Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Kazuistyka/Case report

Pacjentka z ciężką astmą wyłączona z leczenia omalizumabem po 12 tygodniach

Patient with severe asthma excluded from therapy with omalizumab after twelve weeks

Agnieszka Gawlewicz-Mroczka *, *Marek Przybyszowski*, *Weronika Zastrzeżyńska*, *Krzysztof Sładek*

Klinika Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:
Otrzymano: 30.04.2016
Zaakceptowano: 26.10.2016
Dostępne online: 03.11.2016

Słowa kluczowe:
- ciężka astma
- omalizumab
- zaostrzenia
- ciąża

Keywords:
- Severe asthma
- Omalizumab
- Exacerbations
- Pregnancy

ABSTRACT

We present the case of 20-year-old woman with the short history of severe course of asthma since its beginning. The patient met the inclusion criteria to omalizumab therapy in the program reimbursed by Polish Health Fund, so we expected that this therapy will enable to improve asthma control in the patient and decrease the dose of oral steroids or completely withdraw them. However within twelve weeks of therapy, the day of omalizumab application had to be rescheduled many times because of infectious asthma exacerbations. Moreover, in between exacerbations, asthma remained uncontrolled in spite of the very high doses of inhaled steroids and bronchodilators. Only on the day of last omalizumab injection, the patient reported better condition, and we observed improvement in spirometry and questionnaires score. We hoped that patient started to respond to the therapy. In the twelfth week of therapy, the patient reported that she became pregnant and had to be excluded from the therapeutical program. From the patients' findings, high eosinophil count in peripheral blood as well as in broncho-alveolar lavage fluid were remarkable and chronic sinusitis preceded asthma diagnose.

© 2016 Published by Elsevier Sp. z o.o. on behalf of Polish Society of Allergology.

Wstęp

Omalizumab, chociaż zarejestrowany w Stanach Zjednoczonych Ameryki i w Australii w 2003 roku, a w Unii Europejskiej od 2006 roku, dla polskich pacjentów stał się szerzej dostępny dzięki programowi Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) od 2013 roku. Od tego czasu w programie lekowym w Klinice Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie uczestniczyło łącznie 19 pacjentów. Aktualnie leczonych jest 17 pacjentów. Poniżej przedstawiono jedną z dwóch pacjentek, które wyłączono z programu.

Opis przypadku

Chora K.S. lat 25 została przyjęta do Oddziału Kliniki Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie 27 października

* *Adres do korespondencji*: Klinika Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, Polska.
Adres email: agawlewicz@wp.pl (A. Gawlewicz-Mroczka).

http://dx.doi.org/10.1016/j.alergo.2016.10.002
2353-3854/© 2016 Published by Elsevier Sp. z o.o. on behalf of Polish Society of Allergology.

2014 w celu kwalifikacji do leczenia omalizumabem w ramach programu NFZ. Podawała w wywiadzie, że od początku 2012 roku z powodu nawracających zapaleń oskrzeli zgłaszała się do lekarza rodzinnego. W marcu 2013 roku trafiła do alergologa, który u chorej rozpoznał astmę. W punktowych testach skórnych stwierdzono alergię na *Alternaria*, *Cladosporium* i alergen kota. Od początku u chorej obserwowano bardzo ciężki przebieg choroby i narastanie dolegliwości mimo intensyfikacji leczenia. Duże dawki wziewnych glikokortykosteroidów (GKS) i innych leków kontrolujących chorobę nie pozwalały na uzyskanie pełnej kontroli astmy. Dopiero po włączeniu metyloprednizolonu doustnie (początkowo w dawce 16 mg/dobę) pacjentka zaczęła czuć się lepiej. Przy próbie zmniejszania dawki metyloprednizolonu przez alergologa do 6 mg/dobę wystąpiło kolejne zaostrzenie choroby. Wówczas, w dniach 30.08.–06.09.2013 roku, była hospitalizowana w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala im. J. Dietla w Krakowie. W ciągu 2013 roku czterokrotnie leczona antybiotykami z powodu zaostrzenia astmy. W sierpniu 2014 roku przebyła zabieg endoskopowej operacji zatok (FESS; *Functional Endoscopic Sinus Surgery*) z powodu przewlekłego zapalenia zatok, które rozpoznano rok wcześniej. W dniach 04.03.–12.03.2014 roku hospitalizowana była w Klinice Alergii i Immunologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie z powodu kolejnego ciężkiego zaostrzenia astmy. Wówczas w tomografii komputerowej (TK) stwierdzono zaawansowane zmiany w zatokach przynosowych z upośledzoną drożnością ujść zatok czołowej i szczękowej po stronie lewej. Kolejna hospitalizacja z powodu ciężkiego zaostrzenia astmy w Klinice Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie miała miejsce w dniach 26.09.–04.10.2014 roku. Wówczas przy przyjęciu obserwowano spadki saturacji O_2 do 85% oraz bardzo silne pobudzenie kaszlowe. W badaniach laboratoryjnych zwracało uwagę podwyższone stężenie IgE całkowitego (1520 IU/ml przy masie ciała 84 kg). Wartości IgE całkowitego nie pozwoliły na kwalifikację chorej do programu leczenia omalizumabem. Wypisano ją do domu z zaleceniem dawki metyloprednizolonu 32 mg/dobę. Z powodu nasilonych objawów astmy od ponad roku (od początku 2013 roku) leczona była przewlekle steroidami systemowymi. W przebiegu tego leczenia jej masa ciała zwiększyła o kilkanaście kilogramów, co wpłynęło na pogorszenie jakości życia chorej i obniżenie nastroju. Przy przyjęciu do kliniki w ramach kwalifikacji do programu pacjentka leczona była metyloprednizolonem w dawce 16 mg/dobę, cyklezonidem 1280 μg/dobę, flutykazonem z salmeterolem w dysku (2 × [500 +50 μg]) oraz nebulizacjami leku łączonego fenoterolu z bromkiem ipratropium 4 × 30 kropli (4 × [1 mg bromowodorku fenoterolu + 0,5 mg bromku ipratropium]). Przyjmowała także propionian flutykazonu donosowo i pantoprazol. Stwierdzono masę ciała 82 kg przy wzroście 163 cm, BMI 30,86. W dostarczonej przez chorą dokumentacji zwracały uwagę podwyższone wartości eozynofili we krwi obwodowej (nawet do 23% w rozmazie). Pacjentka skarżyła się ponadto na brak drożności nosa oraz okresowo pojawiający się ból głowy o charakterze rozpierania po lewej stronie czoła. W Klinice Pulmonologii wykonano badania laboratoryjne – w morfologii krwi, mimo stosowania przez chorą metyloprednizolonu doustnie w dawce 16 mg/d, stwierdzono 730 komórek kwasochłonnych w mm^3, co stanowiło 10% białych krwinek w rozmazie krwi. Badania przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofili (ANCA; *anti-neutrophil cytoplasmic antibodies*) były ujemne. Poziom glikemii był prawidłowy i pozwolił na wykluczenie cukrzycy posteroidowej. U chorej wykonano spirometrię na lekach rozszerzających oskrzela – FEV1 wynosiło 2,45 L, czyli 76% wartości należnej (w.nal.), FEV1/FVC 77%, FVC 85% w.nal. Powtórzono punktowe testy skórne, które przy średnicy bąbla histaminy 4 mm były dodatnie z alergenem kota (średnica bąbla 7 mm), alergenem psa (bąbel 3 mm), alergenem *Alternaria* (bąbel 3 mm), *Cladosporium* (bąbel 4 mm), pozostałe testy były ujemne (*D. pteronyssinus, D. farinae*, trawy, żyto, olcha, brzoza, leszczyna, babka, bylica). IgE całkowite wynosiło 613 IU/ml. W badaniu krwi IgE specyficzne przeciw *D. pteronyssinus* wynosiło 1,1 IU/ml (klasa 2), *D. farinae* – 3,77 IU/ml (klasa 3), alergenowi kota – 19,5 IU/ml (klasa 4), alergenowi psa – 5,19 IU/ml (klasa 3), *Cladosporium* – 1,04 IU/ml (klasa 2), *Alternaria* – 0,68 IU/ml (klasa 1). Pacjentka przyznała, że ma w domu psa. Przeprowadzono diagnostykę obrazową płuc – zarówno radiogram klatki piersiowej, jak i tomografia komputerowa o wysokiej rozdzielczości (HRCT; *high resolution computed tomography*) były prawidłowe. TK zatok ujawniła masywne zgrubienia śluzówki – okrężne i polipowate – we wszystkich zatokach, ponadto niedrożne ujścia zatok. Radiolog opisał progresję zmian w stosunku do dostępnej TK zatok z 7 marca 2014 roku (sprzed zabiegu FESS). Chora podawała w wywiadzie stosowanie aspiryny i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych z dobrą tolerancją. Wykonano także badanie polisomnograficzne, wykluczając współistnienie obturacyjnego bezdechu sennego. U chorej wykonano badanie bronchofiberoskopowe z pobraniem popłuczyn oskrzelowo-pęcherzykowych (BAL; *bronchoalveolar lavage*). W drzewie oskrzelowym stwierdzono przekrwioną błonę śluzową, w świetle oskrzeli – niewielką ilość śluzowej wydzieliny. W badaniu bakteriologicznym plwociny stwierdzono *Staphylococcus aureus* metycylinowrażliwy (MSSA). W BAL stwierdzono 5% eozynofili, 7% limfocytów oraz 88% makrofagów. Chora wypełniła kwestionariusz kontroli astmy (ACQ; *Asthma Control Questionaire*), uzyskując 1,88 punktu (>1,5 punktu), oraz kwestionariusz jakości życia – AQLQ (*Asthma Quality of Life Questionaire*), uzyskując 4,7 punktu (<5 punktów). Spełnione zostały kryteria kwalifikacji do programu NFZ. Zgodnie z tabelą dawkowania obliczono, że dawka omalizumabu należna dla chorej to 525 mg co 2 tygodnie. Wniosek o włączenie chorej do programu leczenia omalizumabem został zaakceptowany przez komisję kwalifikacyjną.

12.01.2015 roku pacjentka zgłosiła się do podania pierwszej dawki omalizumabu. Zgłaszała dobre samopoczucie, jednak dokuczało jej spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła i kaszel z odkrztuszaniem. Skarżyła się na częste objawy nocne i dzienne astmy, chociaż podkreślała, że czuje się lepiej, odkąd przewlekle przyjmuje doustnie metyloprednizolon w dawce 16 mg na dobę. Nad płucami słychać było świsty. W spirometrii FEV1 wynosiło 1,62 l czyli 49% wartości należnej (w.nal.), FVC 61% w.nal., FEV1/FVC 70%, w kwestionariuszach – ACQ 4,7 punktu, miniAQLQ – 3,3 punktu. Podano chorej pierwszą dawkę omalizumabu 525 mg podskórnie bez powikłań po 2 godzinach obserwacji.

Po dwóch tygodniach, 26.01.2015 roku, przy przyjęciu podawała, że tydzień wcześniej leczyła się skutecznie antybiotykiem z powodu infekcji z gorączką i nasilonym kaszlem z odkrztuszaniem ropnej wydzieliny. Nie zwiększano dawki

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/5644465

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/5644465

Daneshyari.com