

GUTA

1. Conduita pacientului cu gută**Pașii obligatorii în conduita pacientului cu gută**

1. Stabilirea diagnosticului precoce de gută;
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea concentrației acidului uric în ser, la necesitate și a uricozuriei, gradului de activitate a bolii, determinarea implicării articulare și afectării renale;
3. Alcătuirea planului de tratament (individualizat) în funcție de activitatea bolii, duratei maladii, exprimării afectării renale;
4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului.

2. Investigații paraclinice**Teste pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii:**

- Hemoleucograma, VSH, proteina C-reactivă, fibrinogenul;

Notă: Testele se efectuează obligatoriu la nivel de asistență medicală primară și specializată.

Teste pentru determinarea etiologiei bolii:

- Uricemia,
- Uricozuria
- Cercetarea lichidului sinovial cu microscop cu lumină polarizantă

Teste pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și efectuarea diagnosticului diferențial (la necesitate):

- Factorul reumatoid;
- Tipizarea la HLA-B27
- Analiza generală a urinei;
- Biochimia serică (ALT, AST, bilirubinemia, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteinograma, Proteina c-reactivă, Glicemia a jeun și testul de toleranță la glucoză, lipidograma, calcemia);
- Probe Funcționale Renale;
- Coagulograma: protombina, fibrinogenul, activitatea fibrinolitice;
- Echilibrul acido-bazic

Examinări imagistice:

- Examinarea radiologică a articulațiilor afectate și articulațiilor plantelor cu aprecierea stadiului radiologic;
- Ultrasonografia articulară sau tomografia computerizată (la necesitate), rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate) sau scintigrafia scheletică (la necesitate);

Alte examinări (la necesitate):

- Electrocardiografia;
- Ecocardiografia;
- Ultrasonografia organelor interne (rinichi);
- Scintigrafia renală sau renografia cu izotopi

3. Diagnosticul – se bazează pe criteriile de diagnostic

Criteriile de diagnostic ale artritei gutoase acute (S.L.Wallace et al., 1977) [10]:

- A. Prezența cristalelor caracteristice de acidul uric în lichidul sinovial
- B. Prezența tofilor, ce conțin microcristale ale acidul uric (confirmată microscopic)
- C. Prezența a 6 din următoarele 12 semne enumerate mai jos:
 1. mai mult de 1 acces de artrită acută în anamneză
 2. inflamație articulară care atinge apogeul într-o singură zi
 3. monoartrită acută
 4. hiperemie deasupra articulației afectate
 5. afectarea unilaterală a tarsului
 6. afectarea unilaterală a articulației metatarsofalangiene I
 7. tumefierea asimetrică a unei articulații
 8. tumefiere și dureri în articulația metatarsofalangiană I
 9. suspexție de tofi gutoși
 10. imagini chistice subcondrale fără eroziuni la examinarea radiologică
 11. hiperuricemie
 12. culturi negative pentru bacterii în lichidul sinovial

4. Diagnosticul diferențial

În funcție de prezentarea clinică este necesar de efectuat diagnosticul diferențiat cu următoarele maladii:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Condrocalkinoza | 5. Artrita psoriazică |
| 2. Artrita reumatoidă | 6. Artrita acută septică |
| 3. Artrita urogenitală | 7. Flebită |
| 4. Acutizarea osteoartrozei (pot fi asociate) | 8. Erizipel |

5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu gută (majoritatea criteriilor pentru spitalizare planificată).

Criteriile de spitalizare a pacienților cu gută în secția reumatologie:

- 1) Adresare repetată cu semne clinice de cronicizare a bolii

- 2) Apariția semnelor complicațiilor gutei
- 3) În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului
- 4) Ineficiența tratamentului remisiv
- 5) Puseu inflamator intens și trenant pentru investigații suplimentare (RMN) și reconsiderare terapeutică

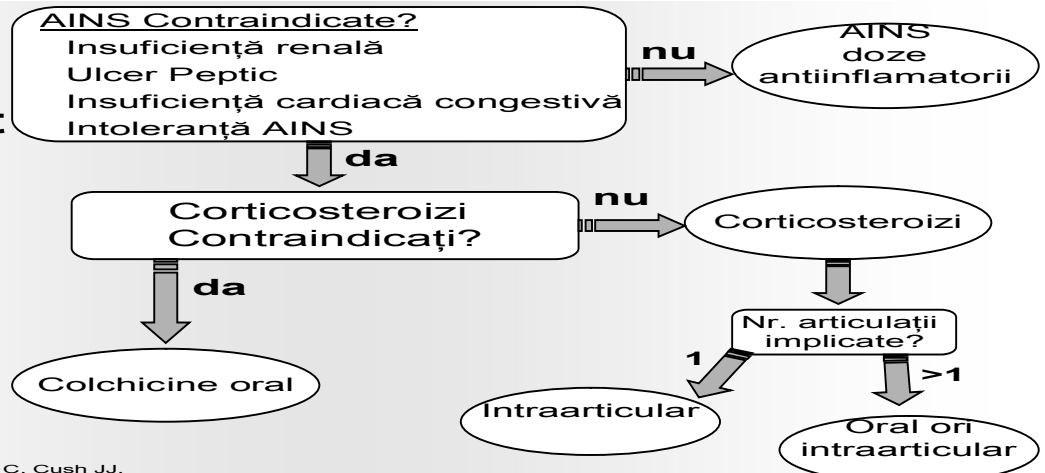
6. Tratamentul gutei

<i>Principiile de tratament a gutei:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> 1. jugularea promptă a atacului acut 2. profilaxia următoarelor atacuri 3. dizolvarea depozitelor tofacee și prevenirea formării altora, precum și a calculilor renali 	<ul style="list-style-type: none"> 4. terapia bolilor asociate (vezi protocoalele respective): <ul style="list-style-type: none"> • hipertensiune arterială • obezitate • diabet zaharat • hiperlipidemii

Dieta în gută:

- 1. Este obligatorie pentru toți pacienții diagnosticați cu gută
- 2. Consumul a cel puțin 2 litri de apă pe zi
- 3. Alcalinizarea urinei cu citrat de caliu (60 mEq/zi) în cazul formării periodice a calculilor
- 4. Obținerea unei mase corporale ideale
- 5. Restricțiile privind consumul de alcool până la mai puțin de 21 unități/săptămână (la bărbați); 14 unități/săptămână (la femei).
- 6. Restricții la alimentarea cu produse bogate în purine (<200mg/zi). Evitarea alimentelor din ficat, rinichi, moluște și din drojdie, crustaceele, produsele secundare și sardinele și consumul moderat de alte produse relativ bogate în purine cum este carnea de pasăre sălbatică.
- 7. Restricții generale referitor la consumul de proteine.
- 8. Reducerea consumului de carne roșie
- 9. De exclus berea, băuturile tari și vinurile concentrate. Cel puțin 3 zile în săptămână nu consumați alcool.
- 10. Produse considerate benefice în prevenirea apariției gutei sunt: orzul, cireșele, oțetul de mere, semințele de țelină, etc.
- 11. De exclus evitând consumul de produse cu un conținut bogat de purine așa ca: Așa legume ca ciupercile, sparanghelul, conopida, spanacul, linte și soia sunt de asemenea bogate în purine, însă studiile recente arată că dietele vegetariene bogate în purine se asociază cu reducerea nivelului de MUS și sunt mai puțin predispuse la gută decât dietele bogate în purine care conțin produse din pește.

Tratament atac acut



Lipsky PE, Alarcon GS, Bombardier C, Cush JJ, Ellrodt AG, Gibofsky A, Heudebert G, Kavanaugh AF, et al. Am J Med 103(6A):49S-85S, 1997

- Tratamentul gutei în perioada intercritică:*
- 1. Planificarea unui tratament de lungă durată este necesară pentru fiecare pacient, luând în considerație puținele date disponibile despre un tratament reușit.
 - 2. La unii bolnavi de gută, modificarea stilului de viață sau înlăturarea medicamentelor care provoacă hiperuricemia nu vor rezulta în noi atacuri de gută, în timp ce alții au nevoie de tratamente speciale pentru a reduce concentrațiile plasmatice ale uratului.
- N.B!* Proportionalitatea între aceste două afirmații nu este demonstrată oficial, însă 40% din pacienți nu vor fi supuși pericolului unui nou atac pe parcursul unui an de zile, iar 7% din pacienți – pe parcursul a 10 ani.

- Tratamentul artropatiei gutoase cronice:*
- Respectarea strictă a dietei
 - Se vor exclude medicamentele ce ↑ nivelul acidului uric
 - Întreținerea unui pH alcalin al urinei
 - Colhicina – 0,5-1,5mg/24ore (doză profilactică)

- Allopurinol
 - Probenicid – câte 250mg 2-4 prize/24ore
 - Azapropazon – câte 250mg 2ori/24ore
- N.B!* Tratamentul hipouricemiant este necesar de efectuat pe parcursul vieții în afară când sânt contraindicații, anume:
- hiperuricemie asimptomatică; în atacul acut al bolii; intoleranță la preparat

Principiile generale de tratament cu preparatele, ce reduc hiperuricemia:

1. Nu se permite începerea tratamentului cu aceste preparate în perioada atacului acut, tratamentul se desfășoară numai în perioada intercritică.
2. Trebuie de consumat preparate timp îndelungat (mai mulți ani). Pot fi permise pauze mici a tratamentului (câte 2-4 săptămâni) în perioada normalizării hiperuricemiei.
3. Se va ține cont de tipul dereglării purinice (metabolic, renal și mixt). Dacă tipul nu este stabilit, trebuie de aplicat uricostatici, dar nu mijloacele uricosurice.
4. Trebuie de menținut diureza adecvată circa 2 litri pe zi (consum de 2,5 litri lichide/zi), remedii ce măresc pH-ul urinei (hidrocarbonat de natriu, uralit, magrulit, soluran).
5. Este oportun în primele zile de tratament de efectuat profilaxia atacurilor articulare acute cu Colhicină (1 mg pe zi) sau cu indometacină (75 mg pe zi).

Inhibitorii sintezei acidului uric – uricofrenatori:

Allopurinol – indicații după Gomor și Szebenyi, 1990:

1. Guta primară. Debutul sub 35 de ani cu prezența tofilor, artrita distructivă, nefropatie, sau guta familială severă;
 2. Urolitiază cu hiperuricozurie, în care există recurență de litiază urică și din oxalat de calciu
 3. Hiperuricemia apărând în bolile mielo- și limfoproliferative
 4. Înaintea chimio- sau radioterapiei
 5. Alte situații clinice: HTA, psoriazis, sarcoidoza, însoțite de hiperuricemie severă
- Doza zilnică – de la 100 până la 600 mg (în dependență de masa corporală a pacientului și nivelul uricemiei), începând de 100 mg/24 ore, ulterior doza poate fi crescută până ce se atinge normouricemia, apoi doza poate fi scăzută treptat (1-2 săptămâni) cu monitorizarea uricemiei.*

Modificarea dozei de allopurinol în funcție renală redusă:

Clearance creatinină	doză de allopurinol
>80ml/min	200–300mg zilnic
60–80ml/min	100–200mg zilnic
30–60ml/min	50–100mg zilnic
15–30ml/min	50–100mg în zilele alternative
conform dializei	50–100mg săptămânal

Reacții adverse: apar rar - tulburări digestive (grețuri, vărsături, diaree), reacții alergice, manifestări hematologice (leucopenie, trombocitopenie), în acest cazuri doza va fi scăzută, iar în cazul persistenței reacții adverse - allopurinolul se suspendează.

Contraindicații după Gomor și Szebenyi, 1990 [10]:

1. La copii, exceptând cei suferinzi de tumori și de rarele boli enzimatice
2. În timpul alăptării
3. În timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care beneficiul așteptat este mai mare ca riscul fetal
4. În hemocromatoză și boli hepatice severe
5. În timpul atacului de gută (nu are efect antiinflamator și „se opune” remisiunii atacului)
6. În caz de efecte toxice sau de hipersensibilitate severe

Tratamentul pacienților cu hipersensibilitate la alopurinol:

Unii pacienți au reacții încrucișate la un metabolit al allopurinolului.

Tiopurinolul poate fi administrat în aceste situații. Doza zilnică pentru obținerea normouricemiei este cuprinsă între 150-200mg și 600-800mg. Toleranța ei și efectele adverse sunt identice cu ale allopurinolului.

Desensibilizarea (fie pe cale orală sau intra-venoasă) a fost administrată cu succes în cazul unui grup de pacienți, dar nu ar trebui să fi administrată pacienților care au avut reacții de hipersensibilitate severă din cauza allopurinolului.

În cazul gutei severe, injecțiile repetate de oxidare a uratului joacă un rol decisiv.

Agenții uricosurici:

Agenții uricosurici sunt utilizați doar în calitate de medicamente de linia a două în tratarea gutei cronice, care se asociază cu producerea și excreția a unei cantități minime de urat, precum și în situații de rezistență sau intoleranță a allopurinolului.

Agenții uricosurici comportă riscul litiazei renale, de aceea sunt contraindicați pacienților cu antecedente de urolitiază.

Sunt recomandate apele minerale cu conținutul înalt de bicarbonați.

- Sulfinpirazon – comprimate de 100mg.

Se recomandă în doze de 200–800 mg/zi la pacienții cu funcții renale normale, repartizate în două prize. Este eficient în reducerea

frecvenței atacurilor de gută și în reducerea tofilor guțoși, nivelelor de urați plasmatici. Efectele secundare: efectele secundare gastrointestinale au loc la 10–15% din pacienți. Inhibarea funcției trombocitelor poate provoca hemoragii gastrointestinale. Afecțiunea măduvei spinale este un efect secundar rar întâlnit, însă foarte serios.

- Probenecid - comprimate de 250 și 500mg. Inițial doza este de 500 mg/zi, cu creștere progresivă, în funcție de rezultatul terapeutic, până la 2.0 g/zi. Efecte secundare: apariția dispepsiei și a esofagitei de reflux la 10% din pacienți și poate interacționa cu medicamentele anionice pentru excreții renale.
- Benzbromaron - comprimate de 100 mg. Inițial doza este 50 mg/zi, cu creștere progresivă, în funcție de eficacitate, până la 2.0 g/zi, repartizate în două prize. Poate fi foarte util pacienților care nu pot tolera Allopurinolul, cu insuficiență renală ușoară sau moderată (purificarea creatininei 30–60ml/min) sau pentru administrare pacienților cu transplant renal în cazul când este contraindicat allopurinolul. Efecte secundare: diareea, hepatotoxicitate, necroză hepatică fatală.

Studiile recente ne demonstrează că asocierea dintre Fenifibratului (145mg/24ore) și Allopurinolului duce la creșterea clearanceului acidului uric cu 36%, în paralel - se ameliorează lipidograma.

Lozartanul – a fost stabilit, că acest preparat are nu numai efect antihipertensiv, dar și efect uricozuric, micșorând și uricemia. Efectul este prezent atât la normotensivi, cât și la hipertensivii cu boala esențială sau secundară renală.

Tratamentul profilactic a gutei:

1. Profilaxia primară - în caz de hiperuricemie asimptomatică: dieta hipopurinică.
2. Profilaxia secundară prevenirea atacurilor de gută. Măsurile profilactice micșorează apariția gutei și progresarea procesului patologic în evoluția maladiei: evitarea consumului de alcool; combaterea supraponderabilității; limitarea administrării unor medicamente hiperuricemice (diuretice ș.a.); limitarea eforturilor fizice; colchicină – 0,5-1 mg/zi (în cazurile severe și cu complicații). *Se recomandă ca AINS sau Coxibele să fie administrate numai în caz de profilaxie dacă colchicina nu este eficientă sau suportată, 4-6 săptămâni în primă instanță.*

Eficacitatea terapiei hipouricemiant.

Eficacitatea terapiei hipouricemiant se evaluează după:

1. Normalizarea nivelului acidului uric în ser
2. Deșcreșterea frecvenței acceselor acute de gută
3. Atenuarea recidivelor acceselor renale
4. Stoparea progresării insuficienței renale
5. Micșorarea sau dispariția tofusurilor

Evoluția gutei	Complicațiile gutei la nivelul aparatului locomotor și sistemului nervos.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evoluție fulminantă 2. Evoluție severă 3. Evoluție prin atacuri acute gutos 4. Evoluție gutei cronice 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artropatie degenerativă (artroză) secundară 2. Fractură patologică 3. Necroză aseptică (ischemică) 4. Chist popliteal disecant 5. Parapareză prin tofi în spațiul extradural sau ligamentele galbene 6. Sindrom de canal carpian sau tarsian

Prognostic.

1. Dezvoltarea rapidă a insuficienței articulare, prezența tofusurilor de dimensiuni mari duc la invalidizare precoce a pacientului.
2. În caz de tratament adecvat al gutei prognosticul este favorabil.

Formular de consultație a pacientului cu gută la reumatolog

Pacient _____ Anul nașterii _____

Adresa _____

Codul de identificare _____ Poliță de asigurare _____

Factorii de risc	Data _____	Data _____	Data _____	Data _____
1. Dietă hiperpurinică (da/nu, specificați)				
2. Administrarea unor medicamente (da/nu, specificați)				
3. Abuz de alcool (da/nu, specificați)				
4. Suprasolicitări fizice considerabile (da/nu)				
5. Pierdere ponderală rapidă (da/nu)				
6. Debut (specificați)				
7. t° corpului ↑ (da/nu, specificați)				
8. Articulație tumefiată (da/nu, specificați)				
9. Durerea în articulația afectată (da/nu, specificați)				
10. Articulație hiperemiată (da/nu, specificați)				
11. Noduli gutoși subcutanați (da/nu, specificați)				
12. Limitări funcționale (da/nu, specificați)				
13. Analiza generală a sângelui				
14. Analiza generală a urinei				
15. Hiperuricemie (da/nu, specificați)				
16. ↑ nivelului acidul uric în urină (da/nu, specificați)				
17. Glucoza sângelui				
18. Proteină –C- reactivă				
19. Diformități a pumnilor – „mână pseudoreumatoidă” (da/nu)				
20. Diformități ale labei piciorului - „picior gutos” (da/nu)				
21. Afectare renală (da/nu, specificați)				
22. ECG				
23. Tratamentul la zi (specificați)				
▪ Colhicină				
▪ AINS				
▪ Allopurinol				
▪ ș.a.				

Scara vizual analogă a durerii

Plasați un semn pe linia de mai jos pentru a indica cât de acută a fost durerea articulară.

0 _____ 100mm

Nici o durere

Durere foarte puternică