

JAK ULEVIT PACIENTŮM OD ARTRITICKÉ BOLESTI

MUDr. Šárka Forejtová

Revmatologický ústav, Praha

Bolest je nejčastějším symptomem, se kterým přicházejí pacienti do revmatologické ordinace. Artritická bolest se objevuje v souvislosti s přítomností zánětu kloubu, který může být příznakem zánětlivých revmatických onemocnění pohybového aparátu, u systémových onemocnění pojiva, metabolických kloubních onemocnění a infekčních artritid. Zánětlivý charakter bolesti se objevuje i u tzv. zánětlivé dekompenzace osteoartrózy. Článek podává souhrnnou informaci o způsobu léčby bolesti při artritidě u jednotlivých revmatických onemocnění.

Interní Med. 2008; 10 (9): 429–430

Bolest je nejčastějším symptomem, se kterým přicházejí pacienti do revmatologické ordinace. Artritická bolest se objevuje v souvislosti s přítomností zánětu kloubu. Tento zánět může být příznakem zánětlivých revmatických onemocnění pohybového aparátu, jako je revmatoidní artritida, spondylartritidy, juvenilní idiopatická artritida atd., dále se může objevovat u systémových onemocnění pojiva, metabolických kloubních onemocnění (např. dna, chondrokalcinóza a další krystalové artropatie) a u infekčních artritid. Zánětlivý charakter bolesti se objevuje i u tzv. zá-

nětlivé dekompenzace neboli zánětlivého vzplanutí u degenerativního poškození kloubů – osteoartrózy. Bolest u zánětu kloubu je doprovázena ztuhlostí, především po ránu, po rozhýbání má tendenci ke zlepšení. Poškozený kloub bývá oteklý, často se v kloubu tvoří výpotek, na pohmat můžeme zaznamenat proteplení kloubu.

Základem terapie artritické bolesti jsou nejčastěji nesteroidní antirevmatika (NSA), neboť vedle analgetického účinku se u nich uplatňuje i protizánětlivé působení. Pokud nejsou kontraindikace, u akutně

vzniklé artritidy podáváme plnou možnou denní dávku NSA (např. 150 mg diklofenaku, 1200–2400 mg ibuprofenu, 1000 mg naproxenu atd). U pacientů s vyšším gastrointestinálním rizikem pak spolu s NSA podáváme současně inhibitory protonové pumpy (PPI), event. koxiby (celekoxib 200–400 mg, etorikoxib 60–90 mg), u vysoce rizikových pacientů pak můžeme případně volit kombinaci koxiby + inhibitory protonové pumpy. Nutno však podotknout, že jejich efekt v léčbě zánětlivých revmatických onemocnění typu revmatoidní artritidy, periferních forem spondy-

lartriditid nebo u systémových onemocnění pojiva je ryze symptomatický, a proto by měli být pacienti vždy současně léčeni tzv. chorobu modifikujícími, případně biologickými léky. NSA mají bohužel řadu vedlejších nežádoucích účinků (gastrointestinální, kardiovaskulární, nefrotoxické atd.), proto by dle doporučení EMEA (Evropská komise pro hodnocení léčiv) měla být NSA podávána v co nejnižších dávkách, a to co nejkratší dobu. Léčba pomocí lokálních forem nesteroidních antirevmatik (gely, masti, spreje, náplasti) má také efekt ryze symptomatický a používá se výhradně jako léčba podpůrná, i když díky hlubokému průniku některých NSA mohou u povrchově uložených, především drobných kloubů, dosáhnout hladiny NSA v kloubních pouzdech účinné koncentrace.

Při přítomnosti rizikových faktorů pro vznik gastrointestinálních příhod, kde nemůžeme podávat NSA, můžeme používat i paracetamol (až do dávky 8 tbl. po 500 mg denně), který má analgetický efekt obdobný například kyselině acetylosalicylové, chybí u něj však protizánětlivý a antiagregační efekt.

U středně silné bolesti, kde samotné nesteroidní antirevmatikum nebo paracetamol nepřináší potřebnou úlevu, můžeme podávat NSA v kombinaci s paracetamolem nebo se slabým opioidním analgetikem (kodein, dihydrokodein, tramadol). Nejužívanějším preparátem tohoto druhu je dnes tramadol, který při akutní i chronické bolesti podáváme v dávce

50–100 mg po 4–6 hodinách. S výhodou používáme i retardované preparáty s dvanáctihodinovým efektem (například 2x100–150 mg tramadolu denně), případně i s 24hodinovým efektem. K dispozici je rovněž kombinovaná tableta obsahující 37,5 mg tramadolu a 325 mg paracetamolu (Zaldiar tbl. ®). Ostatní opioidní analgetika kromě tramadolu používáme v revmatologii k léčbě artritické bolesti jenom výjimečně.

U monoartritid nebo oligoartritid můžeme použít k léčbě artritidy i lokální aplikaci kortikosteroidů intraartikulárně, jejich aplikace však patří výhradně do rukou revmatologa nebo ortopeda.

U těžkých forem artritid, kde nestačí terapie NSA, pak ve snaze akutně ztlumit bolest i zánět můžeme přistoupit k systémové léčbě malými dávkami kortikoidů (užíváme dávku adekvátní 5–10 mg denně, u velmi těžkých artritid pak maximálně kolem 20 mg denně). Snažíme se však, aby systémová terapie kortikoidy byla pokud možno přechodná a pomohla pouze překlenout období, kdy začnou působit tzv. bazální léky (chorobu modifikující a biologické léky atd.).

U akutní dnové artritidy obvykle aplikujeme plnou denní dávku NSA. S výhodou užíváme například indomethacin, kdy po úvodní dávce 50–75 mg následuje

25–50 mg indomethacinu po 4 hodinách. Při špatné gastrointestinální toleranci můžeme užívat i indometacinové čípky. U rizikových pacientů je dnes k dispozici i terapie selektivním COX-2 inhibitorem etorikoxibem, který je schválen v indikaci akutního dnového záchvatu v dávce 120 mg denně. Při léčbě akutní dny se také již několik století úspěšně užívá kolchicin, který podáváme v úvodní dávce 1 mg a dále pokračujeme v dávce 0,5 mg po 2 hodinách až do dosažení úlevy nebo objevení se průjmů. Vhodným postupem je i intraartikulární aplikace kortikosteroidů, musíme si být ale jisti, že se nejedná o infekční artritidu.

Na závěr je nutno zdůraznit, že tlumení bolesti při artritidě vede k funkčnímu zlepšení a ke zvýšení kvality života pacienta. Je třeba si ale uvědomit, že samotná bolest má ale i jistou ochrannou funkci, která chrání nemocný kloub před jeho přetěžováním a tím i další traumatizací. Měli bychom se tedy pokud možno vždy snažit léčit prvotní příčinu bolesti, samotné snížení bolesti nemůže být jediným cílem terapie.

MUDr. Šárka Forejtová

Revmatologický ústav
Na Slupi 4, 120 00 Praha 2
e-mail: fore@revma.cz

Literatura

1. Pavelka K, Rovenský J, a kol. Klinická revmatologie. Galén 2003.
2. Olejárová M. Revmatologie v kostce. Praha, Triton, 2008.
3. Šléglová O, Pavelka K. Bolest u revmatických onemocnění a možnosti využití opioidů v její léčbě. Ortopedie 2007; 3: 115–120.