

CZTERY PROFILE PACJENTÓW, W LECZENIU KTÓRYCH WYBIERAM FAMOTYDYNĘ

dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu



PACJENT Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU SKARŻĄCY SIĘ NA NOCNE DOLEGLIWOŚCI („przełomy nocne”)



PACJENCI STOSUJĄCY IPP, ALE WCIĄŻ USKARŻAJĄCY SIĘ NA DOLEGLIWOŚCI (IPP nie wystarczają, optymalizacja leczenia, doraźne stosowanie famotydyny)



STARSZY PACJENCI
– bezpieczeństwo przy terapiach wielolekowych, najłagodniej wyrażone działanie niepożądane wśród leków hamujących wydzielanie żołądkowe



DORAŻNE STOSOWANIE FAMOTYDYNY NA ŻYCZENIE PACJENTA

CZTERY PROFILE PACJENTÓW, W LECZENIU KTÓRYCH WYBIERAM FAMOTYDYNĘ

FOUR PATIENT PROFILES FOR WHOM I CHOOSE FAMOTIDINE

dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Przedstawione profile pacjentów wskazują na możliwość włączenia do leczenia famotydyny w celu optymalizacji terapii chorób kwasozależnych na podstawie dostępnych danych literaturowych i zaleceń praktycznych.

Słowa kluczowe: famotydyna, choroby kwasozależne, NAB

ABSTRACT

The presented patient profiles indicate the possibility of including famotidine in the treatment in order to optimize the treatment of acid-dependent diseases based on available literature data and practical recommendations.

Key words: famotidine, acid-dependent disease, NAB

WSTĘP

Famotydyna jest najnowszym i obecnie jedynym lekiem z grupy H₂-blokerów III generacji charakteryzującym się działaniem antysekrecyjnym. Jej działanie polega na hamowaniu wydzielania kwasu solnego poprzez kompetencyjne blokowanie receptorów histaminowych H₂ w ścianie komórek okładzinowych żołądka. Dzięki swoim właściwościom lek znalazł miejsce w terapii chorób kwasozależnych, takich jak: choroba refluksowa przełyku, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zespół Zollingera-Ellisona oraz – w dobie inhibitorów pompy protonowej – jako leczenie wspomagające. Nadal istnieją sytuacje kliniczne, w których włączenie do terapii famotydyny jest skutecznym postępowaniem prowadzącym do uzyskania lepszego efektu leczniczego. Poniżej przedstawiono typowe profile pacjentów odnoszących korzyść z takiego leczenia.

PROFIL 1.

PACJENT Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU SKARŻĄCY SIĘ NA NOCNE DOLEGLIWOŚCI („PRZEŁOMY NOCNE”)

Część pacjentów z chorobą refluksową przełyku cierpi na tzw. refluks nocny, często związany z nocnym przełomem wydzielania kwasu (NAB, *nocturnal acid-breakthrough*), polegający na gwałtownym, długo utrzymującym się (nawet do kilku godzin) nocnym wyrzucie kwasu solnego. Zalegający w przełyku kwas solny wykazuje silny potencjał uszkodzający śluzówkę przełyku. Najskuteczniejszymi lekami hamującymi wydzielanie żołądkowe są inhibitory pompy protonowej (IPP), jednak w tej

sytuacji nawet podwojenie dawki podstawowej nie powoduje skutecznej redukcji wydzielania nocnego kwasu. Jedynym lekiem na polskim rynku hamującym nocne wydzielanie kwasu jest famotydyna, która może być stosowana w tym wskazaniu na noc przed snem w monoterapii lub w terapii łączonej z inhibitorem pompy protonowej [1, 2].

PROFIL 2.

PACJENCI STOSUJĄCY IPP, ALE WCIAŻ USKARŻAJĄCY SIĘ NA DOLEGLIWOŚCI (IPP NIE WYSTARCZAJĄ, OPTIMALIZACJA LECZENIA, DORAŻNE STOSOWANIE FAMOTYDYNY)

Według danych literaturowych jeden na czterech pacjentów pomimo stosowania IPP nie osiąga satysfakcjonującego poziomu redukcji dolegliwości związanych z chorobą refluksową. Famotydyna działa szybko objawowo, m.in. w mechanizmie desensytyzacji przełyku na kwas, zmniejszając nasilenie objawów bez zmniejszenia ekspozycji na kwas. Mając w pamięci zjawisko tachyfilaksji, czyli powstawania tolerancji na lek powodującej obniżenie skuteczności działania, powinien być on stosowany w trybie ciągłym krótko (do 10–14 dni), a następnie doraźnie, co pozwala utrzymać skuteczność leczenia bez wytworzenia nietolerancji. Famotydyna jest bardzo dobrym rozwiązaniem w sytuacji braku remisji objawów przy stosowaniu IPP i bardzo dobrze się sprawdza jako terapia dodana, działając znacznie szybciej i łagodząc dolegliwości, zanim inhibitory rozwiną pełne działanie [3–5].

PROFIL 3.**STARSI PACJENCI – BEZPIECZEŃSTWO PRZY TERAPIACH WIELOLEKOWYCH, NAJSŁABIEJ WYRAŻONE DZIAŁANIE NIEPOŻĄDANE WŚRÓD LEKÓW HAMUJĄCYCH WYDZIELANIE ŻOŁĄDKOWE**

Dużym problemem klinicznym jest leczenie dolegliwości u pacjentów w wieku senioralnym obarczonych licznymi schorzeniami i często stosujących polipragmazję. Dlatego też lek osłonowy na przewód pokarmowy powinien charakteryzować się wysokim profilem bezpieczeństwa. Poza IPP, które stanowią najskuteczniejszą terapię chorób kwasozależnych, dysponujemy również lekami blokującymi receptory H_2 zmniejszającymi wydzielanie żołądkowe i równocześnie bezpiecznymi. Famotydyna jest pozbawiona większości działań niepożądanych występujących podczas leczenia IPP, takich jak: zaburzenia wchłaniania witaminy B_{12} i żelaza, dysbioza jelitowa, w tym zespół przerostu flory bakteryjnej (SIBO, *small intestinal bacterial overgrowth*); wykazuje też bardzo niskie ryzyko zakażenia *Clostridium* oraz nie podnosi ryzyka chorób nowotworowych. Działania niepożądane odnotowane podczas leczenia famotydyną występują bardzo rzadko lub rzadko (odpowiednio $< 1/10\ 000$ i $> 1/10\ 000$, $< 1/1000$) i zazwyczaj są to łagodne i przemijające objawy ogólne [6].

PROFIL 4.**DORAŻNE STOSOWANIE FAMOTYDYNY NA ŻYCZENIE PACJENTA**

Skuteczność leczenia jest zależna od prawidłowego przyjmowania leku przez chorego, o odpowiedniej porze, przed posiłkiem lub po nim, najchętniej raz dziennie, ponieważ wtedy łatwo zapamiętać dawkowanie i uniknąć pominięcia leku. Wszystkie te cechy łączy w sobie famotydyna, która może być stosowana w trybie ciągłym, raz dziennie przed snem. W zależności od poprawy klinicznej możliwe jest także dawkowanie dorażne, „na życzenie”, dzięki czemu unika się wytworzenia zjawiska tachyfilaksji [7–9].

PODSUMOWANIE

Choroby kwasozależne są nadal dominującymi schorzeniami w populacji ogólnej, dlatego bezpieczne i skuteczne terapie mają kardynalne znaczenie w aspekcie wyciszenia dolegliwości i zapobiegania ich nawrotom. Lekiem spełniającym te oczekiwania jest famotydyna. Cechuje się ona wysokim profilem bezpieczeństwa oraz szybkim czasem działania, a jako jedyny dostępny lek blokuje nocne wydzielanie kwasu i może być stosowana w terapii dodanej do IPP. To nie tylko podnosi skuteczność leczenia, ale także obniża jego koszty, a dawkowanie raz dziennie lub dorażnie poprawia *compliance* pacjenta.

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr hab. n. med. Dorota Waško-Czopnik
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
50-556 Wrocław, ul. Borowska 213
tel.: 71 733 21 20
e-mail: dorota.wasko-czopnik@edu.wroc.pl

PIŚMIENICTWO

- McCullough AJ, Graham DY, Knuff TE et al. Suppression of nocturnal acid secretion with famotidine accelerates gastric ulcer healing. *Gastroenterology*. 1989; 97(4): 860-6. [http://doi.org/10.1016/0016-5085\(89\)91489-3](http://doi.org/10.1016/0016-5085(89)91489-3).
- Ryan JR, Vargas R, McMahon FG et al. Comparison of effects of oral and intravenous famotidine on inhibition of nocturnal gastric acid secretion. *Am J Med*. 1986; 81(4B): 60-4. [http://doi.org/10.1016/0002-9343\(86\)90601-7](http://doi.org/10.1016/0002-9343(86)90601-7).
- Yamashita Y, Kinoshita Y, Chihara K et al. [Comparison of the effects between standard doses of H_2 -blocker (famotidine 20 mg b.d.) and proton pump inhibitor (omeprazole 20 mg o.d.) in the treatment of refractory reflux esophagitis by ambulatory 24-hr intra-gastroesophageal pH monitoring]. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi*. 1994; 91(12): 2166-73.
- McRorie JW, Kirby JA, Miner PB. Histamine $_2$ -receptor antagonists: Rapid development of tachyphylaxis with repeat dosing. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2014; 5(2): 57-62. <http://doi.org/10.4292/wjgpt.v5.i2.57>.
- Fandriks L, Lonroth H, Petterson A et al. Can famotidine and omeprazole be combined on a once-daily basis? *Scand J Gastroenterol*. 2007; 42(6): 689-94. <http://doi.org/10.1080/00365520601026665>.
- Humphries TJ. Famotidine: a notable lack of drug interactions. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 1987; 134: 55-60. <http://doi.org/10.3109/00365528709090142>.
- Echizen H, Ishizaki I. Clinical pharmacokinetics of famotidine. *Clin Pharmacokinet*. 1991; 21(3): 178-94. <http://doi.org/10.2165/00003088-199121030-00003>.
- Lin JH. Pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of histamine H_2 -receptor antagonists. Relationship between intrinsic potency and effective plasma concentrations. *Clin Pharmacokinet*. 1991; 20(3): 218-36. <http://doi.org/10.2165/00003088-19912003000004>.
- Mills JG, Wood JR. The pharmacology of histamine H_2 -receptor antagonists. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*. 1989; 11(suppl 1): 87-95.

Famogast® famotidinum

Znakomity wybór u pacjentów z GERD:
z refluksem epizodycznym, objawami nocnymi lub
w leczeniu podtrzymującym „na żądanie”^{1,2,3}

Rozwija pełne działanie już od pierwszej dawki⁴



Famogast® to lek refundowany w pełnym zakresie wskazań, z odpłatnością ryczałtową*

SPRAWDZONE TERAPIE W GASTROENTEROLOGII



1. Gąsiorowska A i wsp. Postępowanie u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. *Lekarz POZ*. 2019; 5(3):245-265.
 2. Świdnicka-Siergiejko AK et al. Diagnostic and therapeutic management in gastroesophageal reflux disease: consensus of the Polish Society of Gastroenterology. *Pol Arch Intern Med*. 2022; 132(2):16196.
 3. Katz PO et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022; 117(1):27-56.
 4. Langtry HD et al. Famotidine. An updated review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use in peptic ulcer disease and other allied diseases. *Drugs*. 1989; 38(4):551-90.
- * Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2023 r.

FAM/004/03-2023

INFORMACJA O PRODUKCIE DOSTĘPNA
PO ZESKANOWANIU KODU
LUB U PRZEDSTAWICIELA POLPHARMY.