

Tilfelli mánaðarins

Sverrir Ingi Gunnarsson
unglæknir

Tómas Guðbjartsson
brjóstholsskurðlæknir

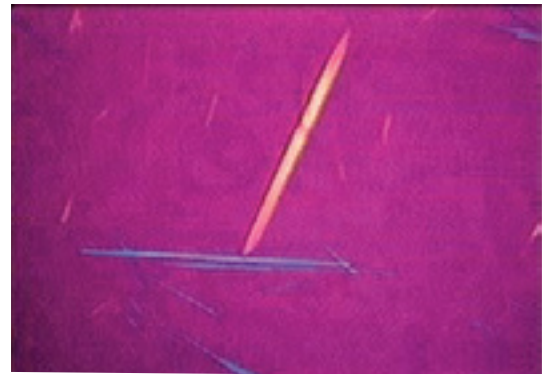
Árni Jón Geirsson
gigtarlæknir

67 ára gamall karlmaður leitaði á slysadeild Landspítala með þriggja daga sögu um verk og bólgu í vísifingri vinstri handar. Hann hafði sögu um kransæðasjúkdóm, hjartabilun og gáttaflökt en einnig vanstarfsemi á skjaldkirtli og vægt skerta nýrnastarfsemi. Hann tók eftirfarandi lyf; metoprólól, valsartan, spíronolaktón, hjartamagnýl, furósemíð, levóthyroxín og allopurínól. Hann

hafði áður fundið fyrir svipuðum einkennum frá stórutá á hægri fæti. Við skoðun var fingurinn bólgin (mynd 1) með hvítum skellum undir húðinni (gul ör). Stungið var á einni af skellunum og tæmdist út seigfljótandi hvítur vökvi. Smásjárskoðun á vökvanum er sýnd á mynd 2 í skautuðu ljósi.



Mynd 1.



Mynd 2.

Hver er greiningin, hvað heita skellurnar og hver er besta meðferð?

Svar við tilfelli mánaðarins

Hér er um að ræða þvagsýrugigtarkast í fjærkjúkulið vísifingurs. Útfellingar af þvagsýrukristöllum sjást greinilega undir húðinni og kallast *tophi*. Greiningin fæst með smásjárskoðun á útfellingunum eða liðvökva. Með skautuðu ljósi sjást nárlaraga kristallar sem hafa neikvætt tvíljósbrot (negatively birefringent) eins og sést á mynd 2 (1). Kristallarnir ræsa bólgusvar sem leiðir til sársauka og skertrar hreyfigetu. Hækkuð þvagsýra í sermi er forsenda sjúkdómsins, enda þótt sumir hafi hækkaða þvagsýru án þess að finna fyrir gigtareinkennum. Áhættuþættir þvagsýrugigtar eru meðal annars hækkuð þvagsýra í blóði, skert nýrnastarfsemi, offita, áfengisneysla, áverkar, skurðaðgerðir, háþrýstingur og notkun þvagræsilyfja (2). Þvagsýrugigt getur einnig verið fylgikvilli annarra sjúkdóma eins og hvítblæðis eða komið í kjölfar krabbameinslyfjameðferðar.

Þvagsýrugigt er fremur algengur sjúkdómur með algengi á Vesturlöndum í kringum 1% (3). Mun fleiri karlar en konur greinast með sjúkdóminn. Konur fá þvagsýrugigt síðar á ævinni en karlar og ekki fyrir tíðahvörf. Yfirleitt leggst þvagsýrugigt á ein liðamót, oftast nærlið stórutáar og kallast það *podagra*. Gigtin kemur oftast í liði neðri útlíma en liði efri útlíma og frekar í smáa liði en stóra liði. Sjúkdómurinn getur komið í hné og olnboga en er nær óþekktur í öxlum og mjöðmum. Þá er einnig þekkt að þvagsýrugigtarköst komi í marga liði samtímis. Mismunagreiningar eru margar, þar á meðal önnur kristallagigt (pseudogout), liðsýkingar, liðagigt og beinbrot (4).

Þvagsýrugigt er oft skipt í fjögur stig. Fyrsta stig er einkennalaus hækkun á þvagsýru. Annað stig er brátt kast með bólgnum lið en stundum fylgja almenn einkenni eins og hiti og hrollur. Þriðja stig er einkennalaust tímabil á milli bráðra kasta og eru oft 1-2 ár á milli slíkra kasta. Á fjórða stigi er gigtin orðin langvinn og einkennist af útfellingum kristalla í vefjum eins og sést greinilega í þessu tilfelli.

Venjulega þarf ekki að meðhöndla einkennalaus hækkun þvagsýru, enda er ólíklegt að slíkt ástand leiði til þvagsýrugigtar. Fyrsta lyf við bráðu þvagsýrugigtarkasti er öflugt bólgueyðandi lyf

eins og indomethacin eða naproxen en ekki virðist skipta máli hvort notaðir eru sértækir eða ósértækir COX hemlar (5). Svörun þessara lyfja er oft betri ef þau eru notuð snemma í kasti.

Önnur lyf sem notuð eru við bráðum köstum eru colchicine og sterar. Colchicine er oft notað samhliða bólgueyðandi verkjalyfjum en algengar skammtaháðar aukaverkanir þess eru ógleði og niðurgangur. Sterar (sprautað í lið eða í töfluformi) eru gjarnan notaðir hjá sjúklingum sem eru með skerta nýrnastarfsemi og þola hvorki bólgueyðandi verkjalyf né colchicine.

Unnt er að fyrirbyggja köst með lyfjum og almennum ráðleggingum um megrun, mataræði og áfengisneyslu. Stundum þarf að skipta út þvagræsilyfjum sem notuð eru við háþrýsting. Kjörlyf til að fyrirbyggja þvagsýrugigt er allopurinol. Ábendingar fyrir notkun þess eru endurtekin köst eða útfellingar þvagsýrukristalla í húð, eins og sást í þessu tilfelli. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi þurfa lægri skammta af allopurinoli. Ekki er ráðlagt að hefja fyrirbyggjandi meðferð þegar brátt kast stendur yfir vegna hættu á öðru kasti. Ennfremur er mælt með því að nota lágskammta colchicine í upphafi fyrirbyggjandi meðferðar til að koma í veg fyrir brátt kast. Önnur fyrirbyggjandi lyf eru probenecid, sulfipyrazone og benzbromarone.

Þessi sjúklingur var útskrifaður á naproxen og morguninn eftir fór hann í eftirlit hjá gigtarlækni sem setti hann tímabundið á colchicine til viðbótar við naproxen. Einnig var skammtur hans af allopurinoli hækkaður, en varlega þó þar sem hann var með skerta nýrnastarfsemi.

Heimildir

1. Terkeltaub RA. Clinical practice. Gout. *N Engl J Med* 2003; 349: 1647-55.
2. Lin KC, Lin HY, Chou P. Community based epidemiological study on hyperuricemia and gout in Kin-Hu, Kinmen. *J Rheumatol* 2000; 27: 1045-50.
3. Kramer HM, Curhan G. The association between gout and nephrolithiasis: The national health and nutrition examination survey iii, 1988-1994. *Am J Kidney Dis* 2002; 40: 37-42.
4. Wortmann RL. Gout and hyperuricemia. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14: 281-6.
5. Schumacher HR Jr, Boice JA, Daikh DI, et al. Randomised double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis. *BMJ* 2002; 324: 1488-92.

Case of the Month: Gout

Fyrirspurnir og bréfaskipti
sverrirgunnarsson@gmail.
com