

# Άνδρας 46 ετών με αιφνίδιο άλγος στον άκρο πόδα

Σπύρος Ν Νίκας  
Ρευματολόγος  
Ιωάννινα



Τιμητική αμοιβή από την ELPEN  
για την σημερινή παρουσίαση

*ευχαριστώ*

# ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

- Άνδρας 46 ετών προσήλθε με αιφνίδιο ΕΝΤΟΝΟ άλγος άκρου ποδός ΔΕ από 4 (1<sup>η</sup> φορά)
- Ηχ: ΑΥ (ACE + διουρητικό), προ-ΣΔ, salo  
BMI: 28 – κάπνισμα 10 /ημ – αλκοόλ 2-3 / ημ
- Κλινικά: αρθρίτιδα 1<sup>η</sup> ΜΤΦ ΔΕ (και 2<sup>η</sup>/3<sup>η</sup>)
- Την προηγούμενη: ΕΕ -> CRP 35mg/dl  
UA 6,8 mg/dl

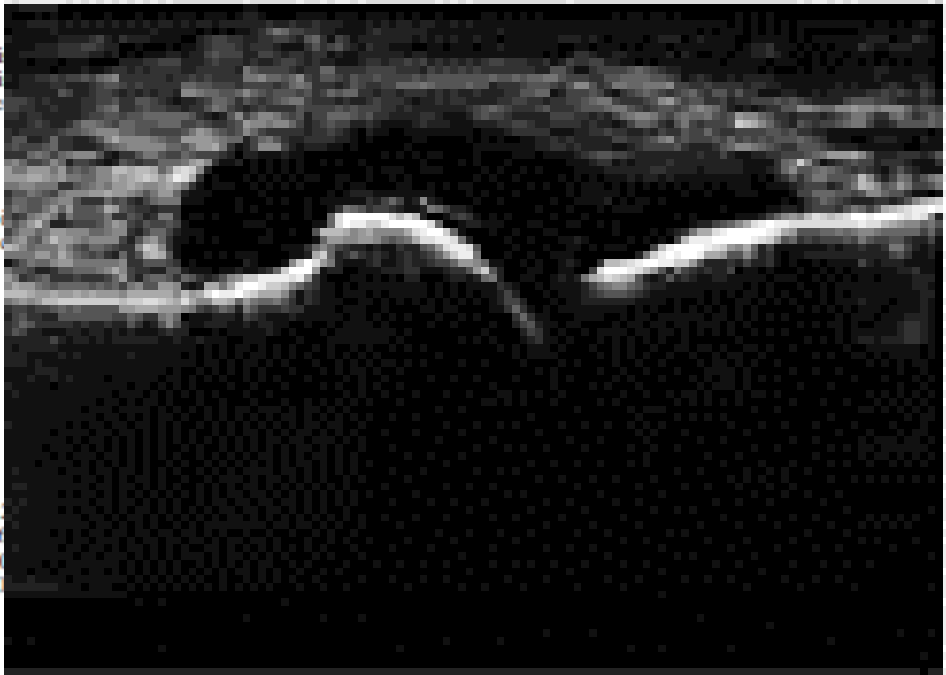


# UA ?

A threshold score of ≥8 classifies an individual as having gout

Table 2. The ACR/EULAR gout classification criteria\*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Categories                                                                                                                       | Score |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Step 1: Entry criterion (only apply criteria below to those meeting this entry criterion)                                                                                                                                                                                                      | At least 1 episode of swelling, pain, or tenderness in a peripheral joint or bursa                                               |       |
| Step 2: Sufficient criterion (if met, can classify as gout without applying criteria below)                                                                                                                                                                                                    | Presence of MSU crystals in a symptomatic joint or bursa (i.e., in synovial fluid) or tophus                                     |       |
| Step 3: Criteria (to be used if sufficient criterion not met)                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |       |
| Clinical                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |       |
| Pattern of joint/bursa involvement during symptomatic episode(s) ever†                                                                                                                                                                                                                         | Ankle or midfoot (as part of monoarticular or oligoarticular episode without involvement of the first metatarsophalangeal joint) | 1     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Involvement of the first metatarsophalangeal joint (as part of monoarticular or oligoarticular episode)                          | 2     |
| Characteristics of symptomatic episode(s) ever                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |       |
| • Erythema overlying affected joint (patient-reported or physician-observed)                                                                                                                                                                                                                   | One characteristic                                                                                                               |       |
| • Can't bear touch or pressure to affected joint                                                                                                                                                                                                                                               | Two characteristics                                                                                                              |       |
| • Great difficulty with walking or inability to use affected joint                                                                                                                                                                                                                             | Three characteristics                                                                                                            |       |
| Time course of episode(s) ever                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |       |
| Presence (ever) of ≥2, irrespective of antiinflammatory treatment:                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |       |
| • Time to maximal pain <24 hours                                                                                                                                                                                                                                                               | One typical episode                                                                                                              |       |
| • Resolution of symptoms in ≤14 days                                                                                                                                                                                                                                                           | Recurrent typical episode                                                                                                        |       |
| • Complete resolution (to baseline level) between symptomatic episodes                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |       |
| Clinical evidence of tophus (Figure 2)                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |       |
| Draining or chalk-like subcutaneous nodule under transparent skin, often with overlying vascularity, located in typical locations: joints, ears, olecranon bursae, finger pads, tendons (e.g., Achilles)                                                                                       | Present                                                                                                                          |       |
| Laboratory                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |       |
| Serum urate: Measured by uricase method.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  |       |
| Ideally should be scored at a time when the patient was not receiving urate-lowering treatment and it was >4 weeks from the start of an episode (i.e., during intercritical period); if practicable, retest under those conditions. The highest value irrespective of timing should be scored. | <4 mg/dl (<0.36 mmol/L)                                                                                                          |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6–8 mg/dl (0.36–0.48 mmol/L)                                                                                                     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 8–<10 mg/dl (0.48–0.60 mmol/L)                                                                                                   |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ≥10 mg/dl (≥0.60 mmol/L)                                                                                                         |       |
| Synovial fluid analysis of a symptomatic (ever) joint or bursa (should be assessed by a trained observer)§                                                                                                                                                                                     | MSU negative                                                                                                                     |       |
| Imaging (Figure 3)¶                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |       |
| Imaging evidence of urate deposition in symptomatic (ever) joint or bursa: ultrasound evidence of double-contour sign# or DECT demonstrating urate deposition**                                                                                                                                | Present (either modality)                                                                                                        | 4     |
| Imaging evidence of gout-related joint damage: conventional radiography of the hands and/or feet demonstrates at least 1 erosion††                                                                                                                                                             | Present                                                                                                                          | 4     |





# ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Άνδρας 46 ετών προσήλθε με αιφνίδιο ΕΝΤΟΝΟ άλγος άκρου ποδός ΔΕ από 48ώρου (1<sup>η</sup> φορά)
- ΗΧ : ΑΥ (ΑΤΙΙ με διουρητικό), salospir, προΣΔ
  - –BMI : 28 – κάπνισμα 10 /ημ – αλκοόλ 2-3 / ημ
- Κλινικά : αρθρίτιδα 1<sup>η</sup> ΜΤΦ ΔΕ (και 2<sup>η</sup>/3<sup>η</sup>)
- Την προηγούμενη : ΕΕ -> CRP 35mg/dl  
UA 6,8 mg/dl



ACR GUIDELINE FOR MANAGEMENT OF GOUT

**2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout**

- έναρξη αντι-υπερουριχαιμικής αγωγής σε ΚΑΘΕ ασθενή με **τοφώδη** ουρική νόσο, **ακτινογραφική** βλάβη συμβατή με ουρική αρθρίτιδα, ή **συχνές κρίσεις** ουρικής αρθρίτιδας (**> 2/γ**)
  - 1 κρίση => UA >9, ΧΝΑ>3 ή **νεφρολιθίαση**
- προτεινόμενη **πρώτη** φαρμακευτική επιλογή η **αλλοπουρινόλη** (->800mg/d), ακόμη και σε ασθενείς με μέτρια- σοβαρή ΝΕΦΡΙΚΗ νόσο (stage >3)
- η **έναρξη** της αγωγής θα πρέπει να γίνεται με **μικρή δόση** αλλοπουρινόλης ( $\leq 100$  mg/ημ, ή και λιγότερο σε νεφρική νόσο) ή febuxostat
- με την έναρξη της αντι-υπερουριχαιμικής αγωγής, ισχυρά συνιστάται αντιφλεγμονώδης **ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ** (κολχικίνη ή ΜΣΑΦ ή γλυκοκορτικοειδή) διάρκειας 3-6 μήνες
- για την **οξεία φάση της νόσου**, ισχυρή σύσταση για colchicine, ΜΣΑΦ, γλυκοκορτικοειδή (από του στόματος, ενδοαρθρικά, ή ενδομυϊκά)

# Η θερ. Αντιμετώπιση (γενικά)



1

- Οξεία φάση (ΜΣΑΦ, κορτιζόνη, κολχικίνη)

2

- Προφύλαξη νέας κρίσης (& τροποποίηση παραγόντων κινδύνου)

3

- Μείωση επίπεδων ουρικού (αντι-υπερ-ουριχαιμικό )

# Η θερ. Αντιμετώπιση



1

- Οξεία φάση (ΜΣΑΦ, κορτιζόνη, κολχικίνη)



120 mg

2

- Προφύλαξη νέας κρίσης (& τροποποίηση παραγόντων κινδύνου)

- Μείωση επίπεδων ουρικού (αντι-υπ

ΣΒ

Διουρητικό → Losartan

Salospir

Αλκοόλ

Διατροφή (κρέας / «Σ»)

Στόχος →  $UA < 6$

1<sup>ο</sup> επεισόδιο



# Η θερ. αντιμετώπιση οξεία φάση (ΜΣΑΦ Vs κορτιζόνη)



Research Article | Article

## Corticosteroid or Nonsteroidal A A Systematic Review of Random

Christy Amanda Billy, Ricky Tanujaya Lim, Marinella Ruospo, Suetonia  
The [Journal of Rheumatology](#) August 2017, jrheum.170137; DOI: [https](#)

**Conclusion** There is no evidence  
managing pain in acute gout, b  
selected adverse events analy

## ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

- Άνδρας 46 ετών προσήλθε με αιφνίδιο  
ΕΝΤΟΝΟ άλγος άκρου ποδός ΔΕ από 48ώρου  
(1<sup>η</sup> φορά)
- Ηx: ΑΥ (ACE + διουρητικό), salospirin, προ-ΣΔ  
➢ -BMI: 28 – κάπνισμα 10 /ημ – αλκοόλ 2-3 /ημ
- Κλινικά: αρθρίτιδα 1<sup>η</sup> ΜΤΦ ΔΕ
- Την προηγούμενη: ΕΕ -> CRP 35mg/dl  
UA 6,8 mg/dl



# Η θερ. αντιμετώπιση οξεία φάση (γιατί etoricoxib ?)



 Springer Link

Online issue publication  
September 10, 2020

Rheumatology  
Original research

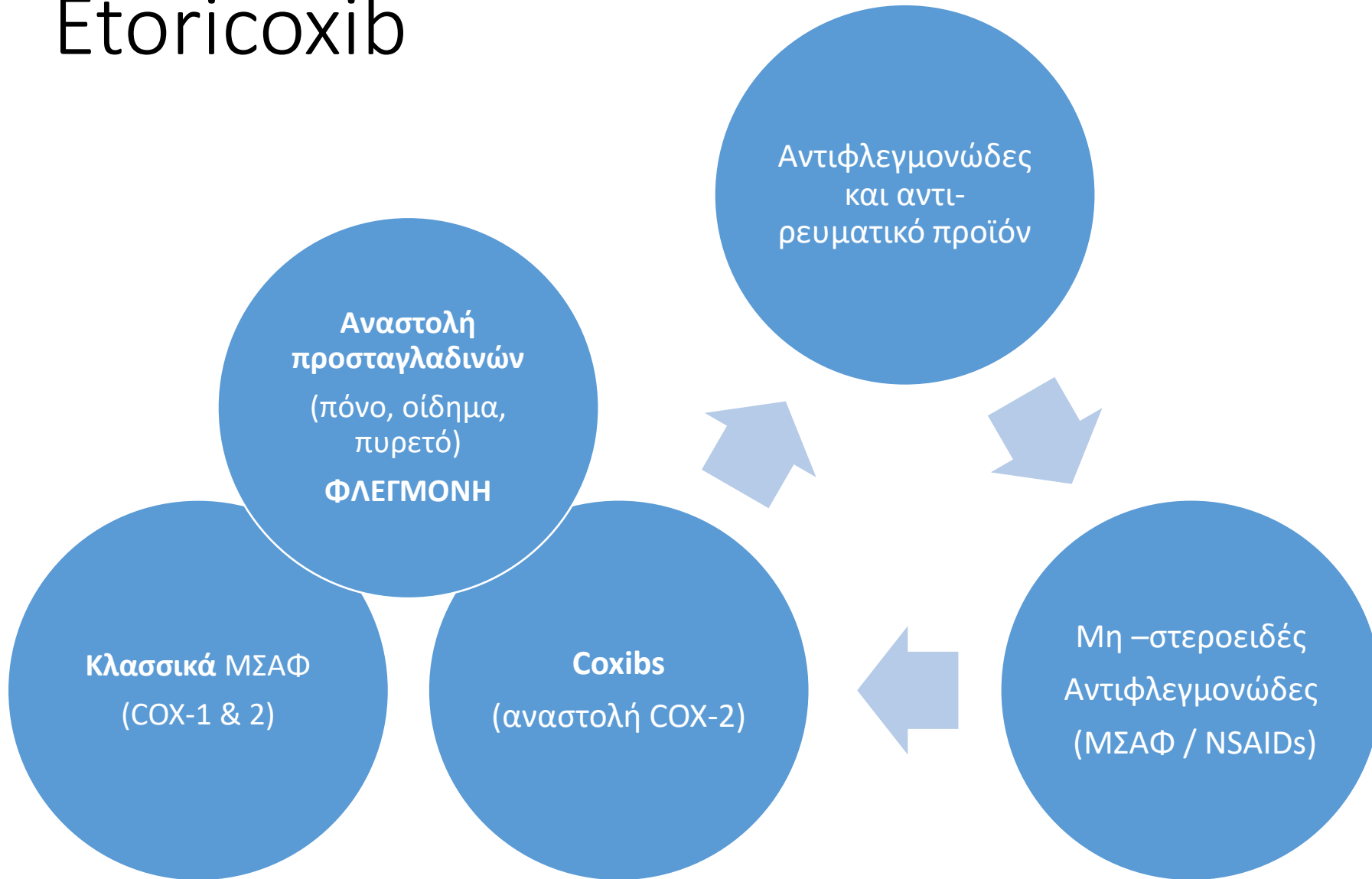
## Comparative efficacy of traditional non-selective NSAIDs and selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors in patients with acute gout: a systematic

**Conclusion** Although cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-selective NSAIDs may be equally beneficial in terms of pain relief, **cyclo-oxygenase-2 inhibitors (especially etoricoxib) may confer a greater benefit.**

Mengtao Li, Chen

lower incidence of adverse events. Etoricoxib  
same efficacy on acute gout as indometacin and diclofenac. Etoricoxib is tolerated better  
patients than NSAIDs such as indometacin and diclofenac.

# Ευκαιρία να «ξανα-γνωρίσουμε» το Etoricoxib



# Το μεγάλο πλεονέκτημα (cox-2)

Εκλεκτικοί αναστολείς cyclooxygenase-2 (COX-2 => φλεγμονή)

(ΟΧΙ COX-1-> γαστρικές προσταγλαδίνες (E2))

**Την ίδια (!) ευεργετική δράση με nonselective NSAIDs (κλασσικά)**

**με μικρότερη τοξικότητα (->ΑΣΦΑΛΕΙΑ)**

**στο γαστρεντερικό (ανώτερο)**

Επιλογή :

- Για ΟΛΟΥΣ
- εκλογής σε ασθ με παρόμοιο Ηχ

# Διεθνείς συστάσεις

Scarpignato et al. *BMC Medicine* (2015) 13:55  
DOI 10.1186/s12916-015-0285-8



## GUIDELINE

## Open Access

### Safe prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis – an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks

Carmelo Scarpignato<sup>1\*</sup>, Angel Lanas<sup>2</sup>, Corrado Blandizzi<sup>3</sup>, Willem F Lems<sup>4</sup>, Matthias Hermann<sup>5</sup> and Richard H Hunt<sup>6</sup>, For the International NSAID Consensus Group

COX2 inhibitors **should** be prescribed to those with **high GI risk**

In patients with **high GI risk**, if CV risk is low:

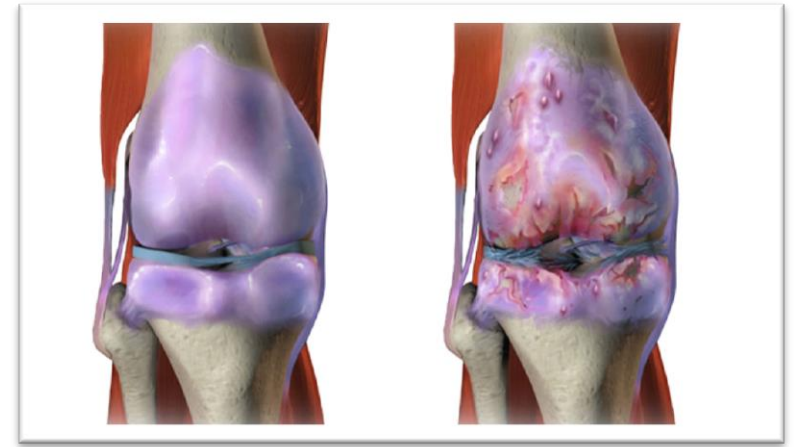
- a COX-2 selective inhibitor **alone** or
- ns-NSAID **with** a proton pump inhibitor

appears to offer similar protection from upper GI events

In patients with **NSAID-associated bleeding ulcers** who must resume NSAIDs, it is recommended to give a daily **PPI together with a COX2-** selective NSAID at the lowest effective dose



# Δεδομένα αποτελεσματικότητας ΟΑ- σύγκριση με ΜΣΑΦ



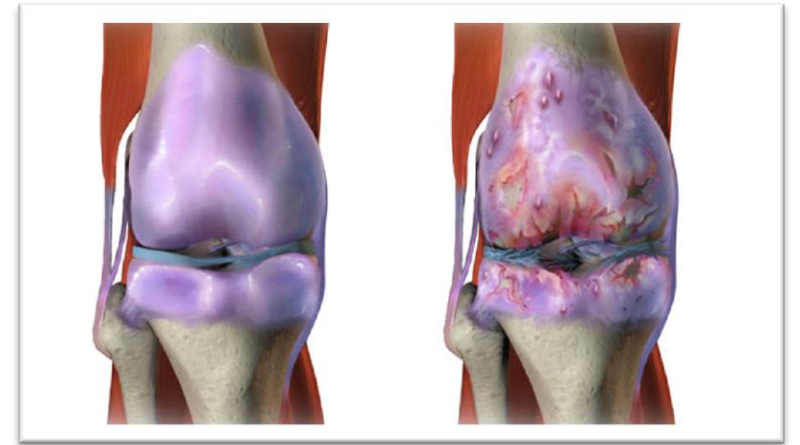
- Etoricoxib **60 mg** είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση με ΟΑ
- Με όφελος **ανάλογο** της ΜΕΓΙΣΤΗΣ δόσης **diclofenac** (150 mg)
- Και **πιο γρήγορη** έναρξη δράσης

*A comparison of the therapeutic efficacy and tolerability of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis. Zacher J1, Feldman D, Gerli R, Scott D, Hou SM, Uebelhart D, Rodger IW, Ozturk ZE; etoricoxib OA study group. Curr Med Res Opin. **2003**; 19(8):725-36.*

# Δεδομένα αποτελεσματικότητας ΟΑ- σύγκριση με ΜΣΑΦ

**60 mg ETOR** - Παρόμοια αποτελεσματικότητα με  
**naproxen 500 mg x 2**

- Η δράση ήταν εμφανής από τη **2<sup>η</sup> μέρα**
- **Μέγιστο** τη **2<sup>η</sup> εβδομάδα**
- Και διατηρήθηκε μέχρι τη 12 εβδ



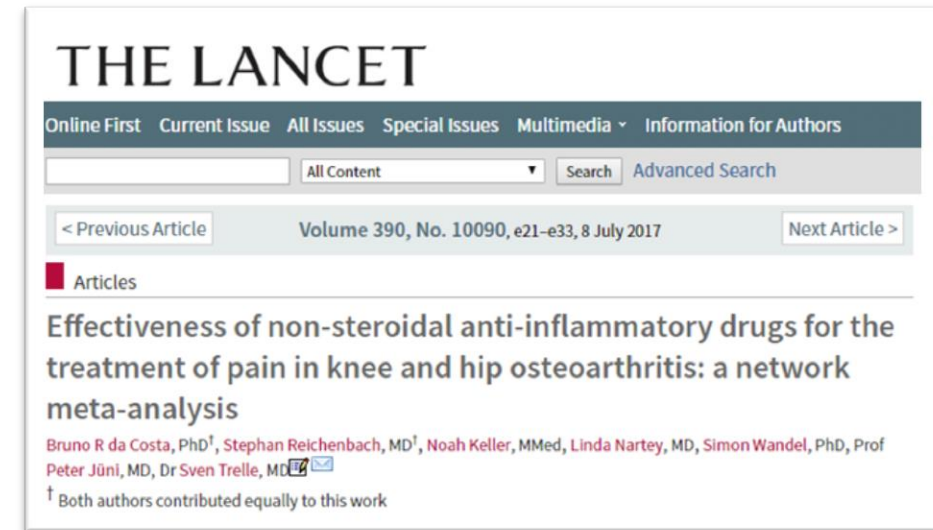
*Efficacy and tolerability profile of etoricoxib in patients with osteoarthritis: A randomized, double-blind, placebo and active-comparator controlled 12-week efficacy trial. Leung AT, et al J. Curr Med Res Opin. **2002**; 18(2):49-58.*

# Δεδομένα αποτελεσματικότητας το καλύτερο ΜΣΑΦ -ΟΑ

Στις μέγιστες εγκεκριμένες δόσεις:

- τα diclofenac 150 mg/day ( $ES -0.57$ , 95% [CrI]  $-0.69$  to  $-0.46$ )
- και etoricoxib 60 mg/day ( $ES -0.58$ ,  $-0.73$  to  $-0.43$ )

ήταν οι επιλογές με την **μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι η καλύτερη παρέμβαση** (100% *probability to reach the minimum clinically important difference*)



*Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis Bruno R da Costa, PhD†, Stephan Reichenbach, MD†, Noah Keller, MMed, Linda Nartey, MD, Simon Wandel, PhD, Prof Peter Jüni, MD, Dr Sven Trelle, THE LANCET . Published Online: 17 March 2016.*

# Δεδομένα αποτελεσματικότητας το καλύτερο ΜΣΑΦ - AS

ANKYLOSING  
SPONDYLITIS



[Exp Ther Med](#). 2020 Apr; 19(4): 3031–3041.

Published online 2020 Feb 27. doi:10.1016/j.xptm.2020.02.001

calculating mean differences (MDs) for continuous data and odds ratios for dichotomous data. The analysis revealed that all NSAIDs were significantly more effective in reducing pain severity than placebo (MDs between -17.49 and -25.99). Similarly, significant improvements in PGA, BASFI and ASAS20 were determined in patients receiving NSAIDs. Furthermore, etoricoxib was ranked as the most efficacious treatment for patients with AS. With regard to safety, there were no significant differences between NSAIDs and placebo in terms of total AEs, withdrawals due to AEs or serious AEs. Furthermore, no significant differences in AEs were identified between M2000 and the placebo. However, patients treated with diclofenac and naproxen had a higher risk of GI events than those taking placebo. In conclusion, the NSAIDs were all highly effective and well-tolerated in the treatment of AS. However, clinicians should take GI toxicity into account when prescribing NSAIDs.

Fan M, Liu J, Zhao B, Wu X, Li X, Gu J. Indirect comparison of NSAIDs for ankylosing spondylitis: Network meta-analysis of randomized, double-blinded, controlled trials. *Exp Ther Med*. 2020;19(4):3031-3041

The screenshot shows the Cochrane Library website interface. At the top left is the Cochrane Library logo with the tagline 'Trusted evidence. Informed decisions. Better health.' To the right is a search bar with the placeholder text 'Search title, abstract, keyword' and buttons for 'Browse' and 'Advanced'. Below the search bar is a navigation menu with 'Cochrane Reviews', 'Trials', 'More Resources', 'About', and 'Help'. The main content area displays the title 'Single dose oral etoricoxib for acute postoperative pain in adults' under the heading 'Cochrane Database of Systematic Reviews'. To the left of the title are icons for 'PDF' and 'Info'. Below the title are two tabs: 'Review' and 'Intervention'. At the bottom of the article preview, the authors 'Rachel Clarke, Sheena Derry, R Andrew Moore' are listed.

Cochrane Library  
Trusted evidence.  
Informed decisions.  
Better health.

Cochrane.org Log in / Register

Search title, abstract, keyword  
Browse Advanced

Cochrane Reviews ▾ Trials ▾ More Resources ▾ About ▾ Help ▾

Go to old article view

Cochrane Database of Systematic Reviews

Single dose oral etoricoxib for acute postoperative pain in adults

PDF Info

Review Intervention

Rachel Clarke, Sheena Derry, R Andrew Moore

**Single-dose** oral etoricoxib produces **high** levels of good quality pain relief after surgery

**adverse events did not differ from placebo** in these studies

The **120** mg dose is as effective as, **or better** than, other commonly used analgesics



# Δεδομένα αποτελεσματικότητας χρόνια οσφυαλγία



- 319 ασθ με χρόνια οσφυαλγία
- Etoricoxib (60 ή 90 mg) => **ανακούφιση** συμπτωμάτων και ανικανότητας
  - Ακόμη και 1 εβδ μετά την έναρξη της θερ
  - Μέγιστο στις 4 εβδ
  - Διατήρηση 3 εβδ

*Treatment of chronic low back pain with etoricoxib, a new cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor: improvement in pain and disability--a randomized, placebo-controlled, 3-month trial. Birbara CA1, Puopolo AD, et al J Pain. 2003 Aug;4(6):307-15*

# Δεδομένα αποτελεσματικότητας χρόνια οσφυαλγία



- etoricoxib **60** mg για **4 εβδο**=> ήταν αποτελεσματικό στην ανακούφιση του πόνου και βελτίωση της λειτουργικότητας
- Με δράση **παρόμοια**: high-dose **diclofenac** 150 mg /ημ

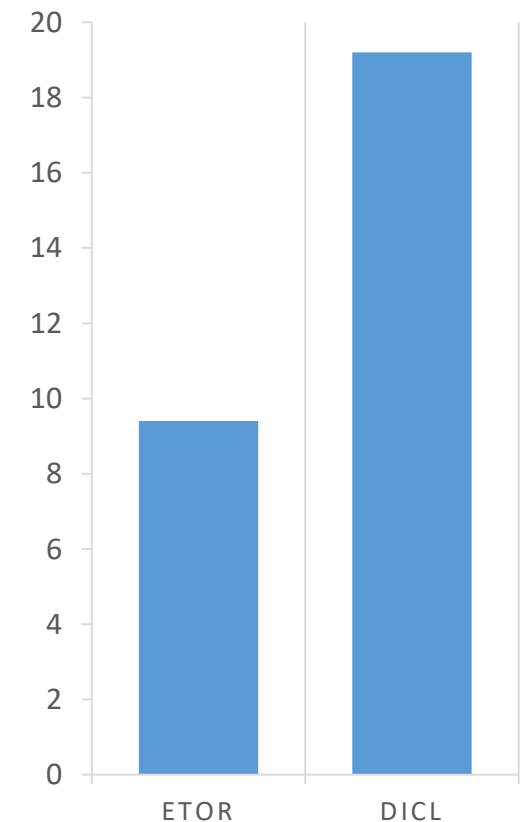
# Δεδομένα ασφάλειας

## MEDAL Programm

- MEDAL Study, **καρδιαγγειακές** εκβάσεις
  - σε **17,804 OA & 5,700 RA**
  - Υπό etoricoxib 60 (OA) ή 90 mg (OA and RA) ή diclofenac 150 mg , για μια μέση περίοδο 21.3 m
- EDGE (1 γ) & EDGE II (2,5γ) εκτιμήθηκε η **ΓΣ** αντοχή της etoricoxib versus diclofenac.
  - EDGE 7,111 OA με etoricoxib 90 mg (1.5 times the dose recommended for OA) ή diclofenac 150 mg για μια μέση περίοδο 11.4 μήνες

Διακοπή θερ λόγω **εργαστηριακών** ευρημάτων =>  
πιο **συχνά** με δικλοφαινάκη  
(6.8 Vs 0,29)

### ΔΙΑΚΟΠΗ ΘΕΡ



# Καρδιαγγειακό & ΜΣΑΦ

## FDA ανακοίνωση



Σε (7/9/15) ανακοίνωση του, ο FDA ενδυναμώνει την ειδοποίηση ότι μη-ασπιρινούχα ΜΣΑΦ **αυξάνουν την πιθανότητα για ΑΕΕ ή καρδιακό επεισόδιο**, απαιτώντας επικαιροποίηση των drug labels **ΟΛΩΝ** των ΜΣΑΦ. Στην ανακοίνωση τονίζεται :

- Ο κίνδυνος **για καρδιακό επεισόδιο ή ΑΕΕ** είναι δυνατό να εμφανισθεί από τις **πρώτες** εβδομάδες αγωγής με ΜΣΑΦ και αυξάνεται με την **παρατεταμένη** χορήγηση, είναι δε μεγαλύτερος στις **υψηλότερες** δόσεις
- Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να εμφανισθεί και σε άτομα **χωρίς** ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ή παράγοντες κινδύνου για αυτή

# Καρδιαγγειακό & ΜΣΑΦ

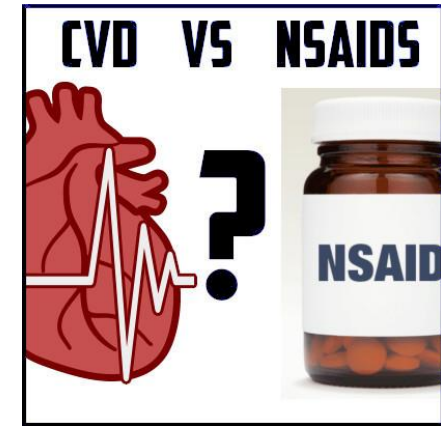
## FDA ανακοίνωση



- Προφανώς άτομα με **ιστορικό** βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ενώ ασθενείς υπό ΜΣΑΦ μετά από καρδιακό επεισόδιο έχουν **αυξημένη** πιθανότητα για θάνατο μέσα στον 1<sup>ο</sup> χρόνο
- Με βάση τα τελευταία στοιχεία, **δεν μπορεί να υπάρξει διάκριση** ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος για κάποιο συγκεκριμένο ΜΣΑΦ (πχ ναπροξένη ή Cox-2 αναστολείς)
- Αυξημένος είναι ο κίνδυνος και για **καρδιακή ανεπάρκεια**



# Δεδομένα ασφάλειας καρδιαγγειακό – ΤΕΛΙΚΟ !



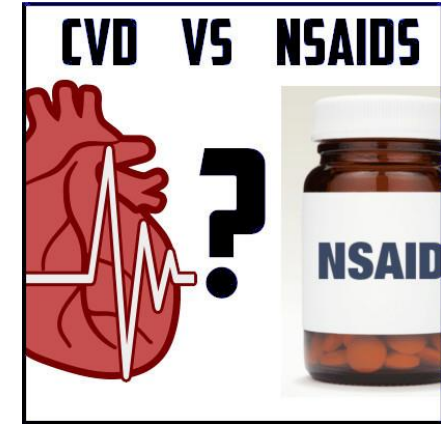
- COX-2 selectivity may **not** play a role in the CV risk of NSAIDs
- Rofecoxib was the **only** drug to demonstrate harm and skewed the data of the COX-2 selective group

*Non-steroidal anti-inflammatory drug-induced cardiovascular adverse events: a **meta-analysis**.*

*Gunter BR1, Butler KA1, Wallace RL2, Smith SM3, Harirforoosh S4. J Clin Pharm Ther. 2017 Feb;42(1):27-38*

# COX-2 Vs COX-2

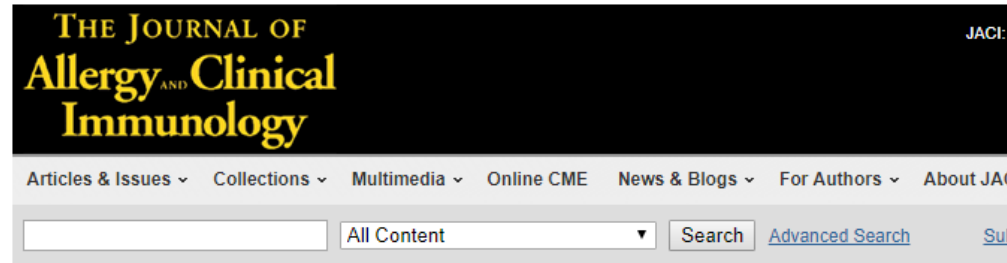
## celecoxib Vs etoricoxib



- Παρατεταμένη χορήγηση **celecoxib** ΜΕΡΙΚΩΣ – ΙΣΩΣ εμπλέκεται σε αύξηση αγγειακού κινδύνου
  - Κυρίως OEM Celecoxib vs placebo
- **etoricoxib** : **ΑΠΟΔΕΙΧΘΗΚΕ** **ότι ΔΕΝ** προκαλεί αυξημένο κίνδυνο σοβαρών αγγειακών συμβαμάτων Vs placebo ή naproxen
- **Naproxen** **ΔΕΝ φαίνεται** να σχετίζεται με σημαντικό όφελος στον CVD

*Cardiovascular risk associated with celecoxib or etoricoxib: **a meta-analysis** of **randomized** controlled trials which adopted comparison with placebo or naproxen. De Vecchis R1, Baldi C, Di Biase G, Ariano C, Cioppa C, Giasi A, Valente L, Cantatrione S Minerva Cardioangiol. 2014 Dec;62(6):437-48..*

# Άσθμα



< Previous Article

[July 2014](#) Volume 134, Issue 1, Pages 40–45.e10

Next Article >

Safety risks for patients with aspirin-exacerbated respiratory disease after acute exposure to selective nonsteroidal anti-inflammatory drugs and COX-2 inhibitors: Meta-analysis of controlled clinical trials

Σε ασθενείς με σταθερό (*mild-to-moderate*) άσθμα με AERD

Η έκθεση σε **COX-2** inhibitors είναι **ασφαλής**

selective NSAIDs έχει ένα μικρό κίνδυνο

COX-2 inhibitors **θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν** σε AERD ή σε γενικευμένο άσθμα

## Συμπεράσματα etoricoxib-> ασθενή μας (UA)

Είναι ΜΣΑΦ (αναστολέας COX-2) => ασφάλεια στο ανώτερο πεπτικό

### Πλεονεκτήματα :

αποτελεσματικό (Vs άλλων ΜΣΑΦ: 60mg Vs 150 mg Diclof / ταχύτητα δράσης)

ασφαλές (πεπτικό, ασθμα, ΕΕ, ΦΝΕ ). Προσοχή σε ΑΥ / ΧΝΑ

1 φορά /ημέρα (συμμόρφωση) ΧΩΡΙΣ PPI

οικονομικό (Vs ΜΣΑΦ & PPIs) - γενόσημο

## Συμπεράσματα etoricoxib-> ασθενή μας

Θα μπορούσε να είναι : 1<sup>η</sup> επιλογή ως:

- ΜΣΑΦ γενικά αλλά ειδικά και
- Ηχ ανώτερο πεπτικό
- στην οξεία ουρική αρθρίτιδα, ΟΑ, ΑΣ

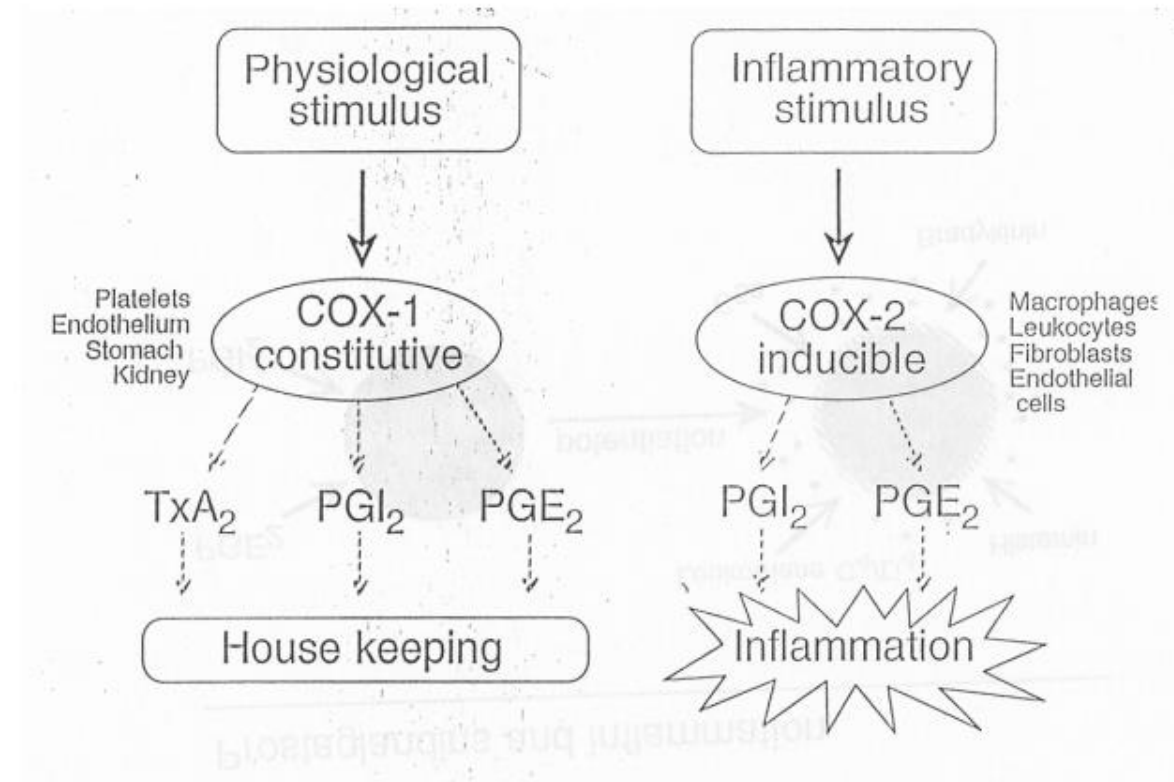


Ευχαριστω πολύ



- Nonsteroidal anti-inflammatory drug exposure was associated with higher risks of **incident eGFR <60 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup>** and eGFR decline  $\geq 30\%$ . **Highest risk was observed in etoricoxib** users, and lowest risk was with ibuprofen. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33910887/>)
- etoricoxib being associated with a **greater propensity to destabilize BP** control than either diclofenac or celecoxib. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30631366/>)
- The meta-analysis results suggest that the use of the marketed coxibs celecoxib and etoricoxib would be related to a statistically significant CVR increase. **Etoricoxib CVR could be higher than that for celecoxib**. This increment would be similar to classical NSAID CVR. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204233/>)
- **Diclofenac had higher rates of hepatotoxic** evidence compared to other NSAIDs. Hepatotoxic evidence is mostly demonstrated as aminotransferase elevation, while liver-related hospitalization or discontinuation was very low. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29568654/>)

- The anti-inflammatory **NSAIDs** **reduce** the risk of first myocardial infarction in patients with inflammation and elevated CRP. The extended use of NSAIDs is not associated with an increased CV risk in patients with pain and inflammation but with reduction in all-cause mortality.  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27575590/>)



Σχήμα 21-2. Ο ρόλος της κυκλοοξυγενάσης (COX) φυσιολογικά και στη φλεγμονή.