění, vodnatou hypersekreci i kongesci nosní sliznice. Významné je zlepšení průchodnosti nosu, které je běžně antihistaminiky jen těžko ovlivnitelné a bylo potvrzeno i rhinomanometricky měřením nosní rezistence při provokaci alergenem. Současně mírní i příznaky oční.

Zlepšení průchodnosti nosu je nezbytné pro správné dýchání a dále jako prevence rozvoje zánětlivých změn v dolních dýchacích cestách a tedy i vzniku (zhoršení) astma bronchiale.

V současné době je AR chápána jako součást alergického zánětu probíhajícího v celých dýchacích cestách. U této pacientky již desloratadin ordinován je, z rozhovoru s ní vyplynulo, že jej užívá celoročně. To je prospěšné vzhledem k imunomodulačnímu účinku desloratadinu. Pozitivní efekt na nosní kongesci u ní pravděpodobně není dostačující, a proto by bylo na místě zvážit aplikaci intranasálních kortikosteroidů. Vzhledem k tomu, že by se jednalo o další dávku glukokortikoidů, musel by se zhodnotit jejich přínos s ohledem na riziko systémových nežádoucích účinků.

Běžně dostupné krátkodobě působící přípravky s obsahem dekonjestiv (α -sympatomimetik) pacientka odmítá. Pacientce bylo doporučeno kontaktovat ošetřujícího alergologa.

Otázka č. 7:

Jaká režimová opatření u alergické rýmy pacientce doporučíte?

Odpověď:

Samozřejmě součástí léčby alergických onemocnění je odstranění spouštěčů alergické reakce, pokud jsou známy. V našem případě jde o pyly a roztoče. Roztoči jsou součástí domácího prachu, vlastními alergeny jsou pak součástí jejich exkrementů či tělesné schránky. Pacientovi můžeme doporučit používání antialergických matrací a lůžkovin. Povlečení je doporučeno prát týdně minimálně při 60°C (eradikace roztočů), nesusit venku (nachytání pylů). Měly by se odstranit celoplošné koberce. Nejvyšší výskyt pylů v ovzduší je mezi 5. až 10. hodinou ránní, v tuto dobu není dobré otevírat okna. Jako ochrana před vniknutím pylových zrn do oka poslouží sluneční brýle (tedy nejen za slunečného počasí). Výše

uvedená opatření byla s pacientkou prodiskutována, byla též vybavena písemnými edukačními materiály. Dodržování režimových opatření minimalizuje dobu kontaktu organismu s alergenem a snižuje vlastní projevy alergie. Souhrnná doporučení najde pacient např. na www.Bez-Alergie.cz.

Vývoj případu:

Při kontrole na plicním oddělení lékař Pulmicort vysadil a převedl pacientku na Symbicort Turbuhaler 200/6 µg inh. plv. (2 – 0 – 2), Aerius tbl. byl v medikaci ponechán. Disophrol pacientka nadále užívá nárazově v sezoně.

Otázka č. 8:

Jaké jsou výhody či nevýhody užití přípravku Symbicort Turbuhaler?

Odpověď:

Symbicort Turbuhaler je fixní kombinací IKS budesonidu a dlouhodobě působícího sympatomimetika (LABA) formoterolu. Přidání dlouhodobě působících sympatomimetik (LABA – formoterol, salmeterol) k IKS by mělo vést ke zvýšení účinnosti podávaných IKS. Současné podání IKS a LABA dle některých literárních zdrojů stimuluje tvorbu β_2 – receptorů a zvyšuje citlivost pro β_2 –sympatomimetika.

Pacientka má nastavenou udržovací dávku 2x denně 2 vdechy. Tuto fixní kombinaci je možné dle informací výrobce kromě klasického dávkovacího schématu dvakrát denně použít i v tzv. konceptu SMART, tj. nejen k udržovací léčbě, ale i ke zvládnutí akutních potíží během dne. Tím, že se využívá jednoho inhalačního systému, se zvýší i úroveň spolupráce pacienta.

V našem případě byla pacientka poučena (vzhledem k poruchám srdečního rytmu) o možných rizicích vyplývajících z nadměrného užívání medikace obsahující formoterol. Riziko systémových nežádoucích účinků (třes kosterního svalstva, tachykardie, hypokalémie a hypoxémie) je obecně u inhalačních forem LABA nižší. Po inhalačním podání formoterolu trvají nežádoucí účinky oproti salmeterolu kratší dobu, nicméně u pacientů s rizikovými komorbiditami je nelze pominout.

Doporučení k užívání kombinace budesonid/formoterol bylo v nedávné době revidováno vzhledem k výsledkům jedné rozsáhlé studie, která zaznamenala vyšší riziko úmrtí na dechové potíže při používání LABA. Podle pokynů FDA (Food and Drug Administration) je

doporučováno, pokud je to možné, použít pouze IKS a při akutních obtížích jsou preferována krátce působící β_2 -sympatomimetika. Pokud je třeba použít kombinaci (Symbicort), pak pouze pro udržovací terapii dvakrát denně. Režim SMART se v tomto světle jeví jako naprosto nevhodný.

V současné době je velmi diskutován vliv formoterolu na prodloužení QT intervalu (riziko vzniku arytmií).

Otázka č. 9:

Je podávání perorální formy prednisonu u astmatu v tomto případě odůvodněné?

Odpověď:

Základem léčby astma bronchiale jsou inhalační glukokortikoidy. Perorální formu glukokortikoidů doporučují standardy pro zvládnutí akutních stavů po kritické období. Prednison bývá podáván 5 – 10 dní, jedná se pak o podání vyšších dávek (20 – 40 mg). Z rozhovoru s pacientkou vyplynulo, že prednison užívá dlouhodobě (déle než 3 měsíce). Z toho je možné usoudit, že je podáván kvůli revmatoidní artritidě.

Otázka č. 10:

Pokud je prednison podáván dlouhodobě pro revmatoidní artritidu, je nutné podání inhalačních kortikoidů?

Odpověď:

V některých případech, a to u lehkého nebo intermitentního astmatu, souběžné podání IKS nutné není. Pokud se ale jedná o astma těžké či středně těžké (naš případ), většinou pokračuje i podání IKS. Inhalovaná dávka se pak upravuje podle aktuálního stavu pacienta.

V našem případě se na dechových obtížích vzhledem k dlouhodobému užívání prednisonu podílí i další komorbidity, zejména nadváha (BMI = 29,0 kg/m²).

Otázka č. 11:

Jaké nežádoucí účinky můžeme u dlouhodobého perorálního podání prednisonu očekávat?

Odpověď:

Systémové podání kortikoidů provází řada nežádoucích účinků (NÚ). Pokud se jedná o podání jednorázové (i vyšší dávky), jsou nežádoucí účinky jen velmi mírné nebo se neprojeví vůbec. Pokud se jedná o terapii dlouhodobou, je nutné s nimi počítat.

Celá řada NÚ souvisí s mineralokortikoidním efektem kortikoidů – jedná se zejména o edémy, zvýšení krevního tlaku nebo hypokalémii. Zvýšené riziko infekcí je spojeno s imunosupresivním působením. Horší hojení ran souvisí se snížením syntézy kolagenu. Aktivace žaludečního vředu vyplývá z inhibice syntézy prostaglandinů. K nežádoucím účinkům souvisejícím s metabolickým působením kortikoidů patří ubývání svalové hmoty provázené svalovou slabostí, tvorba strií, atrofie kůže, hypertriglyceridémie a typické ukládání tuku, porušená glukózová tolerance. Významným nežádoucím účinkem je i glukokortikoidy indukovaná osteoporóza (GIOP).

Otázka č. 12:

Může se GIOP projevit po inhalačním podávání glukokortikoidů? Jak riziko snížit?

Odpověď:

Pokud je prednison (či odpovídající dávka jeho ekvivalentu) podáván v dávce 5 mg a více po dobu delší než tři měsíce, představuje riziko vzniku GIOP. Podání IKS nebývá mezi lékaři první linie s tímto rizikem spojováno, nicméně literatura jej také připouští (zejména u vyšších dávek IKS). Pacientka užívá 10 mg prednisonu denně per os a 800 µg budesonidu v inhalační formě. Cameron a kol. ve své práci uvádí, že systémový efekt 1000 µg inhalovaného budesonidu odpovídá 2,5 mg prednisonu podávaného perorálně.

Kortikoidy tlumí novotvorbu kostí a zvyšují resorpci kostí. Výskyt GIOP je závislý na dávce podaného kortikoidu, na délce podávání a onemocnění, pro které byl do terapie zvolen.

Jako prevence rozvoje GIOP je doporučována dostatečná suplementace vápníkem a vitamínem D. Doporučený denní příjem vápníku je 1,0 – 1,5 g, resp. 800 IU vitamínu D po celou dobu užívání perorálních glukokortikoidů.

Otázka č. 13:

Je suplementace kalcie či vitamínem D u naší pacientky nutná?

Odpověď:

Léčba perorální formou prednisonu trvala u naší pacientky déle než 3 měsíce (přesnou délku užívání neznáme). Jelikož k úbytku kostní denzity dochází již během prvních 6 – 12 měsíců léčby kortikosteroidy a riziko zlomenin je u GIOP vyšší, než by odpovídalo snížení hustoty kostního minerálu (BMD) stanovenému denzitometrickým vyšetřením, preventivní opatření by měla začít s počátkem plánované léčby. Důležitý je dostatečný příjem vápníku a vitamínu D (jak bylo uvedeno výše), abstinence alkoholu a nikotinu, snaha o zajištění přiměřené fyzické aktivity (např. rychlá chůze) a cvičení na udržení svalové síly a rovnováhy. Ošetřující lékař by měl vzhledem k tomu, že pacientka byla léčena kortikoidy dle jejich informací déle než 3 měsíce, indikovat vyšetření BMD. V prevenci GOIP pak může medikaci doplnit o bisfosfonáty, může volit mezi alendronátem, risedronátem či ibandronátem.

Pacientce jsme doporučili podání vitamínu D, suplementaci kalciovými preparáty bychom zvážili až po revizi jídelníčku. V tomto smyslu byla pacientka také poučena.

Pacientce byla doporučena konzultace s lékařem.

Orientační riziko rozvoje osteoporózy si může zjistit i pacient sám – k tomuto účelu je možné využít testů a kalkulátorů dostupných i pro laiky např. na www.osteoporoz.cz (výpočet rizika osteoporózy, kalkulátor příjmu kalcia, testy rizika zlomeniny, vzorové jídelníčky, vhodné pohybové aktivity).

Otázka č. 14:

Je možné ovlivnit účinnost vápníku a vitamínu D?

Odpověď:

Jak již bylo uvedeno, denní příjem vápníku by měl dosahovat 1,0 – 1,5 g denně. U zdravého jedince stačí k zajištění odpovídajícího množství kalcia vyvážená strava (0,5 g vápníku doplníme např. 500 ml nízkotučného mléka, 65 g tvrdého tvarohu, eidamského sýra či 250 ml bílého jogurtu, 250 g mandlí, 100 g sezamových semínek, 250 g sušených fíků).

Suplementace vápníkem je nutná tam, kde dietní příjem není možné z různých důvodů dodržet. Na přirozené zdroje vápníku je vhodné myslet i proto, že dlouhodobé podávání kalciových suplementů bývá spojeno se zažívacími obtížemi. I pacient, který netoleruje

mléčné výrobky, může při dobře sestaveném dietním režimu přijmout potravou 0,5 g vápníku z jiných zdrojů.

Pokud je nutná suplementace kalciovými preparáty, přípravky obsahují nejčastěji kalcium carbonicum (CaCO_3). To je lépe podávat s jídlem, jeho rozpustnost závisí na aciditě žaludečního obsahu. CaCO_3 se v žaludku působením kyseliny chlorovodíkové mění na lépe rozpustný chlorid vápenatý, který se vstřebává v tenkém střevě. Až do množství 500 mg jednorázově podaného vápníku se absorpce zvyšuje rychle (aktivní transport).

Kyselost žaludečního obsahu ovlivňují H_2 antihistaminika či blokátory protonové pumpy, při současném podání zejména přípravků s obsahem CaCO_3 je nutné na tuto skutečnost pamatovat. V takovém případě bychom doporučili večerní podávání vápníku (naš případ – omeprazol užívá pacientka ráno).

Absorpci kalcia může snížit potrava obsahem šťavelanů (tvorba nerozpustného kalcium oxalátu, který se ze střeva nevstřebává) či fytátů. Mezi potraviny s vyšším obsahem šťavelanů patří např. špenát, řepa, rebarbora, čokoláda, rybíz, angrešt, jahody. Fytáty jsou ve větším množství obsaženy v černém chlebu nebo celozrnném pečivu.

Při podání CaCO_3 s potravou s vyšším obsahem fosfátů dojde k tvorbě nerozpustného fosforečnanu vápenatého, který se rovněž ze střeva nevstřebá. K potravinám bohatým na fosfor řadíme játra, paštiky, vejce, luštěniny, ovesné vločky, kakao, čokoládu, nápoje typu kola, instantní výrobky (např. polévky v sáčku, nápoje z automatů).

Potraviny s vyšším obsahem oxalátů, fytátů či fosfátů je vhodné konzumovat s 2–3 hodinovým odstupem od podané dávky vápníku.

U vitamínu D je doporučenou denní dávkou 800 IU. I při dostatečné dávce slunečního záření nemusí být přirozená tvorba D vitamínu dostatečná. Na redukci tvorby vitamínu D se může podílet podle literárních zdrojů i aplikace opalovacích přípravků s obsahem ochranných faktorů.

Otázka č. 15:

Může metoprolol (Betoloc ZOK) zhoršit kompenzaci astmatu?

Odpověď:

Pacientka má v lékové anamnéze metoprolol (Betoloc ZOK), užívá jej kvůli paroxysmální formě fibrilace síní. U tohoto onemocnění se jedná o krátké, spontánně končící ataky arytmie. Dle SPC je absolutní kontraindikací užití betablokátorů (BB) astma bronchiale. Většina terapeutických účinků BB obecně vyplývá z blokády β_1 receptorů; za nežádoucí

působení je zodpovědná spíše blokáda β_2 receptorů, která vede k bronchokonstrikci. Jsou přesto za pečlivého sledování stavu pacienta někdy používány, vždy je třeba přihlídnout k rizikům, benefitu a snášenlivosti u konkrétního pacienta. Je doposud nezodpovězenou otázkou, zda metoprolol představuje správnou volbu pro astmatika.

Jak vyplynulo z rozhovoru, pacientka se i přes kontraindikovanou medikaci subjektivně cítí dobře. Paroxysmy fibrilace síní jsou pro ni fyzicky hůře zvladatelné než dechové obtíže související s astmatem. Někdy ataka fibrilace trvá hodinu, někdy ovšem i několik hodin. Jak uvedla, není pak schopna vykonávat běžné činnosti. Subjektivní pocit pacientky byl akceptován rovněž při konzultaci s lékárníkem, vhodnější alternativa léčby proto nebyla navrhována.

Metoprolol u pacientky pravděpodobně zajišťuje také kontrolu krevního tlaku, jiná antihypertenziva v lékové anamnéze nemá. Pacientkou udávaný krevní tlak 165/100 mmHg rozhodně není v mezích doporučených hodnot (< 140/90 mmHg). Pacientce bylo doporučeno kontrolní vyšetření (kardiologie, interna).

Vývoj případu:

Pacientka navštívila kardiologa, absolvovala Holterovo monitorování (krevní tlak i srdeční akce), ergometrii, následně došlo k úpravě medikace. Začala užívat Sotahexal 160 mg tbl. (1/2 – 0 – 1/2). K terapii hypertenze bylo zvoleno Prestarium Combi tbl. (1 – 0 – 0).

Otázka č. 16:

Považujete sotalol za vhodnou volbu pro astmatika?

Odpověď:

Pacientce – astmatičce kardioložka ordinuje sotalol. Na rozdíl od metoprololu se jedná o neselektivní BB.

Jak jsme již uvedli, lékař vždy zvažuje přínos a riziko pro pacienta i vzhledem k ostatním komorbiditám. Pacientka léčbu toleruje dobře, opět uvedla, že poruchy srdečního rytmu nejsou tak časté (i ve srovnání s předchozí medikací – metoprolol ZOK).

Vhodnější alternativou by byly blokátory kalciového kanálu – verapamil, diltiazem. Jak vyplynulo z rozhovoru, pacientka dva zástupce této skupiny – verapamil, amlodipin –

zkoušela užívat dříve. Byly vysazeny pro otoky dolních končetin a úporné bolesti hlavy. Další možné varianty léčby představují propafenon či amiodaron.

Betablokátor by měl být u astmatika indikován jako poslední možnost při postupné titraci dávky s odpovídající odezvou. Pacient by měl být o užití kontraindikované medikace předepisujícím lékařem dostatečně informován. Terapii by pak měly doplňovat pravidelné kontroly plicních funkcí.

Otázka č. 17:

Může Dolgit 800 mg tbl., uvedený v lékové anamnéze, zhoršit kompenzaci astmatu?

Odpověď:

Dolgit obsahuje ibuprofen. Pacientka jej užívá kvůli bolestem spojeným se syndromem karpálního tunelu. Ibuprofen je nesteroidní antiflogistikum, patří mezi neselektivní inhibitory cyklooxygenázy (COX). Blokuje jak COX₁, tak COX₂. Pokud by se jednalo o jedince s predispozicí, může u něj podání ibuprofenu vyvolat exacerbaci astmatu (aspirinem indukované astma). V našem případě se o tuto variantu astmatu s vysokou pravděpodobností nejedná.

Jako alternativní analgetika je možné využít paracetamol, tramadol či jejich kombinaci. Pokud se volí nesteroidní antiflogistikum, je vhodné použít selektivní inhibitory COX₂, např. celecoxib.

Vývoj případu:

Prednison byl z medikace vysazen, v současnosti je pacientka bez základní léčby revmatoidní artritidy, je objednána na kontrolu do revmatologické poradny. Ranní ztuhlost zvládá rozcvičením rukou (instruována fyzioterapeutem). Dolgit užívá 2 – 3 tablety týdně. Jiná analgetika pacientka odmítá, má subjektivní pocit, že ibuprofen jí pomůže nejlépe (zkoušela Recoxu, Meloxicam). Operace karpálního tunelu byla doporučena, ale pacientka má obavy o výsledek (je zdravotník).

Otázka č. 18:

Která léčiva z lékové anamnézy mohou nepříznivě působit na žaludeční sliznici?

Odpověď:

Zároveň s nesteroidním antiflogistikem byl užíván systémový glukokortikoid – prednison. Obě skupiny léků mohou nepříznivě ovlivnit sliznici gastrointestinálního traktu, a to zásahem do syntézy prostaglandinů na různých úrovních. Prednison přímý ulcerogenní efekt nemá, může však způsobit aktivaci žaludečního vředu.

Proto je vhodné doplnit medikaci rizikových nemocných o antisekreční léky. Nejvhodnější jsou inhibitory protonové pumpy. Řada studií prokázala, že v dané indikaci prevence vzniku polékové gastropatie jsou zřetelně účinnější než antagonisté H₂ receptorů a mají velmi dobrou toleranci i při dlouhodobé léčbě. Zde je v lékové anamnéze patrně i z výše uvedeného důvodu zařazen omeprazol.

Otázka č. 19:

Ve kterých oblastech může lékárník intervenovat ve prospěch naší pacientky?

Odpověď:

- reedukace inhalační techniky,
- důraznější upozornění na režimová opatření jako nedílné součásti léčby hypertenze a alergické rýmy,
- pomoc při hledání vhodných či nevhodných potravin a doplňků stravy (s obsahem vápníku, vitamínu D),
- revize léčby bolesti – případné nadužívání nesteroidních antiflogistik může být příčinou nedostatečné kontroly hypertenze.

Vývoj případu:

Současná medikace:

- *Sotahexal 160 mg tbl.* (sotalol) 1/2 – 0 – 1/2
- *Dolgit 800 mg tbl.* (ibuprofen) při potížích 2 – 3 tbl. týdně
- *Symbicort Turbuhaler 200/6 µg inh. plv.* (budesonid/formoterol) 2 – 0 – 2 vdechy
- *Zoloft 100 mg tbl.* (sertralin) 1/2 – 0 – 0
- *Prestarium Combi tbl.* (prestarium/indapamid) 1 – 0 – 0

- *Aerius 5 mg tbl.* (desloratadin) 1 – 0 – 0
- *Helicid 20 mg tbl.* (omeprazol) 1 – 0 – 0

Pacientka navštívila psychiatra, denní pracovní kontakt s lidmi ji vyčerpával. Uváděla pocit nevykonnosti, měla pocit, že pracovní úkoly nezvládá tak dobře, jak by chtěla. Zemřela jí matka. Ke zvládnutí syndromu vyhoření psychiatr nasadil Zoloft 100 mg tbl. (1/2 – 0 – 0). Po jeho nasazení se pocity nevykonnosti a únavy podařilo zvládnout.

Při kombinaci antihypertenziv perindopril a indapamid se krevní tlak drží na hodnotách 150/85 mmHg.

Závěr:

Z prvotního rozhovoru s pacientkou vyplynul podnět, který vedl k rozboru její medikace. Soustředili jsme se na terapii bronchiálního astmatu a možná rizika léčby komorbidit vzhledem k tomuto onemocnění. Pacientce jsme vytvořili doporučení pro revizi léčby základního onemocnění (včetně doporučení nefarmakologických a vhodných konzultací se specialistou). I zdravotník v roli pacienta může podcenit roli podpůrných opatření.

Častou příčinou nedostatečného účinku antiastmatik je nesprávné zvládnutí inhalační techniky.

Také při léčbě hypertenze jsou režimová opatření významnou součástí léčby. U pacienta – zdravotníka může při kontrolních vyšetřeních ošetřující lékař (kolega) předpokládat, že všechna doporučení k léčbě již pacient zná. Proto může dojít i k podcenění režimových opatření či kontroly inhalační techniky jako zásadních součástí léčby.

V edukaci i reedukaci pacienta může pomoci i lékárník, pokud k němu pacient získá důvěru.

Poznámka:

Text řeší pouze některé z problémů, které mohou v souvislosti s uvedenou kazuistikou vyvstat.

Literatura:

1. Anonymous. *Symbicort 80/4.5, Symbicort 160/4.5* [online]. [cit. 2009–10–28]. FDA, 2008. Dostupné z <http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021929s0101bl.pdf>.
2. Broulík, P. *Osteoporóza a její léčba*. Maxdorf, 2007. 133 s. ISBN 978–80–7345–134–9.

3. Broulík, P. – Kazda, A. Výživa a její vztah ke kostnímu metabolismu, *Interní medicína pro praxi*, 2009, vol. 11, no. 3, s. 111 – 114.
4. Cameron, RG. et al. A comparison of the effects of oral prednisone and inhaled beclomethasone dipropionate on circulating leukocytes. *Aust N Z J Med*. 1996, vol. 26, no. 6, s. 800 – 805.
5. Doležal, T. et al. *Bolest. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Novelizace 2008* [online]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2008. [cit. 2009–06–30].
Dostupné z <http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/bolest.pdf>.
6. Heinc, P. Praktická doporučení pro léčbu fibrilace síní. *Interní medicína pro praxi*, 2004, vol. 6, no. 11, s. 524 – 530.
7. Jenšovský, J. Vitamín D – nezastupitelná součást léčby osteoporózy. *Interní medicína pro praxi*, 2009, vol. 11, no. 1, s. 13–15.
8. Karen, I. – Widimský, J. *Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2. aktualizované vydání 2008* [online]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2008. [cit. 2009–06–30].
Dostupné z <http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/hypertenze.pdf>.
9. Kašák, V. Klinický význam konceptu tíže a kontroly astmatu. *Farmakoterapie*, 2009, vol. 5, no. 1, s. 47 – 54.
10. Lüllmann, H. et al. *Farmakologie a toxikologie*, 2. české vyd. Grada Publishing, 2004, s. 117 – 121. ISBN 80–247–0836–1.
11. Marek, J. et al. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Grada Publishing, 2005, 773 s. ISBN 80–247–0839–6.
12. *Micromedex® Healthcare Series*. 1974 – 2009 Thomson Micromedex.
13. *Mikro-verze AISLP – ČR*. Verze 2009.2 pro MS Windows.
14. Rybníček, O. Dodržování doporučených léčebných postupů (adherence) u pacientů s alergickou rýmou a astmatem. *Farmakoterapie*, 2009, vol. 5, no 1, s. 55 – 57.
15. Salajka, F. et al. *Astma bronchiale. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Novelizace 2008* [online]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2008 [cit. 2009–06–30].
Dostupné z <http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/astma-2008.pdf>.

16. Seberová, E. Desloratadin – charakteristika a postavení mezi antihistaminiky. *Farmakoterapie* 2008, vol. 4, no. 1, s. 47 – 53.
17. Sýkora, T. Průduškové astma – komorbidita. *Alergie* [online]. 2002, vol. 2, no. 2 (supl.). [cit. 2009–06–30]. Dostupné z <<http://www.tigis.cz/alergie/Index.htm>>.
18. Špičák, V. – Panzner, P. *Alergologie*. 1. vyd. Galén 2004, ISBN 80–7262–265–X.
19. Štěpán, J. Farmakoterapie osteoporózy I.: vápník, vitamín D, hormonální léčba, selektivní modulátory receptorů pro estrogény a stroncium ranelát. *Praktické lékařství*, 2009, vol. 5, no. 4, s. 168 – 171.
20. Zikán, V. Glukokortikoidy indukovaná osteoporóza. *Interní medicína pro praxi*, 2007, vol. 9, no. 7 – 8, s. 324 – 327.

Kazuistika přijata dne:

24. července 2009.