Nuove linee guida sulla gotta

Data 07 gennaio 2021
Categoria reumatologia

Le linee guida 2020 dell'ACR sono un utile documento di indirizzo per i medici che devono accuparsi dei pazienti gottosi.

L'American College of Rheumatology ha pubblicato nuove linee guida sulla gestione della gotta .

Di seguito le raccomandazioni principali.

Il trattamento farmacologico è raccomandato in tutti i pazienti con tofi gottosi e/o con danno radiografico articolate (ascrivibile alla gotta) e/o attacchi acuti di gotta >/= 2 all'anno.
La terapia può essere iniziata anche in soggetti che hanno avuto più di un attacco ma la loro frequenza è inferiore a 2 all'anno.

La terapia per ridurre l'uricemia può essere inziata sia quando l'episodio si è risolto che durante l'episodio stesso. Infatti alcuni piccoli studi suggeriscono che l'inizio della terapia durante la fase acuta non peggiora i sintomi e non allunga la durata. Va data importanza alla preferenza del paziente.

La dose dei farmaci dovrebbe essere target-diretta: ottenere una uricemia < 6 mg/dL.
La terapia ipouricemizzante dovrebbe durare indefinitivamente.
La dose ini ziale di allopurinolo dovrebbe essere </= 100 mg.
Nei pazienti in trattamento con feboxostat, se con precedenti eventi cardiovascolari, si può prevedere il passaggio ad altrofarmaco.

Non è raccomandato il controllo uricosuria nei pazienti in trattamento e neppure l'alcalizzazione delle urine.

Nei pazienti in trattamento che continuano ad avere una uricemia > 6 mg/dL oppure crisi acute (> 2/anno) è consigliato passare ad altro farmaco (non consigliata invece la terapia aggiuntiva con un secondo farmaco).

Nei pazienti che non raggiungono il target di uricemia ma che non hanno tofi e crisi acute < 2/anno non è consigliato passare al pegloticase.

Nei soggetti che hanno il primo attacco di gotta la terapia non è raccomandata a meno che non abbiano contemporaneamente una nefropatia cronica moderata/severa, una uricemia > 9 mg/dL o nefrolitiasi.

Non è indicato il trattamento nei soggetti con iperuricemia asintomatica.

L'allopurinolo è il farmaco di prima scelta (anche nei pazienti con nefropatia).
Nei soggetti con nefropatia moderata/severa è preferibile scegliere allopurinolo oppure febuxostat piuttoso che probenecid.

Quando si inizia la terapia è raccomdata una contemporanea profilassi con FANS, prednidone o prednisolone o colchicina. La profilassi dovrebbe durare da 3 a 6 mesi. La profilassi dovrebbe essere continuata anche per un periodo più prolungato se il paziente continua a presentare attacchi acuti.

Nell'attaco acuto i farmaci consigliati sono: colchicina, FANS, steroidi. Terapia adiuvante può essere l'uso topico di ghiaccio. Nel caso i farmaci di prima scelta non siano efficaci si può usare un inibitore dell'interleukina 1.

Altre raccomandazioni: limitare gli alcolici, gli alimenti ricchi di purine, perdere peso.
Se possibile non usare l'idroclorotiazide; losartan è l'antipertensivo consigliato. I pazienti che assumono ASA non devono sospendero. E' sconsigliato il fenofibrato.

RenatoRossi

Bibliografia

1. FitzGerald JD et al. 2020 ACR Guideline for Managemet of Gout. Arthritis & Rheumatology. Pubblicato il 10 maggio 2020.