

PASIENTINFORMASJON OM URINSYREGIKT DIAGNOSTISERT HOS FASTLEGE

Gudleik Kalsnes Jørstad og Per Jarle Tungevåg (overleger ved Revmatologisk avdeling Moss)

Du har i dag fått påvist urinsyregikt hos fastlege. Vi har erfart at det ofte kan være vanskelig å ta til seg all informasjon gitt under én konsultasjon. Dette har vi sett et behov for å gjøre noe med, og har derfor ønsket å systematisere informasjonen. Alle med urinsyregikt får derfor et eget informasjonsark om sykdommen.

Revmatologisk avdeling i Moss har, i samarbeid med både fastleger og pasienter, laget denne pasientinformasjonen. Dette så både informasjonen og oppfølgingen blir lik for alle pasienter, uavhengig om de får stilt diagnosen urinsyregikt hos fastlege eller hos revmatolog!

God kunnskap om sykdommen er viktig da det gir grunnlag for å mestre situasjonen bedre og ta gode valg for helsen. Jo mer du kan om urinsyregikt som pasient, desto bedre blir behandlingen og prognosen din. Dette er vist i flere store internasjonale studier. Litt forenklet vil det si at du må bli din egen urinsyregiktekspert!

Informasjonsarket er delt inn i åtte punkter så det skal bli lettere å finne frem.

1. HVA ER URINSYREGIKT
2. ÅRSAKER TIL URINSYREGIKT
3. TYPISKE SYMPTOMER PÅ AKUTT URINSYREGIKTANFALL
4. FOREBYGGENDE BEHANDLING
5. AKUTT BEHANDLING AV URINSYREGIKTANFALL
6. LANGTIDSBEHANDLING AV URINSYREGIKT
7. VIDERE OPPFØLGING HOS FASTLEGE FREMOVER
8. VIKTIGE OPPSUMMERINGER

1. HVA ER URINSYREGIKT

Urinsyregikt er en akutt betennelse som oppstår i ett eller flere ledd. Typiske rammes stortåens grunnledd, men kan også oppstå i andre ledd. Høyt nivå av urinsyre i blodet er en forutsetning for sykdommen. Urinsyre som sirkulerer i blodet fester seg i ledd, sener og slimposer. Immunforsvaret kommer i kontakt med urinsyrekrystallene og starter en betennelsesprosess, og kan da føre til et urinsyregiktanfall.

Urinsyre i blodet 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 urinsyregiktanfall. Man vet at urinsyrenivået reduseres ved akutte anfall, og dette skyldes økt utskilling av urinsyre i ledd fra blodet. Hele 40% kan derfor ha normalt urinsyrenivå i blodet ved akutt urinsyregikt!

Man vet at urinsyrekrystallene «trives i slitte ledd», dvs ledd med artrose/slitasjegikt. Urinsyren følger tyngdekraften, og setter seg ofte i beina. De fleste med urinsyregikt får derfor akutte urinsyregiktanfall i knær, ankler og føtter. Urinsyregikt i stortåens grunnledd kalles «Podagra».

2. ÅRSAKER TIL URINSYREGIKT

Årsakene til økt urinsyrenivå i blodet er enten

1. økt produksjon eller økt tilførsel av urinsyre (10%)
2. eller redusert utskillelse gjennom nyrene (90%) - det siste er årsaken til at de med redusert nyrefunksjon er mer utsatt for å utvikle 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. Det finnes flere årsaker til at man er disponert for utvikle urinsyregikt.

1. Alder: Forekomsten øker med økende alder, og skyldes at eldre har flere sykdommer som disponerer for urinsyregikt, samt bruker medisiner som øker urinsyrenivå.

2. 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.

3. Andre sykdommer, og spesielt de med redusert nyrefunksjon: Urinsyregikt er ofte assosiert med andre sykdommer. Dette gjelder spesielt pasienter med redusert nyrefunksjon, men urinsyregikt er også assosiert med

- overvekt
- sukkersyke (diabetes)

- psoriasis
- hjertesykdom
- slitasjegikt (artrose)
- høyt blodtrykk
- høyt kolesterol

Dette gjør at leger ofte kaller urinsyregikt en livsstilssykdom.

4. Høyt urinsyrenivå over tid: Man vet at høyt urinsyrenivå over tid disponerer for å få akutte urinsyregiktanfall. Men det er ikke slikt at alle pasienter med høyt urinsyrenivå utvikler urinsyregikt. En tommelfingerregel er at jo høyere urinsyrenivå er over tid, desto mer utsatt er man for å utvikle urinsyregikt. Man vet dog at 2/3 av alle pasienter med høyt urinsyrenivå ikke utvikler akutte urinsyregiktanfall.

3. TYPISKE SYMPTOMER PÅ AKUTT URINSYREGIKT

Hos fastlege har du i dag fått konstatert at du har eller har hatt et akutt urinsyregiktanfall. Diagnosen er stilt på grunn av typisk sykehistorie.

Det finnes mange årsaker til hevelse i ledd. Det er ikke nødvendigvis slik at enhver ny hevelse i ledd alltid kan forklares av et nytt urinsyregiktanfall. Det som kjennetegner akutte urinsyregiktanfall er

1. Anfallene rammer oftest ett ledd av gangen: 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 oppstår ofte akutt: Anfallene kommer ofte akutt i løpet av timer, og oftest på natten eller tidlig om morgenen.

3. Anfallene er smertefulle, men går heldigvis ofte over: 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. Anfallene kommer og går i starten: 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.

4. FOREBYGGENDE BEHANDLING

1. Vektreduksjon

2. Fysisk aktivitet

3. Røkeslutt

4. Kostholdsendringer

Med forebyggende behandling menes livsstils- og kostholdsendringer du selv kan gjøre for å redusere sannsynligheten for nye urinsyregiktanfall.

Fastlege vil derfor alltid kartlegge om du har sykdommer eller bruker medisiner som disponerer for urinsyregiktanfall. Fastlege vil derfor kontrollere/vurdere

- blodtrykk
- blodsukker
- hjertesykdom
- kolesterol
- medisinliste
- nyreprøver

1. Vektreduksjon

Man anbefaler alle med urinsyregikt vektreduksjon.

2. Fysisk trening

Fysisk aktivitet er gunstig da det er viktig for helsen, kan ha positiv innvirkning på livskvaliteten og bidrar til å redusere risikoen for funksjonstap. Det er viktig at du begynner med aktiviteter som du mestrer og liker. Etter hvert vil du erfare hvilke hensyn du må ta i ulike faser av sykdommen. Husk å starte rolig slik at kroppen varmes opp, men etter hvert kan du øke intensiteten slik at du kjenner at du blir andpusten. Det er viktig at du finner en treningsarena hvor du trives og tilgjengeligheten er grei. Et av de sentrale prinsippene er regelmessighet. Det betyr at du må ta hensyn til at treningen er gjennomførbar, og gjerne en-to ganger per uke i store deler av året. Variasjon kan bidra til å holde treningsgleden oppe. Mange opplever at det å være fysisk aktiv i en gruppe er ekstra motiverende. Velg gjerne aktiviteter som krever bruk av flest mulig muskelgrupper - f.eks. rask gange med og uten staver

3. Røykeslutt

Pasienter med urinsyregikt er mer utsatt for hjerte- og karsykdom. Alle med urinsyregikt som røyker anbefales på det sterkeste å stumpe røyken, og fastlegen kan hjelpe deg med dette

4. Kostholdsendringer

Akutte urinsyregiktanfall kan utløses ved inntak av ulike typer matvarer og drikke. Ved urinsyregikt er det derfor viktig at du legger om kostholdet, og det tilrådes det man kaller «hjertevennlig kost». Fastlege kan ev henvise deg til ernæringsfysiolog.

Det er viktig å presisere at dersom har du urinsyregiktanfall holder det ikke bare å endre kosthold for å forebygge nye anfall– du må starte opp med forebyggende medisiner! Dette er vist i flere store internasjonale studier.

- Du bør redusere alkoholinntak, og dette gjelder spesielt øl, rødvin og brennevin.
- Du bør unngå sukkerholdig mat og drikke som kaker, godteri og brus.
- Du bør redusere inntaket av rødt kjøtt og sjømat som ansjos, makrell, sardiner, sild og reker
- Du bør unngå store måltider.
- Du bør drikke tilstrekkelig med vann og unngå faste og dehydrering. Vann bør fordeles over hele dagen, og du bør helst drikke 2 liter vann daglig.
- Du bør spise mer
 - frukt og nøtter
 - korn og kornprodukter
 - salat, tomater og grønnsaker
 - magre meieriprodukter

5. AKUTT BEHANDLING AV URINSYREGIKTANFALL

1. Kolkisin (Kolkisin®, Colrefuz®, Cholchine®)

2. NSAIDs (Voltaren®, Ibux®, Naproxen®, Vimovo®)

3. Prednisolonkur

4. Kortisoninjeksjon i ledd hos revmatolog

Hvis du får symptomer på akutt urinsyregiktanfall finnes det heldigvis effektive medisiner du kan benytte. Leddbetennelsen kan også lindres ved å holde leddet i ro og kjøle det ned med kalde pakninger. De medisinene som kan benyttes er enten:

1. Kolkisin (Kolkisin®, Colrefuz®, Cholchine®)

2. NSAIDs (Voltaren®, Ibux®, Naproxen®, Vimovo®)
3. Prednisolonkur
4. Kortisoninjeksjon i ledd hos revmatolog

Ved fremtidige urinsyregiktanfall er det viktig at du tidligst mulig starter opp med medisin som skissert over. Jo før du starter med medisin ved fremtidige anfall, jo større er sannsynligheten for at anfall går raskt over. Det er derfor viktig at du har med deg akuttmedisin så du raskt kan kupere fremtidige anfall.

I enkelte tilfeller skal ikke disse medisinene brukes. Dette gjelder spesielt dersom du har sterkt redusert nyrefunksjon, magesår, bruker blodfortynnende medisin eller ulike typer blodtrykksmedisiner. Dette vil lege du kommer til informere deg om. Ha derfor alltid med deg oppdatert medisinliste til lege.

Vurdering av nyrefunksjon gjøres blant annet utifra en blodprøve som heter GFR. GFR er med andre ord et viktig mål for nyrefunksjon.

- GFR > 90 normal nyrefunksjon
- GFR 60-90 lett redusert nyrefunksjon
- GFR 30-60 moderat redusert nyrefunksjon
- GFR 15-30 alvorlig redusert nyrefunksjon

Om du senere skulle få hevelse i et ledd, og du er i tvil om du har et akutt urinsyregiktanfall eller ikke – vennligst kontakt enten fastlege eller legevakt.

Dette gjelder spesielt dersom man mistenker infeksjon i leddet. Man skal alltid mistenke infeksjon i ledd dersom man

- har feber
- er i redusert allmenntilstand
- opplever anfallet som noe annerledes enn tidligere urinsyregiktanfall
- ikke greier seg hjemme grunnet sterke smerter

1. Kolkisin

Kolkisin®, Colrefuz®, Cholchine®

Kolkisin anses ofte som førstevalg ved akutte urinsyregiktanfall og er godt tolerert i lav dose.

Kolkisin 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 en tablett til
- Dagen etter skal du ta en tablett morgen, formiddag og kveld inntil anfallet går over. Dersom du har lett redusert nyrefunksjon (GFR 30-60) skal du dagen etter første anfallsdag ta en tablett morgen og kveld inntil anfallet er over.

Du bør ikke benytte Kolkisin dersom du har alvorlig redusert nyrefunksjon (GFR < 30). Da bør behandlingen diskuteres med nyrelege via fastlege.

Du skal ikke benytte Kolkisin ved samtidig bruk av Cyklosporin (Sandimmun®) eller Clarithromycin.

2. NSAIDs

Eks. Voltaren ® 50 mg x 3

Ibux ® 400 mg x 3

Naproxen ® 250 mg x 2

Vimovo ® 1 tbl x 2

NSAIDs er betennelsesdempende medisiner som motvirker smerter, stivhet og hevelse.

Enkelte pasientgrupper bør være forsiktig med bruk av NSAIDs, og gjelder spesielt

- eldre > 65 år
- ved redusert nyrefunksjon
- tidligere magesår
- ved kjent hjertesvikt
- ved samtidig bruk av blodfortynnende
- ved samtidig bruk av blodtrykksmedisiner.

Diskuter derfor alltid bruk, dosering og varighet av NSAIDs med fastlegen din. Målet er lavest mulig dose over kortest mulig tid. NSAIDs kan, som Kolkisin, benyttes inntil urinsyregiktanfallet er gått over.

3. Prednisolonkur

Prednisolonkur som tabletter kan benyttes dersom du

- ikke kommer tidlig i gang med Kolkisin eller NSAIDs
- av ulike medisinske grunner ikke kan bruke nevnte medisiner
- har anfall med urinsyregikt i flere ledd på en gang

- leger mener dette er det beste for deg utifra en helhetsvurdering

Prednisolonkur ved akutte urinsyre giktanfall bør brukes i relativt høye doser. Ofte anbefaler vi 30 mg i 5 dager sammen med mageskyttende medisin (Somac® 40 mg daglig).

Du bør unngå langtidsbehandling med Prednisolon – derfor bør du ved akutte urinsyre giktanfall helst ikke bruke Prednisolon mer enn 5 dager sammenhengende.

4. Kortisoninjeksjon i ledd hos revmatolog

Dersom du har urinsyre giktanfall i ett ledd, og du ikke har hatt effekt av eller ikke kan bruke Kolkisin/NSAIDs/Prednisolon, anbefales injeksjon med kortison i ledd. Dette gjøres hos revmatolog. Dersom det er behov for kortisoninjeksjon i ledd vil fastlege/legevakslege/annen lege henvise deg til rask time hos revmatolog ved Moss sykehus.

6. LANGTIDSBEHANDLING AV URINSYREGIKT

1. Allopurinol (Allopurinol®, Allopur®, Zyloric®)

2. Febuksostat (Adenuric®)

Urinsyredempende medisiner bør vurderes hos alle pasienter med sikker urinsyre gikt. Dette gjelder selv kun ved ett anfall.

Målet med behandlingen er å senke urinsyrenivået til under 360 $\mu\text{mol/l}$, og i noen tilfeller ned mot 300 $\mu\text{mol/l}$.

- Fastlegen vil informere deg om hva som er ditt behandlingsmål
- Grunnen til at man ønsker å få urinsyrenivået til under 360 $\mu\text{mol/l}$, er at det er ved verdier over dette vil urinsyre lettere krystallisere seg i ledd, og gi akutte betennelser som er smertefulle.
- Hos pasienter med avleiringer av urinsyre gikt i ledd (det man kaller «tofi»), anbefaler vi urinsyrenivå ned mot 300 $\mu\text{mol/l}$.

De to vanligste medisinene som benyttes er oftest enten

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 vil revmatolog kontaktes.

1. Allopurinol

Allopurinol®, *Allopur®*, *Zyloric®*

Allopurinol er stort sett alltid førstevalg som urinsyredempende.

Doseringen av Allopurinol styres etter nyrefunksjon. Du kan bruke medisinen selv ved sterkt redusert nyrefunksjon, men dersom GFR er under < 20 skal behandlingen alltid diskuteres med nyrelege.

Man anbefaler hos de fleste å vente med oppstart Allopurinol til de har vært uten akutte anfall i minimum 2 uker.

Du kan få oppbluss av urinsyregiktanfall under opptrapping av Allopurinol. Dette betyr ikke at behandlingen ikke virker. Du skal med andre ord fortsette med Allopurinol selv om du får nye urinsyregiktanfall!

Nettopp fordi du er mer utsatt for nye urinsyregiktanfall under oppstart og opptrapping av Allopurinol skal du stå fast på Kolkisin de første 6 månedene. Vi anbefaler at du bruker 1 tbl Kolkisin daglig.

Dosen Allopurinol skal trappes opp hver 4 uke etter at blodprøver er tatt. Dette innebærer at

- Omlag lag 4 uker etter oppstart tar du nye blodprøver som fastlege bestiller
- Du får time hos fastlegen et par dager senere slik at blodprøvesvarene er klare
- Fastlege vil ved fremtidige kontroller titrere opp dosen Allopurinol avhengig av svar på blodprøver inntil behandlingsnivå er nådd.

Du kan bruke opp mot 900 mg Allopurinol daglig, men for de fleste er 100-300 mg tilstrekkelig. Tiden vil avgjøre hva som er riktig dose Allopurinol hos deg.

De vanligste bivirkningene av Allopurinol er hudutslett. Hvis du får hudutslett etter oppstart bør du slutte med medisinen og oppsøke fastlege.

Hvis du allerede står på medikamentet Imurel® skal du ikke bruke Allopurinol! Allopurinol i kombinasjon med Imurel® gir økt risiko for alvorlig reduksjon av antall hvite blodceller som er en viktig del av immunforsvaret ditt.

2. Febuksostat

Adenuric®

Hvis du ikke oppnår ønsket effekt av Allopurinol eller du får bivirkninger av medisinen, vil fastlege vurdere Febuksostat.

Hvis fastlege finner at du kan bruke denne medisinen vil

- Dosen titreres opp etter svar blodprøver som fastlege bestiller, men da hver annen uke
- Du settes på lavdose Kolkisin 1 tbl fast de første 6 måneder
- Du kunne fortsette med medisinen selv om du får nye akutte urinsyregiktanfall etter oppstart
- Tiden vise hva som er riktig dose hos Febuksostat hos deg, som da enten blir 40 mg, 80 mg eller 120 mg.

7. VIDERE OPPFØLGING HOS FASTLEGE

Det gjennomføres ikke lenger rutinemessige kontroller ved revmatologisk poliklinikk av pasienter med urinsyregikt. Dette grunnet blant annet kapasitetsutfordringer. Derfor blir i større grad oppfølgingen av pasienter med urinsyregikt nå håndtert av fastleger

«Kompliserte» urinsyregiktpasienter som er vanskelig å håndtere for fastleger, vil fastlege selvsagt henvise videre. Det gjelder spesielt

- pasienter som får urinsyregikt i ung alder (under 40 år)
- pasienter med flere sykdommer på en gang som gjør både behandling og oppfølging spesielt krevende
- pasienter med sterk redusert nyrefunksjon (GFR < 30)
- pasienter med hyppige anfall

Revmatologisk avdeling har laget anbefalinger til fastleger angående videre oppfølging av urinsyregikt som de vil følge. Fastlegen kommer derfor til å

- undersøke deg systematisk i forhold til andre sykdommer du har/kan ha
- vurdere din medisinliste med tanke på mulighet for endringer, da enkelte medisiner bidrar til høyere urinsyrenivå
- motivere deg til livsstilsendring både med tanke på evt vektreduksjon, trening, røykeslutt og kostholdsendring
- følge opp blodprøver inkludert nyrefunksjon og urinsyrenivå

Husk at for å lykkes med urinsyregiktbehandling må du som pasient ta hovedansvaret for dette selv og bli din egen urinsyregiktekspert! Fastlege vil hjelpe og veilede deg, men

- Du må ta blodprøver og møte opp til timer som anbefalt
- Du må ta medisinene som anbefalt
- Du må endre livsstil for å øke sannsynligheten for å lykkes med anfall

Dersom du ønsker enda mer informasjon om urinsyregikt, finnes det flere steder på nettet. En anbefalt side er www.revmatiker.no

8. VIKTIGE OPPSUMMERINGER

Urinsyregikt er en kronisk sykdom, og forskning viser at jo mer du kan om urinsyregikt som pasient 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.

Det er viktig at du begynner å trene regelmessig, går ned i vekt og stumper røyken. Du har også mye å tjene på ved å legge om livsstilen og bedre kostholdsvaner.

Det som kjennetegner akutte urinsyregiktanfall er at de oppstår 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 symptomer på akutt urinsyregiktanfall bør du tidligst mulig starte med enten Kolkisin eller NSAIDs. Jo tidligere jo starter med disse, jo større er sannsynligheten for at medisinene fungerer optimalt og anfallet går raskt over. 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 ved anfall får feber, er i dårlig form, opplever at anfallet er «annerledes» enn tidligere og du ikke greier deg hjemme, må man først og fremst utelukke infeksjon i leddet.

Kontakt da legevakt eller fastlege raskt for vurdering.

Målet på sikt er å få urinsyrenivå under 360 umol/l, ev. ned mot 300 umol/l, for å hindre fremtidige anfall. Du 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. Ikke slutt med Allopurinol om du får nye anfall. Hvis du får hudutslett etter oppstart Allopurinol – kutt ut medisinen og kontakt fastlege.

Fastlegen har ansvaret for oppfølgingen av din urinsyregikt og vil undersøke deg systematisk for andre sykdommer, vurdere medisinliste og følge opp blodprøvesvar. Fastlegen kan kontakte revmatologisk avdeling for råd.

Husk at for å lykkes med urinsyregiktbehandling må du som pasient ta hovedansvaret og bli din egen urinsyregiktekspert!