

CHOPN je léčena ve stadiu trvalých změn

*Prognóza pacienta s CHOPN závisí na včasné diagnostice a včasné léčbě. To je však zatím problém, protože spirometrie jako diagnostická metoda CHOPN zachytí onemocnění až ve stadiu ireverzibilních plicních změn. Cílem do budoucna je vypracovat jednoduchou screeningovou metodu, která by identifikovala jedince s počínající CHOPN ještě dříve, než dojde k přestavbě plicního parenchymu. Tak by se dalo shrnout poselství přednášky **docenta MUDr. Vladimíra Koblížka, Ph.D.**, přednosta Plicní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové a předsedy České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP. Přednáška zazněla na konferenci Cesta pacienta s plicním onemocněním, kterou uspořádala Slovenská lékařská komora v listopadu 2024.*

„Profesor Joan Soriano vymyslel geniální obrázek a ukázal, že vývoj CHOPN začíná v době početí v podobě genů, které jedinec dostane od svých rodičů, a pokračuje během intrauterinního života. Pak po celý život a zejména v dětství je důležité, v jakém prostředí člověk žije. Máme i pacienty s CHOPN, kteří nikdy nekouřili,“ předsedal docent Koblížek (**obr. 1**)¹.

CHOPN jako civilizační onemocnění

CHOPN není pouze onemocněním kuřáků, jde o civilizační chorobu. Ještě v 19. století byl emfyzém raritní nemocí. Podstatné je, že již z definice CHOPN vyplývá, že jsou přítomny abnormality dýchacích cest, změna architektury a destrukce plic. Nález z mikro-CT potvrzuje, že u CHOPN dochází k přestavbě plic a vedle různých typů emfyzému patří k dalším rysům ztlustění stěny dýchacích cest, zánětlivé onemocnění periferních dýchacích cest, tracheální abnormality,

intersticiální plicní abnormality, zvětšení plicních tepen a bronchiektazie². K poškození plicních funkcí podle spirometrických hodnot dochází pozdě, proto je diagnóza CHOPN stanovena již ve stadiu trvalých změn. „Cílem je stanovit diagnózu CHOPN včas, tedy těsně po tom, co bylo dosaženo maxima plicních funkcí ve věku mezi 30.–40. rokem. V té době by bylo vhodné provádět screening,“ navrhl docent Koblížek.

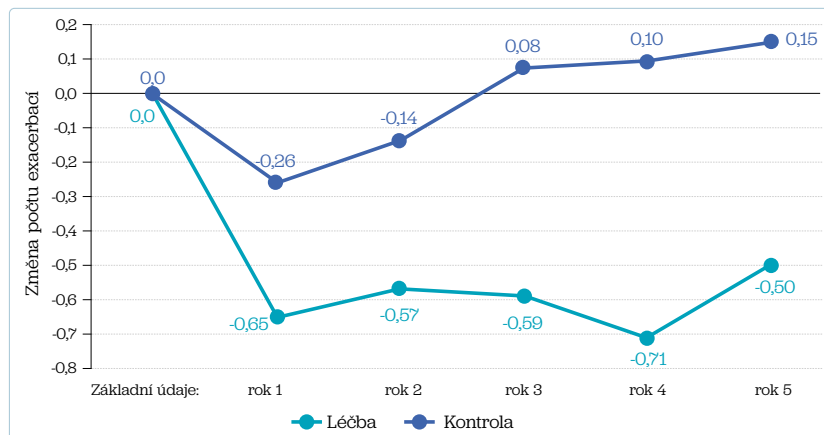
Význam preCHOPN a PRISm

Výsledky velkých studií (COPD Gene a SPIROMICS) naznačují, že spirometrické potvrzení obstrukce požadované pro diagnózu CHOPN podceňuje přítomnost emfyzému a onemocnění dýchacích cest vizualizované pomocí výpočetní tomografie (CT)^{3,4}, což jsou stavy, které se označují termíny pre-CHOPN nebo GOLD⁵.

Pro preCHOPN je charakteristická přítomnost respiračních příznaků

(např. chronická bronchitida) a/nebo strukturálních plicních lézí (např. emfyzém) a/nebo fyziologických abnormalit (hyperinflace, snížení difúzní kapacity), avšak bez obstrukce proudění vzduchu. „K těmto pacientům bychom měli přistupovat jako k nemocným s CHOPN, přestože mají normální spirometrický nálezu. Musíme použít jiné diagnostické metody, například oscilometrii, nebo provést CT vyšetření. Tito lidé mají horší životní prognózu,“ uvedl docent Koblížek. Nejde jen o úmrtnost z respiračních příčin. Retrospektivní kohortová studie na základě dat National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) obecné populace ve Spojených státech amerických s 65 251 účastníky ve věku 18 až 102 let, z nichž 53 701 mělo provedenou spirometrii na začátku sledování v letech 1971–2011 s posledním záznamem v prosinci 2018, prokázala, že osoby s tzv. Preserved Ratio Impaired Spirometry (PRISm) mají vyšší kardiovaskulární mortalitu než pacienti s mírnou CHOPN⁶.





Obr. 2 Efekt erdosteinu – multicentrická databáze CHOPN

Ukončení kouření a nejspíš i dalších inhalačních rizik má zásadní význam.

Práce uveřejněná v COPD Foundation Journal¹⁰ prokazuje na průměrně 25letém sledování více než 5 000 lidí s CHOPN, že strava má vliv na výskyt emfyzému. Větší spotřeba rostlinných potravin s nejvyšší nutriční hodnotou (ovoce, avokádo, zelená a žlutá zelenina a celozrnné výrobky) a kvalitní živočišné produkty se jeví jako protektivní na rozdíl od průmyslově vysoce zpracovaných potravin a fastfoodových jídel, včetně smažených brambor, obilných dezertů, margarínů a ovocných šťáv.

Terapie v ČR

V Česku se postupuje podle doporučení GOLD, to znamená, že v základním

kroku se eliminují rizika (kouření, expozice vzdušným polutantům, profesionální expozice). Za základní léčbu je považována inhalační léčba dvojkombinací (LAMA + LABA), respektive trojkombinací (+ IKS) s možností užití krátkodobě působících bronchodilancí v případě potřeby, plicní rehabilitace, vakcinace, nácvik inhalačních technik, správná výživa. Nedílnou součástí by měla být edukace, psychologická a sociální podpora. Speciální přístup pak vyžadují treatable traits čili jednotlivé fenotypy CHOPN. U mnoha z nich funguje dobře mukolytická terapie. K terminálním fázím pak patří léčba respiračního selhání a paliativní péče, případně včasná indikace transplantace.

„Nyní bude uveřejněna analýza efektu erdosteinu na počet exacerbací na základě dat z české multicentrické

databáze CHOPN. Nejde o studii, ale o data z reálné praxe, která potvrzují účinek erdosteinu lépe než obvykle citované studie,“ upozornil docent Koblížek (obr. 2).

Screening osob v extrémně zvýšeném riziku CHOPN

Cílová skupina screeningu CHOPN a plicního karcinomu je totožná: osoby starší než 54 let s větším počtem vykouřených cigaret (> 20 balíčků roků) a symptomy (zadýchávání při chůzi do schodů). U 44 % těchto osob se prokázala zatím neznámá CHOPN.

Při nejjednodušší formě screeningu v ordinacích praktických lékařů se prováděla spirometrie a základní anamnéza u výše popsané cílové skupiny. Až ve 26,5 % byla nově diagnostikována CHOPN. „Měli bychom mít jiné metody a identifikovat jedince v riziku, aby CHOPN vůbec nevznikla,“ glosoval docent Koblížek.

Budoucnost terapie CHOPN

Nový duální inhibitor fosfodiesterázy E3 a E4 – ensifentrin, který bude fungovat jako doplněk k základní léčbě, blokuje proliferaci, přežití a aktivitu zánětlivých buněk. Přichází i biologická léčba CHOPN. Budoucnost léčby CHOPN by měla směřovat k včasné diagnostice časných forem a k časnému léčení, aby nedocházelo k destrukci plicní tkáně.

Zpracovala MUDr. Marta Šimůnková

Literatura

1. Soriano JB, et al. What is early COPD and why is it important? Eur Resp J 2018;52: 1801448. doi.org/10.1183/13993003.01448-2018
2. Lynch DA, et al. CT-Definable Subtypes of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Statement of the Fleischner Society. Radiology 2015;277:1. doi.org/10.1148/radiol.2015141579
3. Tomashow BM, et al. A rapidly changing understanding of COPD: World COPD Day from the COPD Foundation. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol 2021;321:L983–L987. doi:10.1152/ajplung.00400.2021
4. Celli BR, Agusti A. COPD: time to improve its taxonomy? ERJ Open Res 2018;4:00132-2017. doi:10.1183/23120541.00132-2017
5. Han MK, et al. From GOLD 0 to preCOPD. Am J Respir Crit Care Med 2021;203:414–423. doi:10.1164/rccm.202008-3328PP
6. Wan ES, et al. Association Between Preserved Ratio Impaired Spirometry and Clinical Outcomes in US Adults. JAMA 2021;326:2287–2298.
7. Lowe KE, et al. COPDGene® 2019: Redefining the Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Chronic Obstr Pulm Dis 2019;6:384–399.
8. Bialas A, et al. FEV1/FEV3 ratio as an alternative to fixed ratio of FEV1/FVC. Eur Resp J 2018;52:PA5058.
9. Celli B, Vestbo J. Simplifying pharmacotherapy for patients with COPD: a viewpoint. Eur Respir J 2023;62:2300115.
10. Jackson MK, et al. A Plant-Centered Diet is Inversely Associated With Radiographic Emphysema: Findings from the CARDIA Lung Study. Chronic Obstr Pulm Dis 2024;11:164–173