La gotta rivisitata

Data 13 ottobre 2011
Categoria reumatologia

Una breve sintesi sulla diagnosi e sulla terapia della gotta.

Cos'è la malattia gottosa?

La malattia gottosa è un'alterazine metabolica caratterizzata da iperuricemia che, a sua volta, può comportare la deposizione di cristalli di urato monosodico a livello delle articolazioni periferiche. A questo può seguire una artrite acuta ricorrente o cronica. La deposizione dei cristalli di urato può avvenire anche a livello di altri tessuti come le cartilagini, i tendini, i legamenti, i reni, il cuore.

A cosa è dovuta l'iperuricemia?

Può essere dovuta ad alcuni deficit enzimatici. Si tratta di una forma abbastanza rara in cui la gotta si manifesta di solito in giovane età e nei maschi.

L'iperuricemia può essere secondaria:

- aumentata produzione di acido urico: malattie linfoproliferative o mieloproliferative, psoariasi, obesità, alcolismo, farmaci citotossici, obesità

- aumentata introduzione di purine con la dieta

- ridotta escrezione renale di acido urico: nefropatia di qualsiasi tipo, eclampsia, diabete insipido, iperparatiroidismo, ipotiroidismo, sarcoidosi, farmaci (soprattutto i diuretici tiazidici, salicilati, levodopa, etc.)

Chi colpisce la gotta?

La malattia è più frequente negli uomini (circa 85-90% dei casi), di solito dopo i 40-45 anni.

Quali sintomi provoca la gotta?

E' necessario distinguere varie forma cliniche.

L'**iperuricemia asintomatica** può rimanere tale per tutta la vita oppure, ad un certo punto, complicarsi con artrite gottosa. La probabilità che l'iperuricemia asintomatica si complichi con un attacco acuto di gotta dipende dai valori basali dell'acido urico: si calcola che circa il 20% dei pazienti con uricemia compresa tra 8 mg/dL e 10 mg/dL possa andar incontro ad artrite acuta gottosa; la percentuale sale al 30% nel caso di valori di uricemia superiori a 10 mg/dL.

L'**artrite acuta gottosa** è caratterizzata dai classici segni dell' infiammazione acuta a carico di una articolazione. La sede preferenziale è l'articolazione metatarsofalangea del primo dito del piede, anche se sono stati descritti casi di artrite gottosa localizzati ad altre articolazioni (piede. ginocchio, gomito, etc.). Tipicamente l'attacco acuto inizia alle prime ore del mattino o di notte e, se non trattato, dura diversi giorni. Fattori scatenanti possono essere pasti abbondandanti, abusi alcolici, traumi, uso recente di diuretici, stress fisici, etc.
Gli attacchi di artrite gottosa possono essere recidivanti, ad intervalli variabili. Nei periodi tra una crisi e l'altra il paziente è del tutto asintomatico. Con l'aumentare degli attacchi questi possono colpire più di una articolazione contemporaneamente.

La **gotta cronica** è caratterizzata dalla formazione dei tofi che non sono altro che degli aggregatati di cristalli di urato che si depositano soprattutto a livello delle articolazioni delle mani, padiglione auricolare, olecrano, tendine di Achille, articolazioni dei piedi. Sono di dimensioni variabili (fino ad arrivare anche a vari centimetri di diametro) e la loro consistenza è dura.
Col tempo di sviluppa una artropatia cronica, di solito a carico delle mani e/o dei piedi, anche se altre articolazioni possono venire interessate.
Quando i depositi di cristalli di acido urico colpiscono altri organi possono svilupparsi nefrolitiasi, nefropatia di vario grado, cardiopatia gottosa, etc.

Come si diagnostica la gotta?

Il gold standard diagnostico è l'esame del liquido sinoviale che dimostra la presenza dei cristalli di urato.
Di solito però la diagnosi di artrite gottosa si pone su base clinica. La conferma può venire dal laboratorio che mostra l'iperuricemia. Tuttavia non in tutti i casi di artrite acuta gottosa si trovano valori elevati di acido urico per cui, di fronte ad un quadro clinico suggestivo, la presenza di uricemia normale non esclude la diagnosi di gotta: circa un paziente su tre ha valori normali di uricemia durante la fase acuta. In questi casi è bene ripetere l'esame a distanza di qualche settimana dalla risoluzione del quadro acuto.
L'anamnesi e l'esame obiettivo devono determinare se vi sono fattori scatenanti come obesità, ipertensione, uso di tiazidici,etc.

Quali esami chiedere in un paziente con gotta?

Si deve escludere la presenza di un danno renale (esame urine, creatinina). Inoltre è opportuno valutare se esistono condizioni morbose che spesso sono associate alla gotta: diabete o ridotta tolleranza al glucosio, ipercolesterolemia. Utili anche l'esecuzione di un esame emocromocitometrico e del TSH.
Inoltre è opportuno prescrivere l'uricuria su urine di 24 ore (dopo una dieta ipopurinica di tre giorni). Il paziente potrà essere classificato in normosecretore (v. n,. dell'uricuria/24 ore compresi tra 300 e 600 mg/die), iposecretore, ipersecretore.

Come si cura la gotta?

Nel caso di iperuricemia asintomatica di solito si consigliano norme dietetiche e si riserva la terapia con farmaci ipouricemizzanti solo ai pazienti con valori molto elevati (> 10-11 mg/dL).
Le misure dietetiche prevedono la riduzione dell'introito di alcolici, di cibi ricchi di purine e di bevande zuccherate.

Nella artrite acuta gottosa il farmaco classico è la colchicina. Tra l'altro la colchicina permette anche di fare una diagnosi ex juvantibus nel caso la natura dell'artrite sia dubbia perchè agisce solo nei casi di gotta. In questi ultimi anni l'utilità dell'uso diagnostico della colchicina è stato, però, messo in dubbio per l'esistenza sia di falsi positivi che di falsi negativi.
In alternativa alla colchicina si possono usare i FANS oppure gli steroidi. Dati gli effetti collaterali della cochicina (soprattutto diarrea ma anche depressione midollare) attualmente i farmaci di prima scelta sono considerati i FANS e gli steroidi.

Nei casi di gotta ricorrente o cronica si ricorre ai farmaci ipouricemizzanti.
Il più usato da molti anni è l'allopurinolo, inibitore della xantina ossidasi, che agisce bloccando la sintesi dell'acido urico. Recentemente è entrato in commercio anche febuxostat, altro inibitore della xantina ossidasi (controindicato nel caso di scompenso cardiaco e cardiopatia ischemica).
Meno frequentemente sono prescritti i farmaci uricosurici che aumentano l'escrezione renale di acido urico (probenecid, sulfinpirazone), controindicati in caso di calcolosi renale.

E' opportuno iniziare la terapia ipouricemizzanti a distanza di almeno 15-30 giorni dalla fase acuta, meglio sotto copertura della colchicina per evitare le riacutizzazioni durante la fase iniziale della terapia. La profilassi con colchicina dovrebbe durare circa sei mesi.

Oltre al trattamento specifico della gotta è opportuno ricercare e trattare condizioni morbose frequentemente associate come il diabete, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, l'obesità, etc.

A cura di Renato Rossi

Bibliografia

1. Neogi T. Gout. N Engl J Med 2011 Feb 3; 364:443-452
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4433
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4160
4. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3860
5. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3384
6. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2657
7. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2152
8. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1930
9. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1703
10. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1675