

Etofenamat

jako alternatywa dla doustnych NLPZ

Etofenamate as an alternative for oral NSAIDS

dr n. med. Robert Tomasz Kuthan ¹, dr n. przyr. Robert Henryk Kuthan

¹ Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

PDF www.lekwpolsce.pl

Słowa kluczowe: etofenamata, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), urazy sportowe, zwyrodnienie stawów.

Streszczenie: Urazy powstałe podczas uprawiania sportu, choroba zwyrodnieniowa stawów, schorzenia reumatyczne są przyczyną silnych dolegliwości bólowych, w przebiegu których konieczne jest zastosowanie leków przeciwbólowych oraz przeciwzapalnych, poprawiających komfort życia pacjenta. Do najczęściej stosowanych należą niesteroidowe leki przeciwzapalne do podania miejscowego lub ogólnego.

Keywords: etofenamate, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID's), sport injuries, osteoarthritis.

Abstract: Injuries incurred during sports, osteoarthritis, rheumatic diseases are the cause of the strong pain during which it is necessary to use painkillers and anti-inflammatory drugs to improve patients' quality of life. The most common medications include nonsteroidal antiinflammatory for topical or general use.

Wprowadzenie

W wielu przypadkach amatorskiego lub czynowego uprawiania sportu może dochodzić do urazów takich jak stłuczenia, skręcenia, naciągnięcia mięśni, ścięgien, a także innych urazów stawów. Często pacjent z mniejszymi urazami nie wymaga konsultacji lekarskiej, jednakże dolegliwości bólowe skłaniają go do zastosowania leków przeciwbólowych. Ich wybór odbywa się na podstawie wcześniejszych doświadczeń, zaleceń farmaceuty lub na podstawie informacji z reklam telewizyjnych o przeciwbólowych lekach OTC. W poważniejszych przypadkach urazów sportowych, a także w schorzeniach przewlekłych (jak choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatyzm poza-

stawowy) pacjenci zwykle nie decydują się na samodzielny wybór leków, lecz opierają się na zaleceniach lekarza.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Jednymi z najczęściej stosowanych produktów leczniczych w powyższych przypadkach są niesteroidowe leki przeciwzapalne, które mogą być podawane *per os* lub aplikowane miejscowo. NLPZ szybko uwalniają pacjenta od dolegliwości bólowych, hamując przede wszystkim rozwój reakcji zapalnej.

Doustne niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) należą do środków powszechnie wykorzystywanych w leczeniu bólu ostrego i przewlekłego w schorzeniach kost-

no-stawowych i w przebiegu urazów, głównie sportowych.

Jednak leki te wykazują nie tylko wysoką skuteczność, ale także liczne działania niepożądane. Są to zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, takie jak: dyspepsja, bóle brzucha, biegunki, zaparcia, wymioty – występujące u 1-10/10 000 pacjentów, a także nadżerki, wrzody trawienne, krwawienia z przewodu pokarmowego oraz perforacje spotykane rzadziej niż u 1/10 000 chorych stosujących leki [1].

Ostatnio zwraca się także uwagę na wpływ stosowania NLPZ na wzrost ryzyka sercowo-naczyniowego. Udowodniono, że incydenty sercowo-naczyniowe, takie jak: ostry zawał mięśnia sercowego, udar mózgu bądź obwodowa zakrzepica żylna mogą wystąpić już po tygodniu stosowania NLPZ [2]. Jest to jedno z działań niepożądanych określanych jako bardzo rzadkie (mniej niż u 1/10 000 pacjentów stosujących leki), jednak ze względu na powszechne występowanie czynników ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych należy je uwzględnić, dokonując wyboru leku przeciwbólowego.

U wszystkich pacjentów zalecane jest stosowanie leków mających jak najmniej negatywny wpływ na przewód pokarmowy i układ sercowo-naczyniowy, aby nie dopuścić do kumulowania czynników ryzyka. Poszczególne NLPZ, chociaż mają podobny mechanizm działania, różnią się profilem bezpieczeństwa, co pozwala na wybór preparatu odpowiedniego do ryzyka występującego u pacjenta.

Mechanizm reakcji zapalnej

Rozwój reakcji zapalnej zależny jest od przemian biochemicznych kwasu arachido-

nowego, uwalnianego z fosfolipidów błony komórkowej. W wyniku tych przemian powstają cytokiny prozapalne (prostanoidy), odpowiedzialne za powstanie podstawowych cech zapalenia w tym bólu.

Jednym z głównych enzymów biorących udział w powstawaniu prostanoidów jest cyklooksygenaza (COX). W organizmie człowieka występują trzy izoformy COX:

- COX-1 jest formą konstytutywną występującą w większości komórek organizmu ludzkiego; odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie narządów wewnętrznych;
- COX-2 to izoforma indukowana procesem zapalnym, zwyrodnieniowym, nowotworowym, ale także zidentyfikowana w tkankach, mózgu, rdzeniu kręgowym osobników dorosłych oraz w komórkach skóry płodu;
- znaczenie izoformy COX-3 jest jak do tej pory nieokreślone; występuje prawie wyłącznie w ośrodkowym układzie nerwowym.

Produktami działania COX są prostanoidy, do których zalicza się przede wszystkim: prostaglandyny (PGH_2 , PGD_2 , PGE_2 , PGF_2), prostacykliny (PGI_2) oraz tromboksan (TXA_2). Prostaglandyny odpowiedzialne są za powstanie podstawowych cech stanu zapalnego, tj. obrzęku (*tumor*), zaczerwienienia (*rubor*), zwiększenia ucieplenia tkanek (*calor*) poprzez rozkurcz naczyń tętniczych i zwiększenie przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych, a także bólu (*dolor*) poprzez sensytyzację zakończeń bólowych włókien czuciowych. Główną funkcją prostacykliny jest rozkurcz mięśniówki ścian naczyń tętniczych, co po-

woduje lepsze ukrwienie obszaru objętego zapaleniem.

Na rynku dominują całkowite, nieselektywne inhibitory COX występujące w preparatach pojedynczych i złożonych. Jednak ich niewybiórczy charakter działania wiąże się z licznymi działaniami niepożądanymi, co stanowi przeciwwskazanie do zastosowania części z tych leków u pacjentów zaliczanych do grup ryzyka uszkodzenia przewodu pokarmowego bądź wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych. Z tego powodu, o ile to możliwe, powinno się wybierać preparaty do stosowania zewnętrznego zamiast leków doustnych.

Zazwyczaj niesteroidowe leki przeciwzapalne stosowane miejscowo mają postać żelu, kremu, maści lub sprayu. Preparaty stosowane bezpośrednio na bolące miejsce dobrze penetrują przez skórę i błony stawowe, osiągając *in situ* ok. 10-krotnie wyższe stężenia niż we krwi i otaczających zdrowych tkankach, eliminując jedno-

cznie możliwe negatywne oddziaływania leku w przypadku podania doustnego.

Ocena bólu

Istnieje wiele różnych skal stosowanych do oceny nasilenia dolegliwości bólowych. Do jednej z bardziej powszechnych należy skala wzrokowo-analogowa (VAS *Visual Analogue Scale*). Skala ta jest wiarygodnym narzędziem pozwalającym na określenie nasilenia bólu. Jej okresowe zastosowanie u danego pacjenta umożliwi ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego.

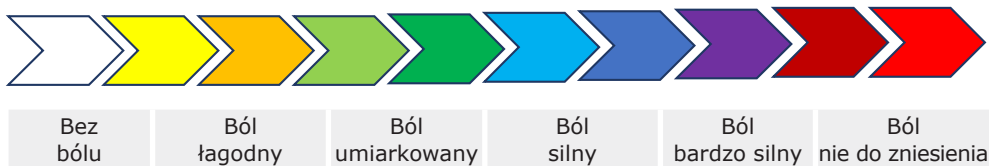
Skala ma postać linijki o długości 10 cm, na której pacjent wskazuje nasilenie bólu palcem lub za pomocą suwaka. Wartość 0 oznacza całkowity brak bólu, a wartość – 10 najsilniejszy ból. Możliwe jest także zastosowanie zmodyfikowanej skali, na której na skrajnych biegunach zamieszczone są rysunki twarzy – uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból). Skala wzrokowo-analogowa może

Tabela 1. Grupy NLPZ oraz przykłady substancji czynnych dostępnych na rynku

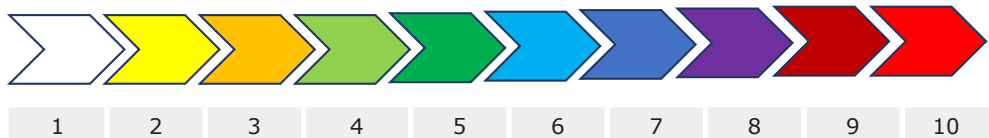
Inhibitory cyklooksygenazy			
Całkowite, niewybiórcze inhibitory COX (COX-1, COX-2)	Całkowite, preferencyjne inhibitory COX-2 (wiążą izoformę COX-2 od 5 do 50 razy silniej niż COX-1)	Całkowite, selektywne inhibitory COX-2 (wiążą izoformę COX-2 ponad 50 razy silniej niż COX-1)	Słabe, nieselektywne inhibitory COX (COX-1, COX-2)
Przykłady substancji czynnych			
ibuprofen ketoprofen naproksen diklofenak etofenamat	nimesulid meloksykam	koksyby celekoksyb lumirakoksyb rofekoksyb * waldekoksyb **	kwask 5-aminosalicylowy

*, ** Zostały wycofane z rynku w 2005 r.

A. Opisowa skala bólu



B. Numeryczna skala intensywności bólu



C. Wzrokowa skala analogowa



Ryc. 1. Skale bólu

być dodatkowo opatrzona słownymi określeniami bólu pod osià graficznà.

Taka skala jest zrozumiaà i czytelna dla wiêkszoœci chorych, jednoczeœnie cechuje siê wiarygodnoœcià i powtarzalnoœcià, co czyni jà najczêœciej stosowanà skalà opisu bólu. W celu uzyskania prawidlowych wyników nale¿y upewniç siê, ¿e pacjent rozumie, co oznaczajà wartoœci skrajne [5].

Specyficznà skalà oceny bólu jest *Western Ontario McMaster Universities OA Index* (WOMAC), stosowana u pacjentów z chorobà zwyrodnieniowà stawów (OA – *osteoarthritis*). Pozwala na ocenê natê¿enia bólu w przebiegu OA kolan lub bioder podczas wykonywania piêciu rodzajów aktywnoœci: stania, chodzenia, wchodzenia po schodach, w spoczynku, w ciàgu nocy. Skala WOMAC oceniajàca funkcjonowanie fizyczne jest

powszechnie stosowana u pacjentów z OA w celu przedstawienia ograniczenia czynnoœci w zakresie stawów biodrowych i kolano-
wych [6].

Etofenamat

Obecnie dostêpnych jest wiele preparatów przeciwzapalnych i przeciwbólowych dostêpnych, jak i do stosowania miejscowego. Jednym z nich jest etofenamat.

Charakterystyka leku

Etofenamat – 2-[(3-trifluorometylo)fenylo]amino}benzoesan 2-(2-hydroksyetoksy)etylu – jest pochodnà kwasu antranilowego (fenamat) [7]. W strukturze czàsteczki o masie molekularnej 369,34 g/mol wystêpuje czêœć liofilowa i hydrofilowa, co stanowi o doskonałej wchłanianoœci

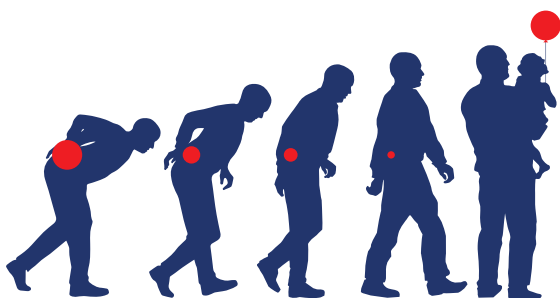
Traumon®

Oferta FIRST MINUTE!

Efektywne wchłanianie¹ w nowym, większym opakowaniu 100 g. Lepsza cena*.

NOWOŚĆ!
OPAKOWANIE
100 g

WYSTARCZY
2X
DŁUŻEJ



**Z MIEJSCA
USUWA BÓL**

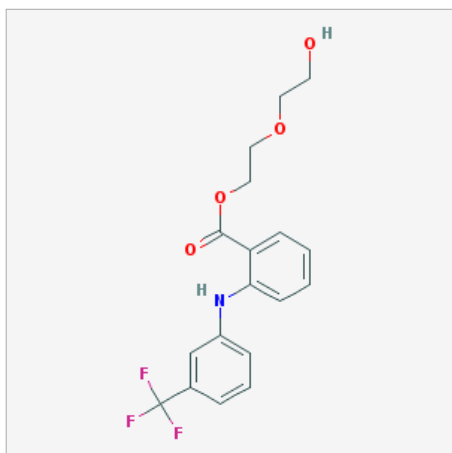
Bóle zwyrodnieniowe kręgosłupa?
Uporczywe bóle reumatyczne?
Ograniczające bóle stawów?

1. NAZWA: Traumon (Etofenamatum). **2. SKŁAD:** 1 ml roztworu zawiera 100 mg etofenamatu. 1 g żelu zawiera 100 mg etofenamatu. **3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA:** Aerozol na skórę, roztwór/żel. **4. WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Tepe urazy, takie jak: stłuczenia, skręcenia, naciągnięcia mięśni, ścięgien i stawów. Choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa, kołanowych, barkowych. Reumatyzm postawozawny; bóle okolicy krzyżowo-lędźwiowej, zmiany chorobowe w obrębie tkanek miękkich okołostawowych, tj. zapalenie kaletki maziowej, ścięgien, pochwec ścięgniętych, torebek stawowych (tzw. staw zamrożony), zapalenie nadkłykci. **5. DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** Traumon, aerozol na skórę, roztwór: Spryskiwać obszar objęty bólem 3 do 5 razy na dobę, pokrywając produktem leczniczym powierzchnię nieco większą niż obszar objęty bólem. Zazwyczaj wystarczające jest zastosowanie jednorazowo do 7 dawek produktu leczniczego Traumon (1 dawka odpowiada około 18 mg etofenamatu), jednak w razie konieczności dawka może zwiększyć. Po każdym 1 do 2 dawkach zaleca się delikatne wtrącenie produktu leczniczego w skórę i pozostawienie do wyschnięcia. W większości przypadków dotęgliwości reumatycznych wystarczające jest leczenie trwające 3-4 tygodnie. Leczenie tępych urazów (np. urazów sportowych) może trwać do 2 tygodni. Jeśli jednak objawy utrzymują się, pacjent powinien skonsultować się z lekarzem w celu ustalenia dalszego postępowania. Traumon, żel: Stosować pasek długości 5 do 10 cm (co odpowiada około 1,7 do 3,3 g) produktu leczniczego Traumon żel kilka razy na dobę (3-4) na skórę w zależności od wielkości obszaru objętego bólem i wcierać w powierzchnię nieco większą niż obszar objęty bólem. W większości dotęgliwości reumatycznych wystarczające jest leczenie trwające 3-4 tygodnie. Leczenie tępych urazów (np. urazów sportowych) może trwać do 2 tygodni. Jeśli jednak objawy utrzymują się, pacjent powinien skonsultować się z lekarzem w celu ustalenia dalszego postępowania. **6. PRZECIWWSKAZANIA:** Produktu leczniczego Traumon nie należy stosować: w przypadku nadwrażliwości na etofenamat, kwas flufenamowy, inne niesteroidowe leki przeciwzapalne lub którąkolwiek substancję pomocniczą produktu leczniczego; w trzecim trymestrze ciąży; u dzieci i młodzieży, ze względu na niewystarczające dane kliniczne w tych grupach pacjentów. **7. SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI PRZY STOSOWANIU:** Nie należy stosować produktu leczniczego Traumon w przypadku uszkodzeń skóry lub wypryskowych zmian zapalnych na skórze oraz na błony śluzowe lub oczy, dlatego po zastosowaniu produktu leczniczego należy umyć ręce lub unikać kontaktu z tymi częściami ciała. Podczas leczenia oraz w okresie dwóch tygodni po leczeniu należy unikać ekspozycji leczonych miejsc na słońce i (lub) solarium. Pacjenci chorzy na astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę dróg oddechowych, katar sienny lub przewlekłą obrzęk błony śluzowej nosa (tzw. polipy nosa) lub przewlekłą infekcję dróg oddechowych, szczególnie w połączeniu z objawami podobnymi do kataru siennego, mogą stosować Traumon tylko pod warunkiem przestrzegania pewnych środków ostrożności i wyłącznie pod ścisłym nadzorem lekarza. Wchłanianie ogólnoustrojowe może zwiększyć się, jeśli produkt leczniczy stosowany jest długotrwale i (lub) na duże obszary ciała. Należy więc unikać takiego stosowania. Glikol propylenowy może powodować podrażnienie skóry. Dzieci nie powinny mieć kontaktu z obszarami skóry leczonej tym produktem leczniczym. **8. DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Niezbýt często (≥1/1000 do <1/100), bardzo rzadko (<1/10 000), częstość nieznaną (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Po miejscowym podaniu etofenamatu mogą wystąpić także niektóre działania niepożądane związane ze stosowaniem produktu leczniczego ogólnoustrojowo, chociaż wystąpienie tych działań jest mniej prawdopodobne. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Niezbýt często: rumień, pieczenie skóry. **Bardzo rzadko:** zapalenie skóry (sily świąd, wysypka, obrzęk, wysypka pęcherzowa). Częstość nieznaną: reakcja fotouczuleniowa. **Zaburzenia układu immunologicznego:** Częstość nieznaną: nadwrażliwość. Działania niepożądane zaklasyfikowane do kategorii „Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej” zazwyczaj ustępują po odstawieniu produktu leczniczego. Reakcje nadwrażliwości: opisywane po stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Mogą to być: niespecyficzne reakcje alergiczne i anafilaksje, zwiększona reaktywność układu oddechowego prowadząca do astmy, nasilenia astmy, skurcz oskrzeli lub duszności albo różne zaburzenia skóry, w tym różnego rodzaju wysypki, świąd, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy i dużo rzadziej złuszczenie i pęcherzowe zmiany skóry (włączając martwicę naskórka i rumień wielopostaciowy). **Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych:** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: 22 49 21 301, faks: 22 49 21 309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl. **9. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** MEDA AB, Szwecja. **10. POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** wydane przez prezesa Urzędu Rejestracji, nr R/7454 (aerozol na skórę, roztwór), nr R/7455 (żel). **11. KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI:** Produkt leczniczy wydawany bez recepty. **Pełna informacja o leku dostępna na życzenie w:** BGP Products Poland Sp. z o.o., ul. Postępu 21b, 02-676 Warszawa, tel.: +48 22 546 64 00.

i kumulacji w zmienionych chorobowo tkankach. Dostępność biologiczna etofenamaty po podaniu zewnętrznym jest bardzo wysoka i wynosi powyżej 20%. W przypadku innych NLPZ stosowanych zewnętrznie wartość ta wynosi 1-7% [8].

Lek, w zastosowaniu miejscowym – zewnętrznie, na tle innych tego typu leków charakteryzuje się bardzo wysokimi parametrami terapeutycznymi w likwidowaniu procesów zapalnych oraz szybkim i skutecznym zwalczaniem bólu w porównaniu do diklofenaku, ketoprofenu oraz ibuprofenu. Etofenamat wchłania się 21 razy lepiej niż ketoprofen i 3,5 razy lepiej niż diklofenak [9] oraz 4,2 razy lepiej niż ibuprofen.

Wysoka wchłaniałość i biodostępność etofenamaty w porównaniu z innymi lekami do zastosowań miejscowych oraz brak interakcji z innymi lekami pozwala na jego bezpieczne stosowanie (jako lek przeciwbólowy i przeciwzapalny) w całej gamie schorzeń zwyrodnieniowych, urazach i kontuzjach sportowych, schorzeniach reumatoidalnych oraz po operacjach ortopedycznych.



Ryc. 2. Częsteczka etofenamaty [7]

Działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe wynika z hamowania produkcji prostaglandyn i prostacykliny (blokowanie cyklooksygenazy i lipooksygenazy). Dodatkowo lek blokuje aktywację układu dopełniacza oraz uwalnianie mediatorów stanu zapalnego (bradykinina, histamina, serotonina). Mediatorzy te intensyfikują proces zapalny poprzez rozszerzenie naczyń krwionośnych, naciek leukocytarny (napływ leukocytów), a także nasilają uczucie bólu w wyniku podrażnienia receptorów bólowych. Etofenamat blokując je, powoduje zahamowanie i ograniczenie procesu zapalnego oraz eliminuje doznania bólowe.

Stosowany jest w przypadkach: skręcenia lub zwichnięcia stawu, stłuczeniach i innych kontuzjach sportowych oraz pozasportowych, wynikających z normalnej aktywności człowieka. Kontuzje wiążą się z bólem o różnym natężeniu, puchnięciem, obrzękiem, krwiakami oraz często z naciągnięciem więzadeł lub uszkodzeniem torebki stawowej, a także rozwojem stanu zapalnego. Zmiany te mogą trwać długo, stąd aplikacja miejscowa redukuje działania niepożądane leku – występujące przy podaniu *per os* – takie jak: nadciśnienie tętnicze, owrzodzenie żołądka i dwunastnicy, zaburzenia krzepnięcia, alergie, upośledzenie funkcji nerek. W Polsce etofenamat dostępny jest jako produkt leczniczy bez recepty (OTC) w formie żelu, kremu oraz aerozolu na skórę; nie jest dostępny do podawania w iniekcjach domięśniowych. Preparaty z tym lekiem stosowane bezpośrednio na bolące miejsce dobrze penetrują przez skórę i błony stawowe, osiągając *in situ* około 10-krotnie wyższe stężenia niż we krwi i otaczających zdrowych tkankach. Miejscowe zastosowanie leku eliminuje

je jednocześnie możliwe negatywne oddziaływanie charakterystyczne dla leków przeznaczonych do podania doustnego.

Zastosowanie etofenamatu

Etofenamat z powodzeniem znajduje szerokie zastosowanie w przypadkach takich tępych urazów, jak różne typy stłuczenia, skręcenia, naciągnięcia mięśni oraz ścięgien, jak również w przypadku zmian w obrębie okołostawowych tkanek miękkich (zapalenia pochewek ścięgniowych, zapalenie kaletki maziowej, ścięgien, torebek stawowych czy też nadkłykci).

Może być także wykorzystywany w objawowym leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kręgosłupa, stawów kolanowych oraz barkowych, a także bólów okolicy lędźwiowo-krzyżowej.

W przypadku dolegliwości reumatycznych terapia trwa przeciętnie 3-4 tygodnie, natomiast 7-14 dni w przypadku tępych urazów.

Etofenamat nanosi się na bolące okolice 3-4 razy w ciągu doby. Aby uzyskać lepszy efekt, przed użyciem można schłodzić preparat w lodówce. Można go także stosować w zabiegach fizjoterapeutycznych, jak jonoforeza czy fonoforeza.

Etofenamat jest preparatem bezpiecznym – stosowany zgodnie z zaleceniami nie wchodzi w interakcje z innymi lekami.

Etofenamat w leczeniu urazów sportowych

Oceniono skuteczność zastosowania 10% żelu z etofenamatem w stosunku do do-

ustnego podania naproksenu. W grupie 60 pacjentów z urazami powstałymi w wyniku uprawiania aktywności sportowej (piłki nożnej), przy wykorzystaniu skali ogólnego wrażenia klinicznego skuteczność leczenia oceniona została jako dobra lub doskonała u 44% pacjentów przyjmujących naproksen i 50% leczonych etofenamatem. Występowanie działań niepożądanych było 6-krotnie wyższe u pacjentów leczonych naprokse-
nem [10].

Etofenamat z powodzeniem znajduje szerokie zastosowanie w przypadkach takich tępych urazów, jak różne typy stłuczenia, skręcenia, naciągnięcia mięśni oraz ścięgien.

Hallmeier i wsp. [11] przeprowadzili losowe, ze ślepą próbą, badanie oceniające skuteczność żelu etofenamatu w porówna-

niu z żelem diklofenaku w terapii urazów sportowych. Badaniem zostało objętych 59 chorych w wieku 14-61 lat ze skręceniem stawu skokowego. Oceniano ustępowanie u nich dolegliwości bólowych oraz powrót kończyny do normalnej funkcji. Etofenamat stosowano 2-3 razy na dobę, natomiast diklofenak – 3-4 razy na dobę. W trakcie siedmiodniowej terapii w grupie leczonej etofenamatem zaobserwowano całkowite ustąpienie bólu spoczynkowego u 63,3% chorych (vs 24,1% w przypadku diklofenaku), a zmniejszenie bólu u kolejnych 36,7%. W pozostałych parametrach etofenamat był również wyraźniej skuteczniejszy niż diklofenak. Co ważne, obwód obrzękniętego stawu pod wpływem terapii etofenamatem uległ zmniejszeniu o 5,2%, a w przypadku terapii diklofenakiem – tylko o 2,5%.

Działania niepożądane etofenamatu

Jak wszystkie leki, tak i NLPZ nie są pozbawione działań niepożądanych. W przypadku

leków stosowanych zewnętrznie działania te występują u ok. 10-15% pacjentów i zwykle w postaci dolegliwości skórnych, takich jak świąd i wysypka w miejscu aplikacji. Na szczęście mają charakter łagodny i zwykle przemijają po zaprzestaniu stosowania leku. Reakcje takie występują niezbyt często. Do bardzo rzadkich działań niepożądanych należą reakcje fotoalergiczne [12].

Działania niepożądane manifestujące się zaburzeniami ze strony układu pokarmowego podczas miejscowego – zewnętrznego stosowania NLPZ występują niezwykle rzadko w odróżnieniu od tych podawanych doustnie, które dotyczą ok. 15% stosujących je pacjentów [13].

Podsumowanie

Należy podkreślić, że preparaty NLPZ zarówno nieselektywne, jak i wybiórcze różnią się profilem bezpieczeństwa. Podejmując decyzję o wyborze konkretnej substancji aktywnej, należy rozważyć indywidualne ryzyko pacjenta. W szczególności powinno się zwrócić uwagę na chorych ze współistniejącymi czynnikami ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych oraz uszkodzeń przewodu

pokarmowego i skuteczność miejscowego podania substancji terapeutycznej. Przykładem leku bezpiecznego dla pacjentów z tymi schorzeniami, eliminującego ból, jest omówiony w artykule etofenamat. © P

Piśmiennictwo:

1. Brunton L, Parker K, Blumenthal D i wsp. Podręcznik Farmakologii i Terapii Goodmana i Gilmana. Wyd. Czelej 2010; s. 289.
2. Ong HT, Ong LM, Tan TE i wsp. Cardiovascular effects of common analgesics. Med J Malaysia 2013, 68(2):189-194.
3. Bonek Z, Kuthan R. Leczenie przeciwbólowe nimesulidem. Lek w Polsce 2014;24(9):14-17.
4. Morgiel E, Madej M, Wiland P i wsp. Wybór NLPZ a ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. Racjonalna decyzja w praktyce reumatologicznej. www.ereumatologia.pl, 2013.
5. <http://www.mp.pl/bol/bol/ostry/72858,skale-oceny-bolu>
6. Hawker G. Kliniczna ocena bólu i funkcji stawów. http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/2016/FactSheets/Polish/5_Formatted_Polish.pdf
7. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>
8. Rannou F, Pelletier JP, Martel-Pelletier J. Efficacy and safety of topical NSAIDs in the management of osteoarthritis: Evidence from real-life setting trials and surveys. Semin Arthritis Rheum 2016; 45(4 Suppl):S18-21.
9. Rechziegler H. Perkutane Therapie mit nicht-steroidalen Anti-phlogistika. Therapiewoche 1986;36: 4674-4683.
10. Vanderstraeten G, Schuermans P. Study on the effect of etofenamate 10% cream in comparison with an oral NSAID in strains and sprains due to sports injuries. Acta Belg Med Phys 1990;13(3):139-141
11. Hallmeier B. Efficacy and tolerability of etofenamate and diclofenac in sports injuries, Rheuma 1988, 8: 183-186.
12. Espasandín-Arias M, Vázquez-Osorio I, Salgado-Boquete L i wsp. Prolonged localized photosensitivity following allergic and photo-aggravated contact dermatitis from etofenamate. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2014;30(6):340-342.
13. Heyneman CA, Lawless-Liday C, Wall GS. Oral versus topical NSAIDs in rheumatic diseases: a comparison. Drugs 2000;60(3):555-574.

Oddano do publikacji: 18.05.2017 Copyright© Medyk Sp. z o.o.

dr n. med. Robert T. Kuthan
rkuthan@yahoo.com

PRENUMERATA

LEK W POLSCE® DRUG IN POLAND

ZADZWOŃ I ZAMÓW 801 55 45 42