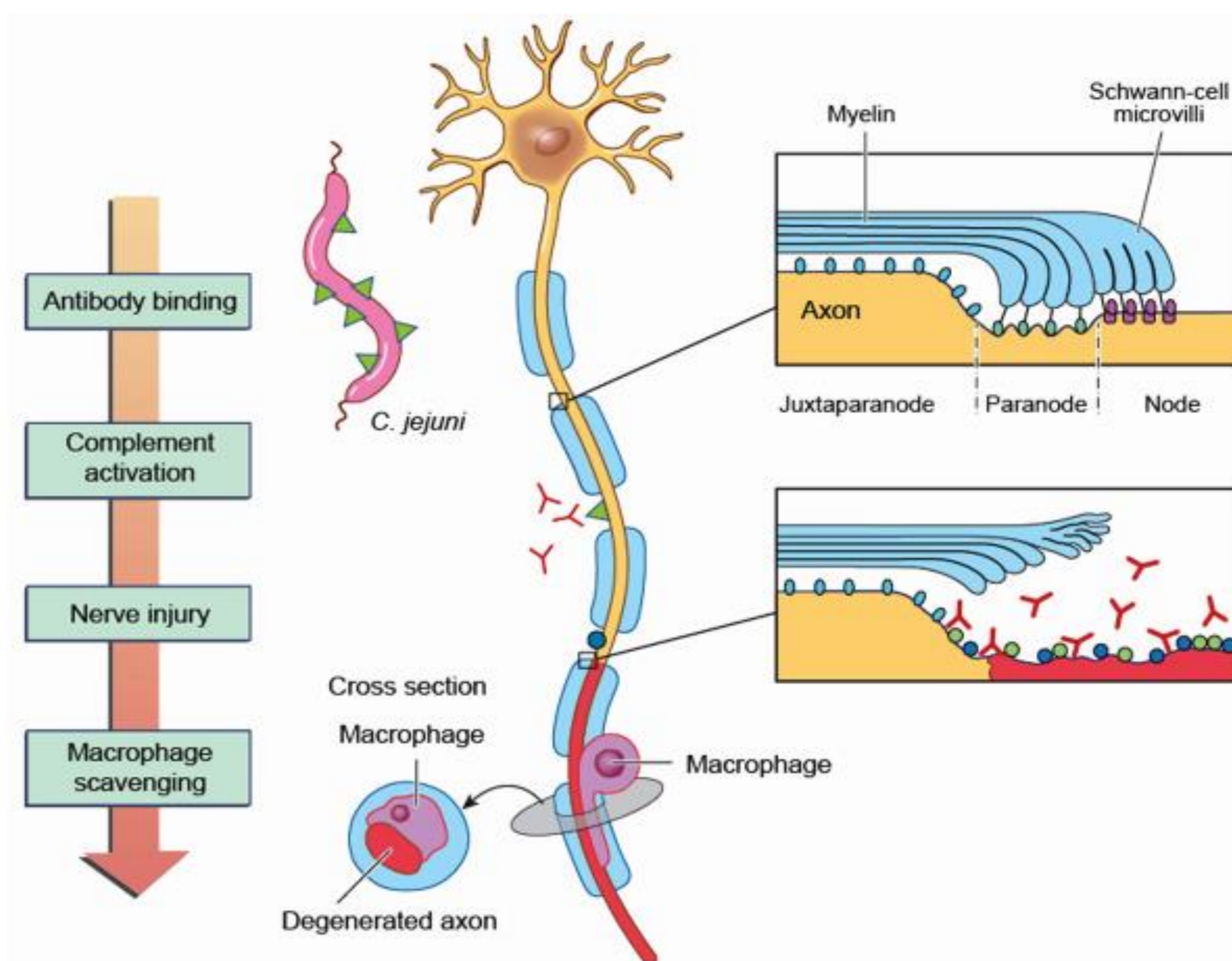


Háttér

A Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinikáján évek óta gondozunk dysimmun neuropathiában szenvedő betegeket. Ezen autoimmun eredetű kórképek pontos etiológiája még tisztázatlan, az 1. ábra szemlélteti egy lehetséges patomechanizmusát. A különböző érintettségnek megfelelően motoros, ill. szenzoros tünetek dominálják a klinikai képet.

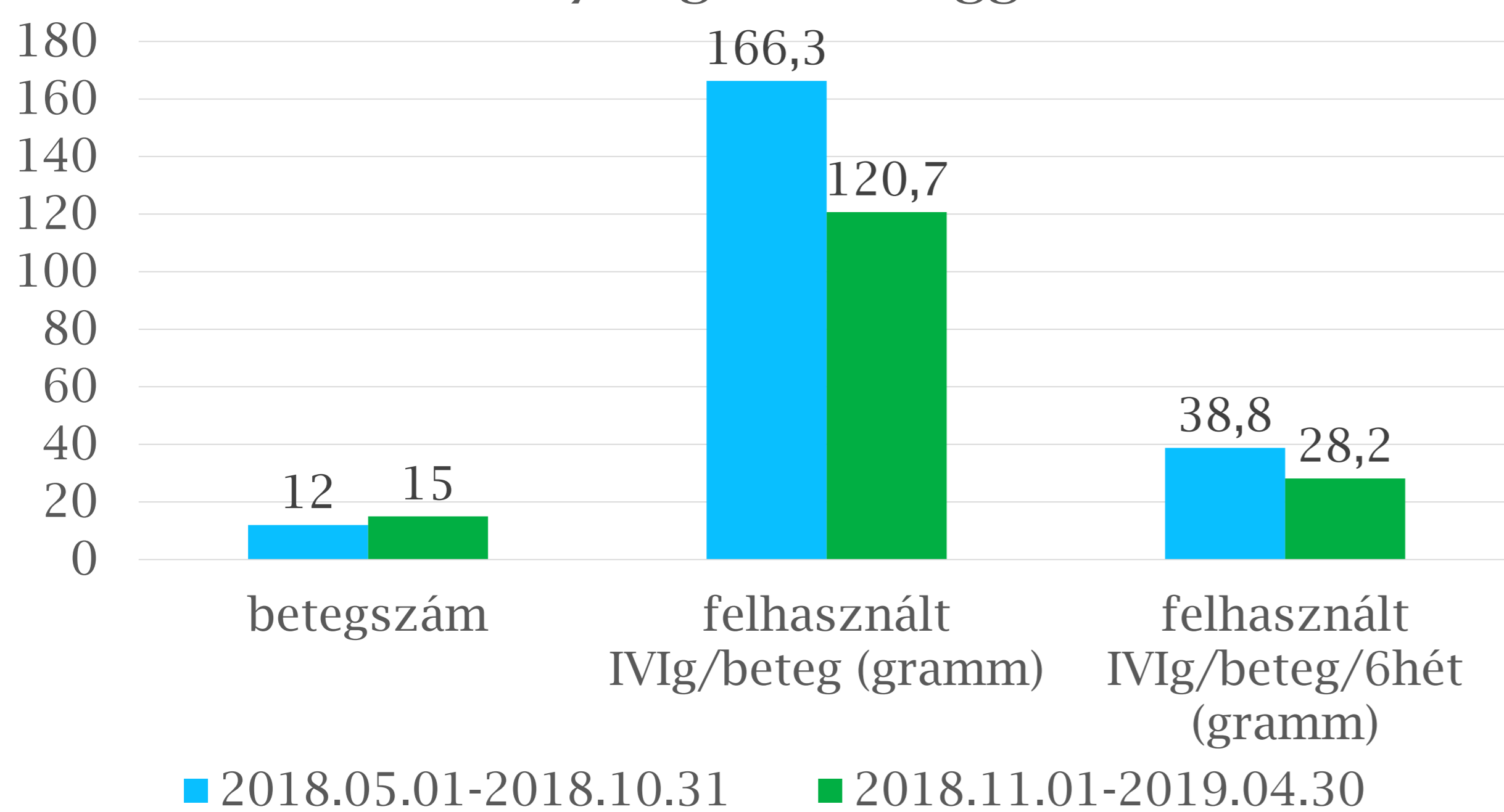
A krónikus gyulladással demyelinizációs polyneuropathia (CIDP) gyakran szimmetrikus, proximális és distalis gyengeséggel járhat, ill. érzészavar kísérheti. A multifokális motoros neuropátia (MMN) aszimmetrikus eloszlást mutat, a felső végtagok gyakrabban érintettek, érző tünetek nem társulnak az egyes környéki idegek érintettségének megfelelően kialakuló gyengeséghez. Kezelés nélkül a betegek életminősége jelentősen romlik, súlyos maradványtünetek alakulhatnak ki.

CIDP-ben evidencia szintű terápiás lehetőség a nagy dózisú intravénás immunglobulin G-n (IVIg) kívül a kortikoszteroid és a plazmaferézis kezelése (egyformán hatékonyak, de az elfogadott ajánlás szerint elsőként az IVIg választandó), MMN-ben viszont az egyedüli terápiás lehetőség az IVIg. Mindkét esetben az evidencia szintű kezdő/telítő IVIg dózis 2g/ttkg 2-5 nap alatt, majd a fenntartó adag 0.4-1g/ttkg 2-6 hetente. Az IVIg terápiás indikációjának szélesebbé válása és elsősorban a (távol)keleti országok felhasználásának jelentős mértékű növekedése világszintű ellátási nehézséghez, illetve a készítmények 25-30%-os áremelkedéséhez vezetett.



1.ábra: A kórképek feltételezett patomechanizmusa. Virus fertőzés (C. jejuni, EBV, CMV) alkalmával/után a kórokozók ellen termelt (auto)antitestek „tévesen” a motoros- és/vagy érzőideg Schwann-sejt részét jelöli meg, ezáltal károsítja a myelin hüvelyt, ami ingerületvezetési problémát okoz.

1. diagram: Betegszám és felhasznált IVIg mennyiség összefüggései



Célkitűzés

A Neurológiai Klinikán gondozott dysimmun neuropathiás betegek ajánlások szerinti ellátásának szakmai és gazdasági elemzése.

Módszer

A klinikán kezelt neuropathiás betegek dokumentációja alapján betegstípusok szerint vizsgáltam a betegek terápiáját. Két féléves periódusban (2018.05.-2018.10.;2018.11.-2019.04.) összehasonlítottam a kezelt betegek számát, a felhasznált IVIg mennyiséget és a kezelési költségeket.

Eredmények

Az első féléves periódus 12-es betegszáma (területi ellátási kötelezettség miatt) 15-re nőtt. A 25%-kal nagyobb betegforgalom és a 27,8%-os készítményár növekedés (10.085Ft/g-ról 12.891Ft/g-ra) csak 4,7%-os költségnövekedést eredményezett (a plazmaferézisre áttelített betegek költségeit is beleszámolva). Az első diagram megmutatja, hogy hogyan csökkent a félév alatt, illetve az ideális terápiának tekinthető hat hetes adagolásra vonatkoztatva az egy betegre jutó IVIg mennyiség. A második diagram azt ábrázolja, hogy ugyan az összes felhasznált IVIg mennyiség csökkent, ennek költsége mégis emelkedett. Ezt a mennyiségbeli csökkenést egyrészt az egyéb terápiára (plazmaferézis) való áttelítés, illetve az IVIg terápián lévő betegeknél az adagolási intervallum személyre szabása (, a lehetőségekhez képesti növelése) tette lehetővé.

Konklúzió

Azon betegcsoportoknál, ahol a terápiás lehetőségek száma limitált, a gyógyszerellátás szakmai és gazdasági problémáinak hatása sokkal erőteljesebb. Ezen költséges kezeléseknél a rendkívül szoros monitorozás, a terápiás ajánlások lehetőség szerinti személyre szabása segítheti a betegek folyamatos kezelésének biztosítását.

2. diagram: Felhasznált IVIg költségvonzata

