

Leczenie niedokrwistości w stacjach dializ w pytaniach i odpowiedziach

CZY KTÓRYŚ Z DOSTĘPNYCH PREPARATÓW ESA JEST MNIEJ LUB BARDZIEJ BEZPIECZNY DLA NASZYCH PACJENTÓW?

Ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych i śmiertelności z wszystkich przyczyn związane z przyjmowaniem różnych preparatów ESA (Erythropoiesis Stimulating Agents) – w tym rzadziej dawkowanych – w dotychczasowych badaniach klinicznych jest porównywalna.

CZY MOŻNA ZAPROPONOWAĆ BARDZIEJ JEDNOLITY SCHEMAT DAWKOWANIA ESA DLA WSZYSTKICH DIALIZOWANYCH?

Dawka ESA wymagana do osiągnięcia docelowego poziomu Hb różni się znacznie wśród pacjentów dializowanych. Na ogół dawkę dostosowuje się co miesiąc w odpowiedzi na zmierzone stężenie Hb. Leczenie niedokrwistości w tej grupie pacjentów jest zindywidualizowane choć zasady dawkowania są zdefiniowane – co uwzględnia załączony protokół leczenia.

DLACZEGO STĘŻENIA HB U NASZYCH CHORYCH WAHAJĄ SIĘ, CZASEM NAWET BARDZO CZĘSTO?

W praktyce klinicznej trudno jest utrzymać wartości Hb poszczególnych pacjentów w wąskim zakresie. Chociaż dążymy do zachowania stężenia Hb w granicach 10–11,5 g/dl, to stężenie Hb >11,5 g/dl będzie występować przejściowo u wielu chorych z powodu różnych czynników i powinno skłaniać do stopniowego zmniejszania dawki stosowanego ESA. Takie przejściowe podwyższenie stężenia Hb >11,5 g/dl prawdopodobnie nie wiąże się z istotnymi konsekwencjami klinicznymi, chociaż w niektórych badaniach odnotowano związek między większym stopniem zmienności Hb a niekorzystnymi następstwami sercowo-naczyniowymi.

DLACZEGO PILNUJEMY PRZESTRZELONYCH WYNIKÓW STĘŻENIA HB?

W wielu badaniach wykazano, że u chorych dializowanych docelowe stężenie Hb >12,5–13 g/dl wiąże się z niekorzystnymi wynikami leczenia i powikłaniami sercowo-naczyniowymi. Dlatego u tych pacjentów właściwe jest odstawienie ESA, a nie jej zmniejszenie. Podawanie ESA w celu osiągnięcia stężenia Hb >13 g/dl jest przeciwwskazane. Docelowe stężenie Hb >13 g/dl wiąże się z wysokim ryzykiem zdarzeń niepożądanych (udar, zakrzepica dostępu naczyniowego, zatorowość płucna, nadciśnienie tętnicze).

DLACZEGO PREFEROWANA DROGA PODANIA ESA JEST PODSKÓRNA, NIE DOŻYLNĄ? NARAŻAMY PACJENTÓW NA DODATKOWE KŁUCIA.

W kilku badaniach wykazano, że podskórna dawka ESA wymagana do osiągnięcia docelowej wartości Hb jest o około 30% mniejsza niż przy podawaniu dożylnym. W badaniu, w którym 208 pacjentów hemodializowanych zostało losowo przydzielonych do podskórnej lub dożylnej epoetyny alfa, w 26. tygodniu leczenia średnia dawka podskórna pozwalająca osiągnąć docelowe stężenie Hb była niższa niż dawka dożylna (95 vs 140 jednostek/kg na tydzień). Jest to ważna uwaga, ponieważ większe dawki ESA, niezależnie od stężenia Hb, mogą być związane z występowaniem niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentów dializowanych. W retrospektywnym badaniu obejmującym ponad 62 000 pacjentów hemodializowanych potwierdzono, że równoważne stężenie Hb uzyskuje się przy zmniejszeniu dawki erytropoetyny o 25% podawanej podskórnie w porównaniu z podawaniem dożylnym, a także stwierdzono, że zgon i/lub hospitalizacja z powodu powikłań sercowo-naczyniowych były częstsze u pacjentów leczonych erytropoetyną dożylną, być może z powodu większej dawki leku. Epoetyna alfa podana podskórnie wolniej się wchłania, niż podana dożylnie, co prowadzi do niższego szczytowego stężenia leku w osoczu i wydłużonego okresu półtrwania. Wzrost stężenia krwinek czerwonych jest zależny przede wszystkim od czasu utrzymywania się epoetyny alfa w osoczu, a mniej od wartości jej stężenia. Epoetyna alfa musi być obecna podczas całego procesu krwiotworzenia, aby zapewnić adekwatną proliferację i różnicowanie się dojrzających erytrocytów.

CZY BINOCRIT BEZPIECZNIE MOŻNA PODAWAĆ PODSKÓRNIC?

Tak, jest to bezpieczne. Przeprowadzono w Europie otwarte, wielośrodkowe, badanie III fazy, SENSE, w celu oceny bezpieczeństwa i immunogenności preparatu Binocrit u pacjentów zarówno przed dializą, jak i dializowanych. Potwierdziło ono bezpieczeństwo podawania podskórnego.