

Erhöhte Harnsäurewerte

Ab wann muss medikamentös behandelt werden?

Erhöhte Harnsäurespiegel allein sind selten ein Grund für den Einsatz von Urikosurika. Erst wenn ein Gichtanfall eingetreten ist, sollte die Therapie beginnen – aber erst nachdem der akute Anfall unter Therapie mit NSAR, Steroiden und Colchizin abgeklungen ist.

– Mit einer Prävalenz von 1–7% stellt die Gicht die häufigste Erkrankung mit Gelenkentzündung dar. Sie tritt heute zunehmend in jüngeren Jahren und immer häufiger bei Frauen auf. Eine Hyperurikämie ist wahrscheinlich auch ein unabhängiger kardiovaskulärer Risikofaktor.

Nicht immer sind die typischen anfallsartigen Symptome mit schmerzhafter Rötung und Schwellung eines Großzehengrundgelenks zu beobachten. Besonders bei älteren Menschen sind manchmal atypische Gelenke betroffen. In bis zu 20% der Fälle verläuft eine Gicht chronisch ohne Anfälle mit einer schleichenden Gelenkdestruktion. Bei jeder fraglichen und atypischen Monoarthritis sollte die Diagnose durch Gelenkpunktion gesichert werden, betonte Prof. Dr. Stefan Schewe, München. Nur wenn das klinische Bild sehr charakteristisch ist, kann darauf verzichtet werden.



© H. S. Füßli

Nicht immer gibt sich eine Gicht so deutlich zu erkennen wie hier.

Colchizinprophylaxe nicht vergessen

Ein akuter Gichtanfall wird mit NSAR in hoher Dosierung behandelt. Außerdem wird Colchizin eingesetzt. Eine niedrige Dosierung (2–4 Tabletten zu 0,5 mg pro Tag) ist ebenso wirksam wie hoch dosiertes Colchizin, aber besser verträglich. Weiterhin erhält der Patient eine orale Stoßtherapie mit Steroiden (20–60 mg) und Steroide intraartikulär.

Was in der Praxis häufig vergessen wird, ist die anschließende niedrig dosierte Colchizin-Anfallsprophylaxe. Die Dosierung richtet sich nach der glomerulären Filtrationsrate:

- GFR > 60 ml/min: zwei Tabletten zu 0,5 mg pro Tag
- GFR 40–60 ml/min: eine Tablette pro Tag
- GFR 30–40 ml/min: eine Tablette alle zwei Tage
- GFR < 30 ml/min: eine Tablette alle drei Tage.

Allopurinol erst später

Wichtig ist, nicht im akuten Anfall mit der Harnsäurereduktion zu beginnen, sondern diese etwa zwei Wochen hinauszuschieben. Der Einsatz von Urikosurika ist immer eine lebenslange Therapie, die darauf abzielt, die Harnsäure unter 6 mg/dl zu halten. Denn das Rezidivrisiko bei Absetzen beträgt immerhin 50%. Neben Allopurinol stehen der neue nicht purinartige Xanthinoxidase-Inhibitor Febuxostat oder Benzbromaron/Probenicid zur Wahl. Febuxostat senkt den Harnsäurespiegel effektiver als Allopurinol und ist auch bei Allergie gegen Allopurinol einsetzbar. Es kann

auch bei Niereninsuffizienz gegeben werden, wenn der Kreatininspiegel 2,0 mg/dl nicht überschreitet. Allerdings verursacht Febuxostat etwas mehr Nebenwirkungen als Allopurinol.

Aber auch Allopurinol ist nicht harmlos. Als seltene (0,1%), aber bedrohliche Nebenwirkung kann ein Hypersensitivitätssyndrom auftreten, unabhängig vom Grad einer Niereninsuffizienz oder von der verabreichten Dosis.

In der Regel nicht vor dem ersten Anfall

Vor dem ersten Gichtanfall sollte der Harnsäurespiegel in der Regel nicht medikamentös gesenkt werden. Die Hyperurikämie ist zwar ein unabhängiger kardiovaskulärer Risikofaktor, aber es gibt keine Outcome-Studie, die den diesbezüglichen Effekt der Harnsäuresenkung untersucht hat. Ein Großteil der Patienten mit erhöhtem Harnsäurespiegel wird außerdem niemals eine Gicht bekommen und würde umsonst behandelt.

Viel lässt sich durch Gewichtsreduktion, Einschränkung des Fleisch- und Fischkonsums, Alkoholrestriktion, reichlich Wassertrinken und laktovegetabile Kost erreichen. Entscheidend ist die gute Kontrolle von Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Diabetes und Hyperlipidämie. Hier sollten Medikamente eingesetzt werden, die gleichzeitig die Harnsäure senken, z.B. Losartan und Fenofibrat.

Überschreitet die Serum-Harnsäure allerdings 10–12 mg/dl, ist das Risiko für Gichtanfälle so hoch, dass man nicht unbedingt auf den ersten Anfall warten sollte, meinte Schewe.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, 10.–14. April 2010