Urinsyregikt - Fastlegeinformasjon

**Table of Contents**

[Innledning](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Innledning)

[Akutt behandling](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Akutt+behandling)

[Kolkisin](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Kolkisin)

[NSAIDs](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#NSAIDs)

[Prednisolon](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Prednisolon)

[Kortisoninjeksjon i ledd](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Kortisoninjeksjon+i+ledd)

[Lantidsbehandling](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Lantidsbehandling)

[Allopurinol](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Allopurinol)

[Febuksostat](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Febuksostat)

[Probenicid](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Probenicid)

[Isolert asymptomatisk hyperurekemi](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Isolert+asymptomatisk+hyperurekemi)

[Oppfølgning hos fastlege](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Oppf+lgning+hos+fastlege)

[Kilder](https://01.samnet.no/fagbibliotek/urinsyregikt__fastlege/#Kilder)

Innledning

Vi har mange pasienter med urinsyregikt på revmatologisk poliklinikk, og oftest som øyeblikkelig hjelp på vaktpoliklinikk.
Vi ser at man på en kort konsultasjon hos oss gir mye informasjon. Alle pasienter som har vært på vår poliklinikk med urinsyregikt vil nå få et informasjonsark om urinsyregikt.
Store observasjonsstudier har vist at økt pasientinformasjon vil føre til bedre oppfølging og behandlingsresultat.

Vi ønsker nå å forbedre urinsyregiktbehandlingen i Østfold. Vi sender derfor ut en felles mal til alle fastleger hos pasienter vi har hatt med urinsyregikt på vår poliklinikk.

Vi vet at mye av dette er kjent for dere fra tidligere, men vi tror alle er tjent med at vi sender ut et felles brev om urinsyregikt.
Informasjonen er m.a.o. skrevet i beste kollegiale hensikt!

Akutt behandling

Hvis pasienten får typiske symptomer på akutt uringiktanfall finnes det effektive medisiner mot dette. Disse er enten:

* Kolkisin (Kolkisin®, Colrefuz®, Colchicine®)
* NSAIDs
* Prednisolon
* Kortisoninjeksjon i ledd

Målet er at pasientene gjenkjenner urinsyregiktanfallet slik at de selv  kan starte opp med medisiner, som øker sannsynligheten for å kupere anfallet. Pasientene har i eget pasientinformasjonsark fått skriftlig informasjon om typiske symptomer på akutt urinsyregiktanfall og hva de da bør gjøre.
Et viktig prinsipp med dette er at jo tidligere pasienten kommer i gang med behandlingen, desto bedre er prognosen.

Kolkisin

* Kolkisin er ofte førstevalg.
* Medisinen er en mitosehemmer og gir økt aktivering avinterleukin-1.
* Medisinen er godt tolerert i lav dose.
* Kolkisin fungerer best dersom den tas innen 12-24 timer etter anfallsdebut. Dette har pasienten fått skriftlig informasjon om.
* Ved første anfallsdag anbefales to tabletter med en gang man kjenner et anfall. Deretter venter man en time før ny tablett kan tas. De påfølgende dager skal pasienten ta en tablett morgen, formiddag og kveld daglig inntil anfallet er over.
* Dersom pasienten har redusert nyrefunksjon skal pasienten dagen etter første anfallsdag ta en tablett morgen og kveld inntil anfallet er over.
* Pasienten bør ikke benytte Kolkisin ved sterkt redusert nyrefunksjon = GFR < 30. Ved GFR < 30 bør behandlingen diskuteres med nyrelege.
* Pasienten bør ikke benytte Kolkisin dersom samtidig bruk av cyklosporin eller klaritromycin.

NSAIDs

* NSAIDs kan, som Kolkisin, benyttes inntil anfallet er over f.eks.
	+ Voltaren®   50 mg x 3
	+ Ibux®   400 mg x 3
	+ Naproxen®  250 mg x 2
	+ Vimovo®   1 tbl x 2
	+ Arcoxia®  120 mg x 1
* Ulike typer NSAIDs kan benyttes, men hos eldre bør man helst velge preparat med kortest halveringstid.
* Man skal være forsiktig med bruk av NSAIDs ved redusert nyrefunksjon, magesår, hjertesvikt, bruk av blodfortynnende og/eller bruk av blodtrykksmedisiner.

Prednisolon

* Prednisolon anbefales dersom man ikke får startet raskt nok med Kolkisin. Det samme gjelder om det foreligger kontraindikasjoner mot både Kolkisin/NSAIDs eller om man har anfall med urinsyregikt i flere ledd samtidig.
* Prednisolon bør brukes i relativt høye doser = 30 mg i 5 dager, og sammen med protonpumpehemmer (eks. Somac® 40 mg daglig).
* Man bør unngå langtidsbehandling med Prednisolon, og derfor bør prednisolon helst ikke benyttes i mer enn fem dager. Dersom pasienten har behov for gjentatte prednisolonkurer – henvis revmatologisk poliklinikk for vurdering.

Kortisoninjeksjon i ledd

* Dersom pasienten har hevelse i ett ledd, og ikke har hatt effekt av eller ikke kan brukes Kolkisin/NSAIDs/Prednisolon, anbefales det injeksjon med steroider i leddet. Dette er pasienten informert om i eget pasientinformasjonsskriv.
* Dersom pasienten har kjent urinsyregiktanfall og som tidligere er diagnostisert ved revmatologisk poliklinikk, kan pasienten selv ta kontakt med revmasykepleier i Moss for rask time. Pasientens navn og nummer blir registret, og pasienten vil bli innkalt til en rask time på poliklinikk – og da helst med blodprøver i forkant av timen. Pasienten har fått skriftlig informasjon om dette i pasientinformasjonskrivet.

Lantidsbehandling

Urinsyrereduserende behandling bør startes hos alle pasienter med et sikkert urinsyregiktanfall. Målet med behandlingen er å få urinsyrenivået under 360 umol/l. Dersom pasientene har toføs urinsyregikt, radiografiske erosjoner og/eller får uratsteiner anbefales urinsyrenivået helt ned mot 300 umol/l.  Når det gjelder asymptomatisk hyperurikemi kommer det råd om dette i neste avsnitt.
Vi vil nå komme med generell informasjon om de tre vanligste preparatene. Det finnes også andre medisiner som kan benyttes som forebyggende medisin, men av praktiske årsaker nevnes ikke disse her.

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

Allopurinol

* Allopurinol er en xantioksidasehemmer og er førstevalg som forebyggende medisin.
* Ved Allopurinol skal man bruke såkalt «step-up»-modell. Man starter med lav dose og titrerer seg opp til ønsket dose etter kontroll av blodprøver hver fjerde uke. Maksimal dose er 900 mg.
* Hensikten med denne modellen er at det gir mindre sannsynlighet for oppbluss av artritter under opptrapping og fordi det gir mindre fare for hudreaksjoner. Utsatte befolkningsgruppe for hudreaksjoner er ofte Hai-kinesere. Man kan da ta en genetisk screeningtest for dette. (HLA-B58) – kontakt revmatolog for råd ved behov.
* Allopurinol bør helst startes i «fredelig fase» - dvs. at pasienten har vært uten artritter i to uker.
* Ved oppstart av Allopurinol skal pasienten alltid bruke Kolkisin  fast de første seks månedene. Pasienten bør m.a.o. bruke Kolkisin en tbl daglig de første seks md. så lenge GFR er > 30.
* Man skal ikke seponere Allopurinol under et pågående urinsyregiktanfall etter oppstart.
* Allopurinol skal trappes opp etter kontroll av blodprøver hver fjerde uke. Blodprøver som skal tas er Hb, hvite med differensialtelling, trombocytter, ALAT, Kreatinin, GFR og urinsyre. Studier har vist at man ved dosering 300 mg når ønsket urinsyrenivå i 50-70% av tilfellene hos pasienter med normal nyrefunksjon
* Allopurinol kan gi **pancytopeni**– dette er grunnen til at man følger cellerekke.
* Allopurinol kan gi **leveraffeksjon** – derfor følger man med på ALAT.
* Allopurinol kan påvirkes av **nyrefunksjonen**, og ved nedsatt nyrefunksjon anbefales følgende mtp ved oppstart:
	+ GFR > 60    -   start med standard dose = 100 mg daglig
	+ GFR 45-60  -  start med 50 mg og 100 mg hver annen dag
	+ GFR 30-45  -  start med 50 mg daglig
	+ GFR 15-30  -  start med 50 mg hver annen dag
	+ GFR  5-15   -  start med 50 mg to dager i uken
* Ved redusert nyrefunksjon bør man titrere opp dosen med 50 mg hver fjerde uke. Ved normal nyrefunksjon øker man dosen med           100 mg hver fjerde uke.
* Man bør ved GFR < 20 ikke overstige 200 mg daglig som maks dose.
* Dersom GFR skulle falle < 20 kan man kontakte revmatolog for råd.

Febuksostat

* Obs! Febuksostat skal ikke benyttes ved ischemisk hjertesykdom eller hjertesvikt.
* Febuksostat metaboliseres i leveren.
* Febuksostat gir færre allergiske reaksjoner enn Allopurinol, og det er ikke nødvendig med dosereduksjon så lenge GFR er > 30.
* Febuksostat bør ikke benyttes ved GFR < 20.
* Febuksostat kan benyttes ved følgende kliniske situasjoner:
	+ Hudutslett pga. Allopurinol.
	+ Andre uønskede bivirkninger av Allopurinol.
	+ Ikke ønsket effekt av maksimal dose Allopurinol.
* Vanlig oppstartdose med Febuksostat er 40 mg daglig med kontrollblodprøver etter to uker – man tar de samme blodprøvene som ved Allopurinol.
* Dersom behandingsmål ikke er oppnådd kan dosen ev. økes til 80 mg med kontroll av blodprøver etter to uker, og senere ev. økning til 120 mg. Den hyppigste bivirkningen er transaminasestigning.
* Adenuric® er forhåndsgodkjent i Norge fra oktober 2017 – dvs . at pasienten kan få dette på blå resept.

Probenicid

* Probenicid minsker reabsorpsjonen av urinsyre i nyretubuli og gir derfor økt utskillelse av urinsyre via nyrene. Bør fortrinnsvis brukes hos pasienter som er < 60 år og med normal nyrefunksjon. Doseringen er 250 mg x 2 den første uka og deretter 500 mg x 2 videre.
* Det er viktig med høyt væskeinntak ved bruk av Probenicid – dette da urinsyre er tungt oppløselig i sur urin. Probenicid kan bidra til nyresteindannelse, så det kan være aktuelt samtidig å behandle med Natron® for å alkalisere urinen. Urin bør kontrolleres med mål om pH > 5.5
* Probenicid er ikke anbefalt ved GFR under < 50.
* Probenicid skal heller ikke benyttes hvis pasienten har hatt magesår.
* Probenicid påvirker metabolismen og utskillelsen av svært mange medisiner som bl.a. penicillin, beta-lactam antibiotika og NSAIDs – sjekk alltid www.interaksjoner.no!
* Probenicid skal aldri brukes sammen med Methotrexate®.

Isolert asymptomatisk hyperurekemi

* Når det gjelder isolert asymptomatisk hyperurikemi - definert som serum-urinsyre > 350 umol/l hos kvinner og > 450 umol/l hos menn -er det uenighet i fagmiljøet om man skal starte opp med forebyggende behandling for dette eller ikke.
* Asymptomatisk hyperurikemi er heller ikke strengt tatt en revmatologisk problemstilling. Man vet at omtrent 2/3 av pasienter med asymptomatisk hyperurikemi ikke utvikler urinsyregikt eller andre relaterte symptomer.
* Man må også alltid ta høyde for bivirkninger av urinsyredempende medisin.
* Epidemiologiske data tyder på at urinsyre kan være en uavhengig kardiovaskulær risikofaktor. Hyperurikemi som en kardiovaskulær risikofaktor er best dokumentert hos personer med hypertensjon og pasienter med hjertesvikt. Forhøyet serum-urinsyrenivå ser også ut til å være en viktigere kardiovaskulær risikofaktor for kvinner enn for menn.
* Urinsyrenivået er en sterk prediktor for hjerneslag hos pasienter med diabetes, og nylig ble det vist at høye urinsyrenvå er forbundet med dårlig prognose og nye slag hos slagpasienter uten diabetes.
* Serum-urinsyrenivået er forbundet med kardiovaskulær sykdom hos personer med hypertensjon også etter korreksjon for andre kardiovaskulære risikofaktorer og diuretikabruk.
* Hyperurikemi er relatert til økt plateaggresjon og til høye hemoglobinnivå og høy fullblodsviskositet, som i seg selv har vist å øke den kardiovaskulære risiko.

**Det som anbefales i de såkalte**[**EULAR**](https://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full)**(European League Against Rheumatism) retningslinjene er at legen skal diskutere/vurdere sammen med pasienten om man skal starte opp med forebyggende behandling hos pasienter med isolert asymptomatisk hyperurikemi og komorbide lidelser som hypertensjon, ischemisk hjertesykdom, diabetes, hjertesvikt eller nyresvikt.**

Oppfølgning hos fastlege

* Internasjonale retningslinjer anbefaler at alle personer med urinsyregikt skal screenes systematisk for komorbiditet og kardiovaskulære risikofaktorer i form av:
	+ blodtrykk
	+ blodsukker
	+ kolesterol
	+ nyrefunksjon
	+ hjertesykdom
	+ medisinliste
* Personer med urinsyregikt skal få informasjon om livsstilsendring = vektreduksjon, trening, røykeslutt og endring av kostholdsvaner. Pasienten har fått slik informasjon på eget informasjonsark hos oss, men bør repeteres ved kontroller hos fastlege.
* Hos alle pasienter med urinsyregikt bør fastlege vurdere medisinlisten. Dette gjelder spesielt bruk av tiazider og diuretika da disse bidrar til økt urinsyrenivå. Man bør vurdere å bytte til angiotensin-II-antagonister med virkestoffet Losartan (Cozaar®, Losartan®) da denne fører til økt urinsyreutskillelse i urinen og således reduserer urinsyrenivået.
* Fastlege kan også vurdere bruk av kalsiumantagonist ved hypertensjon.
* Hos pasienter som har gjentatte urinsyregiktanfall eller der man ikke oppnår fullgod effekt av langtidsbehandling, kan pasienten rehenvises revmatologisk poliklinikk. Det samme gjelder dersom pasienter under 40 år får urinsyregiktanfall.
* Vi vet at pasienter vil bli godt ivaretatt av våre kollegaer i primærhelsetjenesten. Dagens informasjon er gitt som en kollegial veiledning.
* Vi mener at pasienten med urinsyregikt ikke trenger å følges fast på revmatologisk poliklinikk. Vi kan følge de urinsyregiktpasientene som er vanskelig å håndtere i allmennpraksis eller ved urinsyregikt i ung alder, dvs. yngre enn 40 år.

Skulle man også være tvil om diagnosen urinsyregikt kan pasienten selvsagt henvises.
Skulle det være andre spørsmål om oppfølging eller råd – vennligst ta kontakt.

Kilder

* [2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout](https://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full).
* [Urinsyregikt, utredning og behandling – nasjonale retningslinjer Norsk Revmatologisk Forening](https://docplayer.me/37709553-Artritis-urica-gout-urinsyregikt-utredning-og-behandling-hensikt-omfang-grunnlagsinformasjon.html).
* [Urinsyregikt – nytt innen diagnostikk og behandling (Oversiktsartikkel fra Tidsskriftet for Den Norske Legeforening ved Uhlig, Eskild og Hammer)](https://tidsskriftet.no/2016/11/klinisk-oversikt/urinsyregikt-nytt-innen-diagnostikk-og-behandling)
* [Urinsyregikt – verre enn vi trodde (Oversiktartikkel fra Tidsskriftet for Den Norske Legeforening  ved Høieggen, Os og Kjeldsen)](https://tidsskriftet.no/2005/05/oversiktsartikkel/urinsyre-verre-enn-vi-trodde)

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

© Fastlegeportalen 2015 - 2022