Terapia della gotta: linee guida EULAR 2016

Data 28 agosto 2016
Categoria reumatologia

Le linee guida 2016 della European League Against Rheumatism fanno il punto sul trattamento della gotta.

Questa testata si è già occupata della gotta e del suo trattamento .

L'occasione per ritornare sull'argomento è data dalla pubblicazione, da parte della task force EULAR (European League Against Rheumatism), delle linee guida 2016 . Le precedenti erano state rilasciate dieci anni fa.

Le raccomandazioni delle linee guida derivano da un'ampia revisione sistematica della letteratura con l'analisi delle nuove evidenze pubblicate dopo il 2006.

Possiamo suddividere le raccomandazioni in due sottogruppi.

Il primo sottogruppo riguarda i farmaci consigliati per il trattamento dell'attacco acuto di gotta.
I farmaci raccomandati sono:
1) la colchicina
2) gli antinfiammatori non steroidei
3) gli steroidi (per via orale o intrarticolare)
4) una combinazione dei precedenti
Nei casi in cui siano controindicati i trattamenti precedenti si consiglia di prendere in considerazione un bloccante dell'interleukina 1 (anakinra, canakinumab, rilonacept).

Il secondo sottogruppo riguarda il trattamento di base dell'iperuricemia nei soggetti con frequenti episodi acuti. Lo scopo del trattamento è di mantenere l'uricemia al di sotto di 6 mg/dL. Nei casi di forme gravi si dovrebbe mirare ad un target di uricemia inferiore a 5 mg/dL.
Come farmaco di prima scelta si raccomanda l'allopurinolo (inibitore della xantina ossidasi), il cui dosaggio dovrebbe essere personalizzato considerando la funzionalità renale del paziente.
Nel caso di inefficacia dell'allopurinolo si consigliano le seguenti alternative:
1) febuxostat (inibitore della xantina ossidasi)
2) un farmaco uricosurico (probenecid, sulfinpirazone)
3) l'associazione tra un inibitore della xantina ossidasi e un uricosurico.
Nei casi refrattari si può ricorrere al pegloticase . Questo farmaco agisce trasformando l'acido urico in allantoina che è molto più solubile e, quindi, precipita meno facilmente.

Ricordiamo che è opportuno iniziare la terapia ipouricemizzante 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.
Per la verità uno studio randomizzato e controllato suggerisce che non vi sono differenze tra prescrizione immediata e ritardata di allopurinolo, ma l'interpretazione di questo dato richiede cautela per la scarsa numerosità del campione arruolato (solo 57 pazienti) .

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5254

2. Richette P et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis. 2016 Jul 25.

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6489

3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5680

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 2/11/2026 alle ore 13:39 | Pagina 1 di 1