

08-009

A. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΥΡΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΡΙΣΕΩΝ

I. Η ουρική νόσος είναι μια συχνή πάθηση που χαρακτηρίζεται από εναπόθεση κρυστάλλων ουρικού μονονατρίου στις αρθρώσεις και στους εξωαρθρικούς ιστούς. Η μεταβολική διαταραχή στην οποία οφείλεται είναι η υπερουριχαιμία (αύξηση των επιπέδων του ουρικού οξέος στον ορού >6,7 mg/dl). Εκφράζεται κυρίως ως:

1. Ασυμπτωματική υπερουριχαιμία
2. Ουρική αρθρίτιδα που διακρίνεται σε:
 - Οξεία ουρική αρθρίτιδα
 - Νόσο των μεσοδιαστημάτων των κρίσεων
 - Χρόνια τοφώδη αρθρίτιδα
3. Νεφρική νόσο
 - Νεφρολιθίαση
 - Ουρική νεφροπάθεια
 - Οξεία αποφρακτική ουροπάθεια (όπως επί συνδρόμου λύσης των όγκων)

II. Η διάγνωση της κρίσης οξείας ουρικής αρθρίτιδας γίνεται από το ιστορικό και την κλινική εικόνα και δεν είναι απαραίτητη η ανεύρεση κρυστάλλων ουρικού μονονατρίου στο μικροσκόπιο πολωμένου φωτός στο αρθρικό υγρό ή στο αναρροφηθέν δείγμα τήφου.

III. Η θεραπεία της ουρικής νόσου δεν ταυτίζεται με τη θεραπεία της υπερουριχαιμίας (ΘΠΣ 08-010) και αντιστρόφως. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου συνίσταται σε:

A. Μη φαρμακευτική θεραπεία της ουρικής νόσου που περιλαμβάνει:

- Δίαιτα και αλλαγή τρόπου ζωής
- Αντιμετώπιση πιθανών πρωτοπαθών αιτιών
- Αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων
- Αποφυγή ορισμένων φαρμάκων και άλλων μηχανισμών πυροδότησης της κρίσης

B. Φαρμακευτική θεραπεία της οξείας ουρικής αρθρίτιδας που περιλαμβάνει:

- Άμεση χορήγηση φαρμάκων για τον τερματισμό της οξείας κρίσης
- Παράλληλη έναρξη φαρμάκων για την πρόληψη περαιτέρω κρίσεων
- Έναρξη αντιυπερουριχαιμικών φαρμάκων (εφόσον δεν λαμβάνονται ήδη) περίπου δύο εβδομάδες μετά την αποδρομή της κρίσης για την αντιμετώπιση της υπερουριχαιμίας και την πρόληψη της εξέλιξης της νόσου

Ειδικότερες οδηγίες:

I. Θεραπεία 1^{ου} βήματος της κρίσης οξείας ουρικής αρθρίτιδας

A. Σε ήπιας - μέσης βαρύτητας πόνο και προσβολή σε 1 έως 4 μικρές αρθρώσεις ή 1 έως 2 μεγάλες αρθρώσεις, συστήνεται μονοθεραπεία με:

1. ΜΣΑΦ (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα)

Άμεση χορήγηση οποιουδήποτε ΜΣΑΦ σε πλήρη δόση μέχρι την υποχώρηση της κρίσης (συνήθως μέχρι 8 ημέρες).

A1. Επί αντένδειξης ή δυσανεξίας στα ΜΣΑΦ μπορεί να χορηγηθούν:

1. ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ

- από του στόματος πρεδνιζολόνη 0,5mg/kg/24ωρο (ή ισοδύναμο μεθυλπρεδνιζολόνης) για 5-10 μέρες σε πλήρη δόση και κατόπιν διακοπή ή για 2-5 μέρες σε πλήρη δόση και μετά σταδιακή μείωση-διακοπή σε 7-10 μέρες
- ενδομυϊκά βηταμεθαζόνη ή δεξαμεθαζόνη ακολουθούμενη από του στόματος χορήγηση πρεδνιζολόνης ή μεθυλπρεδνιζολόνης

- Για 1-2 μεγάλες αρθρώσεις εξετάζεται η ενδοαρθρική χορήγηση (αντενδείκνυται επί υποψίας σηπτικής αρθρίτιδας) βηταμεθαζόνης ή τριαμσινολόνης ή μεθυλπρεδνιζολόνης (depot)
- Ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη (σε αρχική δόση 0,5-2mg/Kgr) για ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν από του στόματος θεραπεία ή εναλλακτικά συνθετικό ανάλογο της ACTH (Tetracosactide 25-40 IU EM) και επανάληψη αναλόγως των αναγκών

Ή

2. ΚΟΛΧΙΚΙΝΗ

Αν ο ασθενής δεν παίρνει κολχικίνη τις τελευταίες 14 μέρες, έναρξη με δόση φόρτισης 1 mg και κατόπιν 0,5mg μετά από 2-3 ώρες και στη συνέχεια ανάλογα με τις ανάγκες και την ανοχή του φαρμάκου. Ακολουθεί μετά 12 ώρες δόση προφύλαξης (0,5mg x 1 ή x 2/24ωρο)

A2. Επί ανεπαρκούς θεραπευτικής απάντησης με τα παραπάνω θεραπευτικά μέσα (δηλαδή μείωση του πόνου λιγότερο από 20% τις πρώτες 24 ώρες ή λιγότερο από 50% μετά τις 24 ώρες από την έναρξη της θεραπείας) συστήνεται η αλλαγή του επιλεγέντος θεραπευτικού παράγοντα.

B. Σε μεγάλης βαρύτητας κρίση με πολύ δυνατό πόνο ή προσβολή >4 μικρών ή >2 μεγάλων αρθρώσεων συστήνεται η συνδυαστική θεραπεία των παραπάνω παραγόντων (να αποφεύγεται η συγχορήγηση ΜΣΑΦ και κορτικοστεροειδών).

II. Θεραπεία 2^{ου} βήματος της κρίσης οξείας ουρικής αρθρίτιδας

Σε βαριές μορφές ανθεκτικής στη θεραπεία χρόνιας τοφώδους ουρικής αρθρίτιδας και εφόσον έχουν ακολουθηθεί πιστά οι οδηγίες για τα φάρμακα πρώτης γραμμής και αντιυπερουριχαιμικής θεραπείας μπορεί να χορηγηθούν φάρμακα δεύτερης γραμμής:

1. ANAKINRA 100mg/24ωρο ΥΔ για 3 ημέρες (θεραπεία εκτός ενδείξεων)

2. CANAKINUMAB 150mg εφάπαξ ΥΔ

Εφόσον έχουν προηγηθεί τουλάχιστον 3 επεισόδια ανθεκτικών κρίσεων το προηγούμενο έτος. Δυνατή η επανάληψη σε 12 εβδομάδες. Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική θεραπεία δεν επαναλαμβάνεται η χορήγηση.

Η χορήγηση του Canakinumab λόγω μεγάλου κόστους πρέπει να γίνεται μόνον εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα αντιμετώπισης μετά πλήρη εφαρμογή των συμβατικών θεραπευτικών μέσων.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Khanna D, FitzGerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi N, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012;64:1431–46.
2. Khanna D, Khanna PP, FitzGerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012;64:1447–61.
3. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Bardin T, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis 2006;65:1301–11.
4. Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis 2006;65:1312–24.

5. Jordan K, Cameron S, Snaith M, Zhang W, Doherty M, Seckl J, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46(8):1372-4.