

## Kitteltaschenversion der DEGAM-Leitlinie für die primärärztliche Versorgung Häufige Gichtanfälle und chronische Gicht [Details siehe Langfassung der S2e Leitlinie]

### **Nichtmedikamentöse Maßnahmen?**

Allen Patienten mit Gicht sollten darauf hingewiesen werden, dass Alkohol, mit Zucker gesüßte Getränke und sehr fettes Essen vermieden werden sollten. Diätempfehlungen sind bisher nicht auf ihre Effektivität bezüglich patientenrelevanter Endpunkte hin untersucht.

### **Wer sollte KEINE harnsäuresenkende Pharmakotherapie erhalten?**

Eine asymptomatische Hyperurikämie ist auch bei Niereninsuffizienz und bestehender kardiovaskulären Erkrankungen aufgrund nicht ausreichender und teils widersprüchlicher Evidenzen derzeit keine Indikation für eine harnsäuresenkende Therapie. Patienten sollten nach nur einem Gichtanfall oder bei weniger als zwei Gichtanfällen/Jahr keine Medikamente zur Senkung der Harnsäure empfohlen werden.

### **Wer sollte eine harnsäuresenkende Pharmakotherapie erhalten?**

Bei Patienten mit mindestens 2 Gichtanfällen/Jahr sollte eine harnsäuresenkende Therapie erwogen werden, ebenso bei Patienten mit Uratablagerungen (Tophi, Uratnephrolithiasis).

### **Harnsäuresenkende Therapie, Zeitpunkt des Beginns?**

Eine harnsäuresenkende Therapie sollte erst nach vollständigem Abklingen der Symptome frühestens 14 Tage nach einem Gichtanfall begonnen werden.

### **Ab wann nützt die harnsäuresenkende Therapie, und wieviel?**

Am Beginn der harnsäuresenkenden Therapie erhöht sich die Anfallsrate für ca. 6 Monate. Ein Nutzen dieser Therapie bezüglich der Gichtanfallshäufigkeit ist nach ca. 1 Jahr zu erwarten. In den ersten 2 Jahren der Behandlung beträgt die NNT (number needed to treat) ca. 16,5 (d.h. im Durchschnitt müssen ca. 16,5 Patienten behandelt werden) um einen Gichtanfall zu verhindern. Für 2 sich auflösende Tophi entsteht im Durchschnitt ein neuer.

### **Wie soll die Serumharnsäure gesenkt werden?**

Als Mittel der ersten Wahl zur Harnsäuresenkung soll **Allopurinol** verwendet werden. Die Anfangsdosis kann 100 bis 300mg/die betragen, sie kann unter Berücksichtigung der Interaktionen und einer möglichen Dosisreduktion wegen Niereninsuffizienz auf bis zu 800mg/die gesteigert werden. Reservemittel evtl. in Kombination mit Allopurinol sind **Probenecid** und **Benzbromaron**. **Febuxostat** soll wegen einer erhöhten Sterblichkeit im Vergleich zu Allopurinol nur noch selten bei sehr schweren Fällen chronischer Gicht, unter strenger Nutzen/Risiko-Abwägung erwogen werden.

### **Anfallsprophylaxe?**

Wenn am Beginn einer serumharnsäuresenkenden Therapie z.B. wegen hoher Gichtlast eine Anfallsprophylaxe empfehlenswert erscheint, sollten NSAR (z.B. Naproxen 1\* 500mg oder 2\*250mg/die, bei Risikopatienten Magenschutz erwägen) oder Colchizin (0,5-1,2mg/die) für 2 bis maximal 6 Monate empfohlen werden.

### **Kontrollen der Serumharnsäurespiegel?**

Harnsäure-Spiegel im Serum können berücksichtigt werden, wenn der Therapieerfolg durch die klinische Einschätzung der Gicht nicht ausreichend beurteilt werden kann, um die Patientenmotivation zu erhöhen oder um die Therapieadhärenz zu überprüfen. Die Evidenzen reichen nicht aus, um einen einheitlichen Serumharnsäurezielwert für alle Patienten zu empfehlen.

### **Wann kann eine Therapie beendet werden?**

Es kann evtl. erwogen werden, eine harnsäuresenkende Therapie nach 5 Jahren effektiver Therapie zu beenden.