

Norsk oversettelse av 11 EULAR behandlingsanbefalinger for personer med urinsyregikt

Overordnet prinsipp A	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.
Overordnet prinsipp B	Hver person med urinsyregikt bør få råd om livsstil: vektreduksjon hvis det er hensiktsmessig og å unngå alkohol (spesielt øl og brennevin) og søtede drikker, tunge måltider og overdreven inntak av kjøtt og sjømat. Det bør oppmuntres til fettfattige meieriprodukter og vanlig trening bør anbefales.
Overordnet prinsipp C	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.
Anbefaling 1	Oppbluss av urinsyregikt bør behandles så tidlig som mulig. Pasienter som har fått pasientopplæring bør lære selvmedisinering ved de første varselssymptomene. Medikamentvalg bør være basert på mulige kontraindikasjoner, pasientens tidligere erfaringer med behandling, tidspunkt siden siste oppbluss og antall og type ledd involvert.
Anbefaling 2	Anbefalte førstelinjealternativer for akutt oppbluss er kolkisin (innen 12 timer) med en startdose på 1 mg fulgt av 0.5 mg 1 time senere på dag 1 og/eller et NSAID (pluss en protonpumpehemmer hvis aktuelt), orale kortikosteroider (30-35 mg per dag prednisolon for 3-5 dager) eller artikulær aspirasjon og injeksjon av kortikosteroider. 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.
Anbefaling 3	Hos pasienter med hyppige oppbluss og kontraindikasjoner for kolkisin, NSAID og kortikosteroider (oral og injiserbar), bør Interleukin-1 (IL-1) blokkere vurderes for behandling av oppbluss. 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.
Anbefaling 4	Profylakse mot oppbluss 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. 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. Hvis kolkisin ikke tolereres eller er kontraindisert, bør profylakse med NSAID i lav

	dosering vurderes, dersom dette ikke er kontraindisert.
Anbefaling 5	USB bør vurderes og diskuteres med hver pasient som har en sikker diagnose urinsyregikt fra første konsultation. USB er indisert hos alle pasienter med tilbakevendende oppbluss, tophi, uratartropati og/eller nyrestein. Oppstart med USB anbefales nær tidspunktet for første diagnose hos pasienter i ung alder (<40 år), eller med en veldig høy 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.
Anbefaling 6	For pasienter på USB bør nivået på serum-urinsyre overvåkes 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 urinsyregikt (tophi, kronisk artropati, hyppige oppbluss) fram til fullstendig oppløsning av krystaller og urinsyregikt. Serum urinsyre på <3 mg/dL (180 µmol/L) er ikke anbefalt over lengre tid.
Anbefaling 7	All USB bør startes med lav dose og titreres deretter opp til målet for serum-urinsyre er nådd. Et nivå på <6 mg/dl, <360 mmol/l) bør opprettholdes resten av livet.
Anbefaling 8	Hos pasienter med normal nyrefunksjon er allopurinol 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. Hvis målet ikke nås med en passende dose allopurinol, bør det byttes til febuxostat eller et urikosurikum, eller kombinasjon med et urikosurikum. Febuxostat eller et urikosurikum er også indikert hvis allopurinol ikke tolereres.
Anbefaling 9	Hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon bør den maksimale allopurinoldosen tilpasses kreatininclearance. 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.
Anbefaling 10	Hos pasienter med alvorlig kronisk toføs urinsyregikt med påviste uratkrystaller og dårlig livskvalitet, hvor målet for urinsyre ikke kan nås med tilgjengelige medikamenter i maksimal dosering (eller i kombinasjon), er peglotikase indisert.
Anbefaling 11	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.