

# Rozhovor s prof. MUDr. Milanem Lukášem, CSc. na téma užívání inhibitorů protonové pumpy v prevenci gastropatií a duodenopatií při užívání nesteroidních antirevmatik (NSA)



**Pane profesore, jak často se ve své praxi setkáváte s pacienty, kteří přicházejí s potížemi vzniklými při užívání nesteroidních antirevmatik a antiflogistik?**

Relativně často, i když je třeba podotknout, že až 80 % nemocných s žaludečním či dvanáctníkovým vředem vzniklým v souvislosti s užíváním nesteroidního antirevmatika či antiflogistika nemá žádné subjektivní příznaky, např. bolest v epigastriu nebo dyspepsii. Prvním klinickým projevem takto navozeného vředu tak může být až masivní krvácení do gastrointestinálního traktu nebo jiná závažná komplikace, jako je perforace trávicí trubice.

**Mají všechna NSA ulcerogenní potenciál? A jakým mechanismem ke vzniku vředu dochází?**

Nesteroidní antiflogistika a antirevmatika se liší tím, zda inhibují jeden (novější NSA) nebo současně oba (starší NSA) izoenzymy cyklooxygenázy (COX-1 a COX-2), která produkuje slizniční prostaglandiny. Lze tedy říci, že „moderní“, (selektivní inhibitory COX-2 -koxiby) oproti těm „starším“, neselektivním, představují menší riziko pro vznik gastroduodenálních vředů. Také je vhodné zvolit substance co nejméně toxické, podávané v co nejnižší ještě účinné dávce a jen po nezbytně dlouhou dobu. Dalšími faktory jsou pacientův věk, stav výživy, přidružené choroby, přítomnost vředové choroby žaludku a duodena v anamnéze, eliminační potenciál a tělesná konstituce pacienta (NSA např. není vhodné podávat starým lidem).

Vředová léze vzniká narušením rovnováhy mezi ochrannými a agresivními faktory, které působí na sliznici žaludku a dvanáctníku. NSA snižují tvorbu některých ochranných látek ve sliznici trávicího ústrojí (např. prostaglandiny), a tím posouvají pomyslnou misku vah na stranu agresivních složek (např. kyselina solná, žlučové

kyseliny). Výsledkem je vznik defektu sliznice (vředu), který za určitých nepříznivých okolností může způsobit závažné, život ohrožující komplikace (např. masivní krávení).

**Jakými symptomy se nesteroidními antiflogistiky a antirevmatiky navozená gastropatie projevuje? Co byste řekl k jejímu průběhu?**

Gastropatie z nesteroidních antirevmatik je diagnóza založená na endoskopickém nálezu vředů, erozí nebo vzácně krvácivé sliznice v žaludku, orálním duodenu. Výskyt symptomů osciluje od pólu úplné absence, přes nevýrazné a nespecifické potíže až k pólu opačnému, kterým je dramatická příhoda v podobě život ohrožujícího mohutného krvácení nebo proděravění stěny gastroduodena s vylitím jeho obsahu do břišní dutiny a peritonitidou. Literární zdroje uvádějí, že bohužel cca 10 % pacientů v důsledku této závažné komplikace zemře.

Naší lékařskou veřejností je toxický účinek NSA na zažívací ústrojí spíše bagatelizován. Proto je osvěta v tomto směru více než na místě.

**Kteří pacienti mají zvýšené riziko vzniku gastropatie při užívání NSA?**

Pečlivý odběr anamnézy a vyloučení kontraindikací i v této oblasti bezesporu hraje prim. Před nasazením NSA tedy pátráme po vředovém onemocnění v minulosti, po stenózách jícnu a krvácivých příhodách v GIT. Přítomnost pozitivní anamnézy zvyšuje riziko komplikací až dvacetinásobně. Dále se ptáme na souběžné užívání jiných léků, zejm. kortikoidů a antikoagulancií (ASA, warfarin apod.), abúzus alkoholu. Zvýšeně riziková jsou nemocní s revmatoidní artritidou.

**Jaká profylaktická opatření lze navrhnout?**

Kromě obecných režimových opatření je vhodné zvážit buď přidání antisekrecčního léčiva ze skupiny inhibitorů protonové pumpy po celou

dobu podávání neselektivního NSA, nebo výběr selektivního inhibitoru cyklooxygenázy. U nemocných ve velmi vysokém riziku NSA gastropatie (např. nemocní, kteří již měli závažné komplikace při léčbě NSA) pak volíme kombinaci selektivního inhibitoru COX-2 a antisekrecční léčbu.

**Jakými pravidly se řídí výběr léčiva ze skupiny inhibitorů protonové pumpy a jak se od sebe liší?**

Na výběr je několik látek (omeprazol, lansoprazol a pantoprazol), z nichž pantoprazol v jistém ohledu vyniká svými farmakologickými vlastnostmi. Nemá, na rozdíl od omeprazolu, žádné klinicky významné interakce s jinými léčivy. Pantoprazol se rychle absorbuje a má již po první dávce konzistentní biologickou dostupnost nad 77 % a relativně rychlý nástup antisekrecčního účinku.

**Je možné podávat nemocným protilátčitlivá léčiva šetrnější k žaludeční sliznici?**

Určitě ano, jak už jsem zmínil, jde o selektivní NSA a tyto přípravky jsou několik let běžně k dispozici i u nás. Je však potřeba upozornit, že přidání kyseliny acetylosalicylové v antigregačních dávkách k terapii koxiby zcela eliminuje výhody koxibů a riziko komplikací ze strany GIT je pak stejně vysoké jako při léčbě neselektivními NSA.

**Co byste poznamenal na závěr?**

Podle mých zkušeností u 60 % pacientů s masivním krvácením do horních etáží trávicí trubice této příhodě předcházelo užívání NSA nebo ASA. I při poskytnutí všech možností léčby je úmrtnost na takové krvácení v důsledku dekompenzace přidružených chorob tragická – více než 10 %. Proto je profylaxe krvácivých komplikací při nutnosti léčby nesteroidními antiflogistiky/antirevmatiky velmi významná a měla by se dostat do povědomí nejširší lékařské obce v České republice.

*Rozhovor vedl Robert Jirásek.*