11 Eylül 2021, Cumartesi / 16:30-16:45

GUT HASTALIĞINDA AYIRICI TANI

Dr. Mete Pekdiker

Giriş: Batı ülkelerinde inflamatuvar artritin en sık nedenidir. Erkeklerde ve gelişmiş ülkelerde daha sık görülmektedir. Gut patogenezinde kronik hiperürisemi zemininde oluşan monosodyum ürat kristallerine karşı gelişen inflamatuvar yanıt mevcuttur. Kesin tanı polarize ışık mikroskobu ile eklem sıvısında veya tofüste kristallerin gösterilmesi konur.

Prototip Fenotipik Özellikler

Genellikle 40-50 yaş arası erkek, obez, yoğun et veya alkol tüketimi olan olgulardır. Ailesel yatkınlık ve yıllardır mevcut olan hiperürisemik durum önemli ipuçlarıdır. Hipertansiyon 74%, kronik böbrek yetmezliği 71%, obezite 53% ve diabetes mellitus 26% oranında eşlik etmektedir. Kadınlar ise genellikle postmenopozal dönemdedir. Otuz yaş altındaki gut olgularında ise genetik hastalıklar düşünülmelidir.

Erken Dönem Klinik Özellikler

Hiperakut ve 90% monoartiküler başlangıçlıdır. Tutulan eklem eritemli (kızarık), ağrılı, şiş ve sıcaktır. Atakların başlangıcı genellikle gecedir. Eklem ağrısı uykudan uyandıran, yanıcı ve zonklayıcı vasıftadır. Ağrı ilk 24 saatte pik seviyeye ulaşır ve atak 1-2 hafta içerisinde spontan düzelir, ataklar arası ise asemptomatiktir. İlk tutulan genellikle 1.metatarsofalangeal eklem olup ikinci sırada midtarsal ve ayak bileği eklemleri yer alır.

Geç Dönem Klinik Özellikler (≥10 yıl)

Ataklar arası süre kısalır, ataklar sıklaşır, ağrıya karşı tolerans gelişir ve atak başlangıcı daha sinsidir. Atak süresi daha uzun olup bir atakta tutulan eklem sayısı artar (oligo/poliartiküler tutulum). Etkilenen eklemler yukarı doğru çıkar; diz, dirsek, el bileği ve özellikle kadınlarda distal interfalangeal eklem tutulumu olabilir. Eklemlerde eroziv değişiklikler ve tofüsler geç dönem bulgularıdır.

Akut Gut Atağında Bulgular

Ateş genellikle poliartiküler tutulumda karşımıza çıkmakta olup hafif düzeyde nötrofilik lökositoz (<15.000/mm3) eşlik edebilir. Serum üre, kreatinin, trigliserit, eritrosit sedimantasyon hızı ve C-reaktif protein düzeylerinde yükseklik saptanabilir. Akut gut atağında ürik asit düzeyi yüksek veya normal (11-49%) olabilir.

Ayırıcı Tanı: Hastalığın karekteristik fenotipik özellikleri ve öyküsü tanı için çok değerlidir. Tanısal zorluk ilk ataklarda karşımıza çıkmakta olup tofüslerin ve eklem erozyonlarının olduğu ileri evrede tanı kesindir. Akut kızarık monoartrit ile seyredebilen hastalıklar ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmesi gereken hastalıklardır.

Septik Artrit: Ayırcı tanıdaki en önemli hastalık olup tedavisi acildir. Sistemik semptomların daha ağır olması, önceden var olan eklem hastalığı veya eklem girişimi öyküsü, immunsupresif hastalık/-tedavi öyküsü, sinoviyal sıvının bulanık-pürülan görünümü, sinoviyal sıvıda hücre sayısının> 100.000/ mm3 olması alert özelliklerdir.

Psödogut: Klinik olarak gut ile en çok benzeyen hastalık olup yaşlılarda akut monoartritin en sık nedenidir. Daha ileri yaşta başlaması ve radyografide karekteristik bulgu olan kondrokalsinozis görülmesi önemli ip uçlarıdır.

Travmatik Artrit: Belirgin bir eklem travmasından sonra şiş ve ağrılı eklem öyküsü mevcuttur. Sinoviyal sıvı hemorajik vasıfta olup iyileşmesi zaman alıcıdır. Sistemik inflamatuvar yanıtlar görülmez.

Palindromik Romatizma: Hiperakut başlangıçlı ve genellikle monoartikülerdir. Eklem şikayetleri siklus şeklindedir ve 48 saatten kısa süren ataklar mevcuttur. Ataklar arası asemptomatiktir. Hiperürisemi ilişkisi yoktur.

Psöriyatik Artrit: Psöriyazis varlığı veya ailesel öyküsü, tırnak tutulumu, inflamatuvar bel ağrısı, daktilit (sosis parmak), kolşisin yanıtsızlığı ve persistan-kronik hastalık seyri önemli ip uçlarıdır. Distal interfalangeal eklem tutulumu erken evre bulgu iken gut için geç dönemde tutulan eklemdir.

Reaktif Artrit: Son üç hafta içerisinde geçirilmiş gastrointestinal veya genitoüriner sistem enfeksiyon öyküsü, artrit süresinin daha uzun sürmesi, daktilit (sosis parmak) ve eklem dışı bulgular (konjoktivit, balanitis sirsinata, keratoderma blennherogica) önemli ipuçlarıdır.