



Adhatunk-e COPD-ben béta-blokkolót? A válasz: neбивolol

Dr. Benczúr Béla

Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat

(Kardiológia/Nephrológia); Hypertonia-LipidAmbulancia, Szekszárd

Egy 61 éves férfi beteg jelentkezett a Hypertonia Ambulancián, nem kontrollált, nehezen beállítható hypertonia miatt.

Anamnesisében 10 éve ismert hypertonia, hyperlipidaemia, két korábbi stroke, 1 éve ismert, előrehaladott, GOLD 3-as stádiumú COPD (krónikus obstruktív tüdőbetegség) szerepelt, diabetes mellitusról nem tudott.

A betegnek az aktuális gyógyszeres kezelés mellett szélsőséges vérnyomásértékei voltak, pedig ötös kombinációt szed (perindopril/indapamid emelt dózisban, perindopril/amlodipin, prazosin, rilmenidin), emellett budesonid és formoterol fix kombinációját tartalmazó inhalációs készítményt használt (inhalációs kortikoszteroid és hosszú hatású β_2 -adrenoceptor agonista).

Vizsgálatkor vérnyomás- és pulzusértékei a következők voltak: 173/86 - 194/91 - 172/88 Hgmm, p: 121-128/min. A beteg obes, pletorás küllemű, ritm. tachycard szívhangjai voltak, alszárakon ujjbenyomatot tartó ödémát észleltünk, fulladást panaszolt. Laborjai hyperthyreosist igazoltak.

Feltűnhet, hogy a vérnyomáscsökkentők között nem szerepel béta-blokkoló, ennek valószínű magyarázatát a COPD, a kezelőorvosnak a bronchospasmustól való félelme adhatja, jöllehet a beteg tachycard volt és nem volt kontrollálva a vérnyomása az 5 antihypertenzív szer (ACE-i, diuretikum, Ca-antagonista, alfa-blokkoló és centrális szimpatolitikum) kombinációja ellenére sem.

A hypertonológusnak a következő szempontokat kellett mérlegelnie, melyek az addigi terápia revízióját igényelték:

- Újratervezni a vérnyomáscsökkentő rezsimit, hiszen a „plafon”-dózisban adott ACE-gátló ellenére is magas vérnyomásértékek felvetik az ún. RAAS-escape jelenség gyanúját, az ARB-re váltás nagyon indokoltnak tűnt. Ez a jelenség a hatékony ACE-gátlás mellett fennálló nem kontrollált vérnyomás esetén az alternatív, non-ACE utakon (katepszin, kimáz) termelő AngiotenzinII hatásának tudható be, és mindenkiben fel kell merülnön. (1. ábra) Ilyenkor nem az ACE-gátló dózisának a további emelése a megoldás, hanem az ARB-re váltás, amelyet sokszor elegendő normál dózisban (pl. 80 mg valsartan vagy telmisartan) adni.
- A másik a béta-blokkoló kérdése: a legtöbb béta-blokkoló valóban fokozhatja a bronchospasmust, emiatt csak a kardioszelektív szerek jönnek, jöhetnek szóba obstruktív tüdőbetegekben, pl. bisoprolol, neбивolol (carvedilol semmiképpen, hiszen az nem kardioszelektív szer, egyformán kifejti a hatását a β_1 - és β_2 -receptorokon, emiatt COPD-s beteg légzésfunkcióját ronthatja, lévén a bronchusok falában β_2 -receptorok találhatóak, rajtuk keresztül a béta-blokkád a bronchusok simaizomzatának kontrakcióját, bronchospasmust fog okozni). A gyakorlat azt mutatja, hogy a neбивolol válik be COPD-ben a leginkább, és biztonsággal alkalmazható ezekben a betegekben, β_1 -szelektivitása a bisoprololhoz képest is 10-szeres. (2)

Referenciák:

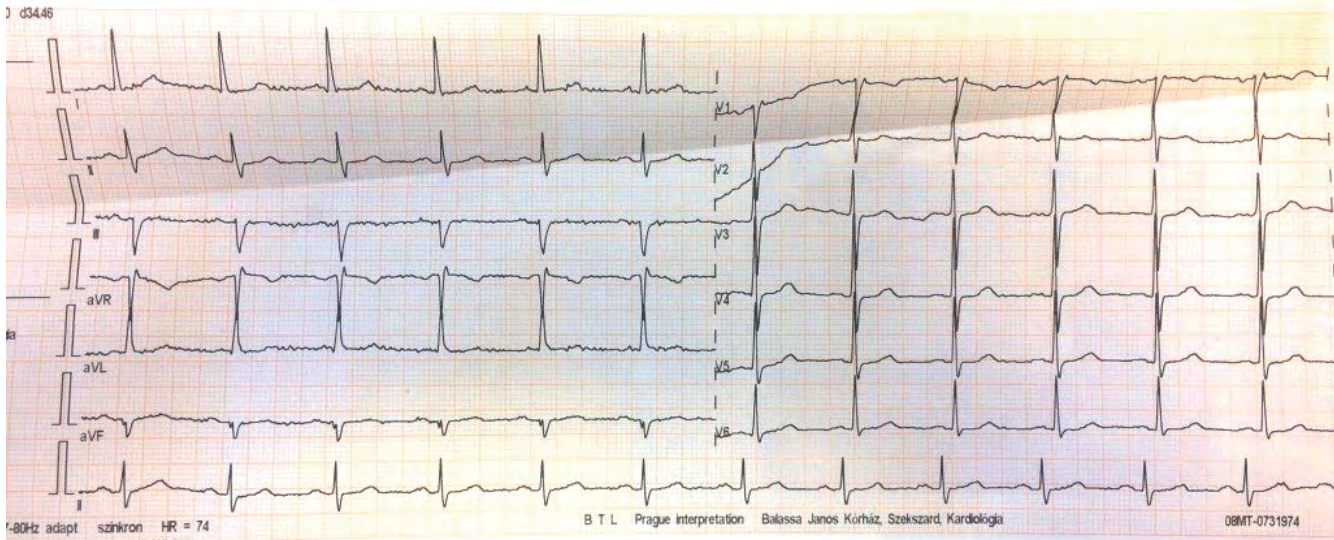
(1) Farsang Cs. A hypertonia kezelése krónikus obstruktív légúti betegség társulásakor.

A neбивolol jelentősége LAM 2011;21(11):699–703.

(2) Bangalore, S; Fakheri, R; Toklu, B; Ogedegbe, G; Weintraub, H; Messerli, FH: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors or Angiotensin Receptor Blockers in Patients Without Heart Failure? Insights From 254,301 Patients From Randomized Trials. Mayo Clin Proc. 2016;91(1):51–60.

(3) Zuber M, Erne P.: Changes in Peak Respiratory Flow and Quality of Life during Nebivolol Therapy. Heart Drug 2004;4:103–8.

(4) Dal Negro R. Pulmonary effects of neбивolol. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2009 Aug;3(4):329–34.



Az említett esetben a fenti szempontok alapján ez történt, a perindopril-tartalmú kombinációkat elhagyva 80/12,5 mg telmisartan/HCTZ-t, és szőlóban 5 mg amlodipint indítottunk (a prazosint és a rilmenidint egyelőre meghagytuk). 1×5 mg nebivololt kezdtünk, valamint a hyperthyreosis gátlószeres kezelését is megkezdtük.

Egy hónap elteltével a beteg kontrollvizsgálatra érkezett. Elmondása szerint otthoni vérnyomásértékei fokozatosan rendeződtek, 140 Hgmm alá csökkentek. Közérzete javult, és ami nagyon fontos, fulladása nemhogy nem fokozódott, hanem megszűnt! Vizsgálata során 135/79 Hgmm-es vérnyomást, 69/min pulzusszámot észleltünk, EKG-ját mellékeljük (2. ábra). A továbbiakban az alfa-blokkoló prazosint is elhagytuk a beteggel.

AZ ESET TANULSÁGAI

A tartós ACE-gátlás ellenére nehezen beállítható hypertonia esetén gondolni kell a RAAS-escape jelenségére, és nem szabad félni a terápia újratervezésétől,

az ACE-gátlóról ARB-re váltástól, hiszen az ARB-k hypertoniában egyenértékűek, ugyanolyan biztonságosak, de sokkal jobban tolerálhatóak, mint az ACE-gátlók! (2)

COPD-ben jóformán az egyetlen, biztonságos béta-blokkoló a nebivolol, melyet bátran alkalmazhatunk, nem fogja rontani a betegek légzésfunkcióját, nem okoz bronchospasmust (3), sőt kimutatták, hogy nem emeli, inkább csökkenti az exacerbatiók kockázatát, valamint csökkenti a mortalitást krónikus obstruktív tüdőbetegségben. (4). A megkezdett béta-blokád esetünkben hozzájárult a jobb vérnyomáskontrollhoz, valamint a hyperthyreosis okozta tachycardia mérsékléséhez.