

HÖK om gikt



Allmänläkarkonsulterna

Överenskommelse mellan primärvården och reumatologkliniken i Norrbotten

Primärvårdens roll

Patienter med gikt diagnos handläggas i första hand via primärvården.

Grundläggande utredning

Klinisk bild

- Akut insjuknande med smärta, rodnad, svullen och öm led.
- Börjar ofta i en stortå. Besvären oftare nattetid.

Diagnos

Klinisk bild, eventuellt förhöjt uratvärde.

OBS! Serumuratnivån kan vara normal vid akut anfall! Tvärtom ger inte heller förhöjt uratvärde i sig diagnos!

Riskfaktorer

- Komorbiditet: Metabola syndromet, njursvikt
- Högt cellomsättning: Psoriasis, neoplasmer, strål- och cytostatikabehandling
- Läkemedel/exogena substanser: Alla diuretika utom spironolakton och amilorid, lågdos ASA, litium, ciklosporin A, tuberkulostatika, nikotinsyra, alkohol, bly

Behandling av akut giktanfall

Allmänna råd

Avlastning och vila vid akut gikt attack

Förstahandsval gällande medicinering

NSAID Naproxen 500mg x2 (Maxdos) +/- Omeprazol i 5 dagar

Andrahandsval vid kontraindikation för NSAID

(tex vid warfarinterapi, njursvikt, ulcus, astma, hjärtsvikt, leversvikt)

Valet mellan kolkicin eller prednisolon beroende på ev samsjuklighet:

T Kolkicin/Colrefuz (vid första tecken på en attack, inom 12 tim):

- Första dygnet: 1 mg, åtföljt av 0,5mg efter 1 timme
- Andra dygnet: 0,5 mg x3
- From tredje dygnet: fortsätta med 0,5 mg var 8:e timme till besvärsfrihet
- *OBS!! Maximalt 6 mg ska tas under loppet av en behandling.*
- Dosering vid kreatininclearance <50 ml/min: högst 0,5mg/dygn
- *OBS!! Om kreatininclearance <10 ml/min bör man inte ge kolkicin*

Kortison

- Prednisolon 30mg/dag eller 0.5 mg/kg per dygn i 3-5 dygn sedan trappa ner under 7-10 dagar.
- Vid monoartrit kan intraartikulär steroidinjektion ges.

OBS! Det är bäst att inte insätta medel som sänker urinsyranivån i blodet under pågående attack, utan med minst 1 veckas fördröjning!

Återfallsprofylax, livslång behandling

Inleds om >2 giktattacker per år eller redan vid första anfallet om det föreligger något av följande:

- Ålder <40 år
- P-Urat >480 µmol/l
- Tofi eller uratnjursten
- Komorbiditet: Njursvikt, hypertoni, hjärtsjukdom (hjärtsvikt, koronarsjukdom).
- Skelettpåverkan
- Multipelt ledengagemang

Förstahandsmedel för återfallsprofylax är Allopurinol

- Startdos 100 mg/dag.
- Kolla S-Urat 1 gång/månad
- Målvärde S-Urat < 360 mg/l
- Målvärde S-Urat < 300 mg/l: hos patienter med tofi
- Dosen kan behövas ökas upp till 900 mg/dygn för att uppnå målvärdet.
- **OBS** att dosen ska anpassas till kreatininnivån!
- **OBS** att pågående Allopurinol inte ska sättas ut vid en eventuell giktattack!
- **OBS** att det är bäst att inte nyinsätta medel som sänker urinsyranivån i blodet under pågående attack, utan vänta minst 1 vecka avstånd.
- När långtidsbehandling Allopurinol inleds ges Naproxen minst 250 - max 500 mg/dygn eller Prednisolon minst 5 – max 7.5 mg/dygn (+ Kalcipcipos D forte + Omeprazol 20mg) i 3 – 6 månader. Vid funderingar kontakta reumatologen.
OBS! Max doserna gäller om det finns skov i anslutning av inledande behandling
- **OBS! Vid terapivikt av Allopurinol** kolla om parallellt inledande behandling vid insättning har glömts. Vid funderingar kontakta reumatologen.

Prevention

- Se över patientens läkemedelslista!
- Livsstils/kostförändringar: Viktnedgång, kontroll av diabetes, minskat alkoholintag (ffa öl). Ang kostvanor: Minska intag av små fiskar (fiskskinn) och skaldjur, inälvsmat (lever, njure), fisk, kött, ärtor, soja, svamp.

Indikationer för remiss till Reumatologkliniken

- Vid tveksam diagnos
- Behandlingsvikt om långdragna besvär
- Kontraindikationer som omöjliggör sedanvanlig behandling, dvs allergier, njursvikt osv
- Remissinnehåll: Anamnes, ledstatus, urat, krea, CRP, övriga utförda utredningar, mediciner

Dokumentet är författat av:

Panagiota Vlachogianni, ST läkare Reumatologi, Sunderby sjukhus
Miriam Hofmann, ALK, ST läkare Allmänmedicin, Råneå hälsocentral
Medicinsk ansvarig: Nikitas Samiotakis, Överläkare Reumatologi, Sunderby sjukhus