



Premenopozal Gut Tanısı Almış Kadın Hastada Elde Eklem Harabiyetine Neden Olan Tofüs Olgusu: Olgu Sunumu

The Tophus That Damages Hand Joint in a Female Patient Diagnosed with Premenopausal Gout: A Case Report

Selçuk Sayılır

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

Öz

Gut bazı eklemlerde ani ve şiddetli gelişen ağrı, hassasiyet, kızarıklık, şişme ve sıcaklık artışı nöbetlerine neden olan bir hastalıktır. Genel olarak erkeklerde görülmesine rağmen özellikle menopoz sonrası kadınlarda ayak baş parmağı dışındaki eklemlerde de görülebileceği ve kronik el artritlerinde ayırıcı tanı ve klinik yaklaşımda değerlendirilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır. Altmış bir yaşında kadın hasta kliniğimize birkaç aydır olan sağ el 2. parmakta şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon hastalığı olan hasta 5 mg/gün amlodipin kullanıyormuş ve yaklaşık 9 yıl önce ayağında şişlik olduktan sonra gut artriti tanısı almış ve 1 mg/gün kolşisin ile 300 mg/gün allopurinol kullanıyormuş. Beden kitle indeksi 38 kg/m² olan hastanın klinik muayenesinde sağ el 2. parmakta üzerinde gri benzeri renk değişiklikleri olan şişlik, hareket kısıtlılığı ve ağrı mevcuttu. Kan tetkiklerinin normal olduğu hastada ürik asit değeri 6,2 mg/dL olarak saptandı (n=4,2-5,4 mg/dL). Direkt grafide hastanın sağ el 2. distal interfalangeal eklemde subkondral osteopeni, eklem aralığında ileri derecede daralma ve dejeneratif değişiklikler ve yumuşak doku şişliği saptandı. Hastanın medikal tedavisi planlanıp ortopedi kliniğine eklem üzerine yerleşmiş tofüs operasyonu açısından yönlendirildi. Kronik gut hastalarında ürik asit kristalleri eklem ve eklemlerin çevresindeki dokularda birikim yaparlar. Bu kristallerin aşırı birikimlerine tofüs denir. Deri altında şişlik şeklinde oluşurlar. Tofüs genellikle hasta eklemlerin içinde veya çevresinde, dirseklerin yanında, parmakların üstünde, ayak baş parmağında ve kulak kıvrımında yerleşir. Tofüs tedavisi yapılmazsa eklemlerde hasar oluşturur. Erkeklerde daha sık görülen bir hastalık olan gutun postmenopozal obez kadınlarda ayak baş parmağı dışındaki eklemlere de yerleşebileceği ve kronik olgularda tofüslerin eklem harabiyeti yapabileceği bu nedenle tedavideki gecikmelerin cerrahiye yol açabileceği klinik pratikte akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gut, kronik el artriti, kadın hasta

Summary

Gout is a disease causing severe and sudden pain, tenderness, rash, edema and temperature rise in the joints. Although it appears generally in males, it can also be seen especially in postmenopausal women and it can rise in the joints except toe joint. It should be kept in mind for differential diagnosis and clinical approach in chronic hand arthritis. Sixty-one years old female patient admitted to our clinic with swelling and pain in the right second finger existing for several months. She had hypertension and was on 5 mg/day amlodipin and she was diagnosed with gout 9 years ago and was on colchicine 1 mg/day, allopurinol 300 mg/day. There were gray color changing, swelling, movement restriction and pain on 2. distal interphalangeal joint. Body mass index of the patient was 38 kg/m². Blood analyses values were normal and uric acid level was detected 6.2 mg/dL (normal 4.2-5.4 mg/dL). There were subchondral osteopenia, severe intraarticular narrowing and degenerative changes at X-ray examination. The medical treatment of patient was planned and she was consulted for surgery to orthopedics clinic. Uric acid crystals cumulate in joints and their environment in chronic gout patients. These accumulations are called tophus when they get together abundantly. They occur under the skin as swelling. Tophuses generally located at affected joints and their environment, on fingers, on elbows or external ear. Tophuses can damage joints. Although it appears generally in males, it can also be seen especially in postmenopausal obese women and it can rise in the joints except toe joint. It should be kept in mind for clinical approach, treatments and preventing unnecessary surgeries chronic gout arthritis.

Keywords: Gout, chronic hand arthritis, woman patient

Giriş

Gut hastalığı bazı hastalarda klasik seyri dışındaki eklem tutulumları ile ortaya çıkabilir veya klasik başlangıçtan sonra farklı eklemlerde hastalığın devamı ile kronikleşebilir. Bu yazıda 9 yıl önce premenopozal dönemde gut hastalığı tanısı almış ve cerrahi müdahaleyle ilerleyen elde distal falanks tutulumu olan bir postmenopozal kadın hasta sunulmuştur. Bu olgu aracılığıyla gut hastalığının farklı klinik tablolarının akılda tutulması, erken tanı ve tedavi ile cerrahi müdahaleler tartışılmıştır.

Son yıllarda, bazı çalışmalarda gösterildiği gibi insanlarda gut hastalığının en önemli risk faktörü olan serum ürik asit düzeyinde 3 dekat öncesine göre belirgin bir artış saptanmıştır (1). Yaşla birlikte kadınlarda gut hastalığı ortaya çıkma sıklığı artarken bu sadece postmenopozal östrojen düşüklüğü ile değil böbrek hastalıkları, diüretik kullanımı, hipertansiyon gibi birçok faktörün beraberliğinde söz konusu olur (2). Yazımızda kadınların, gut hastalarının yaklaşık %5'i (1) gibi az kısmını oluşturması nedeni ile tanı ve tedavide gecikmeler yaşanabileceği ve bu durumun tofüs yerleşen eklemlere cerrahi müdahalelere kadar ilerleyebileceği tartışıldı.

Olgu

Altmış bir yaşında kadın hasta kliniğimize birkaç aydır olan sağ el 2. parmakta şişlik ve ağrı şikayetiyle başvurdu (Resim 1). Bu parmaktaki şikayetleri birkaç ay önce başlamış, parmaktaki şişlik başlarda kızarıklık iken daha sonra ağrılı olarak devam etmiş ve daha önce gittiği doktorların verdiği ağrı kesici ilaçlardan fayda görmemiş. Özgeçmişinde hipertansiyon hastalığı olan ve yaklaşık 9 yıl önce ayağında şişlik olduktan sonra gut artriti tanısı alan hasta 1 mg/gün kolşisin ile 300 mg/gün allopurinol tedavisini düzensiz kullanıyormuş.

Beden kitle indeksi 38 olan hastanın, klinik muayenesinde sağ el 2. parmakta üzerinde gri benzeri renk değişiklikleri olan şişlik, hareket kısıtlılığı ve ağrı mevcuttu. Laboratuvar tetkikleri ürik asit değeri dışında normal olarak saptandı (ürik asit: 6,2 mg/dl, n=4,2-5,4 mg/dl). Direkt grafide hastanın sağ el 2. distal interfalangeal ekleminde subkondral osteopeni, eklem aralığında ileri derecede daralma ve dejeneratif değişiklikler



Resim 1. Sağ el 2. distal interfalangeal eklem tutulumu

ve yumuşak doku şişliği saptandı (Resim 2). Hastanın gut için önceden aldığı tedaviler değiştirilmeyip, tedavisine non-steroid antiinflamatuvar tedavi eklendi, ortopedi kliniğine konsülte edilerek eklem üzerine yerleşmiş tofüs ve artroplasti operasyonu açısından yönlendirildi. Hasta cerrahi tedavi için başka bir merkeze kendi isteği ile gitti.

Tartışma

Gut hastalığı eklemlerde ürik asit kristallerinin birikmesi ile ortaya çıkan inflamatuvar bir hastalıktır. Gut ürik asidin yapımının arttığı veya yıkımının azaldığı veya her iki durumun kombine olduğu durumlarda artan ürik asit seviyeleri ile ortaya çıkan bir hastalıktır (3).

Asemptomatik hiperürisemi, akut intermittan gut, ilerleyici gut artriti, kronik (tofüköz) gut, klasik olmayan gut gibi klinik şekillerde karşımıza çıkabilen gut tedavi edilmediği takdirde kronikleşebilir ve eklem harabiyetine ve organ hasarlarına yol açabilir. Klinik pratikte genellikle 40'lı yaşlardaki obez erkeklerde 1. metatarsofalangeal eklem tutulumu ile karakterize olduğu bilinen gut hastalığının ortaya çıkmasında metabolik hastalıklar, hipertansiyon, çeşitli ilaçlar, transplantasyon, böbrek ve kardiyovasküler sistem hastalıkları gibi risk faktörleri de rol oynamaktadır (4). Gut hastalarının sadece %5 gibi bir oranı kadınlar olması nedeni ile tanısız süreçte problemler ortaya çıkabilmektedir. Premenopozal dönemde östrojen sebebi ile ürik asit seviyelerinde erkekler göre düşük olan kadınların gut hastalığına yakalanma oranları oldukça düşüktür (5), bu durumun aksine postmenopozal dönemde düşen östrojen seviyesi ile kadın erkek hasta oranı birbirine yaklaşır (6).

Gut hastalığı tedavisinde non steroid antiinflamatuvar ilaçlar, kolşisin, steroidler, adrenokortikoid hormon (ACTH) kullanılabilir ve bu ilaçlar hem artritleri tedavi edici hem de hastalığı kontrol edici olarak etkindirler (7). Bu ilaçlar dışında uygun hastalarda serum ürik asit seviyelerini düzenleyici olarak allopurinol ve probenesid, febuxostat gibi ilaçlarda hastalığın kronikleşmesini engellemeye yönelik olarak kullanılabilir (8). Kesin tanı almış gut hastalarında obezite, diyet, hipertansiyon için uygun medikal tedavi, alkol kullanımının azaltılması, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıkların sıkı kontrolü gibi önlemler ile de gut



Resim 2. Sağ el 2. distal interfalangeal eklem tutulumu X-ray görüntüsü

hastalığının kronikleşmesi önlenebilir (9). Öte yandan tedavi edilmediği takdirde tofüsler gelişerek kronik gut oluşabilir ve bu durum eklemlerde geri dönüşü olmayan hasarlara ve artroplastisi gibi cerrahi tedavilere sebep olabilir.

Bizim olgumuzda ki kadın hasta, 9 yıllık gut hastalığı tanısı olan ve premenopozal dönemde tanı konması sebebi ile sık görülmeyen bir grupta yer almaktadır. Hastamız postmenopozal dönemde düzensiz olarak Allopurinol ve Kolşisin tedavisi almıştır. Sağ el 2. parmak distal interfalangeal eklemden birkaç aylık artritik dönemden sonra kronikleşen tutulumu olan hasta uygun tedavi almadığı ve yanı sıra hipertansiyon obezite gibi risk faktörleri de eşlik etmesi nedeniyle eklemden geri dönüşsüz hasar gelişmiştir.

Sonuç

Erkeklerde daha sık görülen bir hastalık olan gutun postmenopozal obez kadınlarda ayak baş parmağı dışındaki eklemlere de yerleşebileceği ve kronik olgularda tofüslerin eklem harabiyeti yapabileceği bu nedenle tedavideki gecikmelerin cerrahi operasyonlara yol açabileceği klinik pratikte akıldan tutulmalıdır.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Kaynaklar

1. Porter R, Rousseau GS. Gout: The patrician malady. New Haven, Conn: Yale University Press; 1998.
2. Hak AE, Curhan GC, Grodstein F, Choi HK. Menopause, postmenopausal hormone use and risk of incident gout. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1305-9.
3. Dalbeth N, Clark B, McQueen F, Doyle A, Toylar W. Validation of a radiographic damage index in chronic gout. *Arthritis Rheum* 2009;57:1067-73.
4. Choi HK, Ford ES. Prevalence of metabolic syndrome in individuals with hyperuricemia. *Am J Med* 2007;120:442-7.
5. Arromdee E, Michet CJ, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE. Epidemiology of gout: is the incidence rising? *J Rheumatol* 2002;29:2403-6.
6. Hak AE, Choi HK. Menopause, postmenopausal hormone use and serum uric acid levels in US women—the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Res Ther* 2008;10:R116.
7. Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout part II: therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:1447-61.
8. Okamoto K, Nishino T. Crystal structures of mammalian xanthine oxidoreductase bound with various inhibitors: allopurinol, febuxostat, and FYX-051. *J Nippon Med Sch* 2008;75:2-3.
9. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:1431-46.