

I protagonisti della gestione terapeutica della gotta

La Società Italiana di Reumatologia ha promosso un aggiornamento delle raccomandazioni EULAR del 2006 per la gestione terapeutica di questa forma di artrite. Molti sono i punti fondamentali che sono stati toccati: la corretta informazione ed educazione del paziente, il trattamento farmacologico dell'attacco acuto, dove la colchicina rappresenta il presidio più importante che si affianca alla somministrazione di Fans, la terapia ipouricemizzante dopo la completa risoluzione dell'attacco acuto. Il documento è stato presentato all'ultimo congresso della SIR a Milano

Elisabetta Torretta

La gotta colpisce l'1-2% della popolazione adulta dei Paesi sviluppati, rappresentando la forma più frequente di artrite con una prevalenza in aumento negli ultimi decenni. La diagnosi di malattia è solitamente clinica, tuttavia la ricerca dei cristalli di urato monosodico nel liquido sinoviale, anche in soggetti asintomatici, rimane il gold standard diagnostico.

La gestione terapeutica della gotta non riguarda solo la prescrizione appropriata di farmaci antinfiammatori o di terapie mirate a ridurre i livelli di acido urico, ma deve comprendere una corretta informazione del paziente, oltre che del medico di medicina generale. Considerando l'avvento delle nuove strategie terapeutiche, la Società Italiana di Reumatologia ha ritenuto necessario promuovere un Consensus per aggiornare le raccomandazioni EULAR del 2006.

I punti chiave per il trattamento della gotta riguardano in primo luogo l'informazione e l'educazione del paziente e l'adozione di uno stile di vita appropriato. In una malattia così tipicamente caratterizzata da andamenti altalenanti, dove fasi di completo benessere di varia durata si alternano ad attacchi acuti, cercare di migliorare la compliance del paziente è molto importante: gli sforzi vanno indirizzati all'adozione di una sana alimentazione e alla moderazione nel consumo di bevande contenenti fruttosio e alcool, in particolar modo di birra.

Un secondo elemento importante è quello relativo all'identificazione di al-

tre cause di iperuricemia e di gotta che possono essere espressione di comorbidità, che dovrebbero essere diagnosticate prima di iniziare il trattamento della gotta. Comorbidità e fattori di rischio quali iperlipidemia, ipertensione, iperglicemia, obesità e fumo dovrebbero essere presi in considerazione come parte importante nella gestione dei pazienti con gotta. Per esempio alcuni antipertensivi e diuretici possono avere effetti iperuricemizzanti mentre altri (losartan, amlodipina) possono avere effetto uricosurico.

Nel trattamento dell'attacco acuto di gotta, che rappresenta la forma di artrite più dolorosa che sia dato conoscere, è indispensabile il ricorso a una terapia che abbia effetto analgesico e azione antinfiammatoria. La colchicina rappresenta il farmaco di prima scelta (anche se manca un accordo unanime sulla posologia) e la task force della Consensus italiana consiglia bassi dosaggi, fino 2 mg/die, posologia che si è rivelata efficace e sicura. La colchicina dovrebbe essere somministrata precocemente e assunta a lungo a basso dosaggio. Altro presidio farmacologico importante è costituito dai Fans, che dovrebbero essere somministrati precocemente, non appena insorgono i primi sintomi, con una riduzione del dolore superiore al 50% in 2-3 giorni, ma con una durata del trattamento il più breve possibile e dando la preferenza ai Fans a emivita breve. Nel trattamento acuto gli steroidi a dosaggio medio-alto per brevissimo periodo possono essere utili; da evitare l'uso prolungato in quanto è

stato segnalato un aumento del rischio di cronicizzazione della gotta con sviluppo di tofi. Gli inibitori dell'interleuchina 1 possono considerarsi una potenziale opzione terapeutica soprattutto in quei pazienti con gravi controindicazioni o effetti collaterali al trattamento con colchicina, Fans e/o steroidi, quando il dolore è refrattario al trattamento convenzionale o in caso di gravi comorbidità.

Dopo la completa risoluzione dell'attacco acuto è consigliabile la terapia ipouricemizzante, iniziata a basso dosaggio e gradualmente incrementata fino a raggiungere e mantenere i livelli di uricemia al di sotto del punto di saturazione dell'urato monosodico (≤ 6 mg/dL). Tra questi l'allopurinolo, un inibitore competitivo della xantino-ossidasi, è il farmaco di prima scelta. La somministrazione andrebbe inizia-

ta con dosi di 100 mg/die, incrementate di 100 mg ogni 2-4 settimane; in caso di insufficienza renale è opportuno adattare la posologia per ridurre il rischio di tossicità. In caso di intolleranza/allergia all'allopurinolo, o in caso di grave insufficienza renale o di mancata risposta terapeutica, il farmaco ipouricemizzante di seconda scelta è il febuxostat (80-120 mg), un inibitore non competitivo della xantino-ossidasi che viene metabolizzato prevalentemente a livello epatico.

Infine gli uricosurici (probenecid, benzbromarone, sulfipirazione) potrebbero essere utilizzati per la riduzione dei livelli di acido urico ma sono controindicati in pazienti con insufficienza renale e dovrebbero essere evitati nei pazienti con calcolosi renale e in pazienti con insufficienza epatica (in particolar modo il benzbromarone).

Da ultimo si può citare un trattamento che al momento è stato autorizzato solo negli Stati Uniti, la somministrazione per via endovenosa di uricasi peghilata (pegloticasi) che risulta efficace nel ridurre rapidamente il pool di urati e le dimensioni dei tofi. La terapia è però controindicata nei pazienti con deficit della glucosio 6-fosfato deidrogenasi in quanto la somministrazione di uricasi aumenta lo stress ossidativo.

www.qr-link.it/video/1512



 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code