

INTERKURENTNÍ ONEMOCNĚNÍ S METABOLICKÝM ROZVRATEM U DIABETICKY 2. TYPU

MUDr. Marcela Szabó

Interní klinika IPVZ Zlín, Spolupracující Centrum WHO pro studium diabetes mellitus

V předkládané kazuistice je popsán případ interkurentního onemocnění s metabolickým rozvratem u diabeticky 2. typu léčené dietou, které si vyžádalo dlouhodobou inzulinoterapii.

Popis případu

Pacientka: 62letá žena.

Rodinná anamnéza: bez pozoruhodností, bez výskytu diabetes mellitus (DM) u prvostupňových příbuzných.

Osobní anamnéza: Diabetes mellitus 2. typu kompenzován dietou, zjištěn r. 1995. Ischemická choroba srdeční městnavého typu NYHA II. Recidivující paroxysmy fibrilace síní. Hypertenzní choroba II. stupeň dle WHO. Obezita – BMI: 43,7, dyslipidémie, hyperurikémie.

NO: Diabetes mellitus byl u pacientky po 4 roky úspěšně kompenzován dietou, nikdy nebyla nutná žádná farmakoterapie. V srpnu 1998 pacientka upadla na rozbité sklo a poranila se v pravé inguinální a gluteální krajině. V inguinální krajině se rána zhojila per primam, v gluteální krajině vznikl kožní absces. Pacientka docházela na převazy do chirurgické ambulance, z abscesu byl vykultivován *Enterobacter cloacae*. Jelikož se absces nehojil (aniž by si pacientka stěžovala na potíže), při kontrole v chirurgické ambulanci byla provedena glykémie. Zjištěna glukometrem neměřitelná hyperglykémie, následně laboratorně 41 mmol/l. Pacientka byla odeslána k přijetí na interní kliniku, kde byla uložena na jednotku intenzivní péče.

Vybrané patologické laboratorní výsledky při přijetí: glykémie 45 mmol/l, osmolalita 344 mmol/l, laktát 5,4 mmol/l, urea 15,4 mmol/l, kreatinin 177 μ mol/l, EKG při přijetí: recidiva fibrilace síní, frekvence komor 120/min.

Přestože výše uvedené laboratorní výsledky svědčí pro závažnou dekompenzaci diabetes mellitus s metabolickým rozvratem s hyperazotémií, hyperlaktátemi, hyperosmolalitou, nebyly u pacientky přítomny žádné známky alterace vědomí. Zprvu pacientka mimo bolesti v poraněné hýždí popírala i jakékoli subjektivní potíže. Dodatečně na cílený dotaz přiznala polyurii a polydypsii trvajících několik dnů před přijetím a jistý váhový úbytek (asi 3 kg), který však považovala za cílený a vítaný (viz BMI: 43,7).

Na JIP byla zahájena standardní terapie hyperosmolární dekompenzace DM: kanylace centrální žíly, rehydratace, kontinuální inzulin, po snížení glykémie inzulin a glukóza v oddělených intravenózních infúzích. Pro trvání arytmie byl podáván heparin v kontinuální infúzi, podle citlivosti augmentin intravenózně pro absces gluteálně. Po zlepšení metabolického stavu byla provedena medikamentózní kardioverze propafenonem, který byl ke kontrole nastoleného sinusového rytmu ponechán v trvalé léčbě.

Po vysazení intravenózní infúze inzulinu byl DM u pacientky kompenzován krátkodobým inzulinem aplikovaným s.c. ve 4 denních dávkách až do zhojení abscesu. Jeho spotřeba byla značně vysoká – 76 j/den. Přestože po zhojení abs-

cesu pacientka zahájila redukční dietu 4 200 kJ/den + zvýšený pohybový režim, dávku inzulinu bylo možno zredukovat pouze částečně. Po 41 dnech hospitalizace byla tedy pacientka propuštěna do ambulantní péče s inzulinoterapií – depotní + krátkodobý inzulin v konvenčním režimu (ve 2 denních dávkách) s celkovou spotřebou 42 j/den. Inzulinem byla pacientka léčena ambulantně celý další rok, jelikož snižování dávek bylo možné jen velmi pomalu. V září 1999 při spotřebě 24 j/den byl inzulin vysazen, nahrazen derivátem sulfonylurey (glimepirid). I při snižování dávky glimepiridu až na minimální (1 mg) byly u pacientky přítomny hypoglykémie – jak klinické, tak laboratorní. Do jednoho měsíce po vysazení inzulinu měla pacientka DM kompenzován opět samotnou dietou (tato léčba trvá dodnes – poslední HbA_{1c}: 5,0 %).

Diskuze

V předložené kazuistice narážíme hned na několik úskalí terapie DM 2. typu:

1. Kazuistika zdůrazňuje důležitost kontroly glykémie při jakémkoli interkurentním onemocnění u všech diabetiků, včetně diabetiků „nenáročných“, léčených „pouhou“ dietou, u nichž může interkurentní onemocnění navodit stejnou dekompenzaci základního onemocnění jako u diabetiků léčených farmakologicky.
2. Závažný metabolický rozvrat při interkurentním onemocnění diabeticky probíhal bez jakýchkoli známek alterace vědomí, bez spontánního udání subjektivních potíží.
3. Vidíme podceňování významu úbytku na hmotnosti obézními pacienty, kterými je tento vnímán jako cílený a vítaný, ač dříve při stejných režimových opatřeních ke kýžené redukci hmotnosti nedocházelo.
4. Neobvyklá je dlouhodobost inzulinoterapie u diabeticky léčené dietou před a po interkurentním onemocnění, kterou si toto onemocnění vyžádalo. Od volby konvenčního inzulinového režimu u této pacientky uplynulo 2,5 roku. V té době již byl na našem trhu první inzulinový analog – Lispro, nicméně byl používán zejména k léčbě pacientů s diabetes mellitus 1. typu. S léčbou obézních diabetiků 2. typu analogem Lispro jsme tehdy začínali. Zkušenosti, které jsme s terapií intenzifikovaným inzulinovým režimem s Lispro u obézních pacientů získali, jsou však více než dobré a využíváme je v podobných situacích stále častěji. Po řádném vysvětlení nebývá problémem většinu pacientů pro intenzifikovaný inzulinový režim získat. Lze předpokládat, že rovněž v předloženém případě pacientky by snižování dávky a vysazení inzulinu při volbě intenzifikovaného inzulinového režimu s Lispro probíhalo s největší pravděpodobností rychleji.