

CZTERY PROFILE PACJENTÓW, U KTÓRYCH WYBIERAM PANTOPRAZOL

dr n. med. Maria Janiak

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny



PACJENCI, KTÓRZY
STOSUJĄ NLPZ



PACJENCI STARSI – BEZPIECZEŃSTWO
PRZY TERAPII WIELOLEKOWEJ,
NIEWYDOLNOŚCI NEREK I UMIARKOWANEJ
NIEWYDOLNOŚCI WĄTROBY



PACJENCI Z KOLONIZACJĄ
HELICOBACTER PYLORI



PACJENCI PRZYJMUJĄCY LEKI
PRZECIWPŁYTKOWE

4 PROFILE PACJENTÓW, U KTÓRYCH WYBIERAM PANTOPRAZOL

4 PATIENT PROFILES FOR WHOM I CHOOSE PANTOPRAZOLE

dr n. med. Maria Janiak

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Krystian Adrych, prof. nadzw.

STRESZCZENIE

Na rynku farmaceutycznym spośród olbrzymiej grupy inhibitorów pompy protonowej nadal wybierany przez lekarzy jest pantoprazol. Przedstawiono 4 profile pacjentów, u których warto wybrać w leczeniu pantoprazol.

Słowa kluczowe: pantoprazol, gastroprotekcja, inhibitory pompy protonowej

ABSTRACT

The most popular proton pump inhibitor available at the pharmaceutical market is pantoprazole. I would like to introduce 4 patient's profiles when the pantoprazole is the best therapeutic choice.

Key words: pantoprazole, gastroprotection, proton pump inhibitors

WSTĘP

Istotnym przełomem w zmniejszaniu sekrecji kwasu solnego stało się wprowadzenie na rynek farmaceutyczny inhibitorów pompy protonowej (IPP). Zastosowanie jednego z nich – **pantoprazolu** – w leczeniu wielu chorób kwasozależnych zostało bardzo dobrze przyjęte przez chorych, co potwierdza fakt stosowania tego preparatu od 1998 r. do dziś. Uznanymi wskazaniami do terapii pantoprazolem są: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, skojarzona terapia eradykacyjna zakażeń *Helicobacter pylori*, refluksowe zapalenie błony śluzowej przełyku, owrzodzenia błony śluzowej żołądka i dwunastnicy w związku z terapią niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) oraz zespół Zollingera-Ellisona.

Pantoprazol szybko wchłania się z przewodu pokarmowego. Po podaniu doustnym maksymalne stężenie osiągnęte jest po ok. 2–2,5 h od przyjęcia leku. Dostępność biologiczna po pantoprazolu przyjętym drogą doustną wynosi ok. 77%, a po podaniu dożylnym działanie rozpoczyna się natychmiast i dostępność biologiczna wynosi 100%. Pantoprazol ulega metabolizmowi w wątrobie, jest metabolizowany przez CYP3A4 i sulfotransferazę. Ok. 80% dawki wydalane jest w postaci metabolitów z moczem, pozostały odsetek z kałem [1].

Poniżej przedstawiono 4 profile pacjentów, u których w leczeniu warto wybrać pantoprazol.

PROFIL 1.

PACJENCI, KTÓRZY STOSUJĄ NLPZ

Pantoprazol można zastosować u pacjentów leczonych nieselektywnymi niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) w zapobieganiu powstawaniu owrzodzeń żołądka i dwunast-

nicy. NLPZ niezależnie od drogi podania (doustnie, dożylnie, doodbytniczo) zmniejszają ilość wydzielanego kwasu w żołądku. Zmniejszenie objętości kwasu bez zmniejszenia stężenia jonów wodorowych powoduje, że treść żołądkowa ma większą aktywność erozyjną. Błona śluzowa zaczyna się regenerować w warunkach pH wyższego niż 4.

Pantoprazol jest stosowany w leczeniu i profilaktyce uszkodzeń związanych z NLPZ, a jego efektywne działanie osłonowe podczas terapii tymi lekami jest udokumentowane w 15-letnich badaniach. Terapię pantoprazolem należy jednak ograniczyć do pacjentów, u których konieczne jest kontynuowanie leczenia NLPZ i występuje zwiększone ryzyko działań niepożądanych w postaci choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy (u osób po 65. r.ż. i u chorych, którzy wcześniej cierpieli na chorobę wrzodową). Pantoprazol działa cytoprotekcyjnie na błonę śluzową żołądka poprzez doprowadzanie do zwiększenia wartości pH, a przez to do zmniejszenia wchłaniania się NLPZ (o czym należy pamiętać, stosując oba leki jednocześnie). Na szczególną uwagę zasługują sytuacje kliniczne, gdy do leczenia NLPZ dodawane są glikokortykosteroidy, co wywołuje synergistyczny efekt uszkodzający błonę śluzową żołądka i dwunastnicy. Wówczas gastroprotekcja za pomocą pantoprazolu jest uzasadniona już od początku terapii tymi lekami [2].

PROFIL 2.

PACJENCI STARSI – BEZPIECZEŃSTWO PRZY TERAPII WIELOLEKOWEJ, NIEWYDOLNOŚCI NEREK I UMIARKOWANEJ NIEWYDOLNOŚCI WĄTROBY

Przewlekłe stosowanie leków z grupy IPP, w tym pantoprazolu, dotyczy także osób dorosłych i w wieku podeszłym. W tej

grupie chorych może występować hipochlorhydria. Pacjenci senioralni często jednocześnie przyjmują wiele farmaceutyków, należy więc pamiętać o możliwych interakcjach między wieloma lekami. Pantoprazol, podobnie jak i inne IPP, może zmniejszać efekt terapeutyczny leków, których wchłanianie zależy od niskiego pH soku żołądkowego, np. ketokonazolu. Alkalizacja środowiska w żołądku powstała po terapii IPP może się przyczynić do zbyt wczesnego rozpuszczenia leków będących w postaci tzw. dojelitowej. Możliwe jest również zwiększenie wchłaniania takich leków, jak: digoksyna, nifedypina, midazolam, kwas acetylosalicylowy czy metadon. W grupie starszych pacjentów częściej wybieram pantoprazol niż inne leki z tej grupy z uwagi na jego najłagodniejsze działanie przeciwwydzielnicze. Pantoprazol znacznie słabiej hamuje wydzielanie kwasu solnego niż omeprazol (40 mg pantoprazolu odpowiada 9 mg omeprazolu).

Nie ma konieczności zmniejszania dawki pantoprazolu u osób z zaburzeniami czynności nerek, również u dializowanych. Okres półtrwania pantoprazolu jest krótki. Podczas dializy usuwane są niewielkie ilości tego leku. Okres półtrwania głównego metabolitu jest umiarkowanie wydłużony (2–3 h), wydalanie następuje szybko i nie dochodzi do kumulacji produktu [3].

PROFIL 3. PACJENCI Z KOLONIZACJĄ *HELICOBACTER PYLORI*

Innym niezwykle ważnym problemem w zapobieganiu powstawaniu owrzodzeń błony śluzowej żołądka i dwunastnicy u osób stosujących NLPZ jest współwystępowanie kolonizacji *Helicobacter pylori*. Bytowanie tej bakterii w żołądku stanowi niezależny czynnik ryzyka wystąpienia powikłania w postaci uszkodzenia przewodu pokarmowego. Zmniejszone wydzielanie się kwasu solnego umożliwia zagojenie się zmian związanych z uszkodzeniem błony śluzowej żołądka, dwunastnicy lub przełyku oraz stwarza odpowiednie warunki do działania antybiotyków w przypadku eradykacji *Helicobacter pylori*, którą to bakterię uważa się za jedną z głównych przyczyn choroby wrzodowej i nowotworowej żołądka.

PROFIL 4. PACJENCI PRZYJMĄCY LEKI PRZECIWPŁYTKOWE

U osób po zawale serca przyjmujących kłopidogrel zaobserwowano, że jednoczesne przyjmowanie IPP wiąże się z większym zagrożeniem ponownym zawałem serca niż w przypadku osób nieprzyjmujących IPP. Istnieją jednak badania, które wskazują, iż podawanie pantoprazolu, który jako jedyny spośród tej grupy leków nie hamuje cytochromu P450, nie zwiększa ryzyka ponownego zawału mięśnia sercowego [4, 5]. Pantoprazol, w odróżnieniu od omeprazolu i lanzoprazolu, częściowo metabolizowany przez sulfotransferazę, nienależącą do układu cytochromu P450, nie uczestniczy w interakcjach z wieloma innymi lekami.

PODSUMOWANIE

Pantoprazol, jak większość leków hamujących wydzielanie kwasu solnego w żołądku, powinien być przyjmowany przed pierwszym posiłkiem w odpowiednim odstępie czasowym. Uwarunkowane jest to liczbą otwartych pomp, które chcemy zablokować lekiem. IPP powinny być ekspozycjonowane na kwas w komórce okładzinowej, dlatego zaleca się **podawanie IPP 20–30 min przed pierwszym posiłkiem**. IPP nie działają dobrze, gdy komórka okładzinowa jest w stanie spoczynku; zjawisko to nie zależy od stężenia leku. Pantoprazol może wiązać i hamować tylko aktywne pompy protonowe.

Większość wskazań w leczeniu chorób zależnych od kwasu przewiduje czas terapii pantoprazolem na 4–12 tygodni, lecz pamiętajmy, że istnieją stany kliniczne, w których prognozujemy stosowanie tych leków dłużej niż 3 miesiące (przełyk Barrett, ciężkie nadżerkowe zapalenie przełyku, długotrwałe stosowanie NLPZ).

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. Maria Janiak
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny
e-mail: maria.janiak@gumed.edu.pl

PIŚMIENNICTWO

1. http://chpl.com.pl/data_files/2011-08-18_pl-spc-1356-02-IB003_clean.pdf (access: 17.03.2023).
2. Janiak M. Pantoprazol w zapobieganiu owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy w trakcie leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. Świat Medycyny i Farmacji. 2018; 8: 6-11.
3. Dąbrowski A. Bezpieczeństwo stosowania inhibitorów pompy protonowej. Med Prakt. 2019; 7-8: 128-30.
4. Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J et al. Pantoprazole to Prevent Gastrointestinal Events in Patients Receiving Rivaroxaban and/or Aspirin in a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Gastroenterology. 2019; 157(2): 403-412.e5.
5. Juurlink DN, Gomes T, Ko DT et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. CMAJ. 2009; 180(7): 713-8.

 **Panprazox**[®]
pantoprazol

Pan P
chroni
i zmniejsza
ryzyko^{1,2}



SPRAWDZONE TERAPIE W GASTROENTEROLOGII

Informacje o lekach dostępne
po zeskanowaniu kodu
lub u przedstawiciela Polpharmy.



1. ChPL Panprazox 20mg; Wskazanie. Zapobieganie owrzodzeniu żołądka i dwunastnicy wywołanym przez niselektywne niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) u pacjentów z grupy ryzyka, którzy wymagają stałego stosowania NLPZ.
2. Wociał T i wsp. Konsensus dotyczący zastosowania leków hamujących wydzielanie kwasu solnego w żołądku w najczęstszych chorobach górnego odcinka przewodu pokarmowego w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Gastroenterologia Kliniczna. 2009; 1(1): 1–6.: Inhibitory pompy protonowej w dawce standardowej lub podtrzymującej (połowa dawki standardowej) zmniejszają ryzyko powikłań ze strony przewodu pokarmowego u osób długotrwale leczonych NLPZ.

EML/2023/73

 **polpharma**