



## FANS o steroidi nella gotta acuta?

**Data** 26 febbraio 2008  
**Categoria** reumatologia

Lo steroide sembra efficace come il FANS ma con meno effetti collaterali.

In questo studio randomizzato e in doppio cieco sono stati reclutati 90 pazienti (età > 17 anni) affetti da attacco acuto di gotta: 46 sono stati trattati con indometacina/paracetamolo e 44 con prednisolone/paracetamolo. End-point primari dello studio erano l'intensità del dolore misurato con un sistema a punteggio, il tempo di scomparsa dei sintomi e dei segni e gli effetti avversi. End-point secondari erano la necessità di ricorrere a dosi addizionali di paracetamolo e la frequenza di recidive.

La diminuzione dell'intensità del dolore in Pronto Soccorso risultò simile nei due gruppi mentre era più evidente nel gruppo trattato con steroidi quando veniva misurata come decremento giornaliero ( $P = 0,0026$ ). Tuttavia non è chiaro se tali differenze statistiche siano clinicamente rilevanti. La dose media di paracetamolo consumata risultò maggiore nel gruppo prednisolone (10,3 g vs 6,4 g). Effetti avversi si verificarono in 29 pazienti del gruppo indometacina e in 12 pazienti del gruppo prednisolone ( $p < 0,05$ ). Gli effetti avversi nel gruppo indometacina furono nausea, dolore epigastrico, vertigine e sanguinamento gastrointestinale ( $N = 5$ ; 11%) mentre nessun caso di emorragia GI si verificò nel gruppo prednisolone. La frequenza di ricadute fu simile nei due gruppi.

Gli autori concludono che nella gotta acuta la combinazione prednisolone/paracetamolo è efficace come l'associazione indometacina/paracetamolo ma gravata da minori effetti collaterali.

### Fonte:

Man CY et al. Comparison of Oral Prednisolone/Paracetamol and Oral Indomethacin/Paracetamol Combination Therapy in the Treatment of Acute Goutlike Arthritis: A Double-Blind, Randomized, Controlled Trial. Ann Emerg Med 2007 May; 49:670-677

### Commento di Renato Rossi

Quale dovrebbe essere il trattamento di scelta dell'attacco acuto di gotta? Una revisione Cochrane concludeva che la colchicina è efficace ma gravata da effetti collaterali per cui dovrebbe essere una terapia di seconda scelta quando FANS o steroidi sono controindicati. Tuttavia un'analisi sistematica ha trovato solo 13 RCT in cui venivano testati vari trattamenti per la gotta acuta, di cui 2 controllati versus placebo. La colchicina risultava efficace ma gravata da tossicità mentre la sola conclusione robusta che si poteva trarre dagli altri trials era che indometacina ed etoricoxib erano equivalenti. Gli autori concludevano che la mancanza di dati di buona qualità sul management dell'attacco acuto di gotta è sorprendente. Clinical Evidence definisce addirittura di utilità non determinata nella gotta acuta sia l'uso di FANS, che di colchicina o steroidi.

In questo contesto lo studio recensito in questa pillola è interessante perché paragona direttamente un FANS e uno steroide e suggerisce che le due scelte sono di efficacia simile ma che gli effetti collaterali dello steroide sono minori. Lo steroide quindi potrebbe prendere il posto dei FANS nei pazienti in cui si ritiene che l'uso di tali farmaci sia rischioso (anziani a rischio o con patologie cardiovascolari, pregresso sanguinamento gastrointestinale, insufficienza renale). Se si opta per lo steroide la dose consigliata è di 40-60 mg/die di prednisone per i primi 3 giorni, con una riduzione del dosaggio di 10-15 mg ogni 3 giorni fino alla sospensione. Lo steroide va evitato se non si può escludere una artrite settica oppure nei diabetici.

### Referenze

1. Schlesinger N et al. Colchicine for acute gout. Cochrane Review. Art. No.: CD006190. DOI: 10.1002/14651858.CD006190.
2. Sutaria S et al Effectiveness of interventions for the treatment of acute and prevention of recurrent gout--a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2006 Nov;45(11):1422-31.
3. Telkeltaub RA. Gout. N Engl J Med 2003 Oct 23; 349:1647-1655

### Commento di Luca Puccetti

Lo studio è una sorta di eresia per la tradizione clinica reumatologica italiana. In Italia non si usa lo steroide sistemico, ma tutt'al più in modo limitatissimo, per via intrarticolare ed in casi selezionati.

La terapia dell'attacco acuto di gotta trova nella colchicina la terapia di elezione per quanto attiene all'efficacia. Se ben condotta una terapia con colchicina è efficace e tutto sommato ben tollerata. Si usa una dose di attacco fino ad un granulo ogni 4-6 ore fino a comparsa di diarrea, poi si sospende la terapia per 24 ore e si riprende somministrando un



solo granulo alla sera per 2 settimane. Con questo schema si può contemporaneamente iniziare, se non già in atto, la terapia con allopurinolo. Uno degli errori più comuni e disorientanti è la prescrizione ad un paziente con attacco acuto di gotta dell'allopurinolo che causa, in questo contesto, un grave peggioramento dei sintomi artritici che sconcerta il medico, facendogli financo porre in dubbio la diagnosi. La causa di tale peggioramento è una repentina redistribuzione del pool miscibile con una mobilizzazione dai depositi dell'acido urico che così viene messo in circolo e può precipitare ne focolaio flogistico già attivato.

Di seconda scelta l'indometacina a dosi piene, che è tuttavia è anch'essa gravata da non indifferenti effetti collaterali. Il motivo per cui la tradizione clinica italiana (e non soltanto) non vede di buon occhio la prescrizione di steroidi sistemicci nella gotta è il rischio che il trattamento di crisi subentranti possa causare la trasformazione della condizione di gotta intermittente in una gotta cronica, patologia molto grave, che in alcuni casi mal si distingue da una forma di artrite cronica e che può provocare grave disabilità articolare nel contesto di una cronicizzazione del quadro. Ovviamente il rischio è pressoché inesistente qualora ci si limiti alla terapia di pochi attacchi acuti, ma se la pratica si ripete spesso, il rischio di cronicizzazione è concreto.