

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 jejímu 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 inzulínem 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.