Pasientinfo- Urinsyregikt

Du har i dag fått påvist urinsyregikt. Vi ved revmatologisk avdeling har sett at det ofte kan være vanskelig å ta til seg all informasjon gitt under én konsultasjon. Dette har vi sett et klart behov for å gjøre noe med. Derfor er det slik at alle pasienter nå får et eget informasjonsark om urinsyregikt.  
  
Hvorfor et pasientinformasjonsark? God informasjon er svært viktig. Jo mer du kan om urinsyregikt desto bedre blir behandlingen og prognosen. Dette er vist i store internasjonale studier.    
  
Informasjonsarket er delt inn i 8 punkter så det skal bli lettere for deg som pasient å finne frem.

1. Hva er urinsyregikt
2. Årsaker til urinsyregikt
3. Typiske symptomer på akutt urinsyregikt
4. Forebyggende behandling
5. Akutt behandling av urinsyregikt
6. Langtidsbehandling av urinsyregikt
7. Videre oppfølging fastlege og spesialist
8. Oppsummeringer

1. HVA ER URINSYREGIKT

* Urinsyregikt skyldes en opphopning av urinsyrekrystaller i leddvæsken, og det skaper betennelse i leddet ditt. Dersom urinsyrekrystallene «setter seg i leddene» kan de gi kraftig betennelse med mye smerte.
* Urinsyre skilles normalt ut gjennom nyrene, men hvis mengden urinsyre blir større enn hva nyrene greier å håndtere, samles urinsyre i kroppen og danner urinsyrekrystaller. Jo høyere nivå man har av urinsyre i kroppen, desto større er sannsynligheten for å få nye urinsyregiktanfall. Det er imidlertid ikke alle med høyt urinsyrenivå som utvikler urinsyregikt.
* Man vet at urinsyrekrystallene «trives» i «slitte ledd», dvs ledd med artrose/slitasjegikt. Urinsyren følger tyngdekraften, og setter seg ofte i beina. De aller fleste med urinsyregikt får de akutte anfallene i knær, ankler og føtter. Urinsyregikt i stortåens grunnledd kalles «podagra» = ”Kaptein Voms sykdom”.

2. ÅRSAKER TIL URINSYREGIKT

* Årsaken til økt urinsyrenivå er enten økt produksjon eller økt tilførsel av urinsyre ( 10% av tilfellene), eller redusert utskillelse gjennom nyrene (90% av tilfellene). Det siste er årsaken til at mange pasienter med redusert nyrefunksjon er mer utsatt for urinsyregikt.
* Urinsyregikt er den vanligste årsaken til betennelse i ledd, og spesielt gjelder dette eldre menn. Forekomsten øker med økende alder. Blant personer over 75 år forekommer urinsyregikt hos 7% av menn og 4% av kvinner. Urinsyregikt rammer også oftere pasienter med andre tilleggssykdommer som nevnt nedenfor.
* Det finnes flere årsaker til at man er disponert for utvikle urinsyregikt.
* Alder: Forekomsten øker med økende alder, og skyldes ofte at eldre har flere sykdommer som disponerer for urinsyregikt og bruker medisiner som øker urinsyrenivå.
* Alkohol: Spesielt øl (også alkoholfritt), rødvin og brennevin øker sannsynligheten  for urinsyregiktanfall. Alkohol hemmer utskillelsen av urinsyre, og spesielt stort inntak over en kort periode er uheldig.
* Andre sykdommer: Urinsyregikt er ofte assosiert med andre sykdommer. Dette gjelder spesielt pasienter med redusert nyrefunksjon. Urinsyregikt er også assosiert med overvekt, diabetes, psoriasis, hjertesykdom, artrose, høyt blodtrykk og høyt kolesterol.
* Kosthold: Akutte urinsyregiktanfall kan trigges av ulike typer matvarer – dette gjelder spesielt rødt kjøtt, sjømat og sukkerholdige drikker.
* Økt urinsyrenivå over tid: Man vet at økt urinsyrenivå i seg selv disponerer for urinsyregiktanfall. Men det er ikke slikt at alle med økt urinsyrenivå nødvendigvis utvikler urinsyregikt. En tommelfingerregel er at jo høyere urinsyrenivå over tid, desto mer utsatt er man. Man vet dog at 2/3 av alle pasienter med høyt urinsyrenivå ikke utvikler urinsyregikt.

3. TYPISKE SYMPTOMER PÅ AKUTT URINSYREGIKT

Ved revmatologisk avdeling har du i dag fått konstatert at du har eller har hatt et akutt urinsyregiktanfall. Diagnosen er stilt enten pga typisk sykehistorie, at vi har sett typiske funn med ultralyd eller at vi har mikroskopert urinsyrekrystaller i leddvæsken din.  
Det finnes mange årsaker til hevelse i ledd, og man kan ha flere årsaker samtidig. Det er ikke nødvendigvis slik at enhver ny hevelse i ledd alltid kan forklares som et nytt urinsyregiktanfall.  
  
Det som kjennetegner urinsyregiktanfall er:

1. Typisk rammer urinsyregikt ett ledd av gangen. Dette gjelder i cirka 80% av tilfellene. Urinsyregikt rammer «slitte ledd» i beina, dvs oftest stortå, ankel eller knær. Urinsyregikt kan også ramme hender og albuer, men det er sjelden debutsymptom og sees oftest ved langtkommen urinsyregikt.
2. Anfallene kommer ofte akutt i løpet av timer, og oftest på natten eller tidlig om morgenen.
3. Urinsyregiktanfallene er ofte smertefulle, og man opplever at leddet som rammes er rødt, smertefullt og vondt å ta på. Anfallet er som regel verst etter 12-24 timer, og de sterke smertene kan vare opp mot en uke om man ikke starter tidlig med akutt behandling. Anfallet går som regel over av seg selv i løpet av dager eller uker.
4. Det vanligste i starten er at anfallene er episodiske, og det kan gå måneder eller år mellom nye anfall. Man er gjerne helt bra mellom anfallene.

OBS: Om du senere skulle få hevelse i et ledd, og du er i tvil om du har et akutt urinsyregiktanfall eller ikke – kontakt enten fastlege eller legevakt. Dette gjelder spesielt dersom man mistenker infeksjon i leddet. Man skal alltid mistenke infeksjon dersom man har feber, redusert allmenntilstand eller man opplever anfallet som noe annerledes enn tidligere urinsyregiktanfall.

4. FOREBYGGENDE BEHANDLING

Med forebyggende behandling menes livsstils- og kostholdsendringer man selv kan gjøre for å redusere sannsynligheten for nye urinsyregiktanfall.  
Du bør bestille time hos fastlegen for å kartlegge om du har sykdommer eller bruker medisiner som disponerer for urinsyregikt. Dette for å kontrollere

* blodtrykk
* blodsukker
* kolesterol
* nyrefunksjon
* hjertesykdom
* medisinliste

Man anbefaler alle med urinsyregikt vektreduksjon. Fysisk trening er bra!  
Alle med urinsyregikt som røyker anbefales på det sterkeste å stumpe røyken.  
  
Kostholdsendring anbefales. Det tilrådes det man kaller «hjertevennlig kost». Du bør redusere alkoholinntak, og dette gjelder spesielt øl, rødvin og brennevin. Sukkerholdige drikker bør unngås. Man anbefaler å redusere inntaket av rødt kjøtt og sjømat, og at man unngår store måltider. Man bør øke inntaket av lav-fett og planteprodukter. Man bør drikke tilstrekkelig med vann og unngå faste og dehydrering. Kaffe beskytter mot urinsyregiktanfall.  
Man kan ev. be fastlegen henvise til ernæringsfysiolog for ytterligere kostholdsråd.

JA-mat og drikke ved urinsyregikt

* Frukt og nøtter.
* Korn og kornprodukter.
* Melk og melkeprodukter.
* Peanøttsmør.
* Salathode, tomater og grønnsaker.
* Magre meieriprodukter.
* Kaffe - jo flere kopper, desto bedre.
* Vann – vann fordelt over hele dagen og helst 2 liter daglig.
* Unngå faste og dehydrering.
* Husk å trene, kom deg ned i vekt og stump røyken.

NEI-mat og drikke ved urinsyregikt

* Rødt kjøtt = grillmat.
* Sjømat = kaviar, ansjos, makrell, sardiner, sild og reker.
* Unngå for store porsjoner med rødt kjøtt og sjømat.
* Alkohol -  bør unngås da det hemmer utskillelsen av urinsyre.
* Alkoholfritt øl kan også utløse urinsyregiktanfall.
* Fruktose i brus, godteri, kaker og sukkertøy.

5. AKUTT BEHANDLING AV URINSYREGIKT

Hvis du opplever typiske symptomer på akutt urinsyregiktanfall som beskrevet over, finnes det effektive medisiner mot dette.  
Disse er enten:

1. Kolkisin (Kolkisin®, Colrefuz®, Cholchine®)
2. NSAIDs
3. Prednisolon
4. Kortisoninjeksjon i ledd

Leddbetennelsen kan også lindres ved å holde leddet i ro og kjøle det ned med kalde pakninger.  
  
Det viktigste er å gjenkjenne anfallet og tidligst mulig starte opp med medisiner. Jo før du starter med medisiner ved anfall, jo bedre er prognosen. Målet er at flest mulig pasienter gjenkjenner urinsyregiktanfallet så de selv kan starte opp med medisiner som øker sannsynligheten for raskt å slå ned anfallet. Da blir prognosen bedre, og sannsynligheten øker for at man «slipper» å bruke prednisolonkur eller vente på time til revmatolog for injeksjon med kortison i ledd. Det er viktig at du har med deg akuttmedisin så du raskt kan kupere anfallet  
  
I enkelte tilfeller skal ikke disse medisinene brukes.  Dette gjelder spesielt dersom man har sterkt redusert nyrefunksjon, magesår, bruker blodfortynnende medisin eller ulike typer blodtrykksmedisiner. Dette vil enten revmatolog og/eller fastlege informere deg om. Ha derfor alltid med deg oppdatert medisinliste dersom du skulle komme tilbake til oss eller oppsøker legevakt.

Kolkisin

* Kolkisin anses ofte som førstevalg og er godt tolerert i lav dose. Medisinen fungerer best dersom den tas innen 12-24 timer etter anfallsdebut.
* Første anfallsdag med urinsyregikt tar du to tabletter med en gang du får symptomer, så venter du en time og tar da enda en tablett. Dagen etter skal du daglig ta en tablett morgen, formiddag og kveld inntil anfallet er over. Dersom du har noe redusert nyrefunksjon skal du dagen etter første anfallsdag ta en tablett morgen og kveld inntil anfallet er over.
* Du bør ikke benytte Kolkisin dersom du har sterkt redusert nyrefunksjon = GFR < 30. Da bør behandlingen diskuteres med nyrelege.
* Du bør ikke benytte Kolkisin dersom du bruker medisiner som cyklosporin eller clarytromycin.

NSAIDs

* Ulike typer NSAIDs kan benyttes, f.eks.
* Voltaren®    50 mg x 3
* Ibux®           400 mg x 3
* Naproxen® 250 mg x 2
* Vimovo®      1 tbl x 2
* Man vet at man skal være forsiktig med NSAIDs hvis redusert nyrefunksjon, magesår, hjertesvikt, bruk av blodfortynnende og/eller bruk av blodtrykksmedisiner.
* NSAIDs kan som Kolkisin benyttes inntil anfallet er over.

Prednisolon

* Prednisolon benyttes dersom du ikke kommer tidlig i gang med Kolkisin/NSAIDs, du har kontraindikasjoner mot nevnte medisiner eller du har anfall med urinsyregikt i flere ledd på en gang.
* Prednisolon bør brukes i relativt høye doser = 30 mg i 5 dager sammen med magebeskyttende medisin (= Somac®40 mg daglig).
* Du bør unngå langtidsbehandling med Prednisolon – derfor bør du ved akutte urinsyregiktanfall helst ikke bruke det mer enn 5 dager sammenhengende.
* Hvis du har behov for gjentatte kurer med Prednisolon bør du henvises til revmatolog for vurdering.

Kortisoninjeksjon i ledd

* Dersom du har hevelse i ett ledd, og du ikke har hatt effekt av eller ikke kan brukes Kolkisin/NSAIDs/Prednisolon, anbefales injeksjon med steroider i ledd. Dette gjøres hos revmatolog (=oss).
* Hvis du har kjent urinsyregiktanfall som er konstatert her på revmatologisk avdeling, og du ikke har hatt effekt av eller ikke kan bruke andre anbefalte medisiner, kan du selv ta kontakt med oss for time. Ring da sentralbord på 08600 og spør etter vakthavende revmasykepleier som er tilstede hverdager 08:00-20:00 og lørdager 09:00-14:00. Sykepleier vil da notere ditt navn og telefonnummer, og vil ordne en rask time hos revmatolog. Ofte vil sykepleier be deg ta blodprøver i forkant av timen, dette så legen kan gi deg best mulig behandling og råd videre.

6. LANGTIDSBEHANDLING AV URINSYREGIKT

Urinsyredempende medisiner bør vurderes hos alle pasienter med sikker urinsyregikt. Dette gjelder selv kun ved ett anfall. Målet med behandlingen er å senke urinsyrenivået til under 360 umol/l, og i noen tilfeller ned mot 300 umol/l. Revmatologen vil i samråd med fastlegen bestemme hva som er ønsket urinsyrenivå hos deg.  
Grunnen til at man ønsker å få urinsyrenivået til under 360 umol/l er at det er ved verdier over 360 umol/l av urinsyren krystalliserer seg i leddet. Derfor er det viktig å sette seg et spesifikt mål!  
De to vanligste medisinene som benyttes er

1. Allopurinol (Allopurinol®, Allopur®, Zyloric®)
2. Febuksostat (Adenuric®)

Det finnes også andre medisiner som kan benyttes, men disse er sjelden nødvendig å bruke. Hvis fastlegen vurderer dette kan revmatolog kontaktes.

Allopurinol = 100 mg tabletter

* Allopurinol er stort sett alltid førstevalg som urinsyredempende.
* Ved Allopurinol starter man alltid med 1 tablett daglig (=100 mg).
* 4 uker etter oppstart tar du nye blodprøver og bestiller time hos fastlegen et par dager senere, slik at svarene er klare. Fastlegen skal da i samråd med deg titrere opp dosen med 100 mg hver fjerde uke etter kontroll av blodprøver til behandlingsnivå er nådd. Man kan bruke opp mot 900 mg Allopurinol daglig, men for de fleste er 100-300 mg tilstrekkelig.
* Tiden vil avgjøre hva som er riktig Allopurinoldose for deg, og dette styres av fastlegen. Din fastlege har ansvar for å tilse at behandlingen er forsvarlig i forhold til blodprøver og ev. nye medisiner.
* Du kan bruke Allopurinol ved sterkt redusert nyrefunksjon, men dersom GFR er under < 20 skal behandlingen diskuteres med nyrelege.
* Du kan få oppbluss av urinsyregiktanfall under opptrapping av Allopurionol. Dette betyr IKKE at behandlingen ikke virker. Du skal med andre ord fortsette med Allopurinol selv om du får nye anfall. Nettopp fordi du er mer utsatt for nye urinsyregiktanfall under oppstart/opptrapping av Allopurinol skal du stå fast på Kolkisin de første 6 månedene. Vi anbefaler at du bruker 1 tbl Kolkisin daglig.
* De vanligste bivirkningene av Allopurinol er hudutslett. Hvis du får hudutslett etter oppstart bør du slutte med medisinen og oppsøke fastlege.

Febuxostat = 40 mg tabletter

* Hvis du ikke oppnår ønsket effekt av Allopurinol eller du får bivirkninger av medisinen, kan fastlege kontakte revmatologisk avdeling. Vi vil da ofte anbefale Febuxostat. Medisinen får du på blå resept.

Andre medisiner

* Det finnes også andre medisiner som kan benyttes, men dette er mer sjelden. Det blir for omfattende å gå inn på dette her.

7. VIDERE OPPFØLGING FASTLEGE OG SPESIALIST

* Det gjennomføres ikke rutinemessige kontroller ved revmatologisk poliklinikk av pasienter med urinsyregikt. Du kan imidlertid selv ta kontakt ved anfall som ikke responderer effektivt på behandlingen.
* «Kompliserte» urinsyregiktpasienter som er vanskelig å håndtere for fastlege, følger vi ofte. Det samme gjelder pasienter som får urinsyregikt i ung alder = under 40 år.
* Vi gir skriftlig råd til fastlege angående videre oppfølging av din urinsyregikt. Fastlegen vil undersøke deg systematisk i forhold til andre sykdommer, vurdere medisinliste, motivere deg til livsstilsendring og følge opp blodprøver. Husk å bestille blodprøver til fastlegen før planlagt kontrolltime.
* Ved manglende måloppnåelse eller ved gjentatte urinsyregiktanfall på tross av forebyggende behandling kan du rehenvises revmatologisk poliklinikk av fastlegen din.
* Dersom du har behov for veiledning, kontakter du sykehuset og spør etter vaktsykepleier revma.
* Dersom du ønsker enda mer informasjon om urinsyregikt, finnes det flere steder på nettet. En anbefalt side er [www.revmatiker.no](http://www.revmatiker.no/)

8. OPPSUMMERINGER

* Urinsyregikt er en kronisk sykdom, og forskning viser at jo mer du kan om urinsyregikt desto bedre er prognosen. Du har mye å vinne på å bli en urinsyregiktekspert!
* Det er flere årsaker til urinsyregikt, og det er viktig at du utreder dette hos fastlegen din. Viktig å sjekke blodtrykk, blodsukker, kolesterol, nyrefunksjon, hjerte-kar status og medisinliste.
* Det er viktig at du begynner å trene regelmessig, går ned i vekt og stumper røyken. Du har mye å tjene på ved å legge om livsstilen og bedre kostholdsvaner. Store mengder rødt kjøtt, sjømat, sukkerholdige drikker og alkohol bør unngås.
* Det som kjennetegner urinsyregiktanfall er at de kommer akutt, oftest om natten eller morgenen, trives i «slitte» ledd i beina (stortå, ankel eller kne) og at de er smertefulle. Smertene utvikler seg gjerne i løpet av 12-24 timer. Hvis du får et slikt anfall, start tidligst mulig med Kolkisin eller NSAIDs. Hvis du av medisinske årsaker ikke kan bruke disse eller har hevelse i flere ledd, kan man enten vurdere prednisolonkur eller time hos revmatolog for injeksjonsbehandling.
* Dersom du får feber, er i dårlig form eller anfallet er «annerledes» enn tidligere urinsyregiktanfall, må man først og fremst utelukke infeksjon i leddet. Kontakt da legevakt eller fastlege for vurdering
* Hvis du har kjent urinsyregiktanfall konstatert her på revmatologisk avdeling, og du ikke har hatt effekt av eller ikke kan bruke andre anbefalte medisiner, kan du selv ta kontakt med oss for time. Ring da sentralbord på 08600 og spør etter vakthavende revmasykepleier som er tilstede hverdager 08:00-20:00 og lørdager 09:00-14:00. Sykepleier vil da notere ditt navn og telefonnummer, og vil ordne en rask time hos revmatolog med blodprøver i forkant av timen.
* Hvis det foreligger indikasjon for langtidsbehandling med Allopurinol er målet urinsyrenivå under 360 umol/l, ev. ned mot 300 umol/l. Man titrerer opp dosen Allopurinol etter blodprøver hver fjerde uke i samråd med fastlege. Husk å bruke Kolkisin x 1 fast de første 6 månedene ved oppstart Allopurinol. Ikke slutt med Allopurinol om du får nye anfall. Hvis du får hudutslett etter oppstart Allopurinol – kutt ut medisinen og kontakt fastlege.
* Hvis du ikke tolerer Allopurinol, ikke oppnår behandlingsmål eller har hyppige anfall, kan fastlegen henvise deg til revmatologisk poliklinikk.
* Fastlegen har hovedansvar for behandlingen av din urinsyregikt fremover og vil undersøke deg systematisk for andre sykdommer, vurdere medisinliste og følge opp blodprøvesvar. Fastlegen mottar råd fra oss i eget brev. Fastlegen kan kontakte oss for råd.
* For mer info om urinsyregikt anbefales det å lese om sykdommen på [www.revmatiker.no](http://www.revmatiker.no/)

Kilder

* 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout
* Urinsyregikt, utredning og behandling – nasjonale retningslinjer Norsk Revmatologisk Forening
* Urinsyregikt – nytt innen diagnostikk og behandling (Oversiktsartikkel fra Tidsskriftet for Den Norske Legeforening ved Uhlig, Eskild og Hammer)
* Urinsyregikt – verre enn vi trodde (Oversiktartikkel fra Tidsskriftet for Den Norske Legeforening ved Høieggen, Os og Kjeldsen)

[Gudleik Jørstad](https://samnet.no/profil/383)  22.08.2019

© Fastlegeportalen 2015 - 2022