

Gikt

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Daniel Albertsson, distriktsläkare, vårdcentralen Moheda
Maria Granborn, apotekare, läkemedelsenheten
Christoph Sieweke, överläkare, medicinkliniken Växjö

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Epidemiologi.....	2
1.2	Definition.....	2
1.3	Risikfaktorer.....	2
2	Symtom.....	3
3	Utredning.....	3
3.1	Diagnostik.....	3
3.1.1	Klinisk diagnostik.....	3
3.1.2	Laboratoriediagnostik.....	3
3.1.3	Bilddiagnostik.....	3
3.1.4	Differentialdiagnostik.....	3
4	Behandling.....	4
4.1	Icke farmakologisk.....	4
4.2	Farmakologisk.....	4
4.2.1	Behandling av akuta giktanfall.....	4
4.2.2	Uratsänkande behandling.....	4
5	Förebyggande åtgärder.....	5
6	Komplikationer.....	5
7	Uppföljning.....	5
8	Remiss.....	6
9	Patientinformation.....	6
10	Relaterade dokument.....	6
10.1	Externa länkar.....	6

1 Inledning

1.1 Epidemiologi

Incidensen av gikt är i ökande och är för närvarande 1–2 % i Sverige.

Män drabbas betydligt oftare än kvinnor av gikt. Prevalensen ökar med stigande ålder och har hos män uppskattats vara cirka 2 % och hos kvinnor 1,5 %.

1.2 Definition

Gikt innebär utfällning av kristaller av urinsyra (urat) i olika vävnader till följd av hyperurikemi. Vanligaste manifestationen är aseptisk synovit. Även andra vävnader som senor, senskidor och bursor kan drabbas och ibland uppstår njursten.

Gikt debuterar med akuta anfall, kan vara recidiverande och även bli kronisk.

Orsaker till förhöjda uratnivåer vid primär gikt är inte helt klarlagda, men kan i sällsynta fall bero på t ex enzymdefekter.

Sekundär gikt är den vanligaste formen och orsakas av livsstilsfaktorer, läkemedelsbehandling eller annan sjukdom.

1.3 Riskfaktorer

Ökad uratproduktion kan orakas av:

- Alkohol av alla sorter, men särskilt öl
- Ökat intag av purinrik föda (t ex kött)
- Övervikt
- Cytostatikabehandling
- Svår plackpsoriasis
- Myeloproliferativa sjukdomar
- Perniciös anemi

Minskad uratutsöndring ur kroppen kan orsakas av:

- Hypertoni
- Diuretika
- Acetylsalicylsyra
- Njursvikt
- Diabetes typ 2 med metabolt syndrom
- Alkohol

2 Symtom

Akut gikt innebär oftast snabbt insjuknande, ofta nattetid, med smärta och svårighet att belasta eller beröra led.

Uratkristaller ger upphov till en kraftig, attackvis påkommande inflammatorisk reaktion som i flertalet fall drabbar enstaka leder i nedre extremiteter, t ex stortåns grundled. Ofta med rodnad/blånad, svullnad och värmeökning av leden.

Attacken följs ibland av allmänpåverkan med feber.

Tofi är nodulära förändringar som innehåller ansamlingar av uratkristaller. Vanliga lokalisationer är ytteröra, akillessena, fingerpulpa, vid metatarsofalangealled samt olekranonbursan.

3 Utredning

3.1 Diagnostik

3.1.1 Klinisk diagnostik

Diagnosen akut gikt kan misstänkas utifrån anamnes, förekomst av riskfaktorer och den typiska kliniska bilden. Diagnos kan behöva verifieras med blodprov och ledpunktion.

Diagnostiken kan underlättas med hjälp av en så kallad [giktkalkylator](#).

Kronisk gikt utvecklas hos en mindre andel av patienterna efter i medeltal tio år. Kännetecknas av en övergång till en mer kontinuerlig ledinflammation, bildning av tofi och ett polyartikulärt ledengagemang.

3.1.2 Laboratoriediagnostik

Ledpunktion för påvisande av uratkristaller i ledvätska säkerställer diagnos, i kombination med kliniska symptom.

CRP är ofta förhöjt vid giktanfall.

Urat i plasma/serum ingår i utredningen men kan inte utan kliniska symptom och objektiva fynd utgöra grund för gikt diagnos. I samband med det akuta giktanfallet sjunker ofta uratnivåerna.

3.1.3 Bilddiagnostik

DECT och ultraljud är de bilddiagnostiska undersökningar som tidigt kan diagnostisera gikt. Skelettröntgen kan påvisa typiska kortikala destruktions och tofi vid kronisk gikt.

3.1.4 Differentialdiagnostik

Vanliga differentialdiagnoser vid gikt är:

- Septisk artrit
- Lednära mjukdelsinfektion
- Reaktiv artrit
- Pyrofosfatartrit eller annan kristallartrit
- Artrit vid sarkoidos
- Artros med sekundärinflammation
- Reumatoid artrit eller annan kronisk artrit

4 Behandling

4.1 Icke farmakologisk

I det akuta skedet kan vila och kyla mot den drabbade leden rekommenderas.

4.2 Farmakologisk

4.2.1 Behandling av akuta giktanfäll

Det finns flera behandlingar för det akuta giktanfallet. Beakta bland annat patientens ålder, njurfunktion, eventuell annan sjukdom samt övrig medicinering.

Samtliga alternativ är effektmässigt likvärdiga.

- COX-hämmare

T ex Naproxen (250)-500 mg x 2 i 3-5 dagar.

Ger god reduktion av smärta och svullnad samt ger ledfunktionsförbättring.

Kontraindicerat/olämpligt vid t ex magsår, hjärtsvikt, njurfunktionsnedsättning och AK/NOAK-behandling.

- Glukokortikoider

T ex Prednisolon 30 mg x 1 i 5 dagar

Kortisonbehandling, peroralt eller intraartikulärt, har god effekt. Kan användas då COX-hämmare är kontraindicerade och vid samtidig AK/NOAK-behandling.

Kan leda till stegrade glukosnivåer vid diabetes.

- Kolkicin

T ex Colrefuz. Laddningsdos på 1 mg följt av 0,5 mg en timme senare. Därefter inget ytterligare kolkicin de närmsta 12 timmarna. Om fortsatt behov föreligger kan 0,5 mg ges var 8:e timme tills den akuta attacken upphört. Se ytterligare information i FASS.

Används med försiktighet vid nedsatt njur- och leverfunktion och till äldre.

Interaktionsbenäget. Kan användas vid samtidig AK/NOAK-behandling.

4.2.2 Uratsänkande behandling

Vid upprepade attacker, men måttlig uratförhöjning, kan man med fördel börja med förebyggande åtgärder utan farmakologisk behandling, men om målnivån vad gäller serumurat inte kan uppnås förordas start av allopurinolbehandling.

För patienter med ålder < 40 år, uratnivå > 480 µmol/l, tofi, skelettpåverkan, multipelt ledengagemang, uratnjursten och komorbiditet (njursvikt, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt) kan uratsänkande behandling förordas redan efter första anfallet.

När uratsänkande läkemedel sätts in, under eller efter en giktattack, kan samtidigt skydd med COX-hämmare, kolkicin eller prednisolon behöva ges upp till sex månader.

Behovet av profylax minskar om den uratsänkande behandlingen sätts in i ett lugnt skede.

- Allopurinol

Allopurinol är förstahandsmedel vid uratsänkande behandling.

Startdos 100 mg 1x1. Bör intas efter måltid.

Uratvärdet kontrolleras en gång per månad och allopurinoldosen ökas med 100 mg i taget till målvärde för urat uppnått. Maxdos är 900 mg/dygn.

Försiktighet vid nedsatt njurfunktion och vid absolut GFR <20-30 ml/min begränsas maxdosen (se FASS). Försiktighet även vid samtidig medicinering med vissa läkemedel.

Allopurinol ska inte sättas ut under ett akut giktanfäll.

- Probenecid

Probenecid (Probecid) kan användas vid kontraindikation mot, eller biverkningar av, allopurinol. Kan även användas i kombination med allopurinol om målvärdet för s-urat inte uppnås.

Rekommenderad dos är ½ tablett à 500 mg x 2 första veckan och sedan 1 x 2, vilket är normal underhållsdos.

Bör undvikas vid njurstenssjukdom och är kontraindicerat vid svåra njurskador

Läkemedlet har successivt avtagande effekt med sjunkande njurfunktion och är verkningslöst vid eGFR < 50 ml/min.

- Febuxostat

Febuxostat (Adenuric) kan användas vid kontraindikation mot, eller biverkningar av, allopurinol. Har samma verkningsmekanism som allopurinol.

Startdos 80 mg 1x1 som vid behov, efter 2-4 veckor, kan ökas till 120 mg 1x1.

Profylax mot giktanfäll i minst 6 månader rekommenderas vid start av behandling.

Rekommenderas inte till patienter med ischemisk hjärtsjukdom eller kronisk hjärtinsufficiens.

5 Förebyggande åtgärder

Levnadsvanor ska alltid kartläggas.

Koståtgärder bör övervägas. Minska intaget av alkohol och animaliskt protein (t ex skaldjur, inälvsmat, rött kött) och fruktosinnehållande drycker (t ex läsk).

Regelbunden konditionsträning med måttlig intensitet kan sänka uratnivån.

Viktminskning sänker uratnivån.

Vid behov av fördjupat stöd- remittera till primärvårdens hälsoenhet.

Genomgång av läkemedel – se över urathöjande läkemedel som diuretika, litium, ciklosporin, takrolimus och lågdos-ASA.

6 Komplikationer

Njursten, uratnefropati (numera ovanligt), led- och broskskador efter recidiverande artrit.

7 Uppföljning

Viktigt att följa upp uratsänkande terapi med kontroll av urat och upptitrering av läkemedel tills målnivån av urat uppnått (<360 µmol/l, <300 µmol/l vid tofibildande sjukdom eller uratsten).

Omkontroll kan övervägas årligen eller vid misstänkt terapivikt.

8 Remiss

Remittera till/konsultera reumatolog vid behov av hjälp med kortisoninjektion eller diagnostisk ledpunktion samt vid allvarigare sjukdom (terapiresistens, intolerans mot läkemedelsbehandling, tofös sjukdom).

9 Patientinformation

[1177 Vårdguiden](#)

10 Relaterade dokument

10.1 Externa länkar

[Läkemedelsbehandling av gikt, Läkemedelsverket](#)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare