

# Cyklezonid skutecznie zastępuje tradycyjnie stosowane glikokortykosteroidy wziewne

Prof. nadzw. dr hab. n. med.

**Adam Antczak**

Prof. dr. hab. n. med.

**Paweł Górski**

Klinika Pneumologii  
i Alergologii Uniwersytetu  
Medycznego w Łodzi

Kierownik:

Prof. dr. hab. n. med. Paweł  
Górski

## T E R A P I A

### Ciclesonide effectively replaces traditional high doses of inhaled corticosteroids

#### S U M M A R Y

Inhaled corticosteroids currently available in Poland, are believed to be effective in all types of asthma. In cases of severe asthma, they are usually recommended in doses exceeded 1000 micrograms per day and this dosage range can produce cortisol suppression. Ciclesonide, the new inhalative steroid, is equally effective in the treatment of asthma underlying inflammation, but reveals improved safety eg. it not affects hypothalamus/suprarenal axis even in high dosages. As a pro- drug, ciclesonide is effectively activated within the lungs and inactivated after circulatory absorption immediately. It was suggested by some authors, ciclesonide in doses above 1200 µg per day was similarly effective as prednisolone 20 mg. Two cases of successful switching from high dosages of traditionally used inhalative corticosteroids into ciclesonide, we describe below.

**Powszechnie stosowane w Polsce wziewne glikokortykosteroidy uważane są za skuteczne we wszystkich typach astmy. Ich dawki w astmie ciężkiej często przekraczają 1000 µg na dobę mogą prowadzić do spadku stężenia endogennego kortyzolu we krwi. Cyklezonid jest podobnie skuteczny z leczenia zapalenia w przebiegu astmy będąc jednocześnie lekiem wysoce bezpiecznym np. poprzez brak wpływu na oś przysadka/podwzgórze. Cyklezonid występuje jako pro- lek, aktywowany w płucach i natychmiast dezaktywowany po wchłonięciu z płuc do krążenia systemowego. Cyklezonid w dawkach powyżej 1200 µg/dzień może, według niektórych autorów, być równie skuteczny jak 20 mg prednisonu. Poniżej opisujemy 2 przykłady pacjentów, u których dokonano skutecznej zamiany wysokich dawek glikokortykosteroidów na cyklezonid.**

Antczak A.: Cyklezonid skutecznie zastępuje tradycyjnie stosowane glikokortykosteroidy wziewne. *Alergia*, 2007, 3: 29-32

## przypadek I – historia choroby

**Pacjent X: 51 lat, mężczyzna, waga 78 kg, wzrost 176 cm**

**13.09.2005**

## Wywiad

Pacjent od 2003 roku skarży się na napady duszności, wówczas także postawiona została diagnoza astmy. Stopień duszności umiarkowany do ciężkiej głównie w postaci wysiłkowej oraz po ekspozycji na kurz domowy, dym tytoniowy, intensywne zapachy i przy zmianach pogody. Sporadycznie świszczący oddech i uczucie ciężaru w klatce piersiowej. Napadom duszności towarzyszył zwykle suchy kaszel z „grą w piersiach”. Podawał także duszność po lekach przeciwbólowych (aspiryna i diklofenak) z towarzyszącym intensywnym wyciekaniem z nosa i kichaniem. Nie obserwował sezonowych zależności występowania lub stopnia nasilenia objawów, choć przyznaje, że zmiany temperatury otoczenia – szczególnie ekspozycja na zimne powietrze wywołują duszność i świsty. Wysiłki codzienne nie powodowały duszności, ale długotrwałe o charakterze dynamicznym lub bardzo gwałtowne tak – próba wbiegnięcia na 3 piętro po schodach przed tygodniem zakończyła się napadem duszności i kaszlu ze świstami, który ustąpił po 6 dawkach salbutamolu.

Od około 7 lat występowały napady kichania, blokada nosa, świąd nosa i wodnisty wyciek sporadycznie w okresie od połowy czerwca do połowy lipca. W 2004 roku stwierdzono polipy nosa. W październiku 2004 wykonano polipektomię.

Przebudzenia w nocy – w ciągu ostatnich 2 tygodni 3 razy. Umiarkowane nasilenie objawów astmy – nad ranem tuż po przebudzeniu się. Brał pojedyncze dawki SABA (salbutamolu) każdego dnia głównie rano i po wysiłkach. Pacjent nie pali i nigdy nie palił. Ostatnio leczony flutikazon 500 µg 2 x 1 wdych, formoterol 2 x 2 wdychy i Salbutamol na żądanie.

Bez innych chorób ani leczenia towarzyszącego w wywiadzie. Nigdy nie był hospitalizowany z powodu astmy.

## Badanie fizykalne

Pacjent w stanie ogólnym dobrym. Pełen kontakt słowno – logiczny. Budowa ciała normosteniczna. Skóra czysta, sucha, bez wykwitów patologicznych. Tkanka tłuszczowa podskórna prawidłowo rozwinięta. Żyły kończyn dolnych zmienione żyłakowo.

Bez cech sinicy oraz bez obrzęków. Śluzówki różowe, wilgotne, bez patologicznych nalotów. Węzły chłonne dostępne w badaniu palpacyjnym niewyczuwalne, niebolesne. Czaszka średniomiarowa, bez bolesności uciskowej. Żrenice równe, okrągłe, prawidłowo reagujące na światło i zbieżność. Gruczoł tarczowy nie powiększony.

Klatka piersiowa symetryczna, ruchomość oddechowa prawidłowa. Drżenie piersiowe symetryczne. Odgłos opukowy jawny, szmer pęcherzykowy prawidłowy. Wydłużona faza wydechu, liczne świsty nasilające się podczas głębokiego oddychania. Liczba oddechów 18/min.

Praca serca miarowa o częstotliwości 64/min. Tętno serca głośnie o prawidłowej akcentacji. Tętno na jednoimiennych tętnicach symetryczne, dobrze wypełnione, zgodne z pracą serca. RR120/70.

Brzuch wysklepiony ponad poziom klatki piersiowej, miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Wątroba i śledziona pod łukami żebrowymi.

Objaw Goldflama obustronnie ujemny.

Układ ruchu bez odchylenia od normy. Układ nerwowy bez zmian. BMI: 25 kg/m<sup>2</sup>.

## Badania diagnostyczne

- pacjent wypełnił kwestionariusz AQLQ –< 4 pkt.

- wykonano spoczynkowe badanie spirometryczne. FEV1 69% wartości należnej. Podano 200 µg SABA. Test rozkurczowy zapisano po 15 min. Przyrost FEV1 do 107 % tj. -54 %.
- pacjent wypełnił kwestionariusz ACQ – >2 pkt
- zapis EKG w granicach normy
- wykonano RTG klatki piersiowej – w granicach normy

#### **Zastosowane leczenie**

**Flutikazon 500 µg 2 x 1 wdech, formoterol 2 x 2 wdechy, montelukast 10 mg na wieczór i Salbutamol na żądanie**

**04.11.2005**

#### **Wywiad**

Pacjent zgłosił się na planowaną wizytę. Czuje się gorzej w porównaniu z poprzednią wizytą. Nasiliły się objawy astmy głównie pod postacią kaszlu. Podaje pogorszenie tolerancji wysiłku. Leki przyjmuje regularnie z dobrą tolerancją. Z dodaniem montelukastu pacjent wiąże zmniejszenie objawów nosowych przede wszystkim blokady nosa.

#### **Badanie fizykalne:**

Wykonane badanie fizykalne nie wykazało zmian w stosunku do badania z dnia 13.09.2005.

- liczba oddechów 20/min.
- praca serca miarowa o częstotści 68/min
- RR125/75.

#### **Badania diagnostyczne**

- spoczynkowe badanie spirometryczne. Pacjent bez SABA w dn. wizyty. FEV1 56 % nal.
- AQLQ < 4,5 pkt
- ACQ > 2 pkt.

#### **Zalecone leczenie**

**Cyklezonid 640 µg/d, formoterol 2 x 2 wdechy, montelukast 10 mg na wieczór i Salbutamol na żądanie**

**14.04.2006**

#### **Wywiad**

Pacjent zgłosił się na planowaną wizytę. Czuje się lepiej w porównaniu z poprzednią wizytą. Objawy astmy zmniejszyły się np. kaszel całkowicie ustąpił. Podaje poprawę tolerancji wysiłku – może wchodzić na 3 piętro bez odpoczynku. Leki przyjmuje regularnie z dobrą tolerancją. Objawy nosowe minimalne.

#### **Badanie fizykalne:**

Wykonane badanie fizykalne nie wykazało zmian w stosunku do badania z dnia 13.09.2005.

- liczba oddechów 17/min.
- praca serca miarowa o częstotliwości 65/min
- RR120/75.

## Badania diagnostyczne

- spoczynkowe badanie spirometryczne. Pacjent bez SABA w dn. wizyty. FEV1 74 % nal.

### Zalecane leczenie

**Cyklezonid 640 µg/d, formoterol 2 x 2 wdechy, montelukast 10 mg na wieczór i Salbutamol na żądanie**

## Komentarz

Opisany przypadek to przykład historii chorego na astmę z nadwrażliwością na niesteroidowe leki przeciwzapalne, alergicznym nieżytem nosa i polipami nosa. Początkowo astma niekontrolowana – nasilone objawy dzienne, objawy nocne, zła tolerancja wysiłków i konieczność przyjmowania leków na żądanie przy umiarkowanych zaburzeniach wentylacji typu obturacji. Włączenie leku antyleukotrienowego pozwoliło na uzyskanie pewnej poprawy – szczególnie w zakresie kontroli alergicznego nieżytu nosa ale kontrola astmy nadal dalece niewystarczająca. Duża dawka flutikazonu (1000 µg/d) w połączeniu z montelukastem nie stanowiła w tym wypadku skutecznego leczenia przeciwzapalnego i w takim wypadku alternatywą było włączenie doustnych steroidów (np. metyloprednizolonu) lub zastosowanie innego steroidu wziewnego. Łatwiejsza do zaakceptowania przez pacjenta była druga opcja i z niej skorzystano z bardzo dobrym skutkiem. Wystąpiła poprawa kontroli astmy w zakresie wszystkich parametrów kontroli: objawów dziennych i nocnych, tolerancji wysiłków, wyników spirometrii, przyjmowania leków na żądanie i zaostrzeń. Oddzielnym problemem tego pacjenta jest alergiczny nieżyt nosa i polipy, które wymagają wnikliwej oceny laryngologicznej i stosownego leczenia, bez którego pełna kontrola astmy (astma kontrolowana) nie będzie możliwa.

## przypadek II – historia choroby

**Pacjent Y: 60 lat, kobieta, waga: 80kg, wzrost: 167 cm**

**31.07.2006**

### Wywiad

Pacjentka chorująca na astmę oskrzelową od 1986 roku. Od 2004 roku choroba o przebiegu ciężkim.

Główne objawy to: napady duszności po ekspozycji na kurz i intensywne zapachy.

Początkowo sporadycznie kaszel, świszczący oddech i uczucie ciężaru w klatce piersiowej, stopniowo nasilające się w ciągu lat trwania choroby. Obecne różnice sezonowe – gorsze samopoczucie zimą, szczególnie ekspozycja na zimne powietrze wywołuje duszność i świsty. W pierwszych latach choroby pacjentka dobrze tolerowała wysiłki – wysiłki codzienne nie powodowały duszności, ale długotrwałe lub ciężkie tak.

Od około 2000 po przebytych zapaleniu płuc (potwierdzonym radiologicznie) dolegliwości nasiliły się. Przebudzenia w nocy w ciągu ostatnich 2 tygodni 3-5 razy, nasilenie objawów astmy nad ranem tuż po przebudzeniu się. Dawki SABA (salbutamolu) każdego dnia

głównie rano i po wysiłkach. Pacjentka pali papierosy od 30 r.ż., około 18 paczkołat, ostatnio pali 5 papierosów dziennie.

Od ostatniej wizyty skargi na: kaszel sporadycznie z odpluwaniem skąpych ilości gęstej śluzowej wydzieliny, świsty, napady duszności o nasileniu od umiarkowanego do średnio ciężkiego, uczucie ciężaru w klatce piersiowej, zła tolerancja wysiłku przez około 40% dni. W nocy bardzo zmiennie: średnio 1-2 przebudzenia/tydzień. Nowych objawów nie podaje.

W ciągu ostatnich 12 miesięcy trzykrotnie zaostrzenia astmy z objawami: trudnością w oddychaniu, silnym kaszlem, świszczącym oddechem oraz zmianami osłuchowymi w postaci świstów nad polami płucnymi. W trakcie zaostrzeń otrzymywała „wstawki” steroidów doustnie.

Ostatnio leczona Budesonid 1200 µg/d, Formoterol 2 x 2 wdechy, Theophyllin 300 mg 1 x 1 tabl. oraz Salbutamol na żądanie.

Bez chorób towarzyszących, bez dodatkowego leczenia.

## Badanie fizykalne

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym. Pełen kontakt słowno – logiczny. Budowa ciała normosteniczna. Skóra czysta, sucha, bez wykwitów patologicznych. Tkanka tłuszczowa podskórna nadmiernie rozwinięta. Bez cech sinicy oraz bez obrzęków. Śluzówki różowe, wilgotne, bez patologicznych nalotów. Węzły chłonne dostępne w badaniu palpacyjnym niewyczuwalne, niebolesne.

Czaszka średniomiarowa, bez bolesności uciskowej. Źrenice równe, okrągłe, prawidłowo reagujące na światło i zbieżność. Gruczoł tarczowy nie powiększony.

Klatka piersiowa symetryczna, ruchomość oddechowa prawidłowa. Drżenie piersiowe symetryczne. Odgłos opukowy jawny, szmer pęcherzykowy pokryty licznymi świstami. Praca serca miarowa o częstości 72/min. Tętno serca głośne o prawidłowej akcentacji. Tętno na jednoimiennych tętnicach symetryczne, dobrze wypełnione, zgodne z pracą serca. RR120/80.

Brzuch wysklepiony ponad poziom klatki piersiowej, miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Wątroba i śledziona pod łukami żebrowymi. Objaw Goldflama obustronnie ujemny.

Układ ruchu bez odchyłań od normy. Układ nerwowy bez zmian.

## Badania diagnostyczne

- zapis EKG w granicach normy.
- spoczynkowe badanie spirometryczne. FEV1 53% wartości należnej. Podano 400 ml SABA. Test rozkurczowy zapisano po 11 min. Przyrost FEV1 do 73% .
- RTG klatki piersiowej w dniu 21.07.2005. W opisie: pola płucne bez zmian ogniskowych. Zarysy kopuł przepony gładkie, kąty wolne. Sylwetka serca w granicach normy.

### Zalecane leczenie

**Cyklezonid 640 µg, µg/d, Formoterol 2 x 2 wdechy, Theophyllin 300 mg 1 x 1 tabl. oraz Salbutamol na żądanie.**

**19.10.2006**

## Wywiad

Pacjentka zgłosiła się na planowaną wizytę. Czuje się lepiej w porównaniu z poprzednią wizytą. Objawy astmy: kaszel codziennie niewielki. Podaje poprawę tolerancji wysiłku – może wchodzić na 2 piętro bez odpoczynku. Typowych napadów duszności od ostatniej wizyty nie miała, jedynie „podduszanie” przy mglistej pogodzie. Leki przyjmuje regularnie z dobrą tolerancją. Przebudzenia nocne średnio 2 razy na tydzień. SABA średnio 2 razy na dobę.

## Badanie fizykalne

Wykonane badanie fizykalne nie wykazało zmian w stosunku do badania z dnia 31.07.2006.

- praca serca miarowa o częstotści 70/min.
- RR115/65.

## Badania diagnostyczne

- spoczynkowe badanie spirometryczne. Pacjent bez SABA w dn. wizyty. FEV1 69 % nal.

### Zalecone leczenie

**Kontynuacja leczenia.**

## Komentarz

Opisana chora to typowy przykład pacjentki z niekontrolowaną astmą mimo stosowania wysokich dawek steroidów wziewnych. Kolejnym krokiem u chorej po zastosowaniu budezonidu w dawce w 1200 µg/d może być zastosowania steroidów doustnych. Właściwa edukacja chorej, trening technik inhalacyjnych i podanie cyklezonidu spowodowało zmianę kwalifikacji kontroli astmy z astmy niekontrolowanej na astmę częściowo kontrolowaną.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)