

Pacjent z napadem dny moczanowej

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska¹, dr n. med. Krzysztof Rell²

¹ Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy

² Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

MĘŻCZYZNA

WIEK: 41 lat

ZAWÓD: informatyk

WYWIAD:

- Pacjent zgłosił się do lekarza POZ z powodu bólu i obrzęku, ze wzmożonym uciepleniem i zaczerwienieniem wokół stawu śródstopno-palcowego stopy prawej. Ból, „trudny do zniesienia”, nasilał się przy zakładaniu obuwia i chodzeniu. Objawy pojawiły się nagle, po obudzeniu się, dodatkowo wystąpiły złe samopoczucie i dreszcze. Poprzedniego dnia miało miejsce spotkanie towarzyskie na działce połączone z „piwną imprezą grillową”. Pacjent negował uraz.
- Z wywiadu: chory pije 1 l piwa dziennie, w weekendy do 2,5 l piwa. Spożywa dużo tłustych posiłków mięsnych, często w fast foodach. Pali 20 papierosów dziennie. Neguje choroby przewlekłe.
- Podobny ból wystąpił 1,5 roku temu, po kolacji z dużą ilością alkoholu. Lekarz POZ rozpoznał wówczas napad dny moczanowej i zalecił kolchicynę. Po 1. dniu pojawiła się biegunka, lek odstawiono. Zalecono diklofenak 100 mg, po którym ból się zmniejszył, a po 10 dniach całkowicie ustąpił.

BADANIE FIZYKALNE:

- zaczerwienienie, obrzęk, wzmożone ucieplenie nad stawem śródstopno-paliczkowym I stopy prawej, wyraźna tkliwość podczas badania

- nasilenie bólu – 8 w skali wzrokowo-analogowej (VAS, *visual analogue scale*)
- temperatura ciała 37,1°C
- na małżowinie usznej prawej niewielki guzek (dnawy?)
- ciśnienie tętnicze krwi 132/81 mmHg
- czynność serca miarowa 68/min
- płuca osłuchowo – bez zmian
- brzuch miękki, bez oporów patologicznych, niebolesny
- masa ciała 73 kg, wzrost 182 cm.

BADANIA DODATKOWE:

- kwas moczowy w dniu wizyty 6,8 mg% (N), przed miesiącem 8,4 mg%, kreatynina 0,8 mg% (GFR > 60 ml/min/m²), aktywność transaminaz w normie
- USG stawu – podwójny kontur chrząstki (depozyty moczanu na powierzchni).

ROZPOZNANIE: napad dny moczanowej

ZALECENIA:

- diklofenak (Olfen 100 SR) raz dziennie przez 7–10 dni, do ustąpienia bólu
- okłady z lodu na zmieniony zapalnie staw.

ZALECENIA W PROFILAKTYCE KOLEJNYCH NAPADÓW:

- w kolejnym napadzie jak najwcześniejsze zastosowanie diklofenaku 100 mg
- edukacja – zapobieganie napadom – postępowanie nefarmakologiczne: ograniczenie spożycia alkoholu (piwa), tłustych mięs, owoców morza, napojów wysokosłodzonych o wysokiej zawartości fruktozy
- po blisko 2 tygodniach od ustąpienia napadu dny allopuryinol 1 × 100 mg (zmniejszenie stężenia kwasu moczowego); dawkę allopuryinolu należy stopniowo zwiększać aż do uzyskania prawidłowego stężenia kwasu moczowego
- w uzgodnieniu z pacjentem profilaktyka ostrych napadów w czasie 3–6 miesięcy leczenia allopurynolem.

PODSUMOWANIE:

Ostre objawy bólowe zmniejszyły się po 1. dobie stosowania diklofenaku (Olfen 100 SR) i całkowicie ustąpiły po tygodniu leczenia.

KOMENTARZ:

Dna moczanowa jest częstą chorobą zapalną stawów. Występuje u 1–2% polskiej populacji. Mężczyźni chorują 6 razy częściej, szczególnie po 65. r.ż. Dna pojawia się częściej u osób otyłych, z nadciśnieniem tętniczym, z cukrzycą, nadużywających alkoholu, z chorobami nerek i chorobami nowotworowymi. Ostry napad dny moczanowej z reguły dotyczy jednego stawu, najczęściej stawu śródstopno-paliczkowego (atak podagry). Wystąpienie ataku spowodowane jest często spożyciem piwa lub innego alkoholu oraz pokarmów z wysoką zawartością puryn. Napad może też być wywołany nadmiernym wysiłkiem fizycznym bądź odwodnieniem (diuretyki). Po kilkunastu latach dna moczanowa często przechodzi w fazę przewlekłą; objawy choroby, zazwyczaj o mniejszym nasileniu, występują stale. W zaawansowanej postaci choroby dochodzi także do zajęcia innych narządów. Dna moczanowa spowodowana jest odkładaniem w tkankach kryształów moczanu sodu, który wytrąca się po przekroczeniu granic rozpuszczalności (powyżej 6,8 mg/dl). Kryształy silnie pobudzają komórki zapalne, uwalniane są cytokiny prozapalne i enzymy lizosomalne. Konsekwencją jest ostry stan zapalny – napad dny moczanowej [1]. Odkładające się złogi kryształów moczanu sodu powodują niszczenie chrząstki i nasad kostnych (nadżerki w badaniu radiologicznym – objaw późny), a także otaczające ścięgna i więzadła, co prowadzi do zniekształceń stawów i do niesprawności. Złogi moczanów (guzki dnawe) najczęściej zlokalizowane są w okolicy stawów, w tkance podskórnej w częściach ciała narażonych na oziębienie, z wolnym przepływem krwi (np. obrąbek małżowiny usznej, palce stóp i rąk, okolica łokcia). U pacjentów z dną moczanową z reguły stwierdza się podwyższone stężenie kwasu moczowego. Hiperurykemia nie jest jednoznaczna z rozpoznaniem dny. Stężenia kwasu moczowego nie należy oznaczać w czasie ostrego napadu dny – w tym czasie jest ono zwykle prawidłowe lub nawet niskie. Złotym standardem rozpoznawania dny jest stwierdzenie obecności kryształów moczanu sodu w płynie stawowym lub tkankach. W przypadku braku możliwości wykonania badania dnę można rozpoznać na podstawie klasycznego obrazu klinicznego [2]. Pomocne są nieinwazyjne badania obrazowe, uwidoczniające depozyty moczanu sodowego [3]. W USG double contour sign – podwójny kontur, depozyty moczanu na powierzchni chrząstki, obraz „chmury burzowej” (kryształy moczanu w obrębie stawu) lub guzki w obrębie ścięgien. Innym badaniem jest DECT (*dual energy computed tomography*). Klasyczne badanie radiograficzne uwidocznia zaawansowane zmiany: nadżerki ze sklerotycznymi otoczkami, geody, zwężenie szpar stawowych, odczyn proliferacyjny, silniejsze wysycenie cienia tkanek miękkich (złogi) [2].

W ostrym napadzie dny stosuje się leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne. Zgodnie z najnowszymi zaleceniami z 2020 r. w ostrym napadzie dny rekomendowane są kolchicina, NLPZ lub glikokortykosteroidy; zalecenia nie precyzują terapii pierwszego rzutu. Nie określają również konkretnego NLPZ [1]. W opisywanym przypadku nie zdecydowano się na podawanie kolchicyny ze względu na złą tolerancję leku podczas poprzedniego napadu [4]. NLPZ powinien być dobrany indywidualnie z uwzględnieniem wskazania rejestracyjnego, siły działania i profilu bezpieczeństwa, obciążenia chorobami współistniejącymi, z uwzględnieniem skuteczności i tolerancji wcześniejszego leczenia pacjenta. Diklofenak hamuje aktywność cyklooksygenazy COX-2 w miejscu zapalenia, a także przechodzenie leukocytów przez ścianę naczyń. Z tym można wiązać szczególnie silny efekt przeciwbólowy i przeciwzapalny leku [5]. Diklofenak (jak wszystkie NLPZ) w leczeniu ostrego napadu dny należy stosować w dużych dawkach przez możliwie krótki czas. Dzięki specjalnej formule leku Olfen 100 SR zapewniającej powolne uwalnianie możliwe jest stosowanie leku raz na dobę [6]. Leczenie napadu dny należy rozpocząć jak najszybciej pełną dawką wybranego leku przeciwzapalnego, najlepiej w ciągu kilku godzin od wystąpienia objawów. Gwarantuje to szybsze i pełniejsze ustąpienie objawów. Lek podaje się przez 7–10 dni do ustąpienia objawów, po osiągnięciu złagodzenia objawów w zmniejszonych dawkach [7]. Ocenia się, że po 24 h od zastosowania pierwszej dawki diklofenaku u 73% pacjentów dochodzi do redukcji bólu o co najmniej 50%, u 86% obrzęk zmniejsza się o co najmniej 50%, a u 27% pacjentów poprawia się o co najmniej 50% funkcjonowanie zajętego stawu. Częstość działań niepożądanych w krótkotrwałej terapii napadu dny była niższa niż po placebo (3% vs 13%) [8]. Diklofenak jest jednym z bezpieczniejszych NLPZ dla przewodu pokarmowego. Działa pięciokrotnie silniej na cyklooksygenazę COX-2 niż COX-1, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia śluzówki żołądka. Ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego po diklofenaku jest jednym z najmniejszych wśród różnych NLPZ [9, 10]. U pacjentów z dużym ryzykiem żołądkowo-jelitowym diklofenak należy stosować z inhibitorami pompy protonowej.

Wspomagająca terapia niefarmakologiczna ostrego napadu dny polega na odciążeniu stawu przez 1–2 dni oraz chłodzeniu mrożonymi okładami. Zgodnie z zaleceniami reumatologicznymi dna moczanowa wymaga także terapii ukierunkowanej na cel (T2T, *treat to target*), którym jest długotrwałe obniżenie stężenia kwasu moczowego do < 6 mg/dl (najlepiej < 5 mg/dl), co daje szansę na wyleczenie. W okresie stosowania leków obniżających stężenie kwasu moczowego (3–6 miesięcy od napadu) zaleca się profilaktykę kolejnego napadu. W czasie ataku dny moczano-

wej nie włączamy leków obniżających stężenia kwasu moczowego. Jeśli leki te były wcześniej stosowane w czasie ostrego napadu dny, nie modyfikujemy dawek.

PIŚMIENNICTWO

1. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res.* 2020; 0(0): 1-17.
2. Richette P, Doherty M, Pascual E et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. *Ann Rheum Dis.* 2020; 79(1): 31-8.
3. Grainger R, Dalbeth N, Keen H et al. Imaging as an outcome measure in gout studies: report from the OMERACT Gout Working Group. *J Rheumatol.* 2015; 42(12): 2460-4.
4. Goncerz G, Tuchocka-Kaczmarek A. Leczenie dny moczanowej. Podsumowanie wytycznych American College of Rheumatology 2020. *Med Prakt.* 2021; 4: 48-58.
5. Woron J, Filipczak-Bryniarska J, Engels Z. Nieopiodowe leki przeciwbólowe w terapii bólu. In: Malec-Milewska M, Krajnik M, Wordliczek J (ed). *Chory na nowotwór – kompendium leczenia bólu.* Medical Educaton, Warszawa 2013: 55-7.
6. Olfen. Charakterystyka produktu leczniczego.
7. Gaffo AL. Literature review current through: Feb 2022 (access: 3.02.2022).
8. van Durme CM, Wechalekar MD, Landewé RB et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 12(12): CD010120. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010120.pub3>.
9. Laporte JR, Ibáñez L, Vidal X et al. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. *Drug-Saf.* 2004; 27: 411-20.
10. Massó González EL, Patrignani P, Tacconelli S et al. Variability among nonsteroidal antiinflammatory drugs in risk of upper gastrointestinal bleeding. *Arthritis Rheum.* 2010; 62(6): 1592-601.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Maria Rell-Bakalarska

Rheuma Medicus, Specjalistyczne Centrum Reumatologii i Osteoporozy
ul. Pruszkowska 6, 02-118 Warszawa

dr n. med. Krzysztof Rell

Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa