

## Oppsummering av EULAR behandlingsanbefalinger ved urinsyregikt

### Overordnede prinsipper:

1. Hver person med urinsyregikt skal få full informasjon om patofysiologien av sykdommen, effektiv behandling, ko-morbiditeter og prinsipper for behandling av akutte anfall samt hvordan fjerne urinsyrekrystaller gjennom livslang senkning av serum-urinsyrenivå til under behandlingsmålet.
2. Hver person med urinsyregikt bør få råd om livsstil: vektreduksjon hvis det er hensiktsmessig og å unngå alkohol (spesielt øl og brennevin) og søtete drikker, tunge måltider og overdreven inntak av kjøtt og sjømat. Det bør oppmuntres til fettfattige meieriprodukter og vanlig trening bør anbefales.
3. Hver person med urinsyregikt bør systematisk screenes for ko-morbiditeter og kardiovaskulære risikofaktorer, inkludert nedsatt nyrefunksjon, koronar hjertesykdom, hjertesvikt, slag, perifer arteriell sykdom, overvekt, hyperlipidemi, hypertensjon, diabetes og røyking, noe som bør tas opp som en integrert del av behandlingen av urinsyregikt.

	Tiltak/behandling	Styrke på anbefaling	Kommentar
Medika- mentell	Oppbluss av urinsyregikt bør behandles så tidlig som mulig. Selvmedisinering ved de første varselssymptomene bør inngå i pasientopplæringen.	Høy	Medikamentvalg bør være basert på mulige kontraindikasjoner, pasientens tidligere erfaringer med behandling, tidspunkt siden siste oppbluss og antall og type ledd involvert.
	Anbefalt ved akutt oppbluss: <b>kolkisin</b> (innen 12 timer, startdose på 1 mg fulgt av 0.5 mg 1 time senere på dag 1) og/eller et <b>NSAID</b> (og evt. <b>protonpumpehemmer</b> ), <b>orale kortikosteroider</b> (30-35 mg per dag prednisolon i 3-5 dager) eller <b>artikulær aspirasjon</b> og <b>injeksjon av kortikosteroider</b> .	Høy	Kolkisin og NSAID bør unngås hos pasienter med alvorlig nyresvikt. Kolkisin bør ikke gis til pasienter som får sterke P-glykoprotein og/eller CYP3A4-hemmere som ciklosporin eller klaritromycin.
	Ved hyppige oppbluss og kontraindikasjoner for kolkisin, NSAID og kortikosteroider (oral og injiserbar), bør <b>Interleukin-1 (IL-1) blokkere</b> vurderes for behandling av oppbluss.	Høy	Pågående infeksjon er en kontraindikasjon for bruk av IL-1 blokkere. Urinsyresenkende behandling (USB) bør tilpasses for å oppnå behandlingsmålet for urinsyre etter IL-1 hemning ved oppbluss.
	<b>USB</b> bør vurderes og diskuteres fra første konsultasjon med hver pasient som har en sikker diagnose urinsyregikt. USB er indisert hos alle pasienter med tilbakevendende oppbluss, tophi, uratartropati og/eller nyrestein.	Høy	Oppstart med USB anbefales nær tidspunktet for første diagnose hos pasienter i ung alder (<40 år), eller med et veldig høyt serum-urinsyre nivå (>8 mg/dL; 480 mmol/L) og/eller ko-morbiditeter (nedsatt nyrefunksjon, hypertensjon, iskemisk hjertesykdom, hjertesvikt). Pasienter med urinsyregikt bør få full informasjon og være fullt

		involvert i samvalgsprosessen vedrørende bruk av USB.
Hos pasienter med normal nyrefunksjon er <b>allopurinol</b> anbefalt som førstelinje USB, oppstart med lav dose (100 mg/dag) og økning med 100 mg hver 2-4 uker hvis nødvendig for å nå urinsyremålet.	Høy	Hvis allopurinol ikke tolereres eller målet ikke nås med en passende dose, bør det byttes til febuxostat eller et urikosurikum, eller kombinasjon med et urikosurikum.
Hos pasienter med alvorlig kronisk toføs urinsyregikt med påviste uratkrystaller og dårlig livskvalitet, er <b>peglotikase</b> indisert.	Høy	Dette gjelder hvor målet for urinsyre ikke kan nås med tilgjengelige medikamenter i maksimal dosering (eller i kombinasjon),
<b>Profylakse mot oppbluss</b> bør forklares og diskuteres fullt ut med pasienten. Profylakse anbefales de første 6 månedene med USB. Anbefalt profylaktisk behandling er kolkisin, 0,5-1 mg/dag, en dose som bør reduseres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hvis kolkisin ikke tolereres eller er kontraindisert, bør profylakse med NSAID i lav dosering vurderes, dersom dette ikke er kontraindisert.	Moderat	I tilfeller av nyresvikt eller statinbehandling, bør pasienter og leger være oppmerksom på potensiell nevrotoksisitet og/eller muskeltoksisitet ved profylaktisk kolkisin. Samtidig foreskrivning av kolkisin og sterke P-glykoprotein og/eller CYP3A4-hemmere bør unngås.
For pasienter på USB bør nivået på serum-urinsyre <b>overvåkes</b> og opprettholdes ved <6 mg/dl (360 µmol/l). Et lavere urinsyremål (<5 mg/dL; 300 µmol/L) for å fremme raskere oppløsning av krystaller anbefales for pasienter med alvorlig urinsyregiktgikt (tophi, kronisk artropati, hyppige oppbluss) fram til fullstendig oppløsning av krystaller og urinsyregikt.	Lav	Serum urinsyre på <3 mg/dL (180 µmol/L) er ikke anbefalt over lengre tid.
Serum-urinsyre nivå på <6 mg/dl, <360 mmol/l) bør <b>oppretholdes</b> resten av livet.	Lav	All USB bør startes med lav dose og titreres deretter opp til målet for serum-urinsyre er nådd.
Hos pasienter med nedsatt <b>nyrefunksjon</b> bør den maksimale allopurinoldosen tilpasses kreatininclearance.	Lav	Hvis urinsyremålet ikke kan nås ved denne dosen, bør pasienten bytte behandling til febuxostat eller benzbromaron med eller uten allopurinol, unntatt hos pasienter med eGFR <30 ml/min.
Vurder å <b>bytte</b> vanndrivende og antihypertensive <b>medikamenter</b>	Lav	Hvis urinsyregikt oppstår hos en pasient som bruker loop-diuretika eller tiazider, anbefales det å bytte ut diuretikum om mulig; ved hypertensjon vurder losartan eller en kalsiumkanalhemmer; ved hyperlipidimi vurder et statin eller fenofibrat.

USB: urinsyresenkende behandling

Oppsummeringen er basert på EULARs oppdaterte anbefalinger fra 2017, og er oversatt av Till Uhlig ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), Diakonhjemmet Sykehus.

<b>Styrke på anbefaling:</b>	<b>Anbefalingen er basert på:</b>
Høy	En eller flere randomiserte, kontrollerte studier
Moderat	Kontrollerte studier, kvasi-eksperimentelle studier eller ekstrapolert fra randomiserte, kontrollerte studier
Lav	Observasjonelle studier eller ekstrapolert fra kontrollerte studier

**Oppsummeringen er basert på følgende internasjonale behandlingsanbefaling:**

Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209707