

Léčba gonartrózy III. stupně u polymorbidní pacientky

MUDr. Helena Zedková

Ambulance praktického lékaře MUDr. Františka Uhlářová, s. r. o., Třinec

Osteoartróza je multifaktoriální onemocnění, které postihuje velkou část populace. Uvádí se, že obraz osteoartrózy je při RTG vyšetření viditelný až u 60 % vyšetřovaných osob nad 65 let. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin nemoci. Osteoartróza je až ve 20 % důvodem návštěvy ordinace praktického lékaře. U mladších osob může být příčinou vzniku invalidity.

Jde o multifaktoriální degenerativní onemocnění kloubů, při kterém dochází k poruše obnovy kloubní chrupavky. Kloubní chrupavka ztrácí lesk, měkne a na jejím povrchu vznikají fisury. Postupně se stává chrupavka méně odolnou a dochází k jejím ztrátám. Subchondrální kost sklerotizuje a na okrajích kloubu se tvoří osteofyty. Druhotně jsou postiženy okolní měkké tkáně, zejména vazy.

Osteoartróza kolenního kloubu (gonartróza) může postihovat mediální, laterální femorotibiální nebo femoropatelní oblast. Způsobuje bolest, typicky na začátku pohybu, bolest se stupňuje a je ovlivňována počasím. Pohyb je omezený a často jsou viditelné osové deformity. Rozlišujeme čtyři stupně gonartrózy dle RTG nálezů. Léčba zahrnuje režimová opatření, farmakoterapii a chirurgickou léčbu. Z analgetik lze použít nesteroidní antiflogistika, ostatní neopioidní a případně i opioidní analgetika. Často nejúčinnější je léčba nesteroidními antiflogistiky, které potlačují zánětlivou komponentu procesu.

Vhodným zástupcem ze skupiny analgetik s protizánětlivými účinky je aceklofenak, preferenčně působící na COX-2 (1). Užívá se perorálně, rychle se absorbuje a jeho biologická dostupnost je téměř 100 % (2). Aceklofenak je dobře tolerován, je šetrnější pro GIT ve srovnání s většinou NSAIDs (3, 4).

Kazuistika ilustruje postup léčby u polymorbidní pacientky s gonartrózou a chronickým vertebrogenním algickým syndromem lumbálního úseku páteře.

Klíčová slova: osteoartróza, gonartróza, nesteroidní antiflogistika.

Léčba gonartrózy III. stupně u polymorbidní pacientky

Osteoarthritis is a multifactorial disease that affects a large portion of the population. It is reported that the image of osteoarthritis is visible in X-ray examinations in up to 60% of examined individuals over 65. It is one of the most common causes of morbidity. Osteoarthritis accounts for up to 20% of visits to a general practitioner's office. In younger individuals, it can be a cause of disability.

It is a multifactorial degenerative joint disease in which there is a disruption in the renewal of joint cartilage. The joint cartilage loses its luster, softens, and fissures form on its surface. Gradually, the cartilage becomes less resilient and losses occur. The subchondral bone becomes sclerotic, and osteophytes form at the edges of the joint. Secondly, surrounding soft tissues, especially ligaments, are affected. Knee osteoarthritis (gonarthrosis) can affect the medial, lateral femorotibial, or femoropatellar area. It causes pain, typically at the beginning of movement, the pain

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2024;21(5):320-323

<https://doi.org/10.36290/med.2024.052>

Článek přijat redakcí: 1. 8. 2024

Článek přijat k tisku: 26. 10. 2024

MUDr. Helena Zedková

f.uhlarova@gmail.com

INZERCE

intensifies and is influenced by the weather. Movement is limited, and axial deformities are often visible. We distinguish four degrees of gonarthrosis based on X-ray findings. Treatment includes regimen measures, pharmacotherapy, and surgical treatment. Analgesics such as nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), other non-opioid, and possibly opioid analgesics can be used. The most effective treatment is often with NSAIDs, which suppress the inflammatory component of the process.

A suitable representative from the group of analgesics with anti-inflammatory effects is aceclofenac, which preferentially acts on COX-2. It is taken orally, quickly absorbed, and its bioavailability is almost 100%. Aceclofenac is well tolerated and is gentler on the gastrointestinal tract compared to most NSAIDs.

The case study illustrates the treatment procedure for a poly morbid patient with gonarthrosis and chronic vertebrogenic algic syndrome of the lumbar spine.

Key words: osteoarthritis, gonarthrosis, nonsteroidal antiphlogistics.

Osteoartróza nosných kloubů je onemocnění, které postihuje velkou část populace. Uvádí se, že obraz osteoartrózy je při RTG vyšetření až v 60 % vyšetřovaných osob nad 65 let. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin nemoci. Osteoartróza je až ve 20 % důvodem návštěvy ordinace praktického lékaře. U mladších osob může být příčinou vzniku invalidity. Osteoartróza je degenerativní onemocnění kloubní chrupavky, která ztrácí lesk, měkne a na jejím povrchu vznikají fisury. Postupně se stává méně odolnou a dochází k jejím ztrátám. Subchondrální kost sklerotizuje a na okrajích kloubu kost reaguje tvorbou výrůstků. Druhotně jsou postiženy okolní měkké tkáně, zejména vazy (1).

Osteoartróza kolenního kloubu (gonartróza) je degenerativní onemocnění, při kterém se nadměrně opotřebovávají kloubní chrupavky, vzniká subchondrální skleróza, tvoří se osteofyty a mění se synovie vazů i svalů. Způsobuje zejména bolest a omezení pohybu. Rozlišujeme čtyři stupně gonartrózy dle RTG nálezu. Léčba zahrnuje režimová opatření, farmakoterapii a chirurgickou léčbu. Z analgetik lze použít nesteroidní antiflogistika, ostatní neopioidní a případně i opioidní analgetika. Důležitá a často nejúčinnější je léčba nesteroidními antiflogistiky, které potlačují zánětlivou komponentu procesu (2).

Z dostupných antiflogistik mám u pacientů s osteoartrózou velmi dobré zkušenosti s aceklofenakem. Aceklofenak je analgetikum s protizánětlivými účinky preferenčně působící na COX-2 (3). Předpokládá se, že mechanismus účinku je založený na inhibici syntézy prostaglandinů. Užívá se perorálně, rychle se absorbuje a jeho biologická do-

stupnost je téměř 100%, maximum plazmatické koncentrace dosahuje za 1,5–3 hodiny. V synoviální tekutině dosahuje až 60 % své plazmatické koncentrace a 75 % se vylučuje močí (4). Aceklofenak je dobře tolerován, je šetrnější pro GIT ve srovnání s většinou NSAIDs (5, 6).

Kazuistika

Pacientka, 76 let, váha 89 kg, výška 155 cm, BMI 37.

Interní anamnéza:

Diabetes mellitus 2. typu – léčba bazálním inzulinem a PAD (dobrá kompenzace HbA_{1c} 48), hypertenze (výborně kompenzována antihypertenzivy, TK 138/81), hypertriacylglycerolemie – léčba fibrátem, hyperurikemie na alopurinolu, hypotyreóza – substituce levotyroxinem, závažná aortální stenóza indikována k provedení TAVI.

Diagnóza a léčba:

Pacientka je sledována pro **gonartrózu III. stupně obou kolenních kloubů a chronický vertebrogenní algický syndrom lumbálního úseku páteře**, kde je taktéž popsána osteoartróza a degenerativní změny s osteofyty. Dochází na kontroly na ortopedii, kde jsou aplikovány intraartikulární injekce s kortikoidy a kyselinou hyaluronovou. Pacientka užívá nimesulid, který ale nedostačuje, a musí navíc užívat metamizol. Na této kombinaci je pacientka cca 6 měsíců, po kterých se ale objevují epigastralgie, a proto upravujeme medikaci.

Nimesulid je nahrazen aceklofenakem, který má sice pomalejší nástup účinku při zahájení léčby, ale efekt je výrazně lepší

a účinnost pacientce dostačuje po celý den (cca 12 hodin). Při větší pohybové aktivitě zvyšuje dávku aceklofenaku na 100 mg 2× denně, případně přidává metamizol. Na této terapii je pacientka přes 18 měsíců spokojená a bez projevů epigastralgie.

Lékařská vyšetření, hospitalizace a další léčba

Laboratorně u pacientky dochází k anemizaci bez dalších patologických příznaků (bez váhového úbytku, krvácení do GIT atd.). Probíhá došetření za krátké hospitalizace. Fibrogastroskopie odhalila gastritis typu A, což je autoimunitní onemocnění bez návaznosti na NSAID. Nález na kolonoskopii s obrazem chronické divertikulózy sigmoidea, bez maligních změn či krvácení do GIT. Tento nález dokládá, že i při dlouhodobém užívání aceklofenaku nedošlo ke krvácení v GIT. Anémie je hodnocena jako anémie chronického onemocnění s podílem omezeného vstřebávání vit. B₁₂ a folátu při gastritidě typu A.

Pacientka s odstupem několika měsíců prodělává sepsi při akutní cholangitidě a během hospitalizace je telemetricky zachycen paroxysmus fibrilace síní. Nově je medikován NOAC – rivaroxaban. Internistou je doporučena změna analgetik s využitím preparátu s tramadolem a ukončení léčby NSAID. Změna léčby na kombinaci preparát tramadol/paracetamol 37,5/325 mg 2× denně, při zvýšení dávky na 3× denně dochází k rozvoji nežádoucích účinků – vertigo, slabost a celkový útlum. Dále pacientka kombinuje léčbu s metamizolem, ale efekt je nedostatečný, pacientka se budí bolestí, a má zhoršené startovací obtíže.

Pacientka je operována pro závažnou aortální stenózu, je provedeno TAVI. Průběh je bez komplikací. Kardiolog upravuje léčbu antikoagulancii – místo rivaroxabanu je doporučen apixaban. S kardiologem a klinickým farmakologem probírá možnost opětné analgetizace aceklofenakem –

oba souhlasí. Je ale nezbytné monitorovat průběh léčby a sledovat případné krvácivé epizody.

Závěr

Pacientka je nyní dlouhodobě a úspěšně léčena aceklofenakem 2 × 100 mg bez projevů

jakýchkoliv vedlejších nežádoucích účinků v kombinaci s tramadolem/paracetamolem v dávce 37,5/325 mg. Na dané terapii je stabilizovaná, lépe mobilní a spokojená s nastavenou léčbou. Díky dobré analgetizaci je i nadále dostatečně samostatná.

LITERATURA

1. Horčíčka V. Osteoartróza. Interní Med. 2004;5:238-243. <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2004/05/03.pdf>
2. Dungl P, et al. Ortopedie, Praha: Grada publishing; 2005: 1280, 991-1012.
3. Pareek A, Chandanwale AS, Oak J, et al. Efficacy and safety of aceclofenac in the treatment of osteoarthritis: a randomized

- double-blind comparative clinical trial versus diclofenac - an Indian experience. Curr Med Res Opin. 2006 May;22(5):977-88. doi: 10.1185/030079906X104722. PMID: 16709320.
4. SPC LP Biofenac
5. Safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs, SOS final report 2012, www.sos-nsaids-project.org

6. Castellsague J, Riera-Guardia N, Calingaert B, et al; Safety of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (SOS) Project. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). Drug Saf. 2012 Dec 1;35(12):1127-46. doi: 10.2165/11633470-000000000-00000. PMID: 23137151; PMCID: PMC3714137.