

Olgu Sunumu

Üçüncü Atakta Tanı Konulan Bir Gut Vakası

A Gout Case That Has Been Diagnosed At Third Attack

Burcu KAYHAN TETİK¹, Aylin BAYDAR ARTANTAŞ², K. Bahar İNCE¹, Yusuf ÜSTÜ²,

¹ Dr., Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

² Doç. Dr., Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Özet

Gut hastalığı, hiperürisemi, tekrarlayıcı akut artrit atakları ile seyreden, eklemlerde monosodyum urat kristallerinin biriktiği bir hastalıktır. Erkeklerde 5-28/1000 kadınlarda 1-6/1000 oranında görülmektedir. Obezite, hipertansiyon, cerrahi girişim, alkol (özellikle bira), kan ürik asit düzeyini yükselten ilaçlar, yüksek yağlı diyetle beslenme, özellikle kırmızı et ve deniz ürünleri "gut hastalığı" için risk faktörleridir.

Gut kliniği (gut atakları, tofus ve kronik artropati), tekrarlayan ürolithiazis, iş gücü kaybı, artmış miyokard infarktüsü riski ve yaşamı kısaltması nedeniyle önem taşımaktadır. Tanı daha ziyade fizik muayene ve laboratuvar bulgularıyla konmaktadır. Tipik olarak birinci metatarsophalangeal eklem tutulumuyla kolay tanınabilen bir hastalık olsa da vakamızda da görüldüğü gibi zaman zaman atlanabilmektedir.

Aile hekimliği hastayla ilk temas noktası olması açısından bu tip hastaların öncelikle başvurdukları yerdir. Tanı koyulmadıkça gecikme olmaması, gereksiz tetkik ve ilaç kullanımının önüne geçilmesi açısından, eklem ağrılarıyla başvuran hastalarda gut hastalığı da akla getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Gut, aile hekimliği, eklem ağrısı.

Abstract

Gout disease is characterized by hyperuricemia, recurrent attacks of acute arthritis and accumulation of monosodium urate crystals in the joints. The prevalence of gout is 5-28/1000 in men and 1-6/1000 in women. Obesity, hypertension, alcohol (especially beer), surgery, ingestion of drugs which elevate serum urate concentration, high-fat dietary nutrition, red meat and seafood are the risk factors for gout disease.

Clinical presentation of gout (gout attacks, tophi and chronic arthritis) is important because of the recurrent urolithiasis, work loss and increased risk of myocardial infarction and reduction in duration of life. It is diagnosed mostly by physical examination and laboratory findings. Although it can be easily recognized with typical involvement of the first metatarsophalangeal joint, sometimes it can be undiagnosed as our case.

Family physician, being the first contact point within the health system, is where these patients primarily apply to. In order to prevent the delay in diagnosis and avoid unnecessary investigations and medicines, gout disease should be considered for the patients who present with arthralgia.

Key words: Gout, family practice, arthralgia.

Olgu:

53 yaşında erkek hasta Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi İçişleri Aile Hekimliği Polikliniğine, sol ayak baş parmak şişliği ve ısı artışı şikayetleriyle başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 10 gün önce aniden başlamış, 2 gün çok şiddetli devam ettikten sonra biraz azalmış, ancak hala sürüyormuş. Anamnezinden buna benzer şikayetlerinin ilk defa 6 sene önce başladığı, 2 sene önce de tekrarladığı öğrenildi. Her iki dönemde de şikayetleri yaklaşık birer hafta sürmüş ancak hastanın doktor müracaatı olmamış, bu süreci evde geçirmiş. Muayenesinde vital bulguları stabil, TA:160/90 mmHg, nabız:68/dk, ateş:36,7°C olarak ölçüldü. Vücut kitle indeksi (BKİ):31,6 ve sistemik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Kas iskelet sisteminde üst ekstremitte muayenesi normalken, ağrısından dolayı özellikle sol alt ekstremitte net değerlendirilemedi. Laboratuvar bulgularında sedimentasyon hızı:35 mm/saat, CRP:64,6 beyaz küre:8000 kU/L, Hgb: 14,6 g/dL, Plt: 221000 K/uL, AKŞ: 158 mg/dL, ürik asit: 9,4 mg/dL, albumin: 4,91 g/dL, kreatin: 1,28 mg/dL, elektrolitler ve karaciğer fonksiyon testleri normal olarak saptanırken, lipid panelinde total kolesterol: 245 mg/dL, TG: 157 mg/dL, LDL: 165 mg/dL olduğu görüldü. Tam idrar tetkikinde pH: 5, dansite 1025, protein ve glukoz negatifti. İdrar mikroskopisinde 1-2 lökosit mevcuttu. Hastanın ailesinde romatolojik hastalık öyküsü yoktu. Hastanın beslenme alışkanlıkları sorgulandığında haftada 2-3 kez kırmızı et tükettiği, alkol ve sigara kullanmadığı öğrenildi.

Hastanın hikayesi ve fizik muayenesinden mevcut şikayetlerinin gut atağı ile uyumlu olduğu düşünüldü. Poliklinikte ölçülen tansiyonu yüksek saptandığı için, sabah-akşam ölçülmek üzere 1 haftalık tansiyon takibine alındı. Hastaya gut hastalığı ile ilgili bilgi verildi, hastalığın beslenmeyle yakından ilişkili olduğu anlatılarak hem kilo vermesi için, hem de gut hastalığına özgü diyet önerilerinde bulunuldu. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç ve kolşisin 2x1 tablet/gün başlanarak takibe alındı.

Tartışma

Gut hastalığı, hiperürisemi, tekrarlayıcı akut artrit atakları ile seyreden, eklemlerde monosodyum urat kristallerinin biriktiği bir hastalıktır. Erkeklerde 5-28/1000 kadınlarda 1-6/1000 oranında görülmektedir¹. Obezite, hipertansiyon, cerrahi girişim, alkol (özellikle bira), kan ürik asit düzeyini yükselten ilaçlar, yüksek yağlı diyetle beslenme, özellikle kırmızı et ve deniz ürünleri "gut hastalığı" için risk faktörleridir^{2,3,4}. İnsanlarda pürin metabolizmasının son ürünü ürik asittir. Toplam vücut ürik

asit deposu 1800 mg'dır. Gut hastalarında ise 2000-4000 mg'a kadar çıkabilmektedir⁵. Ürik asitin ana atılım yolu böbreklerdir.

Gut artrit özellikle sabaha karşı başlayan genelde birinci metatarsofalangeal eklemi tutan monoartritle başlar. Artrit tedavi edilmediğinde 2-3 günle 2 hafta arasında kendini sınırlar. Kolşisin tedavisine dramatik cevap verir. %78 oranında iki yıl içinde atak tekrarlar⁵. İlk ataktan ortalama 10 yıl içinde tofus oluşur. Tofüsler en çok birinci metatarsofalangeal eklemlerde olmak üzere her iki dirsekte, olekranon bursalarında ve parmakların dorsal yüzünde yerleşir⁶. Gut artritinden sonra en sık görülen komplikasyon böbrek taşlarıdır. Ürik asit renal interstisyumda çökerek interstisyel nefropatiye neden olur. Olguların %30'unda proteinüri ve hipertansiyon meydana gelir⁷.

Eklem ağrısı ve iltihabıyla giden pek çok hastalık vardır. Gut hiçbir belirti vermeyen, atak varsa şüphe edilen bu yüzden de gereksiz ilaç kullanımına neden olan bir hastalıktır. Böyle duruma neden olmamak için tanıyı doğrulamak önemlidir.

Artrit atakları arasındaki dönemde tek laboratuvar bulgusu hiperürisemidir. Akut gut krizinde lökositoz, sedimentasyon ve CRP yüksekliği gözlenir. Ürik asit normal olabilir. Kesin tanı eklemden alınan sinovyal sıvının polarize ışık mikroskopunda incelenmesinde monosodyum urat kristallerinin görülmesi ile konur¹.

Gut teşhisi için kriterler:

- Ayak baş parmağında inflamasyon, kızarıklık olması
- Kan ürik asit seviyesinde yükseklik
- Kolşisinle dramatik iyileşme

Akut artrit atağının tedavisinde inflamasyonun basılanması hedeflenir. Bu amaçla NSAİİ'lar, kolşisin ve hastanın yaşına ve komorbid durumuna bağlı olarak glukokortikoidler kullanılır. Kolşisin ve NSAİİ'lar özellikle böbrek yetmezliği ve gastrointestinal bozukluğu olan yaşlılar için toksik olabilir. Yaşlı hastalarda büyük ve geniş eklemlere intraartiküler glukokortikoid injeksiyonu uygulanabilir⁸.

Ataklar arası dönemde ürik asit değerini normalleştirmek (5 mg/dl) için hipoürisemik tedavi uygulanır. Bu tedavi ile rekürren gut ataklarını önlemek ve tofazeöz depozitleri azaltmak hedeflenir. Kilo kontrolü, pürinden fakir diyet, sıvı alımını arttırma, alkol alımının kısıtlan-

ması ve diüretik kullanımının önlenmesi gibi tedbirlerle ürik asit düzeyi istenen düzeye inmiyorsa medikal tedavi uygulanır. Bu amaçla probenesid, benzbromaron ve sülfipirazon gibi ürikozürük ilaçlar ve allopurinol kullanılır. Ürikozürük ilaçlar ürik asidin tübüler reabsorbsiyonunu inhibe ederler. Allopurinol ise ksantin oksidaz enzimini inhibe ederek ürik asit oluşumunu inhibe ederler. Akut gut artritinde kesinlikle antihiperürisemik tedavinin yeri yoktur. Bu tür ilaçlar, gut nöbetini şiddetlendirir ve uzatırlar⁹.

Sonuç

Gut hastalığının kesin tanısı eklem sıvısında monosodyum urat kristallerinin gösterilmesiyle konulsa da, klinik pratikte tanı çoğu zaman fizik muayene ve laboratuvar bulgularıyla konulmaktadır. Vakamızda da görüldüğü gibi gut atağının tipik prezentasyonu birinci metatarsofalangeal eklem tutulumudur. Tanı genellikle ilk atakta konulur, ancak vakamızda da görüldüğü gibi bazı durumlarda tanıda gecikme olabilmektedir. Bu vakada tanı ancak 3. atakta konulabilmiştir. Burada hastanın hekime zamanında başvurmamasından kaynaklanan bir gecikme olsa da, bazı durumlarda hekim kaynaklı gecikmeler de yaşanabilmektedir. Tanıdaki gecikmeler gereksiz tetkik ve ilaç kullanımına neden olmakta, hastalığın yol açtığı kronik eklem ve böbrek tutulumları nedeniyle de hastaların hayat kaliteleri büyük oranda bozulmaktadır. Aile hekimleri birinci basamak hekimi olmaları nedeniyle eklem ağrısı şikayetiyle sık karşılaşırlar. Bu tür hastalarda gut hastalığı, ayırıcı tanı açısından her zaman akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Aral O. Kristal artropatileri. Büyüköztürk K, Atamer T, Dilmener M, Erzenin F, Kaysı A, Ökten A (Editörler). İç hastalıkları. İstanbul: Nobel kitabevi;2007:2805-16.
2. Saag KG, Choi H. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout. *Arthritis Res Ther* 2006;8 Suppl 1:S2.
3. Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan GLancet. 2004;363(9417):1277.
4. Intake of purine-rich foods, protein, and dairy products and relationship to serum levels of uric acid: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Choi HK, Liu S, Curhan G *Arthritis Rheum*. 2005;52(1):283
5. Üstü Y, Uğurlu M. Hiperürisemi ve Gut Hastalığı. *Sağlığın Başkenti Dergisi* 2011; 18(51-56)
6. Gümüşiş G. Metabolik bozukluklara bağlı artropatiler: Gut. Gümüşiş G, Doğanavşargil E (Editörler). *Klinik Romatoloji*. İstanbul: Deniz Matbaası; 1999.s.489-94.
7. Ölmez Ü. Kristal artropatileri. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (Editörler). *İç Hastalıkları*. Ankara: Güneş Kitabevi;2003.s.2817-23..
8. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo Dan L, Jameson Larry J (Çeviri: Y. Sağlıker). *Harrison iç hastalıkları prensipleri*. İstanbul: Nobel kitabevi; 2004:1979-2018.
9. Goldman L, Ausiello D (Çeviri: S. Ünal). *Cecil textbook of medicine*. İstanbul: Güneş kitabevi;2006:1703-8.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Uzm. Dr. Aylin Baydar Artantaş

e-posta: draylinbaydar@yahoo.com