



GUTA LA ADULT

Guta – este o afecțiune cronică determinată de tulburarea metabolismului acidului uric, care se manifestă clinic prin artrită acută recidivantă și formarea nodulilor gutoși subcutanați (tofi), formați din acumulări de microcristale de urat monosodic monohidrat.

Codul bolii (CIM 10): M10.0

Cauzele hiperuricemiei

I. congenitală (gută primară)

dereglarea metabolismului acidului uric – la 90% pacienți, determinată de:

- ✓ defect enzimatic la nivel tubular
- ✓ defect al sistemelor enzimatice, ce participă în metabolismul purinelor

II. dereglare dobândită (gută secundară) – la 10% din pacienți:

pe fundalul unei producții excesive de acid uric în caz de:

- ✓ tumori maligne și afecțiuni mieloproliferative
- ✓ tratament cu citostatice și de iradiere
- ✓ anemii hemolitice și pernicioase
- ✓ policitemie
- ✓ dereglări metabolice (obezitate, dislipoproteinemii, ↑ trigliceridelor)
- ✓ endocrinopatii (hipotireoză, hiperparatiroidism, diabet zaharat)
- ✓ psoriazis generalizat
- ✓ sarcoidoză

pe fundalul deprimării renale tubulare a eliminării acidului uric în:

- ✓ intoxicații cronice cu plumb, cupru
- ✓ insuficiență renală cronică

Factorii care provoacă hiperuricemia (acces tranzitor sau acut)

1. Alimentație cu exces de purine (carne inclusiv de pasăre, pește gras, mărunti).
2. Administrarea unor medicamente (diuretice tiazidice, citostatice, Aspirină în doze mici, Warfarină, vitamină B12).
3. Abuz de alcool (în special – berea și băuturile tari).
4. Stări patologice, asociate cu acidoză sau hipercalcemie.
5. Deshidratare la expunerea la temperaturi înalte.
6. Pierdere ponderală rapidă – în hipoalbuminemie.
7. Suprasolicități fizice considerabile.
8. Suprarăcire a organismului.
9. Intervenții chirurgicale, hemoragii masive.
10. Traume, stresuri.

Criteriile de clasificare ale artritei gutoase cronice (S.L. Wallace et al., 1977)

A. Prezența cristalelor caracteristice de acid uric în lichidul sinovial

B. Prezența tofilor, ce conțin microcristale ale acidului 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
- 7) tumefierea asimetrică a unei articulații
- 8) tumefiere și dureri în articulația metatarsofalangiană I
- 9) suspexie de tofi gutoși
- 10) imagini chistice subcondrale fără eroziuni la examenul radiologic
- 11) hiperuricemie
- 12) culturi negative pentru bacterii în lichidul sinovial

Manifestările clinice ale gutei în funcție de evoluția clinică

I. Hiperuricemia asimptomatică:

1. La bărbații cu hiperuricemie primară valorile uricemiei încep să crească la vârsta pubertății.
2. La femei este prezent un risc genetic și hiperuricemia apare doar după menopauză.
3. În cazul hiperuricemiilor secundare unor defecte enzimatice specifice anomalia biochimică poate fi evidentă încă de la naștere.
4. La cei mai mulți indivizi cu risc genetic real uricemia nu crește înainte de intervenția unui/unor factori de mediu interni sau externi.

II. Simptomele accesului acut de gută:

1. Perioada prodromală (parestezii) – rar.
2. Debut subit, de obicei – noaptea.
3. Frecvent cu majorare a temperaturii corpului până la 40°C.
4. Instalare rapidă a modificărilor inflamatorii locale articulare – articulație tumefiată cu hiperemie, tegumente lucioase, tensionate, cu temperatură locală ridicată.
5. Durere în articulația afectată – senzație de arsură violentă, insuportabilă.
6. Monoartrita > oligoartrita.
7. Inițial afectate articulația metatarsofalangiană, articulația halucelui.
8. La 20-40% din pacienți sînt afectate articulația genunchiului, articulația gleznei, cotului, radiocarpiană; caracterul accesului – același.
9. Regresie rapidă a artritei pe fond de tratament cu Colhicină și AINS.
10. În perioada între accese – persoane sănătoase.

III. Guta intercritică:

1. Apare în urma primului și următoarelor episoade acute de boală și se caracterizează prin lipsa simptomelor articulare.
2. Durata este variabilă (de la 6 luni pînă la 2 ani).
3. Hiperuricemia este prezentă în majoritatea cazurilor.
4. Cristalele de urat se evidențiază în toate lichidele sinoviale la pacienții care nu urmează tratament hipouricemiant.

IV. Simptomele artropatiei cronice:

5. Se realizează pe fondul acceselor repetate de gută.
6. Intervalul dintre accese se reduce sau dispare.
7. Noduli gutoși subcutanați (tofi – indolori, denși, configurații ovale, delimitați de țesuturile adiacente, de la 1 mm pînă la 3 cm, mai frecvent la nivelul pavilionului urechii).
8. Sindrom algic permanent.
9. Limitări funcționale – contracturi de flexie.
10. Diformități ale labei piciorului – „picior gutos”, a mîinii – „mîină pseudoreumatoidă”.
11. Accese trenante gutoase – „status gutos”.
12. Afectare renală (accese de tubulopatie urică acută, urolitiază, nefropatie uratică cronică).

Exemple de stabilire a diagnosticului

1. Guta primară, variantă metabolică, artrită gutoasă acută a articulației metatarsofalangiene I pe dreapta în acutizare, IFA I.
2. Guta secundară, variantă mixtă, artrită gutoasă cronică cu afectarea preferențială a articulației talocrurale și a coartelor, osteoartroză deformantă secundară, IFA II, tofi la nivelul pavilionului urechilor, nefropatie gutoasă (urolitiază, pielonefrită cronică) IRC II A.

Criteriile de spitalizare

Criteriile de spitalizare a pacienților cu gută

- Adresare primară cu semne clinice de gută.
- Adresare repetată cu semne clinice de cronicizare a bolii.
- Apariția a semnelor complicațiilor gutei.
- Imposibilitate a îngrijirii și îndeplinirii tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu.
- Puseu inflamator intens și trenant; investigații și reconsiderare terapeutică.
- Reevaluarea pacientului în cazul rezistenței la tratament sau evoluției atipice a bolii.
- Comorbidități importante (obezitate, boli concomitente cronice).
- Ineficiența tratamentului remisiv.

Trepte obligatorii în conduita pacientului cu gută după stabilirea diagnosticului conform criteriilor Wallace și în funcție de varianta clinică a gutei

- Evaluarea factorilor de risc pentru hiperuricemie
- Excluderea influenței factorilor modificabili (diuretice, exces de alcool etc.)

Cercetările paraclinice

Obligatoriu:

- Hemoleucograma
- Analiza generală a urinei
- Nivelul acidului uric în ser și în urina
- Glicemia a jeun
- ECG

Recomandabil:

- Testul de toleranță la glucoză
- Testele biochimice (ureea, creatinina serică, proteina totală, albumina, bilirubina, AST, ALT, Fe seric, lipidograma)
- Radiografia cutiei toracice
- Radiografia articulației afectate

Măsurile de profilaxie

Profilaxia primară

În cazul constatării hiperuricemiei asimptomatice. * Regim alimentar echilibrat

Profilaxia secundară

Prevenirea unor atacuri următoare după stabilirea diagnosticului de gută.

Măsurile generale

- Consumul a cel puțin 2 litri de apă pe zi
- Alcalinizarea urinei cu citrat de calciu (60 mEq/zi) în cazul formării periodice a pietrelor
- Menținerea unei mase corporale ideale
- Reducerea consumului produselor bogate în purine (<200mg/zi). Evitarea consumului alimentelor din carne, subproduse (ficat, rinichi), fructe de mare, crustacee, produse secundare, sardine, pasăre salbatică etc.
- Excluderea consumului băuturilor alcoolice tari, berii, vinului dulce. Reducerea consumului de vin sec până la 150 ml în zi, nu mai frecvent de 3 zile în săptămână.
- Limitarea administrării medicamentelor (diuretice ș.a.)
- Limitarea efortului fizic excesiv

Profilaxia secundară medicamentoasă

Colchicină – 0,5 - 1 mg/zi – indicarea ei se face mai ales la cazurile severe și cu complicații

Se recomandă ca AINS selective sau neselective să fie administrate numai în caz dacă Colchicina nu este eficientă sau suportată și pentru o perioadă limită de 4 – 6 săptămâni.

Tratamentul

Tratamentul hiperuricemiei asimptomatice

Hiperuricemia asimptomatică necesită tratament numai în caz dacă nivelul acidului uric este constant mai mare de 0,54 mmol/l sau când există un risc major de acces acut sau de formare de calculi- urați.

1. Exerciții fizice moderate.
2. Evitarea exercițiilor fizice musculare.
3. Respectarea dietei.
4. Fitoterapia.
5. Evitarea traumatismului articulațiilor.
6. **Allopurinol** în doze 100 – 300 mg/24 de ore în cazul uricozuriei asimptomatice peste 900 mg/24 de ore.

Tratamentul acceselor acute de gută

1. Repaus (fizic și emoțional).
2. Respectarea dietei stricte.
3. AINS – **Diclofenac** 150 – 200 mg/24 de ore sau **Nimesulid** până la 200 mg/24h.
4. **Colchicină** – în caz de intoleranță sau contraindicații la AINS (per os - câte 0,5 - 0,6 mg fiecare oră până la unul din următoarele: stoparea accesului acut; atingerea dozei de 6 mg; apariția efectelor adverse gastrointestinale (greață, vomă, diaree). În zilele ulterioare se indică câte 0,5 - 1 mg în 24 de ore.
5. **Glucocorticosteroizi** – doar în caz de ineficiență a tratamentului cu AINS și Colchicină.

Afectarea a 1-2 articulații - i/articular:

Triamcinolon 40 mg în articulații mari, 5-20 mg în articulații mici sau **Betametazonă** 1,5 - 6 mg i/articular

N.B.! Pe parcursul unui an maxim se permit 2 injecții i/articular în aceeași articulație

Afectări multiple articulare – administrare sistemică:

Prednisolon 40-60 mg în 1 zi, după ce treptat de scăzut doza până la anularea preparatului sau **Triamcinolon** 60 mg i/m sau **Metilprednisolon** 50-150 mg i/v, după necesitate se repetă peste 24 de ore

Tratamentul gutei în perioada intercritică

1. Planificarea tratamentului de lungă durată.
2. Modificarea stilului de viață sau înlăturarea medicamentelor ce provoacă hiperuricemia rezultă în reducerea frecvenței acceselor acute de gută.
3. **Allopurinol** în doze de la 100 până 600 mg în 24 de ore cu scop terapeutic de menținere a normouricemiei.

Tratamentul artropatiei gutoase cronice

1. Respectarea dietei stricte.
 2. Excluderea medicamentelor ce cresc nivelul acidului uric.
 3. Menținerea unui pH alcalin al urinei.
 4. **Colchicină** – 0,5-1,0 mg/24 de ore (doză profilactică).
 5. **Allopurinol** – de la 100 până la 600 mg (doza este selectată în dependență de masa corporală a pacientului și nivelul uricemiei), începând de 100 mg/24 de ore, ulterior doza poate fi crescută până la atingerea normouricemiei, după ce doza este scăzută treptat (1-2 săptămâni) pe fond dinamic a uricemiei.
 6. **Probenicidul*** – 250 mg în 2-4 prize/24 de ore.
 7. **Azapropazonul*** – 250 mg de 2 ori/24 de ore.
 8. **Benzbromarona** - 50 mg, cu creștere progresivă, în funcție de rezultatul terapeutic, până la 2,0 g/zi, 2 ori/24 de ore.
- N.B.!** Tratamentul hipouricemiant se efectuează pe parcursul vieții, exceptând cazurile de hiperuricemie asimptomatică, intoleranță la preparat.
- N.B.!** * preparatul nu este înregistrat în Republica Moldova

Supravegherea pacienților cu gută de către medicul de familie

- În primul an de supraveghere – o dată la 3 luni
- În următorii ani (în caz de evoluție stabilă) – o dată la 6 luni
- Este necesar de îndeplinit „Formular de consultație la medicul de familie pentru gută” (anexa 1 din Protocolul clinic național)
- Evidența la medicul de familie - pacienții cu boală aflată în remisie și pacienții cu forme ușoare
- Cooperare cu specialiști – dietolog, reumatolog, nefrolog, endocrinolog, neurolog, balneofizioterapeut, psiholog, chirurg ș.a. (după necesitate)

Abrevierile folosite în document:

ALT – alaninaminotransferază

AST – aspartataminotransferază

AINS – antiinflamatorii nesteroidiene

i/v – intravenos

i/m – intramuscular

i/articular-intraarticular

