dr n. med. Robert Rupiński

Centrum Reumatologii i Osteoporozy – Rheuma Medicus w Warszawie

Zastosowanie etorykoksybu w chorobach układu ruchu – doświadczenia ośrodka warszawskiego

Etoricoxib application in the diseases of the motion system – the Warsaw clinical center own experiences

Dr n. med. Robert Rupiński

Centrum Reumatologii i Osteoporozy – Rheuma Medicus w Warszawie
Dyrektor medyczny: dr n. med. Maria Rell-Bakalarska

For non-commercial use only

WPROWADZENIE

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ, *non-steroidal anti-inflammatory drugs*) są heterogenną grupą związków chemicznych wykorzystywaną w leczeniu objawowym bólu i stanu zapalnego w układzie ruchu. NLPZ hamują przekształcanie kwasu arachidonowego w prostaglandynę H_2 (PGH2) przez enzym cyklooksygenazę (COX). PGH2 jest substratem dalszych przemian enzymatycznych, w których efekcie powstają m.in. prozapalne prostaglandyny (PGD2, PGE2, PGF2) odgrywające istotną rolę w patogenezie bólu w stawach i tkankach okołostawowych [1].

W organizmie występują dwie formy COX: cyklooksygenaza 1 (COX-1; stale obecna w większości tkanek, reguluje fizjologiczne procesy komórkowe), cyklooksygenaza 2 (COX-2; indukowana przede wszystkim przez cytokiny prozapalne i endotoksyny). Skuteczność przeciwzapalna i przeciwbólowa poszczególnych NLPZ zależy głównie od hamowania aktywności COX-2 [2].

Koksyby (wybiórcze NLPZ) średnio blisko 100-krotnie silniej hamują aktywność COX-2 niż aktywność COX-1. Ze względu na mechanizm działania charakteryzują się dużą siłą działania przeciwzapalnego oraz bardzo dobrym profilem bezpieczeństwa gastrologicznego w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Najnowszym

STRESZCZENIE

Etorykoksyb – selektywny inhibitor COX-2 (koksyb) – został zarejestrowany w leczeniu choroby zwyrodnieniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (spondyloartropatia) oraz dny moczanowej. Silne działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne etorykoksybu zostało potwierdzone w randomizowanych badaniach klinicznych obejmujących duże grupy pacjentów. Etorykoksyb w porównaniu z klasycznymi niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi charakteryzuje się blisko 2-krotnie niższym ryzykiem poważnych działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego. Jednocześnie, podobnie jak w przypadku innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych, terapia etorykoksybem jest przeciwwskazana u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.

SŁOWA KLUCZOWE

etorykoksyb, choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, spondyloartropatia

DOI: 10.24292/01.MF.0422.9
© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/jebm/index: 21.08.2025; 07:32,54

koksybem, wprowadzonym do leczenia w 2002 r., jest etorykoksyb [3].

Pomimo dużej skuteczności i bezpieczeństwa etorykoksybu przy rozpoczynaniu terapii nim należy kierować się tymi samymi zasadami co przy leczeniu klasycznymi NLPZ:

1. Etorykoksyb powinien być stosowany w najniższej skutecznej dawce oraz przez jak najkrótszy czas niezbędny do osiągnięcia zamierzonego efektu klinicznego (redukcja bólu i innych objawów zapalenia).
2. Wybór etorykoksybu powinien być zawsze związany z indywidualnymi potrzebami pacjenta, w szczególności w zakresie wskazań, dawki leku oraz ryzyka działań niepożądanych.
3. Odpowiedź na terapię (optymalizacja dawki) oraz występowanie działań niepożądanych (kardiologicznych, gastrologicznych, nefrologicznych i hepatologicznych) powinny być systematycznie monitorowane w czasie całego leczenia.
4. Pacjenci obciążeni wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym lub gastrologicznym, niewydolnością nerek lub wątroby, schorzeniami współistniejącymi nie powinni być leczeni NLPZ, w tym również etorykoksybem. Szczególną ostrożność należy zachować u pacjentów po 65. r.ż.

OPISY PRZYPADKÓW

PACJENT Z DNĄ MOCZANOWĄ

38-letni otyły mężczyzna, dotychczas nieleczący się, zgłosił się do reumatologa z powodu silnego bólu i obrzęku pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego stopy prawej. Dolegliwości bólowe pojawiły się po raz pierwszy 2 dni wcześniej nad ranem, nie były związane z urazem lub przeciążeniem, towarzyszyła im podwyższona do 37,7°C temperatura ciała oraz uczucie ogólnego osłabienia. Pacjent tego samego dnia był konsultowany przez lekarza rodzinnego, który podejrzewając atak dny moczanowej, zalecił etorykoksyb w dawce 60 mg/24 h oraz wykonał podstawowe badania laboratoryjne.

W wynikach tych oznaczeń oprócz istotnie podwyższonych wartości OB (62 mm/h) oraz CRP (42,4 mg/l; norma do 5,0 mg/l) nie było innych nieprawidłowości, w szczególności stężenie kwasu moczowego w surowicy wynosiło 6,6 mg/dl (norma 6,8 mg/dl). Lekarz rodzinny zalecił dołączenie antybiotyku (amoksycylina 2 × 1000 mg/24 h) oraz pilną konsultację reumatologiczną.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono obrzęk, bardzo dużą tkliwość i zaczerwienienie stawu śródstopno-paliczkowego palucha stopy prawej, bez zajęcia innych stawów. Obraz kliniczny oraz wystąpienie ostrego zapalenia stawu po spożyciu alkoholu (wino) i pokarmów bogatych w puryny (owoce morza) upoważniał do rozpoznania pierwszego w życiu ataku dny moczanowej. W diagnostyce różnicowej ostrego zapalenia stawu w przebiegu dny moczanowej należy jednak zawsze brać pod uwagę etiologię infekcyjną. Wywiad i objawy kliniczne w tym przypadku sugerowały jednak statystycznie częstszą przyczynę, czyli ostry napad dny. Zalecono odstawienie antybiotyku oraz zwiększenie dawki etorykoksybu do 120 mg/24 h (w pojedynczej dawce dziennej).

Pacjent pojawił się na wizycie kontrolnej po 7 dniach i zgłosił znaczną poprawę – całkowite ustąpienie obrzęku i zaczerwienienia, niewielkie bóle stawu występujące jedynie przy poruszaniu się. Utrzymano etorykoksyb w dawce 60 mg/24 h, dołączono allopurynol 100 mg/24 h oraz zalecono dietę niskopurynową. Kolejną wizytę kontrolną połączoną z oznaczeniem stężenia kwasu moczowego w surowicy zaplanowano za 4 tygodnie.

Komentarz

U opisanego pacjenta ze świeżo rozpoznaną dną moczową podstawowe znaczenie miało zaproponowanie silnego leczenia przeciwzapalnego w pierwszej fazie terapii. Wybór etorykosybu przez lekarza rodzinnego okazał się słuszny z kilku powodów: wysoka selektywność leku w stosunku do indukowanej zapaleniem COX-2 (duże nasilenie stanu zapalnego), wygoda dawkowania i szybkość działania (czynny zawodowo pacjent z dużym natężeniem bólu), brak konieczności podawania łącznie z inhibitorem pompy protonowej (IPP), a także zastosowanie zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego (nie wszystkie NLPZ mają rejestrację w leczeniu dny moczanowej). Jednocześnie należy przypomnieć, że etorykoksyb charakteryzuje się jedną z najwyższych objętości dystrybucji wśród NLPZ

ABSTRACT

Etoricoxib is a selective COX-2 inhibitor (coxib) approved in the treatment of osteoarthritis, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis (spondyloarthropathy) and gout. Randomised clinical trials have demonstrated its high analgesic and anti-inflammatory efficacy in large groups of patients. There is nearly twofold reduction in the relative risk for gastrointestinal side effects with etoricoxib in comparison to classic non-steroidal anti-inflammatory drugs. Etoricoxib, similar to nonselective non-steroidal anti-inflammatory drugs, is contraindicated in patients with a high cardio-vascular risk.

KEY WORDS

etoricoxib, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, spondyloarthropathy

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/jebm/index: 21.08.2025; 07:32,54

(Vd = 1,71 l/kg), co zapewnia mu optymalną penetrację oraz optymalny czas przebywania w tkankach obwodowych objętych procesem zapalnym (jest to szczególnie ważne u pacjentów z otyłością) [4]. Zwiększenie dawki leku do 120 mg/24 h w ciągu 8 dni stanowi sprawdzoną opcję terapeutyczną w leczeniu ataku dny moczanowej, oferującą maksymalny efekt przeciwzapalny i przeciwbólowy. W metaanalizie 4 randomizowanych badań klinicznych (łącznie 606 pacjentów) przeprowadzonej przez Tzu-Min i wsp. wykazano, że terapia zapalenia stawu w przebiegu dny moczanowej etorykoksybem jest tak samo skuteczna jak leczenie indometacyną, przy istotnie niższej częstości działań niepożądanych, przede wszystkim ze strony przewodu pokarmowego [5]. Kontynuacja leczenia etorykoksybem w drugiej fazie terapii, w której koncentrujemy się na obniżaniu stężenia kwasu moczowego w surowicy, ma podwójne zadanie – działa nadal przeciwzapalnie (przeciwbólowo) oraz zabezpiecza pacjenta przed możliwym po wprowadzeniu allopurynolu nawrotem ostrego zapalenia stawu. Na marginesie prezentowanego przypadku należy również zwrócić uwagę, że w ostrym okresie dny moczanowej stężenie kwasu moczowego może pozostawać w normie, co nie wyklucza rozpoznania choroby. Stężenie kwasu moczowego należy skontrolować po ok. 4 tygodniach od włączenia leczenia hipourykemizującego w celu ustalenia optymalnej dawki allopurynolu lub febuksostatu. Stosowanie NLPZ (etorykoksyb) jest możliwe i bywa konieczne również w późniejszych okresach terapii dny moczanowej.

PACJENT Z WCZESNYM REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW

58-letni mężczyzna, czynny zawodowo nauczyciel z łagodnym nadciśnieniem tętniczym (ramipryl 10 mg/24 h), hipercholesterolemią (rozuwastatyna 5 mg/24 h), palący papierosy, zgłosił się z powodu występujących od blisko 2 miesięcy bólów i obrzęków wielu stawów (przede wszystkim rąk i stóp) oraz kilkugodzinnej sztywności porannej odczuwanej w zajętych stawach. W rodzinie pacjenta rozpoznawano (u brata ojca) już wcześniej reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Dwa tygodnie wcześniej konsultujący pacjenta lekarz rodzinny wykonał podstawowe badania laboratoryjne: OB 65 mm/h, CRP 24 mg/l (norma 5,0 mg/l), hemoglobina 12,2 mg/dl (norma 14–18 mg/l), RF (rheumatoid factor) 235 IU/ml (norma do 20), pozostałe wskaźniki morfologii krwi oraz testy oceniające funkcję wątroby i nerek pozostawały w normie. Na podstawie obrazu klinicznego lekarz rodzinny rozpoznał RZS, wdrożył leczenie naproksenem w dawce 2 × 500 mg/24 h w osłonie inhibitora pompy protonowej (pantoprazol 20 mg/24 h) oraz skierował pacjenta w trybie pilnym do poradni reumatologicznej.

Dzięki leczeniu pacjent odczuł wyraźną poprawę, jednak nadal występowały bóle (VAS-ból = 5/10) i obrzęki stawowe, a czas trwania sztywności porannej pacjent oceniał na ok. 2 h. W badaniu klinicznym stwierdzono bóle i obrzęki stawów nadgarstkowych, śródręczno-paliczkowych, międzypaliczkowych bliższych, stawu kolanowego lewego oraz stawów śródstopno-paliczkowych – łącznie 22 stawy bolesne i 16 obrzękniętych. Na podstawie typowego obrazu klinicznego rozpoznano wczesne seropozytywne RZS o bardzo wysokiej klinicznej aktywności – DAS28 (*Disease Activity Score*, wskaźnik klinicznej aktywności zapalenia stawów) = 6,69.

Pacjentowi zaproponowano rozpoczęcie leczenia metotreksatem podawanym podskórnie (s.c.) w dawce 15 mg/tydzień (wraz z suplementacją kwasem foliowym), włączono metyloprednizolon 8 mg/24 h (przez 2 tygodnie), przyjmowany dotychczas naproksen zastąpiono etorykoksybem 90 mg/24 h (utrzymano pantoprazol). Wyznaczono termin następnej wizyty wraz z badaniami laboratoryjnymi za 4 tygodnie.

Pacjent zgłosił się planowo na wizytę kontrolną. Poinformował, że nastąpiło istotne zmniejszenie dolegliwości ze strony układu ruchu w postaci redukcji liczby zajętych stawów oraz skrócenia sztywności porannej (do ok. pół godziny). Pacjent zakończył przyjmowanie metyloprednizolonu zgodnie z zaleceniami, kontynuował przyjmowanie etorykokosybu (VAS-ból = 1/10). Pacjent wykonał dotychczas samodzielnie 4 iniekcje metotreksatu s.c. – nie obserwował żadnych działań niepożądanych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono średnią kliniczną aktywność choroby – DAS28 = 4,11. Pacjent dostarczył wykonane przed 2 dniami badania laboratoryjne: OB 38 mm/h, CRP 11 mg/l, hemoglobina 12,8 mg/l, pozostałe oznaczenia morfologii krwi badania biochemiczne (w tym transaminazy) były w normie.

Zaproponowano zwiększenie dawki metotreksatu s.c. do 20 mg/tydzień, kontynuację terapii etorykoksybem 60 mg/24 h (w razie potrzeby), odstawienie pantoprazolu oraz wizytę kontrolną za 2 miesiące.

Komentarz

Zastosowanie etorykoksybu u pacjenta z wczesnym bardzo aktywnym RZS związane było z dążeniem do zapewnienia skutecznego leczenia przeciwbólowego w przypadku bardzo wysokiej klinicznej aktywności zapalenia stawów. W randomizowanym badaniu klinicznym u pacjentów z RZS wykazano, że etorykoksyb 90 mg/24 h istotnie i szybko zmniejszał liczbę bolesnych i obrzękniętych stawów, przez co wpływał na redukcję DAS28. Mając świadomość opóźnionego działania metotreksatu (podstawowy lek modyfikujący przebieg choroby), u pacjenta z RZS kontynuowano systematyczną terapię etorykoksybem. Zamiana naproksenu na koksyb w opisywanym przypadku miała również istotny aspekt związany z ochroną górnego odcinka przewodu pokarmowego. U pacjenta z kilkoma czynnikami ryzyka uszkodzenia błony śluzowej górnego

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/jebm/index: 21.08.2025; 07:32,54

odcinka przewodu pokarmowego (palenie papierosów, wysoka dawka NLPZ, terapia glikokortykosteroidem) należy dążyć do stosowania NLPZ bardziej selektywnego względem COX-2 (etorykoksyb). W metaanalizie obejmującej 10 randomizowanych badań klinicznych wykazano, że etorykoksyb po 12 miesiącach stosowania powodował blisko 2-krotnie mniej poważnych działań niepożądanych (tzw. PUB: *perforation*, *ulceration*, *bleeding*) niż klasyczne (nieselektywne) NLPZ. Ograniczenie przyjmowanych profilaktycznie IPP uzyskane dzięki zastosowaniu koksybów ma również istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka osteoporozy. Długotrwałe leczenie IPP przez wpływ na gospodarkę wapniowo-fosforanową może prowadzić do obniżenia gęstości mineralnej kości.

PACJENTKA ZE SPONDYLOARTROPATIĄ

35-letnia kobieta, z zawodu kucharka, zgłosiła się do poradni reumatologicznej z powodu utrzymywania się uogólnionych dolegliwości bólowych oraz sztywności całego ciała utrudniających wykonywanie czynności dnia codziennego i pracę zawodową (zwolnienie lekarskie od 4 miesięcy). Około 3 miesięcy wcześniej u pacjentki konsultowanej w poradni leczenia bólu rozpoznano fibromialgię oraz wdrożono leczenie połączeniem tramadolu z paracetamolem (3 × 37,5/325 mg dziennie), duloksetyną (60 mg/24 h) i pregabaliną (150 mg/24 h). Pacjentka odczuła zdecydowaną poprawę, jednak nadal utrzymywały się bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz kończyn dolnych (VAS-ból = 4/10). W trakcie zbierania wywiadu okazało się, że dolegliwości bólowe kręgosłupa wystąpiły u pacjentki po raz pierwszy ok. 30. r.ż. i pomimo okresowego stosowania różnych leków (ibuprofen, diklofenak) dosyć często nawracały. Obecne zaostrzenie choroby nastąpiło pół roku temu i miało według pacjentki związek ze zmianą charakteru pracy na siedzącą. Pacjentka kilka lat wcześniej wykonywała kolonoskopię z powodu łagodnych (bez krwi i śluzu) stanów biegunkowych (wynik prawidłowy), poza tym negowała schorzenia współistniejące (nie przyjmowała żadnych leków na stałe). Wywiad rodzinny w kierunku chorób reumatycznych okazał się negatywny, u ojca pacjentki występowała łuszczyca skóry.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono: artralgię stawów kolanowych, skokowych oraz stawu ramiennego lewego, ograniczenie ruchomości kręgosłupa (objaw Schobera – 2,5 cm, odległość palce–podłoga – 20 cm), zajęcie prawego stawu krzyżowo-biodrowego (test Patricka), tkliwość punktów typowych dla fibromialgii (9/18). Nie znaleziono istotnych odchyleń w dostarczonych przez pacjentkę badaniach laboratoryjnych, również wykonane przed 2 tygodniami oznaczenia OB i CRP były prawidłowe.

Na podstawie obrazu klinicznego potwierdzono rozpoznanie fibromialgii oraz wysunięto podejrzenie współistniejącej zapalnej spondyloartropatii. Pacjentkę skierowano do poradni rehabilitacyjnej w celu wdrożenia ćwiczeń mających na celu poprawę ruchomości kręgosłupa. W leczeniu farmakologicznym zaproponowano zmianę połączenia tramadolu z paracetamolem na etorykoksyb 90 mg/24 h oraz stopniowe odstawienie pregabaliny. Jednocześnie poproszono pacjentkę o wykonanie badania radiologicznego odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa oraz stawów krzyżowo-biodrowych.

Pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną po 5 tygodniach. Podawała istotną poprawę pomimo odstawienia pregabaliny i tramadolu (VAS-ból = 2/10). Jednocześnie pacjentka rozpoczęła w domu systematyczne wykonywanie gimnastyki usprawniającej. W badaniu uwagę zwracała artralgia stawów kolanowych, ograniczenie ruchomości kręgosłupa (objaw Schobera – 3,0 cm), brak klinicznego zajęcia stawów krzyżowo-biodrowych oraz tkliwość punktów typowych dla fibromialgii (7/18). W badaniach radiologicznych wykonanych przez pacjentkę uwidoczniono zapalenie prawego odcinka stawów krzyżowo-biodrowego (*sacroilitis*), cechy kwadratowienia kręgów w odcinku piersiowo-lędźwiowym wraz ze współistniejącymi zmianami zwyrodnieniowymi. Tolerancja zaproponowanego leczenia była dobra: od poprzedniej wizyty pacjentka nie obserwowała stanów biegunkowych. Potwierdzono rozpoznanie spondyloartropatii zapalnej oraz fibromialgii. W leczeniu zaproponowano zmniejszenie dawki przyjmowanego codziennie etorykoksybu z 90 do 60 mg/24 h, redukcję duloksetyny z 60 do 30 mg/24 h oraz systematyczną gimnastykę usprawniającą (w tym pływanie). Ustalono termin wizyty kontrolnej z aktualnymi badaniami laboratoryjnymi za 3 miesiące.

Komentarz

Opisana pacjentka stanowi przypadek występowania dolegliwości bólowych w układzie ruchu o mieszanej etiologii. Jako pierwsze wystąpiły bóle kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych spowodowane rozwojem stanu zapalnego w przebiegu niezróżnicowanej spondyloartropatii. Jak często bywa w takich wypadkach (praca fizyczna, prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych), początkowo rozpoznawano zmiany zwyrodnieniowe oraz zalecano przyjmowane nieregularnie NLPZ, które nie hamowały procesu zapalnego. Zmiana pracy na biurową spowodowała nasilenie bólów, co wiązano ze stresem, a nie ze zmniejszeniem aktywności fizycznej i rozwojem choroby o podłożu zapalnym. Pacjentka trafiła do poradni leczenia bólu z dominującym obrazem zespołu bólowego o typie fibromialgii. Jednak zastosowanie w tym przypadku typowego leczenia duloksetyną i pregabaliną przyniosło tylko częściową poprawę. Dołączenie wyższej dawki etorykoksybu (90 mg/24 h) – silnego leku przeciwzapalnego, pozwoliło na wyeliminowanie komponentu bólu wynikającego z zajęcia przez proces chorobowy stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa. Potwierdzeniem rozpoznania spondyloartropatii były wykonane badania radio-

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/jebm/index: 21.08.2025; 07:32,54

logiczne, w których wykazano prawostronne *sacroilitis* (okres wczesny). Zaawansowanie zmian radiologicznych nie pozwoliło na rozpoznanie zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK), ale świadczyło jednocześnie o przewlekłości procesu zapalnego. ZZSK i inne schorzenia z grupy zapalnych spondyloartropatii charakteryzują się występowaniem bardzo dobrej odpowiedzi na leczenie NLPZ, w tym etorykoksybem [6]. Silne przeciwzapalne działanie etorykoksybu pozwoliło w tym przypadku na istotną redukcję dawki pozostałych leków przeciwbólowych oraz samego NLPZ. Jest to szczególnie ważne u pacjentów ze spondyloartropatiami, ponieważ NLPZ są u nich stosowane często przez wiele miesięcy.

PODSUMOWANIE

Prezentowani pacjenci chorujący na dnę moczanową, RZS i spondyloartropatię stanowią ilustrację dosyć typowych sytuacji klinicznych, z którymi styka się w swojej praktyce specjalista reumatolog. We wszystkich opisanych przypadkach z powodzeniem zastosowano leczenie etorykoksybem, jednak jego dawka i sposób podawania zależały od rozpoznania oraz nasilenia dolegliwości bólowych. Skuteczne i bezpieczne leczenie przeciwbólowe w prezentowanych przypadkach klinicznych związane było z farmakokinetycznymi i farmakodynamicznymi efektami terapii etorykoksybem: dużą aktywnością przeciwzapalną, możliwością dawkowania raz dziennie, szybkim początkiem działania (T_{max} = 1 h), niskim ryzykiem działań niepożądanych ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz dużą objętością dystrybucji [7]. Należy jednak pamiętać, że podobnie jak w przypadku innych NLPZ zastosowanie etorykoksybu jest przeciwwskazane u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym [8]. Z tego powodu podstawowe znaczenie w kwalifikacji do bezpiecznego leczenia NLPZ ma zebranie dokładnego wywiadu dotyczącego chorób układu sercowo-naczyniowego. W szczególności przeciwwskazaniami to takiej terapii mogą okazać się:

1. niestabilna choroba wieńcowa
2. przebyty zawał serca (całkowity zakaz terapii NLPZ do 6 miesięcy po zawale serca i udarze niedokrwiennym mózgu)
3. przeprowadzona w ciągu ostatniego roku inwazyjna terapia serca (pomostowanie aortalno-wieńcowe, angioplastyka wieńcowa)
4. niewyrównane nadciśnienie tętnicze
5. niewydolność serca (NYHA II-IV).

Etorykoksyb jest najnowszym z zarejestrowanych NLPZ, należącym do grupy wybiórczych inhibitorów COX-2 (koksyby), charakteryzuje się silnym i długotrwałym działaniem przeciwzapalnym i przeciwbólowym. Prezentowane przypadki pacjentów z przewlekłymi zapalnymi chorobami układu ruchu potwierdzają wysoką kliniczną skuteczność leku oraz dobry profil bezpieczeństwa w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wybór NLPZ powinien zawsze być poprzedzony analizą potrzeb oraz możliwości terapeutycznych u konkretnego pacjenta (terapia szyta na miarę). Oprócz nasilenia dolegliwości bólowych determinującego dawkę NLPZ podstawowe znaczenie ma ocena czynników ryzyka wystąpienia działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego, przewodu pokarmowego, nerek i wątroby. Jednocześnie zawsze należy brać pod uwagę choroby współistniejące oraz równocześnie przyjmowane z tego powodu leki.

Adres do korespondencji
dr n. med. Robert Rupiński
Centrum Reumatologii i Osteoporozy – Rheuma Medicus
02-118 Warszawa, ul. Pruszkowska 6
e-mail: rupinski@mp.pl

Piśmiennictwo

1. Wordliczek J, Woroń J, Targońska-Stępniak B et al. Leczenie bólu zapalnego – problem interdyscyplinarny widziany oczami reumatologa, neurologa, rehabilitanta, specjalisty medycyny bólu i farmakologa klinicznego. Ból. 2018; 19(4): 11-26.
2. Brune K, Patrignani P. New insights into the use of currently available non-steroidal anti-inflammatory drugs. J Pain Res. 2015; 8: 105-18.
3. https://en.wikipedia.org/wiki/Etoricoxib.
4. Woroń J. Dobór leków z grupy NLPZ do profilu pacjenta – na co zwrócić uwagę. Lekarz POZ. 2020; 4: 203-8.
5. Tzu-Min L, Jia-En C, Chi-Ching C et al. Do etoricoxib and indometacin have similar effects and safety for gouty arthritis? A meta-analysis of randomized controlled trials. J Pain Res. 2019; 12: 83-91.
6. Wang R, Dasgupta A, Ward MW. Comparative efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs in ankylosing spondylitis: a Bayesian network meta-analysis of clinical trials. Ann Rheum Dis. 2016; 75: 1152-60.

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/jebm/index: 21.08.2025; 07:32,54

7. Kwiatkowska B, Majdan M, Mastalerz-Migas A et al. Status of etoricoxib in the treatment of rheumatic diseases. Expert panel opinion. Reumatologia. 2017; 55(6): 290-7.
8. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ. 2011; 342: 7086-96.

For non-commercial use only

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/jebm/index: 21.08.2025; 07:32,54