

Jak správně zvolit nesteroidní antirevmatikum pro konkrétního pacienta?

NSAIDs by měla být užívána **v co nejmenší účinné dávce po co nejkratší dobu**. Účinnost neselektivních NSAIDs a koxibů je srovnatelná, žádné NSAID nevykázalo superioritu.

U každého pacienta by měl být individuálně zhodnocen **GI rizikový profil**. Pro prevenci GI komplikací se u rizikových jedinců doporučuje gastroprotektce pomocí PPI, antagonisté receptorů H_2 se nedoporučují. V prevenci GI komplikací vykazují koxiby superioritu vůči kombinaci neselektivního NSAID + PPI.

S užíváním NSAIDs se pojí **zvýšené riziko aterosklerotických KV příhod**. Nejvyšší riziko je spojeno s rofekoxibem, diklofenakem, indometacinem, etodolakem a etorikoxibem. Naproxen se naproti tomu jeví jako NSAID s nejnižším KV rizikem.

Posouzení GI rizika

Vysoké:

- Anamnéza komplikovaného peptického vředu
- Užívání antikoagulancií
- Kombinace > 2 zbývajících rizikových faktorů

Střední:

- Pacienti, kteří neužívají antikoagulancia a nemají anamnézu komplikovaného vředu, ale je u nich přítomen izolovaný rizikový faktor

Nízké:

- Pacienti bez rizikových faktorů, kteří neužívají ASA

Uznávané rizikové faktory:

- Věk > 60 let
- Anamnéza komplikovaného i nekomplikovaného peptického vředu
- Současné užívání NSAIDs nebo koxibů s ASA, klopidogrelem, antikoagulancii, kortikosteroidy nebo inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
- Vysoké dávky NSAIDs nebo užívání dvou různých NSAIDs
- Závažné komorbidity

Posouzení KV rizika

Velmi vysoké:

- KV onemocnění potvrzené invazivními či neinvazivními metodami (koronární angiografie, izotopové metody, zátěžová echokardiografie a nález aterosklerotických plátů při ultrazvukovém vyšetření karotid)
- Anamnéza infarktu myokardu, akutního koronárního syndromu, koronární revaskularizace či jiných arteriálních revaskularizačních výkonů, cévní mozkové příhody nebo onemocnění periferních tepen
- DM 2. typu nebo DM 1. typu spojený s poškozením cílových orgánů (mikroalbuminurie: 30–300 mg/24 hod)
- Chronické středně těžké až těžké onemocnění ledvin s odhadovanou glomerulární filtrací < 60 ml/min/1,73 m²
- Odhadované 10leté KV riziko ≥ 10 % dle modelu SCORE

Vysoké:

- Výrazné zvýšení kteréhokoliv individuálního rizikového faktoru
- Familiární hypercholesterolemie
- Závažná arteriální hypertenze
- Odhadované 10leté KV riziko dle modelu SCORE v rozmezí 5–10 %

Střední:

- Odhadované 10leté KV riziko dle modelu SCORE v rozmezí 1–5 %

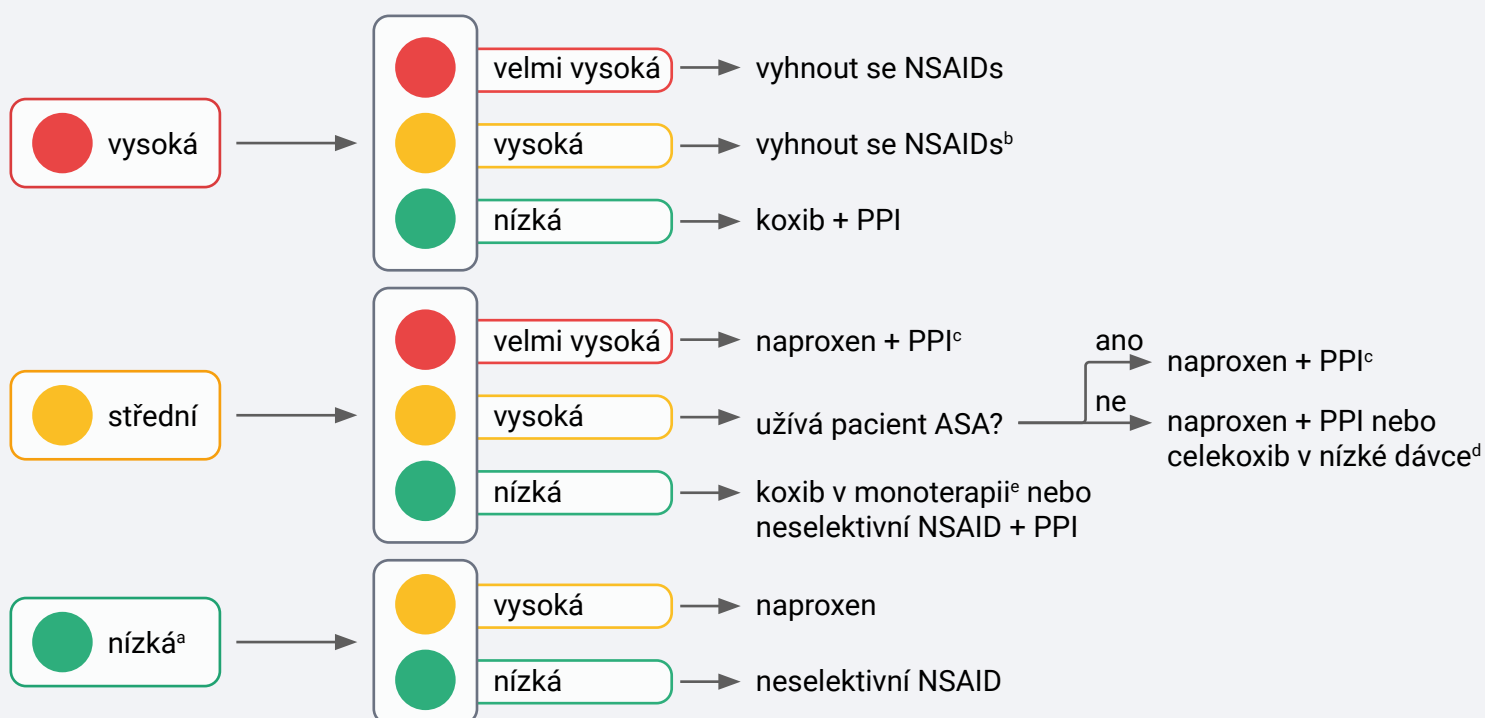
Nízké:

- Odhadované 10leté KV riziko dle modelu SCORE ≤ 1 %

Výběr NSAIDs dle individuálního rizikového profilu pacienta

Úroveň GI rizika

Úroveň KV rizika



^aVe skupině s nízkým GI rizikem se nepočítá s velmi vysokým KV rizikem, neboť se předpokládá, že všichni pacienti s velmi vysokým KV rizikem by měli být léčeni ASA. Při užívání ASA je GI riziko již minimálně střední.

^bPokud je to nutné, podávat naproxen + PPI nebo celekoxib v nízké dávce (200 mg/24 hod) ± PPI, v obou případech po nejkratší možnou dobu.

^cNaproxen je třeba užít 2 hodiny před ASA. Pokud je ASA v enterosolventní formě, je pravděpodobnost interakce vyšší.

^dNedoporučuje se u pacientů s KV příhodou v anamnéze.

^eRobustnější data jsou k dispozici pro celekoxib oproti etorikoxibu.

Vysvětlivky: ASA – kyselina acetylsalicylová; DM – diabetes mellitus; GI – gastrointestinální; KV – kardiovaskulární; NSAIDs – nesteroidní protizánětlivá léčiva; PPI – inhibitory protonové pumpy; SCORE – Systematic Coronary Risk Evaluation.