

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

Acta Haematologica Polonica

journal homepage: www.elsevier.com/locate/achaem

Praca poglądowa/Review

Zalecenia dotyczące oceny schorzeń współistniejących u chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w procesie wyboru inhibitora kinaz tyrozynowych



Recommendations for assessment of co-morbidities and tyrosine kinase inhibitor choice in patients suffering from chronic myeloid leukemia

Tomasz Sacha^{1,*}, Sebastian Szmit², Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz³, Witold Prejzner⁴, Joanna Góra-Tybor⁵

¹Katedra Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska

²Klinika Krążenia Płucnego i Chorób Zakrzepowo-Zatorowych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Europejskie Centrum Zdrowia, Otwock, Polska

³Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Szpital im. Fr. Raszei, Poznań, Polska

⁴Klinika Hematologii i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk, Polska

⁵Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 10.05.2016

Zaakceptowano: 24.06.2016

Dostępne online: 03.07.2016

Słowa kluczowe:

- przewlekła białaczka szpikowa
- inhibitory kinazy tyrozynowej
- choroby współistniejące

Keywords:

- Chronic myeloid leukemia
- Tyrosine kinase inhibitors
- Co-morbidities

ABSTRACT

Treatment of chronic myeloid leukemia with tyrosine kinase inhibitors (TKI) is very effective. The vast majority of patients achieve deep and long-lasting therapeutic responses including those on molecular level. Understanding the adverse effects of TKIs is of great importance during life-long therapy. The safety profile of TKI should be considered especially when used in patients suffering from various co-morbidities. In this paper, treatment recommendations for patients suffering from diabetes mellitus, atherosclerosis with circulation disturbances in peripheral arteries, congestive heart failure, pulmonary hypertension and pleural effusions are presented. Drug interactions between TKIs and medicaments used in the treatment of the above-mentioned co-morbidities are discussed.

© 2016 Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji: Katedra Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków, Polska. Tel.: +48 12 424 76 89; fax: +48 12 424 74 26.

Adresy email: sachat@gmail.com, sachat@interia.pl (T. Sacha).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.achaem.2016.06.001>

0001-5814/© 2016 Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Wstęp

Od chwili zarejestrowania imatynibu w Polsce minęło już 15 lat, inhibitory kinaz tyrozynowych 2 generacji (2GIKT) są dostępne od ok. 10. Na przestrzeni tego czasu w miarę nabywania doświadczenia w leczeniu przewlekłej białaczki szpikowej doszło do istotnej ewolucji podejścia do terapii tej choroby. U znakomitej większości chorych możliwe jest uzyskanie dobrej kontroli nad jej przebiegiem i doprowadzenie do osiągnięcia głębokich odpowiedzi na leczenie, nawet na poziomie molekularnym. Pojawiające się jednak nowe działania niepożądane inhibitorów kinaz tyrozynowych wymuszają bardziej holistyczne, a jednocześnie bardziej indywidualne potraktowanie pacjenta, poza białaczką obciążonego niejednokrotnie innymi schorzeniami, które należy brać pod uwagę przy dokonywaniu optymalnego wyboru terapii. Niniejsza praca zrodziła się z potrzeby sformułowania zaleceń dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w sytuacjach wystąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych związanych z rutynowo stosowanymi IKT i występujących najczęściej u chorych z rozpoznanymi innymi schorzeniami istotnymi dla rokowania. Artykuł omawia zagadnienia związane z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej i metabolizmu lipidów, powikłania wynikające ze współwystępowania chorób kardiologicznych, takich jak obwodowa miażdżyca, zastoinowa niewydolność krążenia czy nadciśnienie płucne, problematykę pojawiających się wysięków opłucnowych w aspekcie stosowania IKT, a także możliwe interakcje pomiędzy IKT a lekami stosowanymi z powodu wspomnianych stanów klinicznych.

Zaburzenia metaboliczne

Zaburzenia metabolizmu glukozy

Cukrzyca definiowana jest przez hiperglikemię wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny [1]. Prognozuje się, że cukrzyca określana mianem epidemii stanie się w najbliższych 10 latach jednym z największych problemów zdrowotnych, a aktualna liczba około 380 mln chorych na świecie wzrośnie do prawie 600 mln w ciągu 10–15 lat [2]. W Polsce brak jest rejestru osób z cukrzycą. Szacowane dane dotyczące zaburzeń metabolizmu w Polsce wskazują liczbę

około 3 mln chorych na cukrzycę, prawie 2 mln osób ze stanem przedcukrzycowym. Prawdopodobnie u około 1 mln mieszkańców Polski choroba nadal pozostaje nierozpoznana [3]. Rozpoznanie zaburzeń metabolizmu glukozy na etapie stanu przedcukrzycowego zwiększa szansę na skuteczność działań pozwalających spowolnić lub nie dopuścić do rozwoju cukrzycy. Dotyczy to w szczególności osób zagrożonych cukrzycą typu 2. Zasady rozpoznawania zaburzeń metabolizmu glukozy przedstawiono w tabeli I. Do grup zwiększonego ryzyka zachorowania na cukrzycę należą: osoby po 45. roku życia i niezależnie od wieku osoby z nadwagą lub otyłością ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), szczególnie brzuszna (obwód talii $\geq 80 \text{ cm}$ u kobiet i $\geq 94 \text{ cm}$ u mężczyzn); osoby mało aktywne fizycznie (< 150 minut tygodniowo); osoby mające we wcześniejszych badaniach laboratoryjnych stwierdzoną hiperglikemię; osoby z chorobą układu krążenia; osoby z dyslipidemią (szczególnie gdy stężenie frakcji HDL cholesterolu $< 40 \text{ mg/dl}$ [1 mmol/l] i/lub triglicerydów $> 150 \text{ mg/dl}$ [$1,7 \text{ mmol/l}$]); osoby z nadciśnieniem tętniczym; kobiety z zespołem policystycznych jajników; kobiety z przebytą cukrzycą ciążową; kobiety, które urodziły dziecko $> 4 \text{ kg}$; osoby z cukrzycą występującą w rodzinie; osoby w stanach generujących insulinooporność m.in. przewlekle leczone sterydami, analogami somatostatyny i innymi lekami o działaniu diabetogennym [2]. Wzmoczoną czujność glikemiczną należy mieć przy stosowaniu inhibitorów kinaz tyrozynowych (IKT). Wśród nich są takie (nilotinib), które zwiększają ryzyko ujawnienia zaburzeń metabolizmu glukozy lub przyczyniają się do pogorszenia kontroli metabolicznej wcześniej rozpoznanej cukrzycy [4].

Kryteria wyrównania metabolicznego cukrzycy obejmują [2]: wartość glikowanej hemoglobiny (HbA1c) nie wyższa niż 7% (53 mmol/mol), z uwzględnieniem celów szczegółowych, tj. dla cukrzycy typu 1 przy braku zwiększonego ryzyka hipoglikemii i negatywnego wpływu na komfort życia oraz krótkotrwałej cukrzycy typu 2 ($HbA1c \leq 6,5\%$ [48 mmol/mol]), dla kobiet planujących i będących w ciąży ($HbA1c \leq 6\%$ [42 mmol/mol]), dla chorych w wieku ≥ 70 . roku życia i/lub cukrzycą z powikłaniami makroangiopatycznymi (przebyty zawał serca i/lub udar mózgu) i/lub licznymi chorobami towarzyszącymi ($HbA1c \leq 8\%$ [64 mmol/mol]). Nadmienić należy, że jeżeli u chorych po 65. roku życia przewidywane jest przeżycie dłuższe niż 10 lat, należy dążyć do osiągnięcia celu $HbA1c \leq 7\%$. Przy $HbA1c \leq 7\%$ wartości glikemii w prowadzonej przez pacjenta samokontroli z reguły nie przekraczają progu nerkowego, tj. 180 mg/dl (10 mmol/l). Kryteria wyrównania lipidowego obejmują stężenie

Tabela I – Zasady rozpoznawania zaburzeń metabolizmu glukozy wg Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego [2]
Table I – The principles of recognizing glucose metabolism disorders according to Polish Diabetes Association [2]

Stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej pobranej o dowolnej porze, niezależnie od czasu spożytego posiłku	Stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo (8–11 godzin od ostatniego posiłku)	Stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej w 120. minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT)
$\geq 200 \text{ mg/dl}$ ($11,1 \text{ mmol/l}$) przy objawach hiperglikemii, tj. wzmożone pragnienie, wielomocz, chudnięcie – CUKRZYCA	$70\text{--}99 \text{ mg/dl}$ ($3,9\text{--}5,5 \text{ mmol/l}$) – normoglikemia	$< 140 \text{ mg/dl}$ ($7,8 \text{ mmol/l}$) – prawidłowa tolerancja glukozy
	$100\text{--}125 \text{ mg/dl}$ ($5,6\text{--}6,9 \text{ mmol/l}$) – nieprawidłowa glikemia na czczo	$140\text{--}199 \text{ mg/dl}$ ($7,8\text{--}11 \text{ mmol/l}$) – nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT)
	$\geq 126 \text{ mg/dl}$ ($7,0 \text{ mmol/l}$), jeżeli 2-krotnie – CUKRZYCA	$\geq 200 \text{ mg/dl}$ ($11,1 \text{ mmol/l}$) – CUKRZYCA

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3328048>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3328048>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)