

# Behandlung der Gicht

Neue S1-Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

## Management of Gout

New Guidelines Published by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM)

Bettina Engel<sup>1</sup>, Horst Prautzsch<sup>2</sup>

### Hintergrund

In der Regel wird die Gicht, welche mit einer Prävalenz von 1–2 % ein häufiges Krankheitsbild in der westlichen Bevölkerung darstellt, durch Hausärzte behandelt und nur bei untypischen Verläufen zum Rheumatologen überwiesen.

Eine deutschsprachige Leitlinie zur Behandlung der Gicht fehlte bisher. Die derzeit verfügbaren Leitlinien wurden von zumeist nicht hausärztlichen Fachgesellschaften in englischer Sprache formuliert.

Daher initiierte die ständige Leitlinien-Kommission (SLK) der DEGAM die Erstellung einer S1-Handlungsempfehlung zur Diagnostik und Therapie der Gicht.

Da sich die Behandlungsansätze des akuten Gichtanfalles und die Prophylaxe von zukünftigen Gichtanfällen grundsätzlich unterscheiden, wurde die Handlungsempfehlung in zwei Teile aufgeteilt: „Akute Gicht in der hausärztlichen Versorgung“ und „Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung“.

### Methodik

Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche über die Datenbanken *Medline*, *Cochrane Library*, *Google Scholar*, *Embase*, *CINAHL* (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Außerdem wurden die bekannten Leit-

linien-Datenbanken auf bereits formulierte Leitlinien durchsucht.

In den genannten Datenbanken wurde mit folgenden Suchbegriffen gesucht: gout, acute gout, management, therapy, hyperuricaemia, guideline, Gicht, Gichtanfall, akute Gicht, Management, Therapie, Leitlinie. Die Suche erfolgte bis Juni 2013. Aus insgesamt 262 potenziell relevanten Ergebnissen wurden 58 relevante Artikel (Reviews, RCTs, CTs und Beobachtungsstudien) ausgewählt. Insgesamt konnten wir feststellen, dass es nur wenige randomisierte kontrollierte Studien zur Behandlung der Gicht und Hyperurikämie gibt.

Die S1-Handlungsempfehlungen weisen keine Empfehlungsstärken aus. Die Empfehlungen wären meist mit dem Grad B oder C (nach AWMF) bzw. relativ niedrigem Evidenzniveau versehen worden.

### Ergebnisse

#### Akute Gicht

Die Handlungsempfehlung zum akuten Gichtanfall in der hausärztlichen Versorgung bietet evidenzbasierte zeit- und kostensparende Hilfestellung bei Diagnose und Therapie. Röntgen, Laboruntersuchungen oder Gelenkpunktionen werden zur Diagnose eines Gichtanfalls nicht empfohlen [1]. Die Hochdosis-therapie mit Kolchizin wird nicht mehr empfohlen [2]. Eine harnsäuresen-

kende Therapie sollte während mindestens 14 Tagen nach einem Gichtanfall nicht begonnen oder verändert werden [3].

#### Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht

Die Handlungsempfehlung zu häufigen Gichtanfällen und zur Chronischen Gicht ist eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe insbesondere bei der Frage, welches Medikament wann empfohlen werden sollte. Unter anderem wird erwähnt, dass eine Therapie der asymptomatischen Hyperurikämie nicht erforderlich ist [4]. Ebenso ist die Tatsache, dass die Hyperurikämie als unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen weitgehend ausgeschlossen werden konnte [5, 6], Gegenstand des besonderen Interesses bei Referaten der Autoren über die Leitlinien.

#### Patienteninformation Gicht

Lebensgewohnheiten der überwiegend männlichen Patienten spielen eine große Rolle bei der Entstehung der Gicht. Zur evidenzbasierten Information Betroffener wurde von den beiden Autoren zusammen mit den beiden S1-Handlungsempfehlungen eine zweiseitige Patienteninformation entwickelt, die bereits inhaltlich und vom Layout in der SLK konsentiert wurde. Sie befindet sich derzeit im Praxistest und kann zu diesem Zweck bei den Au-

<sup>1</sup> Institut für Hausarztmedizin, Universität Bonn

<sup>2</sup> Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Lehrbeauftragter der Universität Tübingen

DOI 10.3238/zfa.2014.0007-0012

toren angefordert werden. Sie wird danach baldmöglichst als Download auf der SLK-Homepage zur Verfügung gestellt werden.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Bettina Engel  
 Institut für Hausarztmedizin  
 Universitätsklinik Bonn  
 Sigmund-Freud-Str. 25, 23127 Bonn  
 bettina.engel@ukb.uni-bonn.de

#### Literatur

1. Janssens HJ, Freansen J, van de Lisdon EH, van Riel PL, van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. *Arch Intern Med* 2010; 170: 1120–1126
2. Terkeltaub RA, Furst DE, Bennett K, Kook KA, Crockett RS, Davis MW. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 1060–1068
3. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout. Part 1: Systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care & Research* 2012; 64: 1431–1446
4. Zhang W, Doherty M, Bardin T, et. al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee For International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2006; 65: 1312–1324
5. Cullerton BF, Larson MG, Kannel WB, Levy D. Serum Uric Acid and Risk for Cardiovascular Disease and Death: the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 1999; 131: 7–13
6. Gelber AC, Klag MJ, Mead LA, et. al. Gout and risk for subsequent coronary heart disease. The Meharry-Hopkins Study. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1436–1440



## DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

#### Kontakt:

Philipp Leson  
 DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
 Johann Wolfgang Goethe-Universität  
 Theodor-Stern-Kai 7  
 60590 Frankfurt am Main  
 Telefon: 069 65007245  
 Fax: 069 68974602  
 E-Mail: [presse@degam.de](mailto:presse@degam.de)  
 Homepage: [www.degam.de](http://www.degam.de)

Dr. phil. Anja Wollny  
 DEGAM-Geschäftsstelle „Leitlinien“  
 c/o Institut für Allgemeinmedizin  
 Universitätsmedizin Rostock  
 Doberaner Str. 142  
 18057 Rostock  
 Telefon: 0381 4942484  
 Fax: 0381 4942482  
 E-Mail: [degam.leitlinien@med.uni-rostock.de](mailto:degam.leitlinien@med.uni-rostock.de)

## DEGAM S1-Handlungsempfehlung

# Akute Gicht in der hausärztlichen Versorgung



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

## Definition des Gichtanfalls

Rasch einsetzende Entzündung eines Gelenks mit Überwärmung, die oft innerhalb von wenigen Stunden meist innerhalb des ersten Tages die maximale entzündliche Aktivität erreicht. Die Entzündung ist mit der Bildung von Harnsäurekristallen im Gelenk oder gelenknahen Geweben (wie z.B. der Bursa olecrani) assoziiert. Zu 90 % ist der erste Gichtanfall eine Monoarthritis.

## Epidemiologie/Versorgungsproblem

Die Prävalenz der Gicht beträgt 1–2 % der erwachsenen westlichen Bevölkerung. Üblich ist zum Zeitpunkt der LL-Formulierung häufig der Einsatz von Kolchizin als Mittel der Wahl, obwohl besser verträgliche Medikamente erprobt sind. Leitlinien wurden im deutschsprachigen Raum bisher nicht formuliert.

## Einteilung

Um einen international einheitlichen Sprachgebrauch zu fördern, wird die Einteilung in vier Stadien nach CDC (Centers for Disease Control and Prevention) empfohlen:

1. Asymptomatische Gewebeablagerungen
2. Akute Gicht (Definition siehe oben)
3. Interkritische Perioden (zwischen zwei Gichtanfällen ggf. mit zunehmenden Uratablagerungen im Gewebe)
4. Chronische Gicht

## Prognose/Verlauf

Ohne medikamentöse Therapie dauert der schmerzhafte Gichtanfall ca. 1–2 Wochen an.

## Abwendbar gefährliche Verläufe

Die wichtigste gefährliche Differenzialdiagnose ist die septische Arthritis.

## Diagnostik

Die klinische Diagnose des Gichtanfalles ist zu stellen wenn:

- sich eine schmerzhafte Monoarthritis innerhalb ca. eines Tages ohne Prodromi entwickelt hat,
- und wenn ein peripheres kleines Gelenk oder das Kniegelenk befallen ist,
- und weder Trauma (z.B. OP) noch intraartikuläre Injektion, noch ein akut eingetretener schlechter AZ vorliegt.

**Eine weitere Diagnostik ist nur bei untypischen Fällen indiziert.**

**Von einer diagnostischen Gelenkpunktion zum Nachweis von Uratkristallen im hausärztlichen Bereich wird abgeraten.** Die Serumharnsäure ist bei einem Drittel der Patienten im akuten Anfall nicht erhöht.

**Eine Röntgenuntersuchung wird bei einem klinisch diagnostizierten akuten Gichtanfall nicht empfohlen.**

## Therapieprinzip

- Die akute Gicht sollte bis zum Abklingen der Symptome medikamentös therapiert werden (i.d.R. < 14 Tage).
- Frühzeitige medikamentöse Therapie (am besten innerhalb 12–24h nach Schmerzbeginn)
- Evtl. Gelenk ruhigstellen und kühlen
- Patienten sollten über die Erkrankung und ihre Risikofaktoren (Ernährungsempfehlungen) aufgeklärt werden (z. B.: DEGAM-Patienteninformation Gicht).
- Eine harnsäuresenkende Therapie sollte im akuten Anfall nicht begonnen oder verändert werden.
- Beginn einer harnsäuresenkenden Therapie frühestens 2 Wochen nach Beginn des akuten Gichtanfalls. Eine bereits bestehende harnsäuresenkende Therapie kann im akuten Gichtanfall weitergegeben werden.
- Häufig rezidivierende Gichtanfälle und Chronische Gicht: siehe gleichlautende DEGAM S1-Handlungsempfehlung.

## Der Gichtanfall wird mit Prednisolon und/oder NSAR behandelt

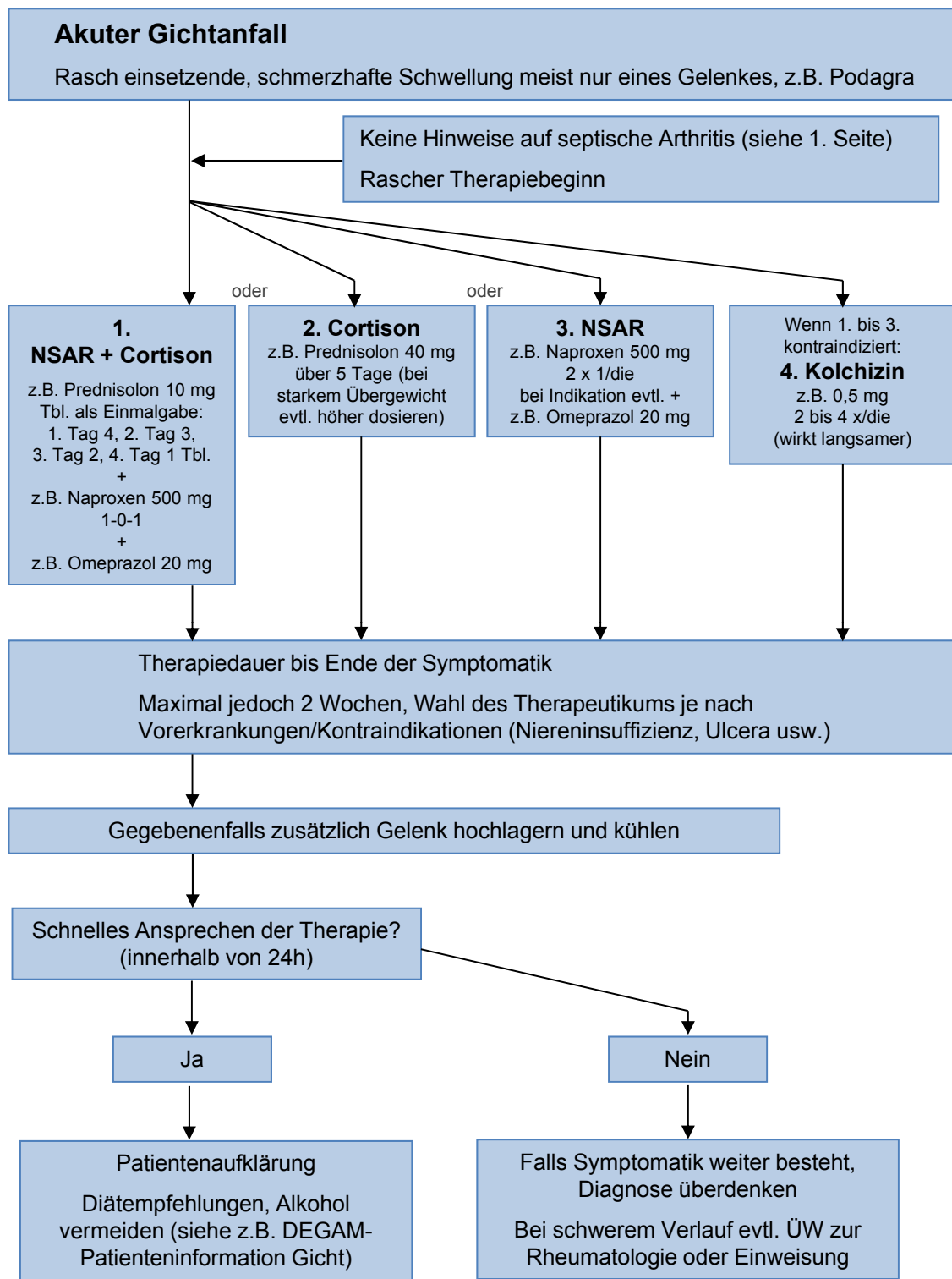
- Dosisvorschlag: Prednisolon jeweils als Einmalgabe 1. Tag 40 mg, 2. Tag 30 mg, 3. Tag 20 mg, 4. Tag 10 mg
- Wenn keine Kontraindikation besteht, zusätzlich NSAR z.B. für eine Woche Naproxen 500 mg 1-0-1
- Omeprazol 20 mg bei der gleichzeitigen Gabe von Prednisolon und NSAR ggf. auch weiter bei Indikation
- Falls Prednisolon allein gegeben werden soll: z.B. 40 mg/die für 5 Tage
- Prednisolon und Naproxen wirken alleine genommen vergleichbar gut gegen Gicht
- Kolchizin 2 bis 4 x 0,5 mg/die wirkt langsamer, es wird bei Kontraindikation gegen Cortison und NSAR empfohlen. In internationalen Leitlinien ist es in dieser Dosierung auch Mittel der ersten Wahl.

Stand 2013 © DEGAM [www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)

**DEGAM Leitlinien**

Hilfen für eine gute Medizin

Algorithmus



Autoren: Bettina Engel, Horst Prautzsch

Stand 2013 © DEGAM [www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)

**DEGAM Leitlinien**

Hilfen für eine gute Medizin



## DEGAM S1-Handlungsempfehlung Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

### Definition

Chronische Gicht ist durch eine chronische Gelenkentzündung gekennzeichnet, die zu Ruhe- und Bewegungsschmerzen führen kann. Menschen mit Gicht können auch Gichttophi (Anhäufungen von Uratkristallen in Weichteilgeweben) entwickeln – normalerweise in kühlen Regionen des Körpers (z.B. distale kleine Gelenke, Ellenbogen, Ohren).

### Epidemiologie/Versorgungsproblem

Die Prävalenz der Gicht beträgt 1–2 % der erwachsenen westlichen Bevölkerung, wobei die Daten nicht zwischen der akuten Gicht und der chronischen Gicht differenzieren. Im höheren Alter kann sie auf bis zu 7 % ansteigen. Eine Überversorgung mit harnsäuresenkenden Substanzen ohne ausreichende Indikation sollte abgebaut werden.

### Prognose/Verlauf

Die akute Gicht geht nur selten in eine chronische Gicht über (es liegen keine Daten zur Prävalenz vor).

### Diagnostik

Die Diagnose wird i.d.R. klinisch gestellt (Gichtanfall siehe DEGAM S1-Handlungsempfehlung akute Gicht).

### Therapieziel

Ziel sollte sein, ein Fortschreiten der Gicht und neue Gichtanfälle zu vermeiden, eventuelle Uratablagerungen abzubauen und die Tophusbildung rückgängig zu machen.

### Therapieprinzip

1. Eine erhöhte Serumharnsäure (HS) ohne Folgeerkrankung, wie Gicht und Urolithiasis, stellt keine Indikation zur medikamentösen Therapie dar. Sie ist nicht ursächlich für die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen. (sporadisch rezidivierende Gicht siehe DEGAM S1-Handlungsempfehlung akute Gicht)
2. Die chronische Gicht sollte mit Harnsäuresenkern behandelt werden (CAVE häufige Wechselwirkung z.B. mit Cumarinen und Immunsuppressiva, Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz siehe z.B. [www.dosing.de](http://www.dosing.de)).
3. Nach einem ersten Gichtanfall sollte der Patient eine Aufklärung über mögliche Lebensstilveränderungen erhalten (siehe DEGAM Patienteninformation Gicht).
4. Nach rezidivierenden Gichtanfällen soll über Nutzen und Risiken einer harnsäuresenkenden Therapie aufgeklärt werden.

### Beginn oder Veränderung einer Dauertherapie frühestens 2 Wochen nach einem akuten Gichtanfall bei Patienten mit:

- z.B. mehr als 2 Gichtanfällen pro Jahr
- vorhandenen Uratsteinen im Harntrakt und Gicht (CAVE Urikosurika)
- bekannter HS-Überproduktion (z.B. unter Chemotherapie)
- bereits vorhandenen Tophi

### Harnsäuresenkende Therapie

In den ersten Wochen bis Monaten nach Beginn einer harnsäuresenkenden Therapie (insbesondere um die 8.-12. Woche) wurde ein vermehrtes Auftreten von Gichtanfällen beobachtet. In solchen Fällen wird eine Anfallsprophylaxe mit niedrig dosiertem Kolchizin (0,5 mg 1 x tgl.) oder Naproxen (500 mg 1 x tgl.) über z.B. 6 Monate empfohlen.

Falls die Standardtherapie mit 300 mg Allopurinol nicht zu einer ausreichenden Reduktion der Krankheitslast führt, kann aus pathophysiologischen Erwägungen die Senkung der Serum-HS unter das Löslichkeitsprodukt (ca. 387  $\mu\text{mol/l}$  = 6,5 mg/dl) erwogen werden. Um ggf. eine Dosisanpassung des harnsäuresenkenden Mittels vornehmen zu können, kann anfangs ca. alle 3 Monate die Harnsäurekonzentration im Serum kontrolliert werden. Nach Erreichen des Zielwertes wird einmal jährlich empfohlen.

Ein Auslassversuch der Therapie kann nach > 5 Jahren erfolgreicher Senkung der Harnsäure versucht werden. Je niedriger der HS-Spiegel unter Therapie war, desto länger braucht es, bis es zu erneuten Gichtanfällen kommt.

In internationalen Leitlinien werden Xanthinoxidase-Hemmer (XOH-Leitsubstanz Allopurinol) als Mittel der ersten Wahl und Urikosurika (Leitsubstanz Probenecid) als Mittel der zweiten Wahl angesehen. Vitamin C 500 mg/d kann erwogen werden. Febuxostat stellt eine Alternative bei Unverträglichkeit dar.

Algorithmus

**Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht**

Beginn einer Dauertherapie frühestens 2 Wochen nach dem akuten Gichtanfall bei Patienten mit:

- mehr als 2 Gichtanfällen pro Jahr
- vorhandener Urolithiasis und Gicht
- bekannter HS-Überproduktion (z.B. unter Chemotherapie)
- bereits vorhandenen Tophi

Vor Therapiebeginn Kontrolle HS, Leber- und Nierenwerte (bei Niereninsuffizienz, Blutbild)

**Patientenaufklärung +**

**100 bis 300 mg Allopurinol**

(CAVE Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz, häufige Wechselwirkungen z.B. Cumarine, Immunsuppressiva, Zytostatika etc.)

Bei nicht ausreichender Wirkung

**Allopurinol**

höher dosieren unter Kontrolle HS und Nierenwerte

Bei Unverträglichkeit  
oder nicht ausreichender Wirkung

Vitamin C 500 mg/die  
und/oder

Probenecid (bei normaler Nierenfunktion)

oder bei Unverträglichkeit  
Febuxostat

+

Falls es nach Therapiebeginn zum vermehrten Auftreten von Gichtanfällen kommt → Anfallsprophylaxe mit Einmalgabe von Naproxen 500 mg/die ± PPI oder 0,5 mg Kolchizin/die für ca. 6 Monate

Kontrolle HS-Spiegel nach 3 Monaten, nach Erreichen des Zielwertes in ca. einjährigem Abstand

Therapie sollte lebenslang erfolgen, bei langjähriger gut kontrollierter HS-Senkung (ca. 5 Jahre) Auslassversuch möglich

Autoren: Bettina Engel, Horst Prutzsch

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wollny

Stand 2013 © DEGAM [www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)

**DEGAM Leitlinien**

Hilfen für eine gute Medizin

