

Urinsyregigt i almen praksis

et litteraturstudie



Gehad Abdul Elsankari
Peter Hestbjerg Østervemb

FT 59

Vejleder: Bo Christensen

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE.....	2
BAGGRUND.....	3
RESULTATER.....	6
DISKUSSION.....	9
KONKLUSION.....	14
REFERENCELISTE.....	15
BILAG.....	17

BAGGRUND

Urinsyregigt eller arthritis urica (AU) er en velkendt lidelse blandt befolkningen og betragtes som menneskets 'ældste' sygdom [1]. Urinsyre dannes som et naturligt biprodukt efter nedbrydning af puriner og udskilles via nyrerne. Urinsyregigt er en akut inflammatorisk tilstand som respons mod urinsyrekrySTALLER der er aflejret i et led. Under et anfald opleves leddet hævet, varm og smertefuld. Aflejring sker på grund forhøjet uratniveau i blodet og udfældes i de led hvor temperaturen er lavest [2], oftest i de perifere kolde led. Større aflejringer betegnes tofi som er en kronisk tilstand hvor man ikke har indledt behandling eller er underbehandlet.

Forhøjet uratniveau (hyperurikæmi) ses ved øget indtag af purin-holdige fødevarer og/eller nedsat elimination (diuretika, nyresygdomme m.m.).

Op mod 89-91 % af urinsyregigt behandles primært i almen praksis [3]. Diagnosen stilles ved mikroskopi med fund af krystaller aspireret fra led eller tophus. Denne undersøgelse har en specificitet på 100%. Det amerikanske (ACR) og europæisk selskab (EULAR) for reumatologi har i samarbejde udviklet klassifikationskriterier for urinsyregigt der baseres ud fra det kliniske, parakliniske og billeddiagnostiske fund [4], se venligst bilag 1.

Behandlingen af urinsyregigt opdeles i den akutte og kroniske fase. Den akutte fase omfatter smertelindring. Derefter er behandlingen i den kroniske fase at forebygge dannelse af uratkrystaller med uratsænkende medicin (*Urat Lowering Therapy, ULT*). Dette sker ved at monitorere urat-niveauet (serum urat levels, sUA) hvor målet er, at behandle urat-niveauet under 0,36 mmol/l eller under 0,30 mmol/l hvis patienten har tofi.

Behandling af urinsyregigt omfatter desuden non-farmakologisk tiltag med inddragelse af patienten og livsstilsrådgivning; særligt vedrørende alkoholforbrug samt reduktion af purin-holdige kost som rødt kød og fisk m.m. Dog er der sparsom evidens på disse tiltag [5].

Trods ret klare retningslinjer for behandling og monitorering af urinsyregigt er der flere studier der rapporterer, at urinsyregigt ikke er velbehandlet i almen praksis [6]. Derfor er det interessant at undersøge kvaliteten af håndtering af urinsyregigt i almen praksis.

Formålet med denne opgave er at undersøge kvaliteten af håndteringen af urinsyregigt i almen praksis ved at belyse prævalensen/incidensen, andel der er i behandling i uratsænkende medicin og hvor stor en andel af patienterne der monitoreres i almen praksis. Derudover vil også i denne opgave kort belyse komorbiditet blandt denne patientgruppe.

Forskningsspørgsmål der ønskes besvaret i denne opgave er følgende:

- Spørgsmål 1:** Hvor stor en andel udgør patienter med urinsyregigt?
- Spørgsmål 2:** Hvor stor andel er patienter med urinsyregigt i forebyggende behandling?
- Spørgsmål 3:** Hvor stor en andel af patienterne er under monitorering?

METODE

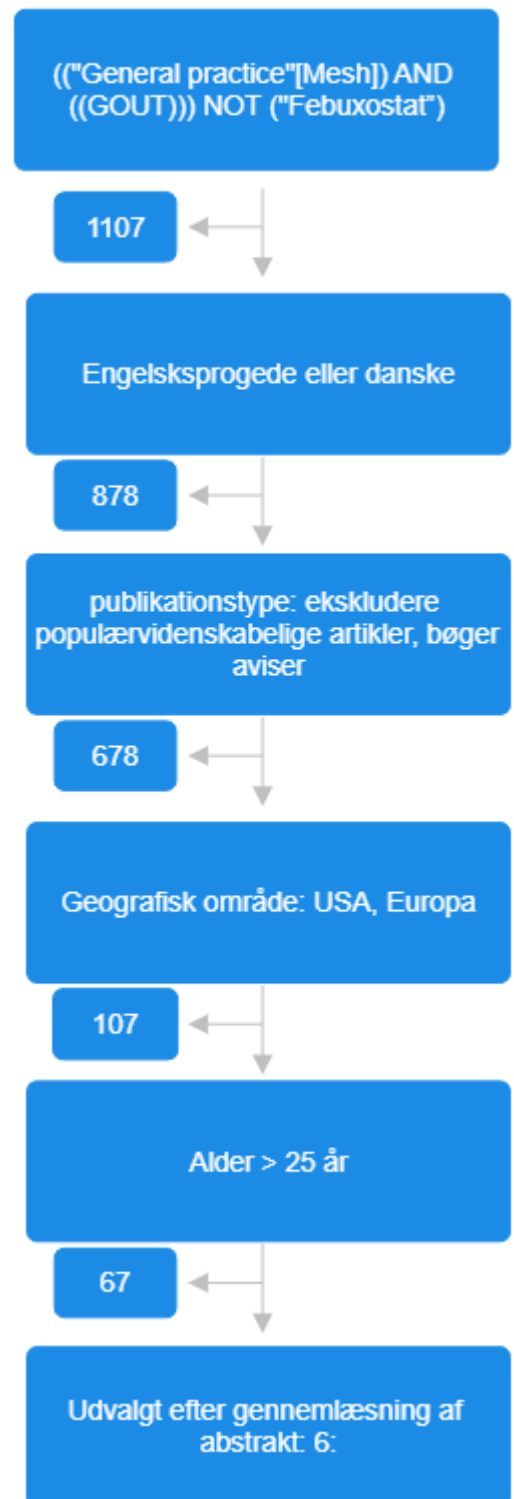
Vi lavede en søgning på Pubmed d. 27 september 2023 i forbindelse med forskningstræningen på MESH-Termer.

Søgestreng pubmed:(("General practice"[Mesh]) AND ((GOUT))) NOT ("Febuxostat")

Søgningen gav 1107 hits. Vi ekskluderede herefter alle ikke-dansk eller -engelsksprogede artikler. Her var der 878 artikler tilbage. Vi ekskluderede populærvidenskabelige artikler, samt bøger og aviser. Dubletter blev fjernet og vi søgte efter et geografisk område som USA og Europa. Artikler som var ældre end 25 år, ekskluderede vi. Dette endte med 67 artikler. Vi gennemgik abstrakts og referencelisterne og fandt, at 6 artikler som var relevante til at få besvaret vores opgave herunder de tre delmål.

Vi fandt ikke studier om håndtering af urinsyreigt i almen praksis i Danmark. Vi har dog valgt at medtage Rasmussen et al. da vi mener, at denne artikel afspejler de danske forhold hvad angår håndtering af urinsyreigt i Danmark. Denne artikel omfatter patienter, der er henvist fra praktiserende læger og sygehusafdelinger med klinisk mistanke om urinsyreigt.

Figur 1



RESULTATER

Ved litteratursøgningen fandtes der ikke danske studier, der undersøgte håndtering af urinsyreigt i almen praksis i Danmark. Generelt er håndteringen af denne sygdomslidelse ikke velbelyst i de skandinaviske lande som flere forfatter har påpeget, herunder de svenske forfatter i Mats et al. (2016). Som det fremgår i tabel 1 er studier vi har udvalgt fra følgende lande; England, Tyskland, Sverige, USA og Danmark. Disse lande er udvalgt, fordi deres sundhedssystemer såvel som befolkningens livsstil er sammenligning med det danske sundhedsvæsen og den danske befolknings sundhedstilstand.

Tabel 1: Karakteristika for de enkelte studier

Studie	Data (årstal)	Land	Database	Patientpopulation	Studiedesign
Harrold et al. 2006 [7]	1999-2003	USA	National sundheds register	6133	Retrospektive
Annemans et al. 2007 [8]	2000-2005	England Tyskland	IMS Disease Analyser	7433 (England) 4006 (Tyskland)	Retrospektive
Roddy et al. 2010 [9]	2001-2004	England	2 databaser ved 10 praktiserende læger	673	Retrospektive
Kuo et al. 2013 [6]	1997-2012	England	Clinical practice research datalink (CPRD)	115.608	Retrospektive
Dehlin et al 2016 [10]	2002-2012	Sverige	National sundheds register	190	Retrospektive
Rasmussen et al. 2021 [11]	2015-2017	Danmark	Nordjyllands optageområde via CPR	100	Retrospektive

Af de i alt 6 inkluderede studier var de alle retrospektive kohortestudier. Studierne undersøgte blandt andet prævalens/incidensen, andelen i forebyggende behandling, andel der monitoreres optimalt og nogle studier så også på komorbiditet. Et enkelt studie (Harrold et al. 2006) så også på om der var forskel på mænd og kvinder i forhold til compliance og om de blev behandlet og monitoreret ens.

I denne opgave har vi opstillet delmål med fokus på følgende 3 parametre som fremgår i tabel 2:

- prævalensen af patienter med urinsyreigt
- ordination af forebyggende urat-sænkende behandling
- andel patienter der er under monitorering

I tabel 2 er der angivet patientpopulation og prævalensen af urinsyreigt i de forskellige studier. Fire af studierne har oplyst prævalensen, hvoraf de resterende to studier har givet data til at vi selv kunne udregne prævalensen. De forskellige studier har forskellige størrelser af populationsgrupper, blandet andet har Kuo et al. (2013) lavet en mere detaljeret analyse af prævalensen, hvor artiklens forfatter havde estimeret prævalensen og incidensen hen over en periode på 16 år med en stor patientpopulation på over 100.000 patienter. Rasmussen et al. 2021 er det studie med mindst antal patienter, dog er prævalensen angivet til at være 100 % fordi disse patienter er selekteret eftersom patienterne er henvist fra andre ikke-reumatologiske læger hvor alle havde klinik til urinsyreigt.

I artiklen Kuo et al. (2013) har forfatterne foretaget en national undersøgelse af prævalensen og incidens i UK. De finder, at prævalensen og incidens af urinsyreigt er stigende med årene fra 1997 til 2012 på henholdsvis 1,5 % til 2,4%. Det svarer til en prævalensstigning på 63 % i denne periode (fremgår ikke i denne opgave).

Tabel 2 viser også andel i procent som er i forebyggende behandling i de forskellige studier. Alle de 6 studier har undersøgt andel af patienter i forebyggende behandling. Som det fremgår i tabellen, er der stor variation mellem studierne; et spænd mellem 23% og 84%.

Tabel 2 viser også hvor stor en andel af patienter der monitoreres og hvornår denne monitorering fandt sted. To af studierne (Roddy et al. og Dehlin et al.) har ikke undersøgt for andelen af patienter der monitoreres.

Og endelig viser tabel 2 den udregnede gennemsnitsværdi for prævalens (1,5 %), andel i forebyggende behandling (54,8 %) og andel under monitorering (30,4 %).

Tabel 2: Resultaterne for de enkelte studier					
Studie	Patient population	Prævalens	Andel i forebyggende behandling	Andel under monitorering	Tidspunkt for monitorering
Harrold et al. 2006 [7]	6133	2,2 %	56 %	37 %	6 mdr
Annemans et al. 2007 [8]	7433 (UK) 4006 (T)	1,4 % (UK) 1,4 % (T)	63 % (UK) 84 % (T)	14 % (UK) 9 % (T)	6 mdr 6 mdr
Roddy et al. 2010 [9]	673	1,2 %	23 %	*	*
Kuo et al. 2013 [6]	115.608	2,4 %	37 %	27 %	12 mdr
Dehlin et al. 2016 [10]	*	1,8 %	42 %	*	*
Rasmussen et al. 2021 [11]	100	100 %	79 %	65 %	12 mdr
<i>Gennemsnit (udregnet)</i>		1,5 %	54,8 %	30,4 %	

* ikke oplyst. UK = United Kingdom. T = Tyskland.

DISKUSSION

Studierne viser en stor variation i hvordan man håndterer behandling af urinsyreigt - og at der er stor variation hvad angår andel af hvor mange af patienterne de monitorerer. Vi vil nu belyse og diskutere de tre delmål, hvorefter vi vil afslutte med at diskutere de styrker og svagheder der er i denne opgave og hvorvidt resultaterne er generaliserbare.

Spørgsmål 1: Hvor stor en andel udgør patienter med urinsyreigt?

Annemans et al. 2007 har indsamlet data fra en stor population på 2,4 og 2,5 millioner patienter med urinsyreigt i henholdsvis England og Tyskland hvilket er en stor styrke for at estimere prævalens-værdien til den sande værdi.

Som det fremgår i tabel 2 er prævalens opgivet mellem 1,4 - 2,2 %, hvor vi udregner et gennemsnit på 1,5 % (Rasmussen er ikke inkluderet i beregningen). Hvis vi ekstrapolerer dette til 1600 patienter i almen praksis per almen læge vil der være omkring 24 patienter i ens praksis som har urinsyreigt.

Vi har undersøgt antal patienter med diagnosekoden T92 (urinsyreigt) i lægepraksis Lægerne Klinikgården i Bjerringbro med 8400 patienter, se venligst bilag 2. Her fremgår det, at der er fundet 45 patienter i en lægepraksis med 5 kompagnoner, det svarer til at hver læge har fundet 9 patienter med urinsyreigt. Antager vi at prævalensen er 1,5 %, mangler denne praksis altså at finde 81 patienter.

Vores bud på hvorfor prævalensen og incidensen er småt stigende med årene som man finder i studiet Kuo et al. (2013) er, at man med tiden er blevet mere opmærksom på diagnosen blandt sundhedspersonalet og befolkningen eftersom man har fået bedre viden om sygdommen samt gevinsten ved forskellige behandlinger. Desuden er behandlingen blevet billigere på markedet, så barrieren for behandling er blevet mindre. Endnu et bud på hvorfor prævalensen er stigende er at livsstilen er ændret sig med tiden; hvis metabolisk syndrom stiger, vil sandsynligheden for urinsyreigt også stige med tiden. Det er også værd at

bemærke, at urinsyreigt ikke altid korrekt diagnosticeres i almen praksis [12] - der findes flere sygdomstilstande som man nemt kan forveksle med urinsyreigt. Som tidligere anført, stilles diagnosen ved mikroskopi. Det er dog kun omkring 10% af patienter med urinsyreigt der bliver verificeret på denne måde [13]. Derfor vil vi forvente at flere patienter får stillet diagnosen med usikkerhed i den diagnostiske proces og prævalensen overestimeres.

Det er værd at bemærke, at prævalensen i andre europæiske lande er anderledes end nordeuropa; i Italien [14] ligger den kun 0,91 %. Hér diskuteres også om genetikken kan have betydning for disponering for urinsyreigt.

Svaret på dette spørgsmål er, at prævalensen for urinsyreigt er på 1,5 %. Urinsyreigt ses fortsat som en almindeligt forekommende sygdomslidelse blandt befolkningen, og forekomsten forventes at stige i den nærmeste fremtid i takt med at metabolisk syndrom stiger.

Spørgsmål 2:

Hvor stor andel er patienter med urinsyreigt i forebyggende behandling?

Vi har i dette projekt sat et kvalitetsmål at 70 % af patienter med urinsyreigt er i behandling med uratsænkende behandling. Denne procentværdi er estimeret og skønnet ud fra, at vi selv tænker, at det vil være tilfredsstillende i forhold til vores kroniske patienter, såsom patienter med hypertension, diabetes eller hyperkolesterolæmi som vi normalt ser en helt del af i almen praksis.

Som det fremgår i tabel 2 er der stor variation mellem studierne fra 23 % til 85 %. I Annemans et al. finder man at der er stor variation mellem UK og Tyskland. Her viser det sig, at 84 % af tyske patienter er i forebyggende behandling, hvorimod det kun er 63 % af patienterne fra UK. Med udgangspunkt i vores estimerede procent-værdi vil det så betyde, at tyskere har opfyldt målet om, at over 70 % af patienterne er i behandling.

Den generelle anbefaling er, at man optitrerer Allopurinol indtil behandlingsmålet er nået ($s\text{-urat} < 0,36$) som typisk vil være omkring 300 mg i døgnet. Flere studier viser, at kun 50 % af disse patienter får denne dosis [15]. Forfatterne i studiet Harrold et al.

2006 fandt, at man var mere tilbøjelig til at ordinere Allopurinol til mænd frem for kvinder, formentlig fordi kvinder er bedre til at gå til lægen end mænd [16] ved at opsøge egen læge efter den akutte fase er over. Man fandt også at man udskrev mere steroidpræparater til kvinderne. Det fremgår ikke i studiet hvorfor der er denne forskel, men vores vurdering er, at symptomatologien rapporteres og opleves sværere hos kvinderne end mændene idet der ordineres steroidpræparater til kvinderne som er mere 'potent' end standardbehandling med NSAID.

I den britiske studie Kuo et al (2013) fandt man at andelen af ordination af forebyggende medicin var uændret for årstallet 1997 og 2012 til trods for at man i 2012 havde flere patienter med diagnosen.

Konklusionen på dette spørgsmål er, at kun halvdelen af patienter (54,8 %) med urinsyregigt er i forebyggende behandling.

Spørgsmål 3: Hvor stor en andel af patienterne er under monitorering?

Dette spørgsmål er ret relevant at belyse. Man ved, at en stor del af patienterne får recidiv (Annemans et al. 2007). Derfor er det interessant at man på baggrund af denne information og viden undersøger hvor stor en andel af disse patienter monitoreres og kontrolleres.

Som det fremgår i tabel 2, så er der stor variation (9 % - 65 %) på hvor stor andel der kontrolleres efter opstart af forebyggende behandling. Vi finder, at kun en tredjedel (30,4 %) af patienterne kontrolleres ved deres egen læge. I Annemans et al. 2007 er der rapporteret, at blot 9 % af tyskerne kontrolleres årligt til trods for at en stor andel af deres patienter (84 %) er i forebyggende behandling. Vi vil senere kommentere på hvorfor så få patienter går til kontrol.

Det studie der monitorerer deres patienter bedst er Rasmussen et al. 2021 på 65 %. Sidstnævnte skyldes, at det er specialambulatorium som har fokus på denne sygdomstilstand. Det er reumatologernes område og dermed er de mere tilbøjelige til at monitorere patienterne. Alligevel synes vi, at tallet overraskende ligger lavt. Vores forventning har været højere i og med at det er deres specialområde.

Til trods for at prævalensen og incidensen er stigende med årene, er der ikke sket en ændring i forhold til at monitorere urinsyregigt (Kuo et al. 2013), her er der rapporteret at andelen har været uændret de seneste år.

Vores bud på hvorfor så få patienter bliver kontrolleret er muligvis på baggrund af, at de er asymptomatisk og derfor ikke føler sig nødsaget til at opsøge og kontrollere sygdomstilstanden ved sin læge. Tilstanden opfattes ikke som en svær kronisk sygdomstilstand. Og som vi har nævnt tidligere, så er vores erfaring fra den klinisk hverdag at urinsyregigt ikke bliver prioriteret højt hos patienterne og ved lægen.

I artiklen Kuo et al (2013) viste det sig, at incidensen er højest i aldersgruppen 80-84 år både hos mænd og kvinder. Dermed er der høj sandsynlighed for, at denne aldersgruppe fejlede andre kroniske sygdomstilstande der opfattes mere alvorligt både hos patienten, men også hos sundhedspersonalet.

Man havde i et andet studie undersøgt medicincompliance blandt patienter med de 7 hyppigste kroniske lidelser, og her viste det sig, at patienter var dårligst til at tage sin forebyggende medicin for urinsyregigt [17].

Til trods for at så få bliver monitoreret, synes vi dog alligevel, at det er bemærkelsesværdigt, at 72 % af britiske patienter har rapporteret recidiv og som var signifikant relateret til urat-niveauet (Annemans et al. 2007). Så i og med at så mange rapporterer recidiv finder vi det overraskende at ikke lige så stor andel er i forebyggende behandling. Dette kan igen indikere, at man i almen praksis bør styrke indsatsen for at optimere monitorering af disse patienter for at forebygge recidiv-anfald.

Komorbiditet - association mellem urinsyregigt og kroniske sygdomstilstande

Vi har i denne opgave også valgt kort at belyse komorbiditet. Det er interessant at bemærke, at vi under denne litteratursøgning finder frem til, at der er stærk association mellem urinsyregigt og andre kroniske sygdomstilstande. I Annemans et al. (2007) fremgik det, at 27 % patienter var overvægtige i UK og 25 % af patienter i Tyskland havde diabetes. Vi finder desuden, at kvinder som diagnosticeres med urinsyregigt er ældre og dermed også har flere kroniske sygdomme med sig som det

fremgår i artiklen Harrold et al. (2006). Dette gælder især hypertension hvor 81 % af kvinderne på diagnosetidspunktet havde hypertension, hvorimod kun 57 % af mændene.

Det danske reumatologiske selskab [18] har skrevet et kort afsnit, at man tilråder at screene disse patienter med blodtryk og blodprøve for at udelukke hypertension, diabetes, forhøjet kolesterol og påvirket nyrefunktion. Vi har dog den opfattelse af, at dette dog ikke håndteres ude i almen praksis, da patienten opsøger egen læge med akutte smerter og det er dét patienten og lægen har fokus på. Af artiklen Roddy et al (2010) finder man, at ganske lille andel bliver screenet for blodtryk (26%), nyrefunktion (21 %), glukose (6 %) og lipider (5 %) efter at man har stillet diagnosen urinsyregigt.

Svagheder og styrker

En styrke med denne opgave er, at vi har medtaget studier fra lande hvorpå deres sundhedssystemer såvel som befolkningens livsstil er sammenligneligt med det danske sundhedssystem og befolkning. Endnu en styrke i denne opgave er, at forfatterne i studierne (frasat Rasmussen et al 2021) havde indsamlet deres data ud fra diagnosekoderne som praktiserende læger havde anvendt; de havde ikke foretaget mikroskopi. Diagnosekoderne er stillet ud fra anamnesen og kliniske fund på samme måde som man også gør i almen praksis i Danmark.

Svaghed med denne opgave er, at vi ikke finder nogen danske studier der belyser håndtering af urinsyregigt i almen praksis. Derudover er der tale retrospektive kohortestudier som bidrager med lav evidens. Man ser også, at der er forskel på alder og komorbiditet i populationsgrupperne på de forskellige studier. Denne forskel i diagnoserne og populationsgruppen vanskeliggør en præcis sammenligning af studierne og deres resultater. Det fremgår ikke, at studierne har justeret for race som confounder, da genetikken som tidligere anført også kan have betydning for disponering for urinsyregigt [14].

Alt i alt vurderer vi, at resultaterne i denne opgave er generaliserbare, og at fundene kan perspektiveres til håndtering af urinsyregigt i almen praksis i Danmark.

En ideel måde at forske og belyse kvaliteten af håndtering af urinsyregigt i Danmark er ved at lave en prospektive kohortestudie hvorpå man løbende indsamler data over en fremadrettet tid. På den måde kan man præcisere prævalensen samt registrere og vurdere behandlingsforløbet. Det vil naturligvis være mere tidskrævende og ressourcekrævende for lægepraksisser at foretage flere registreringer og planlægge kontroller/konsultationer, men dog vil det være mere pålidelig og bidrage til højere evidens, idet det muliggør vurdering af håndtering af urinsyregigt i almen praksis - dette vil samlet set bidrage til bedre behandlingsforløb for den enkelte.

KONKLUSION

Formålet med dette litteraturstudie er at undersøge kvaliteten af håndteringen af urinsyregigt i almen praksis. Det er således belyst, at urinsyregigt er almindeligt forekommende sygdomstilstand blandt befolkningen, og forekomsten ses stigende. Vi finder at kun under halvdelen af patienterne er i forebyggende behandling til trods for at en stor del af patienterne rapporterer recidiv-anfald, og kun en tredjedel af patienterne går til kontrol i almen praksis. Vi finder også, at der er en stærk association mellem urinsyregigt og flere kroniske sygdomstilstande.

På baggrund af dette studium ser vi, at urinsyregigt ikke er velbehandlet i almen praksis, og at der bør optimeres på området set i lyset af, at urinsyregigt er den eneste "kurativ" reumatologiske sygdom. Dette studium har bidraget med ny viden hvor vi som kommende praktiserende læger vil kunne bruge i den kliniske hverdag samt have i mente om at optimere indsatsen på at finde patienter patienter, opstarte i forebyggende behandling og indkalde dem til kontrol.

Vi ser dog, at der er behov for yderligere undersøgelser for at afdække emnet eftersom der på nuværende tidspunkt ikke foreligger danske studier der undersøger kvaliteten af håndtering af urinsyregigt i almen praksis i Danmark.

REFERENCELISTE

1. Larsen, **Gigt – menneskets ældste sygdom**, Ugeskrift for læger, 2020
<https://ugeskriftet.dk/nyhed/gigt-menneskets-aeldste-sygdom>
2. Narang RK, Dalbeth N. **Pathophysiology of Gout**. Semin Nephrol. 2020 Nov;40(6):550-563. doi: 10.1016/j.semnephrol.2020.12.001. PMID: 33678310.
3. Owens D, Whelan B, McCarthy G. **A survey of the management of gout in primary care**. Irish Medical Journal. 2008 May;101(5):147-149. PMID: 18624262.
4. Neogi T, et al. **Gout Classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative**. Ann Rheum Dis. 2015
5. Nielsen SM et al. **Weight loss for overweight and obese individuals with gout: a systematic review of longitudinal studies**. Ann Rheum Dis 2017;76:1870-82.
6. Kuo et al. **Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management: a nationwide population study**, Ann Rheum Dis 2015;74:661–667.
7. Harrold et al., **Sex differences in gout epidemiology: evaluation and treatment**, Annals of the Rheumatic Diseases 2006; 65:1368-1372.
8. Annemans et al., **Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005**. Ann Rheum Dis. 2008 Jul;67(7):960-6. doi: 10.1136/ard.2007.076232. Epub 2007 Nov 2. PMID: 17981913; PMCID: PMC2564789.
9. Roddy et al., **Prescription and comorbidity screening following consultation for acute gout in primary care**, Rheumatology, Volume 49, Issue 1, January 2010, Pages 105–111.

10. Dehlin et al., ***Incidence and prevalence of gout in Western Sweden.***
Arthritis Res Ther. 2016 Jul 13;18:164. doi: 10.1186/s13075-016-1062-6. PMID: 27412614; PMCID: PMC4944470.
11. Rasmussen, ***Patients with severe gout treated in mixed settings,***
Dan Med J 2021;68(11):A06210502
12. Wolfe F, Cathey MA. ***The misdiagnosis of gout and hyperuricemia.*** Rheumatol
1991;18:1232–4.
13. Edwards, NL. ***Quality of care in patients with gout: why is management suboptimal and what can be done about it?*** Current Rheumatol Rep. 2011
14. Trifirò G et al. ***Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005–2009: a nationwide population-based study.*** Annals of the Rheumatic Diseases
2013;72:694-700.
15. Becker MA et al. ***Febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia and gout.*** N Engl J Med 2005;353:2450–61
16. Lene Halmø Terkelsen. ***Sundhed og den lille (STORE) forskel.*** 2010.
Sundhedsstyrelsen.
[https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2010/Publ2010/CFF/MaendsSundhed/Sundhed-og-den-lille-\(STORE\)-forskul.ashx](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2010/Publ2010/CFF/MaendsSundhed/Sundhed-og-den-lille-(STORE)-forskul.ashx)
17. Briesacher et al. ***Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions.*** Pharmacotherapy2008;28:437–43
18. ***Arthritis urica - national behandlingsvejledning.*** Opdateret i 2020.
Dansk Reumatologisk Selskab.
https://danskreumatologi.dk/wp-content/uploads/2020/10/Arthritis_Urica_NBV_-DRS_H%C3%98RING_FINAL_011020.pdf

BILAG

Bilag 1: ACR-EULAR Klassifikationskriterier for urinsyreigt (2015).

Indgangskriterie (Applicer kun nedenstående hvis indgangskriteriet er opfyldt)		Mindst en episode med hævelse og smerter i et perifert led eller bursa	
Sufficient kriterie (Hvis dette er opfyldt, klassificeres patienten som havende AU)		Tilstedeværelse af uratkrydstaller i aspirat fra symptomatisk led, bursa eller tophus	
Kriterier (ved fravær af sufficient kriterie): Score ≥ 8 nødvendig for at klassificere patienten som havende arthritis urica		Kategorier	Score
KLINISKE	Led-/bursainvolvering ved symptomatisk episode	Led- eller bursainvolvering ud over ankel eller forfod	0
		Ankel eller forfod (som led i mono- eller oligoarthritis uden MTP1 involvering)	1
		MTP1 (som led i mono- eller oligoarthritis)	2
	Anfalds karakteristika: i. Erythem over afficeret led (patientrapporteret eller lægeobserveret) ii. Udtalte smerter ved berøring/tryk på afficeret led iii. Udtalte gangproblemer eller manglende funktion af afficeret led	Ingen karakteristika	0
		Ét karakteristikum	1
		To karakteristika	2
		Tre karakteristika	3
	Tidsforløb af de enkelte anfald: Tilstedeværelse (nogensinde) af ≥ 2 tidstypiske karakteristika (uafhængigt af antiinflammatorisk behandling) i. Smertemaksimum < 24 timer ii. Symptomophør ≤ 14 dage iii. Komplet resolution (til vanligt funktionsniveau) imellem anfald	Ingen klassiske anfald	0
		Ét klassisk anfald	1
		Gentagne klassiske anfald	2
	Klinisk tilstedeværelse af tophus: Hvidlig subkutan nodulus under gennemsigtig hud med klassisk lokalisering sv.t. led, ørehelix, bursa olecrani, fingerpulpa el. sener.	Ikke til stede	0
		Til stede	4
BIOKEMISKE	P-urat: Analyseret med uricase-metoden. Bør om muligt foretages i interkritisk periode (> 4 uger siden seneste anfald) uden indtag af uratsænkende medicin. Den højeste måling uanset tidspunktet bør anvendes	$< 0,24$ mmol/l	-4
		$0,24 - < 0,36$ mmol/l	0
		$0,36 - < 0,48$ mmol/l	2
		$0,48 - < 0,60$ mmol/l	3
		$\geq 0,60$ mmol/l	4
	Undersøgelse af synovial væske fra symptomatisk led eller bursa: Bør foretages af erfaren undersøger.	Ikke udført	0
		Negativ for uratkrydstaller	-2
RTG/DECT/UL	Billeddiagnostisk tegn på urataflejring i led/bursa: - Dobbelkontur-tegn ved ultralyd <i>eller</i> - Dual-energy CT med påvisning af urataflejringer	Ikke til stede eller ikke udført	0
		Til stede (enten UL eller DECT)	4
	Påvisning af klassiske AU ledskader (billetklip): Konventionelt røntgen af hænder og/eller fødder med mindst én erosion.	Ikke til stede eller ikke udført	0
		Til stede	4

Bilag 2: 45 patienter med ICPC-koden T92 (urinsyreigt) i lægepraksis Lægerne Klinikgården d. 01-12-2023.

Statistik - Patienter med diagnoser ICPC - Statistik

Menu Statistik Udskrift

Skabeloner Opret ny skabelon Rediger skabelon Gem skabelon Dato Søg tekst Gruppe Boks Filter Fjern CPR-dubletter Udskriv Sæt i kø Komma fil Excel

Tabel	ICPC	Diagnose tekst	CPR	Fornavn	Efternavn	Art	Alder	Kliniklæge	Egen læge
T92						Egen			
T92		Urinsur gigt				Egen	60	Læge Mikkel Møller	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	63	Læge Mikkel Møller	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	68	Læge Mikkel Møller	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsur gigt				Egen	50	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsur gigt				Egen	90	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	66		Lægerne Klinikgården
T92		Podagra				Egen	84	Læge Maj-Britt Giv	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	58	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsur gigt				Egen	54		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	70	Læge Poul Oluf Ole	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	67		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	61		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	61	Læge Mikkel Møller	Lægerne Klinikgården
T92		Arthritis urica				Egen	80	Læge Mikkel Møller	Lægerne Klinikgården
T92		Podagra				Egen	69		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	62	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsur gigt				Egen	49		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	91	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	35		Lægerne Klinikgården
T92		Arthritis urica				Egen	77	Læge Poul Oluf Ole	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	79	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Podagra				Egen	75		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsur gigt				Egen	70	Læge Poul Oluf Ole	Lægerne Klinikgården
T92		Podagra				Egen	65	Læge Thomas Høgl	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	66	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården
T92		Urinsur gigt				Egen	55		Lægerne Klinikgården
T92		Urinsyreigt				Egen	87	Læge Mette Dørke	Lægerne Klinikgården

☒ (ICPC ligmed T92) og ☒ (Art ligmed Egen)

Poster fundet: 45 Patienter fundet: 45