Iperuricemia, trattare o no?

Data 27 febbraio 2007
Autore G.Ressa

“Cari colleghi” esordisce il dottor Sonda, e continua a pulire il gel dall’omonimo attrezzo
“Cosa dare ad una paziente di 83 anni, affetta da diabete mellito, ipertensione, insufficienza renale cronica, scoagulata per fibrillazione atriale, la quale è gravemente intollerante all'allopurinolo (rash cutaneo molto fastidioso, senso di deliquio) che presenta però un valore di uricemia alto (13.5) ?”.

Il dottor Ebiemme, dopo aver tirato fuori gli appositi algoritmi: “Vediamo, vediamo: di che grado di insufficienza renale ha la signora? se viaggia sui 6-7
di creatinina e non e' in dialisi, puo' essere giustificato questo valore ed occorrerebbe metterla in dialisi (segue con il dito indice le frecce dell’algoritmo) se non ha un grado cosi' grave di IRC conviene indagare meglio su questo valore di uricemia (malattia emolinfoproliferativa?).
Se l'iperuricemia è asintomatica non dovrebbe essere trattata anche perché l'attacco di gotta non dipende solo dall'iperuricemia e non vi sono studi che [brandisce gli schemi a mo’ di volantinaggio] dimostrino che la riduzione dei livelli di acido urico riduca il rischio cardiovascolare”.
Il dottor Pensa irrompe nella discussione: “Cioe' in una diabetica con insufficienza renale e 13 di uricemia non faresti nulla? Mmmmhhhh”

La dottoressa Saputella, con aria spavalda da medico giovane e aggiornato “In linea generale un'iperuricemia asintomatica non andrebbe trattata. Però ci sono delle condizioni in cui si può comunque prevedere la terapia anche se non ci sono mai stati attacchi di gotta acuta, per esempio in caso di elevata escrezione urinaria di acido urico, storia di calcolosi urinaria, insufficienza renale.
Nel caso specifico quindi, con uricemia di 13,5, la terapia potrebbe avere un senso. Visto che la paziente non tollera l'allopurinolo si può tentare con il sulfinpirazone che però viene consigliato alla dose di 100 mg/die mentre, per quanto ne so, in commercio esiste in compresse da 400 mg. In caso di intolleranza all'allopurinolo in letteratura si trova come alternativa anche il probenecid che però non dovrebbe essere in commercio in Italia”
Il dottor Ebiemme (e ricomincia a leggere i suoi fogli) “Vediamo cosa dice la letteratura.
Di solito si tende a trattare anche i pazienti asintomatici per il rischio di gotta, nefropatia e calcolosi renale, dislipidemia, sindrome X e un ipotetico rischio CV pero’ vediamo meglio, nel dettaglio.

Rischio CV.
Messo in relazione con lo studio NHANES I con una durata di 16 anni con forte associazione nei maschi e femmine, ma lo studio era retrospettico e messo in dubbio da altri studi + recenti compreso il Framingham. Quindi non esistono evidenze di una relazione.

Rischio di Gotta.
Uno studio ha mostrato che l'uricemia < di 7 l'incidenza di gotta è 0,1%; tra 7 e 9: 0,5%; se è > di 9: 5% .
Un altro studio ha mostrato che un'uricemia tra 7 e 8 seguita per 14 anni l'insorgenza della gotta era del 12%.
L'insorgenza della gotta era seguita da decadi di iperuricemia asintomatica.

Urolitiasi.
Uno studio mostrava che l'incidenza di urolitiasi nei soggetti asintomatici era del 0,3% e 0,9% nei pazienti con gotta e iperuricemia.

Nefopatia da acido urico.
Questa condizione si sviluppa nei massicci incrementi di acido urico in seguito a malattie tumorali, ma è prevedibile e curabile e può regredire.

Dislipidemia.
Non esistono evidenze in una loro associazione.

Sindrome metabolica.
Anche se alcuno studi hanno messo in relazione i l'uricemia con la sindrome metabolica (studio CARDIA per esempio) le evidenze sono dubbie.”

Il dottor Pensa “Tornando al caso e considerando giuste le tue osservazioni, io direi che se la paziente ha una IRC gli uricosurici non funzionano ; obiettivamente a quell'eta' , se non ha gotta o calcolosi renale , non darei eccessivo peso all'iperuricemia come fattore di rischio cardiovascolare “

Il dottor Sonda, sempre affezionato agli esami strumentali e di laboratorio “Io misurerei l'uricuria delle 24 ore. Serve per determinare se l'iperuricemia è da sovraproduzione o da ipoescrezione e quindi decidere che tipo di farmaco usare e farsi un'idea di che tipo di condizione ci sta sotto. Un iperproduttore anziano per esempio
mi fa dubitare di una malattia linfoproliferativa e un paziente iperproduttore si identifica quando si ha una escrezione > di 1 gr/24 ore. In questo caso occorre usare allopurinolo che diminuisce la produzione e non un uricosurico che aumenta

l'escrezione causando la precipitazione.

Il dottor Ebiemme: “Meno del 10% degli iperuricemici sono iperproduttori. Chi trattare?
Tre sono i modi di abbassare l'uricemia. Attraverso la diminuzione della
produzione con la inibizione della xantina ossidasi (allopurinolo), attraverso l'inibizione del riassorbimento tubulare prossimale (probenecid), o attraverso la conversione a composti + solubili (urato ossidasi) come Uricozyme o il Fasturtec (costosissimo).
In caso di trattamento considerare l'allopurinolo per il costo e l'efficacia, ma considerare anche i rischi che non sono da trascurare ecco perchè è meglio trattare i pazienti che veramente ne hanno bisogno. In caso di allergia considerare l'alimentazione e i farmaci che prende.
Considerare il probenecid o il sulfinpirazione se la clearance della creatinina e’ maggiore di 30-40, ma si trovano ancora in Italia? Altrimenti considerare l'Uricozyme, ma anche per quest'ultimo non so se presente nel mercato italiano per una precisa scelta delle ditte di non commercializzare questi farmaci a favore del costosissimo Fasturtec”.