

Hyperurikémie: koho léčit a koho neléčit ve světle doporučených postupů

Zdeněk Monhart

Interní oddělení a urgentní příjem, Nemocnice Znojmo

Farmakologická léčba hyperurikémie je indikována u pacientů s jasnými klinickými projevy, jako je dna nebo nefrolitiáza. Současné doporučené postupy nedoporučují farmakoterapii u asymptomatické hyperurikémie, ani v přítomnosti CKD nebo kardiovaskulárních onemocnění.

Klíčová slova: asymptomatická hyperurikémie, dna, CKD.

Hyperuricemia: Indications for treatment vs. non-treatment according to current guidelines

Pharmacological treatment of hyperuricemia is indicated in patients with clear clinical manifestations such as gout or nephrolithiasis. Current guidelines do not support pharmacotherapy for asymptomatic hyperuricemia, even in the presence of chronic kidney disease (CKD) or cardiovascular disease.

Key words: asymptomatic hyperuricaemia, gout, CKD.

Úvod

Hyperurikémie je laboratorní nález (tedy nikoliv onemocnění) charakterizovaný zvýšenou koncentrací kyseliny močové v séru, tj. nad 416 $\mu\text{mol/l}$ u mužů a nad 360 $\mu\text{mol/l}$ u žen. Hyperurikémie je v běžné populaci relativně častá a souvisí s metabolickým syndromem, chronickým onemocněním ledvin (CKD), arteriální hypertenzí a kardiovaskulární morbiditou. Zásadní klinickou otázkou je: koho a kdy máme léčit farmakologicky. Současná doporučení se shodují, že asymptomatická hyperurikémie není indikací k léčbě a farmakologicky léčit bychom měli jen selektované pacienty v přítomnosti konkrétních klinických projevů spojených s ukládáním urátů. Jasnými indikacemi k dlouhodobé léčbě jsou dna a nefrolitiáza spojená s hyperurikosurií.

Kdy máme léčit farmakologicky

Dna

Podle doporučení European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) a American College of Rheumatology (ACR) je farmakologická léčba indikována při ≥ 2 záchvatech dny ročně, tofózní dně, chronické dnové artritidě nebo strukturálním kloubním postižením (1, 2, 3). Při farmakologické léčbě bychom měli hladi-

nu kyseliny močové snížit na cílové hodnoty (treat-to-target), a to $< 360 \mu\text{mol/l}$ – standardní dna, a $< 300 \mu\text{mol/l}$ – tofózní nebo těžká dna. Lékem první volby je alopurinol v dávce 100 mg denně, s postupnou titrací dávky po 2–4 týdnech k dosažení cílové hodnoty. Součástí léčby jsou kromě farmakoterapie také režimová opatření – především redukce hmotnosti a omezení konzumace alkoholu. Rutinní farmakologická léčba asymptomatické hyperurikémie není podle EULAR i ACR doporučována.

Nefrolitiáza při hyperurikosurii

Další indikací léčby je oxalátová a urátová nefrolitiáza při prokázané hyperurikosurii. V této indikaci se shodují doporučení European Association of Urologists (EAU) i American Urological Association (AUA) (4, 5, 6). Pro farmakoterapii je užíván allopurinol, doporučena jsou rovněž režimová (dietní) opatření – snížení příjmu masa.

Tumor lysis syndrom

Pro úplnost je zde uvedena další indikace farmakologické terapie (a prevence) hyperurikémie – tumor lysis syndrom. Základem prevence a léčby je v tomto případě hydratace pacienta, farmakologie alopurinolem jako lékem první linie je rovněž indikována (7).

Kdy nemáme léčit farmakologicky

Hyperurikemie a chronické onemocnění ledvin (CKD)

Současná nefrologická doporučení (KDIGO 2024 CKD) nedoporučují rutinní farmakologickou léčbu hyperurikemie u pacientů s CKD, protože chybí důkazy o renoprotektivním efektu léčby u pacientů bez dny (8). Léčba hyperurikemie je u pacientů s CKD indikována pouze v případech výše uvedených onemocnění – tedy při současné dně, tofózním onemocnění nebo urátové nefrolitiáze. Pokud je farmakoterapie zahajována, lékem první volby je opět allopurinol v nízké počáteční dávce.

Hyperurikemie a kardiovaskulární onemocnění

Hyperurikemie je markerem kardiovaskulárního rizika, nikoliv prokázaným kauzálním faktorem. Konzistentní snížení kardiovaskulární mortality při léčbě asymptomatické hyperurikemie nebylo prokázáno a nemáme k dispozici žádná jasná doporučení, abychom zahajovali farmakoterapii pouze z kardiovaskulární indikace (9). U těchto pacientů je ale velký prostor pro nefarmakologická režimová opatření: redukce tělesné hmotnosti, omezení alkoholu (zejména piva), snížení příjmu fruktózy, případně revize diuretické léčby, pokud je to klinicky možné. Aktuální dietní opatření již nejsou tak striktní jako v minulosti, a doporučují kromě výše uvedeného omezení potravin s vysokým obsahem purinů: některé ryby a mořské plody (treska, pstruh, herinek, sardinky, ančovičky, mušle) a některá masa (zvěřina, krocan, jehněčí, slanina, vnitřnosti) (10).

Praktický přístup

Pacient by neměl užívat farmakoterapii, která není indikována. Každý lék může mít potencionální nežádoucí účinky, představuje ekonomickou zátěž pro zdravotní systém a v neposlední řadě je vyšší počet užívaných léků rizikem pro neadherenci k předepisované medikaci jako takové (11). Rozhodnutí, kdy zahájit či nezahájit farmakoterapii hyperurikemie, je ve světle aktuálních doporučených postupů relativně jednoduché. Obtížnější již může být vysazení léku, který pacient již dlouhodobě užívá, ale nenalzáme pro něj klinickou indikaci. Jak to vysvětlit pacientovi? Klíčovým sdělením by mělo být, že bychom neměli léčit laboratorní hodnotu, ale až případnou nemoc, a že léky mají smysl tehdy, když skutečně zlepší prognózu.

Jak vysvětlit pacientovi, proč nenasazujeme/ vysazujeme farmakoterapii jeho hyperurikemie

Máte zvýšenou kyselinu močovou v krvi, ale to samo o sobě ještě není nemoc. Velké studie ukázaly, že když člověk nemá dnu ani močové kameny, léky na snížení kyseliny močové nepřinášejí ochranu ledvin ani srdce. Proto vás neléčíme lékem jen kvůli této hodnotě, ale soustředíme se na věci, které opravdu pomáhají – léčbu krevního tlaku, cukru, úpravu stravy a pravidelné kontroly. Kdyby se u vás objevily potíže jako dna nebo močové kameny, léčbu bychom samozřejmě zahájili.

Doporučený algoritmus postupu při zjištění hyperurikemie:

- ?** Má pacient některý z následujících stavů?
 - akutní nebo chronická dna
 - tofózní postižení
 - urátová nefrolitiáza
- ✓** zahájit farmakoterapii (allopurinol/febuxostat)
- ✓** zvážit profylaxi dnaveho záchvatu při zahájení (kolchicin/ NSA/kortikoid)
 - Cílová hodnota urátů:
 - < 360 $\mu\text{mol/l}$ (standardní dna)
 - < 300 $\mu\text{mol/l}$ (tofózní/těžká dna)
- ?** Má pacient pouze:
 - chronické onemocnění ledvin (CKD)?
 - arteriální hypertenzi?
 - metabolický syndrom?
 - vysoké kardiovaskulární riziko?
- ✓** nezahajovat farmakoterapii
- ✓** nefarmakologická opatření
- ✓** optimalizace komorbidit
- ✓** sledování urikemie

Závěr

Současné doporučené postupy jednoznačně směřují k selektivní, cílené a dlouhodobé léčbě pacientů s klinickými projevy způsobenými zvýšenou hladinou kyseliny močové. Asymptomatická hyperurikemie zůstává převážně laboratorním nálezem bez indikace k farmakoterapii. Neléčíme číslo, léčíme nemoc – hyperurikemii léčíme farmakologicky pouze tehdy, když způsobuje nebo hrozí způsobit klinické poškození.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednáni etikou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Mandl P, D'Agostino MA, Navarro-Compán V, et al. 2023 EULAR recommendations on imaging in diagnosis and management of crystal-induced arthropathies in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2024 May 15;83(6):752-759.
2. Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2017 Jan;76(1):29-42.
3. FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020 Jun;72(6):744-760.
4. Akram M, Jahrreiss V, Skolarikos A, et al. Urological Guidelines for Kidney Stones: Overview and Comprehensive Update. *J Clin Med.* 2024 Feb 16;13(4):1114.
5. Skolarikos A, Somani B, Neisius A, et al. Metabolic Evaluation and Recurrence Prevention for Urinary Stone Patients: An EAU Guidelines Update. *Eur Urol.* 2024 Oct;86(4):343-363.
6. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, et al. Medical management of kidney stones: AUA Guideline. *J Urol.* 2014;192:316.
7. Perissinotti AJ, Bishop MR, Bubalo J, et al. Expert consensus guidelines for the prophylaxis and management of tumor lysis syndrome in the United States. *Cancer Treat Rev.* 2023 Nov;120:102603.
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr;105(4S):S117-S314.
9. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D et al.; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep 7;42(34):3227-3337.
10. Which foods are safe for gout? Arthritis Foundation. <https://www.arthritis.org/health-wellness/healthy-living/nutrition/healthy-eating/which-foods-are-safe-for-gout>. Accessed Feb. 24, 2026.
11. Stanly EAR, Vilakkathala R, George J. Medication Non-adherence in Older Adults: Underlying Factors, Potential Interventions and Outcomes. *Drugs Aging.* 2025 Nov;42(11):991-1000.