

## Rutinní selfmonitoring glykemie u diabetiků 2. typu bez inzulinoterapie

V rámci iniciativy Choosing wisely je často uváděnou aktivitou, kterou by bylo vhodné redukovat, pravidelný selfmonitoring pacientů s diabetem 2. typu neléčených inzulinem. Na tomto doporučení se shodují Americká akademie rodinných lékařů (2), Endokrinnologická společnost/Endocrine Society (3) i Kanadská společnost pro endokrinologii a metabolismus (4).

Zatímco u diabetiků 1. typu tvoří selfmonitoring glykemie (SMG) integrální část léčby s jasně prokázaným benefitem, u diabetiků 2. typu bez inzulinoterapie (případně jiné léčby spojené s rizikem hypoglykemie) tato strategie sice dle metaanalýz studií z posledních let naznačila možné přínosy (5–9), výsledky podporující dlouhodobé používání selfmonitoringu však rozhodně nejsou tak přesvědčivé jako u diabetiků léčených intenzifikovaným inzulinovým režimem, především u pacientů léčených v primární péči (10–13). Selfmonitoring glykemie by ve skupině diabetiků bez inzulinu měl být rezervován pouze pro pacienty, u nichž se nasazuje či upravuje léčba (dávky či změna antidiabetik apod.) nebo při změně diety a pohybové aktivity (doporučení Americké akademie rodinných lékařů) či u těch, u kterých lze díky vysoké motivaci předpokládat (a doložit) jejich efekt. Endokrinnologická společnost ve své poslední revizi z roku 2021 také uvádí, že v okamžiku dosažení cílové kompenzace, nepřináší u většiny pacientů jejich opakované potvrzování pomocí selfmonitoringu další benefit. Samozřejmě je však třeba respektovat výjimky jako akutní onemocnění, úprava léčby, fluktuace hmotnosti, apod. Význam selfmonitoringu vidí tyto společnosti hlavně v situacích, kdy se pacienti učí efekt terapie na glykémii či dochází k úpravě terapie na základě dat ze selfmonitoringu.

Zajímavé je stanovisko odborných diabetologických společností. Americká diabetologická asociace (ADA) ve svých posledních Guidelines jednoznačně doporučuje SMG u pacientů léčených intenzifikovaným inzulinovým režimem, u pacientů neléčených inzulinem uvádí, že SMG nekonzistentně prokázalo klinicky významný pokles HbA1c a může tak být nápomocný v úpravě diety, pohybové aktivity a medikace (zvláště hypoglykemizující). Nemáme k dispozici dostatečné důkazy pro rutinní doporučování SMG u pacientů léčených perorálními antidiabetiky (PAD), ačkoli SMG může poskytnout vhled na vliv diety, fyzické aktivity, identifikaci hypoglykemie, monitoraci glykemie během akutního interkurentního onemocnění, případně při diskrepanci mezi SGM a HbA1c (glykovaný hemoglobin). Metaanalýzy publikované v posledních letech prokázaly, že SMG může snížit HbA1c o 0,25–0,3 % do 6 měsíců (nekonzistentně dle analýzy i v dlouhodobém horizontu – více než 12 měsíců) (14).

Česká diabetologická společnost naopak ve svých doporučeních pro léčbu pacientů s diabetem 2. typu (15) uvádí, že selfmonitoring glykemií tvoří nedílnou součást dobře vedené péče (po diagnóze diabetu umožní pochopení léčebných opatření, včetně dietních a zvyšuje motivaci; v dalším průběhu choroby je pak intermitentní SMG vhodným nástrojem pro reedukaci).

## Cílová kompenzace diabetu starších, křehkých osob

Dalším navrhovaným opatřením v rámci Choosing wisely, doporučovaný Americkou geriatrickou společností (AGS,16) je vyhnout

se těsné kompenzaci, tj. pod 53 mmol/mol u většiny starších osob (nad 65 let). Za racionální považuje u těchto nemocných cíle kompenzace diabetu mezi HbA1c 53–58,5 mmol/mol pro zdravé osoby s dlouhou očekávanou délkou života, 58,5–64 mmol/mol pro osoby se středním počtem komorbidit a omezenou očekávanou délkou života a 64–75 mmol/mol u polymorbidních osob s velmi omezenou životní prognózou (16).

Dle doporučení odborných společností respektujeme individuální cíle kompenzace diabetu (15). Retrospektivní studie na 48 000 pacientech s diabetem starších 50 let zkoumala mortalitu s ohledem na dosaženou kompenzaci diabetu. S nejnižším rizikem byl spojen HbA1c 58 mmol/l, nejnižší dosažený decil HbA1c (46 mmol/mol) ve srovnání s tímto referenčním zvyšoval celkovou mortalitu o více než 50 % (poměr rizik, HR = 1,52; 95 % konfidenční interval, CI 1,32 – 1,76); v nejvyšším decilu (medián HbA1c 91 mmol/mol) byla celková mortalita zvýšená téměř o 80% (HR = 1,79; 95% CI 1,56 – 2,06). Mortaltní křivka vykazovala tvar písmene U, s nejnižší dosaženou mortalitou právě kolem hladina HbA1c 58 mmol/mol (17). Na negativní vliv těsné kompenzace (s vyšším rizikem hypoglykemií, kardiovaskulární a celkové mortality) upozornila např. studie ACCORD (18, 19).

Pokud by bylo toto pozorování o zvýšené mortalitě starších osob ve vztahu ke kompenzaci diabetu potvrzeno (ideálně) v prospektivních studiích, bude jistě velmi žádoucí upravit současná odborná doporučení ve smyslu stanovení dolní doporučené hranice HbA1c. Prokázané hypoglykemické epizody by u pacientů měly být brány velmi vážně, a pokud je HbA1c pod 53 mmol/l u křehkého pacienta užívajícího z hlediska hypoglykemií rizikovou medikaci, měl by ošetřující diabetolog, internista či praktický lékař zvážit její úpravu (redukcii) (20).

Vysazení antidiabetické medikace u osob na konci života je často diskutovaným tématem, dosud však žádná jasná doporučení vydána nebyla. Tématem se recentně zabývala retrospektivní dánská studie, která mapovala v reálné klinické praxi používané postupy redukce antidiabetické medikace u pacientů v poslední dekádě svého života (21). Z dánského registru byli vybráni pacienti, kteří zemřeli ve věku nad 80 let. Studijní populace zahrnuje více než 50 000 osob s diabetem 2. typu (medián trvání diabetu 9 let) a studie prokázala, že během období 10 let před smrtí došlo k významné redukci antidiabetické léčby (v okamžiku smrti bylo léčeno 52 % osob, zatímco 10 let před smrtí 89 %). Stran volby antidiabetik došlo k významnému poklesu hlavně rizikových derivátů sulfonylurey a naopak nárůst bezpečné léčby gliptiny. K deeskalaci antidiabetické léčby přistupovali lékaři častěji u osob polymorbidních a u žen, méně často u diabetiků léčených inzulinem. Toto téma souvisí s tématem výše diskutovaným, tedy racionalizovat antidiabetickou léčbu u křehkých pacientů na konci jejich života s důrazem na prevenci hypoglykemií volbou bezpečných antidiabetik s cílem dosažení racionální kompenzace (bez symptomatických hyperglykemií).

## Flexibilní dávky inzulinu dle aktuálních glykemií u institucionalizovaných pacientů s diabetem

Společnost AMDA (22) na základě dat (23, 24) nedoporučuje používání flexibilních dávek inzulinu dle aktuální hodnoty glykemií