Neue Leitlinie Gichtarthritis

Harnsäuresenkung schon ab dem ersten Anfall

Im letzten Jahr hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) eine S2e-Leitlinie zur Gichtarthritis verabschiedet. Sie betont die Notwendigkeit der frühen und konsequenten Senkung der Harnsäurespiegel.

Die Erstmanifestation einer Gichtarthritis ist in der Regel eine akut auftretende Monarthritis mit ausgeprägten lokalen Entzündungszeichen und massiver Schmerzsymptomatik. Sie betrifft am häufigsten das Großzehengrundgelenk, gefolgt von Mittelfuß, Sprunggelenk, Knie oder Ellenbogengelenk. Diagnostischer Goldstandard ist laut Leitlinie „Gichtarthritis (fachärztlich)“ die Gelenkpunktion zum Nachweis von Natriumuratkristallen. Wenn der nicht geführt werden kann, soll die Diagnose klinisch und ggf. mithilfe bildgebender Verfahren (Arthrosonografie, Dual-Energy-CT) gestellt werden. Eine Hyperurikämie ($\geq 6,8$ mg/dl), darauf wird ausdrücklich hingewiesen, ist kein Beweis, dass es sich bei muskuloskeletalen Beschwerden um eine Gichtarthritis handelt. Ebenso wenig kann aufgrund einer normalen Serumharnsäure die Diagnose Gichtanfall ausgeschlossen werden.

Schnelle Schmerzlinderung

Bei der akuten Gichtattacke geht es um schnelle Schmerzlinderung und Entzündungshemmung. Dazu werden nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Colchicin oder Glukokortikoide eingesetzt. Die Auswahl richtet sich vor allem nach Begleiterkrankungen und Kontraindikationen; bei starken Schmerzen und Befall mehrerer Gelenke kann auch eine Kombination erforderlich sein.

NSAR: Die kurzfristige NSAR-Therapie hat wegen des schnellen Eintritts der analgetischen Wirkung einen hohen Stellenwert (Empfehlungsgrad A), in geringem Maß kann sie auch die Schwellung reduzieren. Zu beachten sind gastrointestinale und renale Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

Colchicin: Die Leitlinie empfiehlt eine niedrigdosierte Colchicinbehandlung (1- bis 3-mal tgl. 0,5 mg), da sie genauso wirksam, aber besser verträglich ist als eine hochdosierte Therapie (Empfehlungsgrad A). Die Dosis ist der Nierenfunktion und Schwere des Anfalls anzupassen.

Glukokortikoide: Wenn NSAR und Colchicin nicht ausreichend wirken oder kontraindiziert sind, kommen Glukokortikoide zum Einsatz. Dabei wird der intraartikulären Applikation der Vorzug gegeben.

Welche Alternativen gibt es?

Für Patienten mit rezidivierenden Gichtattacken, für die die genannten Therapien wegen ungenügender Wirkung bzw. Kontraindikationen nicht infrage kommen, empfiehlt die Leitlinie die subkutane Gabe des Interleukin-1 β -Antikörpers Canakinumab.

Bei gesicherter Gicht soll rasch und unter antiinflammatorischem Schutz eine harnsäuresenkende Therapie eingeleitet werden. Eine Indikation wird wie in der ak-

tualisierten Empfehlung der Europäischen Rheumaliga (EULAR) bereits beim ersten gesicherten Gichtanfall gesehen. Anders als bislang üblich wird nicht mehr empfohlen, mit der Harnsäuresenkung bis zum vollständigen Abklingen des Anfalls zu warten; eine Therapie mit Allopurinol ist einer Studie zufolge auch im akuten Anfall möglich. Ziel der Behandlung ist, die Serumharnsäure dauerhaft unter 6 mg/dl zu senken. Das Erreichen des Zielwerts sollte regelmäßig kontrolliert werden. Medikamente der ersten Wahl sind Allopurinol und Febuxostat. Wenn die Behandlung mit Urikostatika nicht möglich oder erfolgreich ist, sollen Urikosurika – Benzbromaron oder Probenecid – eingesetzt werden.

Zusätzliche Anfallsprophylaxe

Vor allem zu Beginn der harnsäuresenkenden Therapie können durch Mobilisierung des Harnsäurepools neue Gichtanfälle ausgelöst werden. Daher empfiehlt die Leitlinie in den ersten drei bis sechs Monaten eine zusätzliche Anfallsprophylaxe mit niedrigdosiertem Colchicin, bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeit mit NSAR oder Glukokortikoiden.

Der Lebensstil hat entscheidenden Einfluss auf die Entstehung der Gicht. Alle Patienten sollten deswegen darüber informiert werden, dass der Genuss von Alkohol, Fleisch, Schalentieren und mit Fruktose angereicherten Getränken mit einem erhöhten Risiko für Gichtanfälle verbunden ist. Laut DGRh ist es besonders wichtig, Patienten über die Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme und die Bedeutung des Serumharnsäurezielwertes aufzuklären.

Patienten mit Gicht leiden häufig an weiteren Erkrankungen. Ein besonderes Augenmerk sollte auf kardiovaskuläre, metabolische und renale Begleiterkrankungen gelegt werden. *Dr. Beate Schumacher*

© Lovreng / stockadobe.com

Zum sicheren Nachweis der Gicht müsste das Gelenk punktiert werden.

Kiltz U et al. Z Rheumatol 2017; 76:118–124; S2e-Leitlinie „Gichtarthritis (fachärztlich)“, AWMF-Registernummer 060/005