



Celekoksyb – opis przypadku

– pacjent z bólem stawu biodrowego



**WYDAWCA**  
Termedia  
Wydawnictwa Medyczne

**PREZES ZARZĄDU  
WYDAWNICTWA**  
Janusz Michalak

**DYREKTOR NAUKOWY  
WYDAWNICTWA**  
Maciej Banach

**SEKRETARZ REDAKCJI**  
Marzena Demska  
e-mail: m.demska@termedia.pl

**REDAKTOR PROWADZĄCY**  
Mariusz Bryl

**ADRES WYDAWNICTWA**  
Wydawnictwo Termedia  
ul. Kleeberga 2  
61-615 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81  
e-mail: termedia@termedia.pl  
http://www.termedia.pl

**BIURO W WARSZAWIE**  
tel./faks +48 22 827 75 14  
e-mail:  
biuro.warszawa@termedia.pl

**SEKRETARIAT REDAKCJI**  
tel. +48 61 822 77 81, wew. 600  
e-mail: sekretariat@termedia.pl

**DZIAŁ MARKETINGU I REKLAMY**  
tel. +48 61 822 77 81, wew. 500  
e-mail: marketing@termedia.pl

**DYSTRYBUCJA I PRENUMERATA**  
tel. +48 61 656 22 02  
tel./faks +48 61 656 22 00  
e-mail: prenumerata@termedia.pl

**STUDIO GRAFICZNE**  
tel. +48 61 822 77 81, wew. 704  
e-mail: studio@termedia.pl

**OPRACOWANIE GRAFICZNE**  
studio termedia

Wydawca eReumatologiaNews  
jest członkiem



Za treść reklam umieszczonych  
w eReumatologiaNews  
odpowiadają reklamodawcy.  
Reklamy leków wydawanych na receptę  
są skierowane tylko do lekarzy,  
którzy posiadają niezbędne uprawnienia  
do ich przepisywania.

# eReumatologiaNews

PISMO PORTALU eReumatologia.pl

## spis treści

Ból prawego stawu biodrowego – opis przypadku

dr n. med. Marcin Waško

1



# BÓL PRAWEGO STAWU BIODROWEGO – OPIS PRZYPADKU

Klinika Ortopedii i Reumortopedii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

## PIERWSZA WIZYTA – LEKARZ POZ (IV 2014 R.)

Do lekarza rodzinnego zgłosił się 60-letni emerytowany żołnierz zawodowy z powodu bólu prawej pachwiny i uda. Dolegliwości zaczęły się bez ewidentnego urazu na około tydzień przed wizytą i stopniowo nasilały się w kolejne dni. Odpoczynek i zaniechanie ćwiczeń fizycznych przyniosły choremu ulgę.

W dalszym wywiadzie chory zgłosił zadyszkę przy wchodzeniu po schodach. Zauważył ją przed około miesiącem, gdy zamiast jeździć windą, zaczął chodzić po schodach. Nie skarżył się na dolegliwości ze strony układu pokarmowego, moczowego i alergię. Nie był leczony chirurgicznie ani w sposób przewlekły.

Wywiad rodzinny – matka (80 lat) w dobrym zdrowiu, ojciec zmarł przed 15 laty z powodu nowotworu złośliwego płuc.

W badaniu fizykalnym – skóra czysta, chód prawidłowy. W badaniu palpacyjnym miednicy i krętarzy większych kości udowych bez odchyleń. Zakres ruchów obu stawów biodrowych prawidłowy, z dyskretnym bólem przy punktach końcowych zgięcia i rotacji wewnętrznej po stronie prawej. Objaw Trendelenburga obustronnie ujemny (w normie). Bez cech przepukliny pachwinowej czy udowej.

Lekarz zalecił wykonanie morfologii i odczynu Bierackiego (OB). Chory otrzymał również skierowanie na badanie rentgenowskie (RTG) przednio-tylne obu stawów biodrowych.

Do czasu kontroli lekarz zalecił farmakoterapię celekoksybem 400 mg w dwóch dawkach podzielonych na dobę bez konieczności stosowania inhibitora pompy protonowej oraz ograniczenie aktywności fizycznej.

## DRUGA WIZYTA – LEKARZ POZ (V 2014 R.)

Podczas kolejnej wizyty lekarz odnotował zmniejszenie dolegliwości po zastosowaniu celekoksybu, bez zmian w badaniu fizykalnym. W opisie radiogramów jedynym odchyleniem od normy były wczesne objawy choroby zwyrodnieniowej prawego stawu biodrowego. Wartość OB: 12 mm/godz. Lekarz rozpoznał rozpoczynającą się chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego prawego. Zalecił ćwiczenia w wodzie, okresowe stosowanie celekoksybu i kontrolę w przypadku niepokojących dolegliwości.

## TRZECIA WIZYTA – LEKARZ ORTOPEDA POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA (VI 2015 R.)

Chory wyjechał na dwutygodniowy wypoczynek poza miejscem zamieszkania. Po 10-godzinym locie samolotem nawet próba chodzenia wywoływała ból. Chory zgłosił się

na ostry dyżur ortopedyczny. Dyżurujący ortopeda wykluczył przyczynę urazową oraz odnotował dodatni wywiad w kierunku choroby zwyrodnieniowej. W przeprowadzonym badaniu fizykalnym stwierdził ból przy rotacji wewnętrznej prawego stawu biodrowego i chód antalgiczny (z krótszą fazą podporu) prawą kończyną dolną. Następnie zlecił wykonanie zdjęć RTG przednio-tylnych i osiowych obu stawów biodrowych. W opisie RTG – zmiany zwyrodnieniowe prawego stawu biodrowego ze znacznego stopnia ścięciem szpary stawowej i wytworzeniem osteofitów. Lekarz zalecił ćwiczenia rozciągające oraz wystawił receptę na niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) na 2 tygodnie z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej po powrocie do kraju.

## CZWARTA WIZYTA – LEKARZ POZ (VII 2015 R.)

Lekarz rodzinny zapoznał się z odręcznie sporządzoną kartą informacyjną pobytu swojego pacjenta w ortopedycznej izbie przyjęć.

W badaniu przedmiotowym i podmiotowym bez zmian w stosunku do pierwszej wizyty. Z powodu miernie podwyższonych wartości OB przy ostatniej wizycie lekarz zlecił wykonanie badania stężenia białka C-reaktywnego (CRP) i konsultację reumatologiczną.

## PIĄTA WIZYTA – LEKARZ REUMATOLOG (VIII 2015 R.)

Lekarz reumatolog powtórnie zebrał wywiad i przeprowadził badanie fizykalne. Wynik CRP – 6 mg/l. Odnotował zaostrenie choroby po powrocie do pełnej aktywności fizycznej i mechaniczny charakter dolegliwości. W informacji zwrotnej dla lekarza POZ zamieścił adnotację: „dolegliwości mechaniczne, bez cech choroby reumatologicznej”.

## SZÓSTA WIZYTA – LEKARZ POZ (VIII 2015 R.)

Z powodu nasilających się dolegliwości lekarz rodzinny wystawił skierowanie do poradni ortopedycznej w trybie pilnym oraz zalecił celekoksyb na stałe w dawce 1 × 200 mg lub 2 × 200 mg w zależności od natężenia objawów (do decyzji chorego) oraz połączenie tramadolu z paracetamolem w przypadku bólu przebijającego.

## SIÓDMA WIZYTA – LEKARZ ORTOPEDA (IX 2015 R.)

W wywiadzie lekarz odnotował dolegliwości bólowe pachwiny i uda prawego przy obciążaniu prawej kończyny dolnej nasilające się w ciągu ostatnich 4 miesięcy oraz występujące sporadycznie bóle nocne. W badaniu fizykalnym chód antalgiczny prawą kończyną dolną, pełny

zakres ruchomości biernej stawu biodrowego lewego, ograniczenie rotacji wewnętrznej, zgięcia i odwodzenia stawu biodrowego prawego. Ból występował przy maksymalnej rotacji wewnętrznej i zgięciu stawu biodrowego prawego, przy rotacji w wyproście, a dodatkowo podczas testu z czynnym zgięciem stawu biodrowego prawego przy wyprostowanym stawie kolanowym na leżąco. Objaw Trendelenburga był obustronnie ujemny.

Powtórne badanie RTG (przednio-tylne miednicy i osiowe stawów biodrowych) wykazało zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego z zapadnięciem głowy kości udowej prawej. W związku z tym lekarz zalecił kontynuację leczenia celekoksybem w trybie ciągłym i odciążanie prawego stawu biodrowego przez chodzenie o dwóch kulach łokciowych oraz zakwalifikował chorego do endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

#### DALSZE LECZENIE I WYNIK KOŃCOWY

U chorego wykonano endoprotezoplastykę bezcementową prawego stawu biodrowego. Przed operacją nie odstawiano celekoksybu, bowiem jego stosowanie nie było przeciwwskazaniem ani do znieczulenia, ani do podania po zabiegu leków przeciwzakrzepowych. Co więcej, ortopeda leczący chorego poinformował go, że przyjmowanie celekoksybu zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłania endoprotezoplastyki stawu biodrowego, jakim są skostnienia pozaszkieletowe. Z tego powodu zalecił choremu przyjmowanie celekoksybu przez 2 tygodnie po operacji, pozostawiając dalsze decyzje dotyczące stosowania tego leku lekarzowi POZ, w zależności od natężenia bólu.

Chory powrócił do chodzenia bez kul 6 tygodni po operacji, a do pełnej aktywności po kolejnych około 6 tygodniach zwolnienia lekarskiego. Wymagał leków przeciwbólowych przez pierwsze 3 tygodnie po operacji – ból był dobrze kontrolowany celekoksybem oraz połączeniem tramadolu z paracetamolem. Przez kolejne kilkanaście tygodni odczuwał większe zmęczenie w ciągu dnia oraz okresowe stany podgorączkowe i pocenie się w nocy, które stopniowo ustąpiły. Obecnie od ponad roku pozostaje pod obserwacją, z dobrym wynikiem klinicznym i w RTG.

#### OMÓWIENIE

Choroba zwyrodnieniowa stawów dotyka według szacunków ponad 8 milionów osób w polskiej populacji [1]. Zalecana dawka celekoksybu w leczeniu choroby zwyrodnieniowej wynosi 200 mg na dobę w jednej lub dwóch dawkach podzielonych. W leczeniu bólu w chorobie zwyrodnieniowej celekoksybu w dawce 200 mg na dobę jest co najmniej tak samo skuteczny jak paracetamol w dawce 4 g na dobę i tak samo skuteczny jak inne NLPZ w dawkach równoważnych [2–5]. W razie braku poprawy po zastosowaniu dawki 200 mg na dobę można rozważyć zalecenie dawki 200 mg 2 razy na dobę.

Celekoksybu zaleca się stosować w najniższej skutecznej dawce przez możliwie najkrótszy czas. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, zwłaszcza przy oczekiwaniu na zabieg chirurgiczny, że stężenie w stanie stacjonarym

w osoczu jest osiągnięte po 5 dniach przyjmowania leku. Są badania, w których wykazano, że okres leczenia można przedłużyć nawet do ponad 5 miesięcy. Na przykład w badaniu Strand i wsp. u 858 osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych wykazano, że przewlekłe stosowanie celekoksybu w dawce 200 mg raz dziennie w porównaniu ze stosowaniem doraźnym daje lepszą kontrolę bólu i zmniejszenie liczby zaostrzeń oraz lepsze wyniki w skali WOMAC bez zwiększenia częstości występowania działań niepożądanych [6].

Skostnienia pozaszkieletowe to częsty problem po endoprotezoplastykach stawów biodrowych. Skostnienia te mogą ograniczać zakres ruchu stawu biodrowego. W profilaktyce skostnień pozaszkieletowych stosuje się naświetlania albo NLPZ – indometacynę, diklofenak lub celekoksybu. Celekoksybu jako jedyny NLPZ zmniejszał ryzyko działań niepożądanych z zakresu przewodu pokarmowego w porównaniu z indometacyną [7]. Jest to szczególnie ważne wobec obowiązkowego stosowania w Polsce profilaktyki farmakologicznej żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych poddawanych endoprotezoplastyce stawu biodrowego ze względu na możliwe nasilenie działania gastrotoksycznego leków przeciwpalnych przez heparyny drobnocząsteczkowe [8].

Wydaje się, że celekoksybu jest adekwatnym lekiem przeciwbólowym i przeciwzapalnym u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych. Powody są następujące:

- możliwość bezpiecznego stosowania przez długi czas,
- w wybranych grupach chorych możliwość stosowania bez inhibitora pompy protonowej,
- brak konieczności odstawienia leku w okresie okotooperacyjnym,
- zapobieganie powstawaniu skostnień pozaszkieletowych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Wierusz-Kozłowska M., Markuszewski J. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. Marciniak W., Szulc A. (red.). PZWL, Warszawa 2004; 2.
2. Sawitzke A., Shi H., Finco M.F., et al. Clinical efficacy and safety of glucosamine, chondroitin sulphate, their combination, celecoxib or placebo taken to treat osteoarthritis of the knee: 2-year results from GAIT. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1459-1464.
3. Chan F., Lanasa A., Scheiman J., et al. Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Lancet* 2010; 376: 173-179.
4. Pincus T., Koch G., Lei H., et al. Patient Preference for Placebo, Acetaminophen (paracetamol) or Celecoxib Efficacy Studies (PACES): two randomised, double blind, placebo controlled, crossover clinical trials in patients with knee or hip osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 931-939.
5. Schnitzer T., Weaver A.L., Polis A.B., et al. Efficacy of rofecoxib, celecoxib, and acetaminophen in patients with osteoarthritis of the knee. A combined analysis of the VACT studies. *J Rheumatol* 2005; 32: 1093-1105.
6. Strand V., Simon L.S., Dougados M., et al. Treatment of osteoarthritis with continuous versus intermittent celecoxib. *J Rheumatol* 2011; 38: 2625-2634.
7. Macfarlane R., Ng B.H., Gamie Z., et al. Pharmacological treatment of heterotopic ossification following hip and acetabular surgery. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9: 767-786.
8. Sharma S. Upper gastrointestinal bleeding after hip and knee arthroplasty. *Orthopedics* 2006; 29: 255-257.



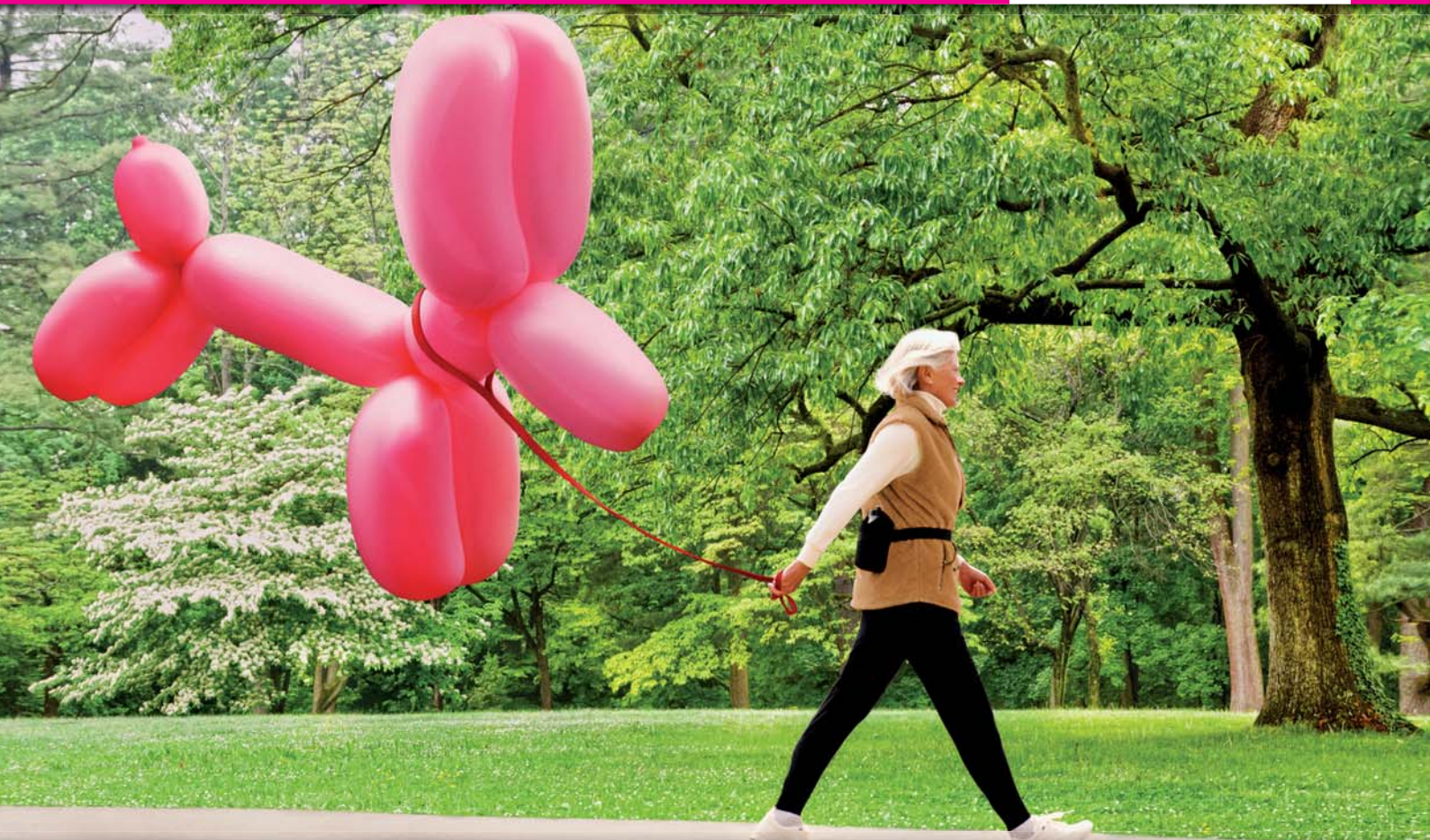




Odpłatność 100%

# aclexa<sup>®</sup>

celekoksyb  
kapsułki 100 mg, 200 mg



## Aclexa<sup>®</sup> – NLPZ nawet bez konieczności stosowania osłony<sup>\*(1)</sup>



10 kapsułek



30 kapsułek



60 kapsułek



10 kapsułek



30 kapsułek



60 kapsułek

<sup>\*</sup>bez konieczności stosowania inhibitora pompy protonowej u pacjentów z grupy niskiego/podwyższonego ryzyka gastrycznego i niskiego ryzyka kardiologicznego.  
Literatura: 1. Maria Rell-Bakalarska, Krzysztof Rell, Celekoksyb – nowe spożyczenie, nowe korzyści, Terapia, reprint z nr 12 z. 2 (315), grudzień 2014.