

GICHT

Die Tücken der Diagnostik

Monika Reuss-Borst,
Anne-Kathrin Tausche

Gicht erkennt der Hausarzt meist anhand der klassischen Anzeichen nach einem akuten Gichtanfall des Patienten, wie starke Schmerzen und Schwellungen am betroffenen Gelenk. Ein solcher Anfall tritt oft als extrem schmerzhaftes Monarthrit auf, die zu 60 – 80 % das Großzehengrundgelenk (Podagra), seltener den gesamten Vorfuß (Tarsitis) oder auch die Kniegelenke (Gonagra) betrifft. Der Anfall ereignet sich meist akut in der Nacht – mit extremer Berührungs- und Druckempfindlichkeit am geschwellenen, geröteten Gelenk. Die Diagnose einer Gicht ist jedoch nicht immer so einfach.

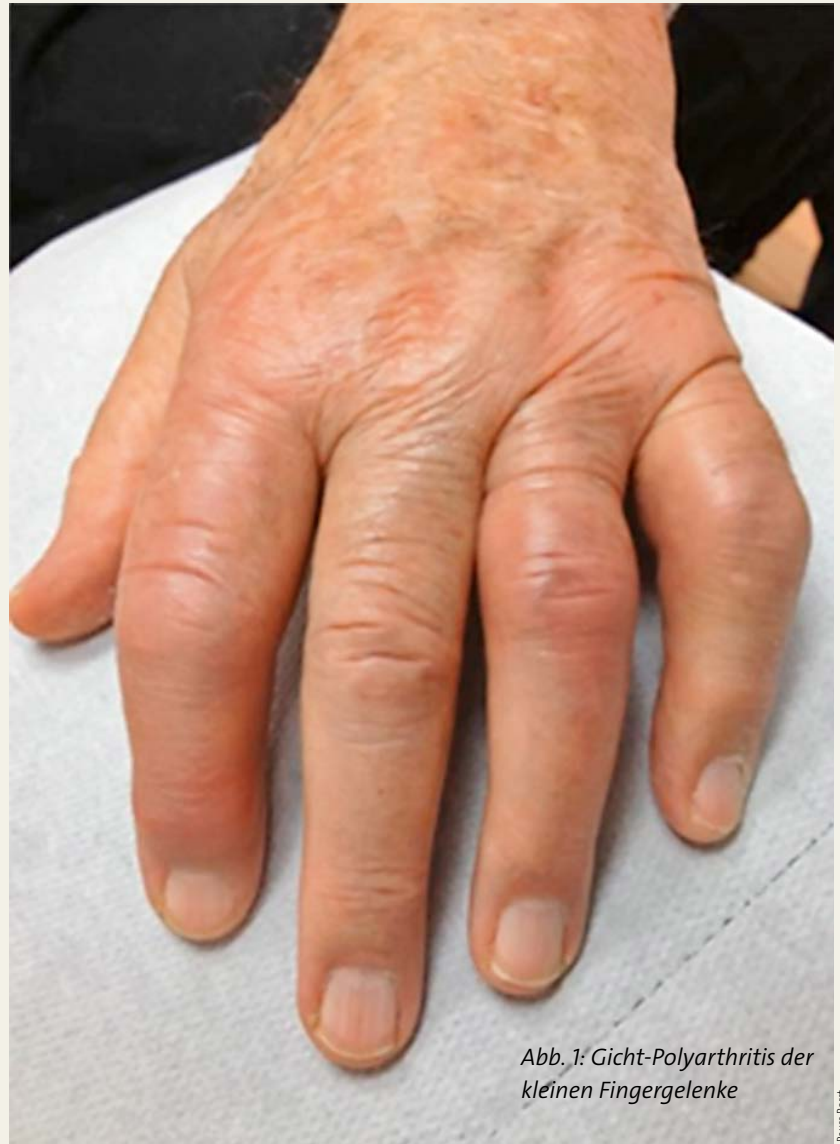


Abb. 1: Gicht-Polyarthrit der kleinen Fingergelenke

Reuss-Borst

Kasuistik

Ein 75-jähriger Patient hat schmerzhaftes Schwellungen im linken Handgelenk und an mehreren Fingergelenken (Abb. 1) – eine ausgeprägte Entzündungskonstellation. Der Harnsäurewert ist jedoch mit 4,3 mg/dl (258 $\mu\text{mol/l}$) nicht erhöht. Der Patient berichtet über frühere und mehrfache Gichtanfälle im Großzehengrundgelenk.

Bei klinischem Verdacht auf eine Gichtarthritis sollte immer zwei bis vier Wochen nach dem Anfall erneut die Harnsäure bestimmt werden, da sie bei entzündlichen Zuständen stärker ausgeschieden wird. Der Serumharnsäurewert ist somit falsch niedrig. Sind schon früher hohe Harnsäurewerte dokumentiert worden, spricht dies typischerweise für eine Gichtarthritis. Hilfreich ist hier ein klinischer Diagnose-Score [4, 6] (Tabelle 1). Zudem sollten bei einer Monarthritis auch andere Differenzialdiagnosen bedacht werden (vgl. Tabelle 2). Durch den polarisationsmikroskopischen Nachweis negativ-doppelbrechender Harnsäurekristalle lässt sich die Diagnose sichern (Abb. 2). Bei einer infektiösen Komplikation können Erreger und Harnsäurekristalle auch gleichzeitig in einem Gelenk auftreten [16]. An einer Gelenkpunktion sollte der Arzt immer dann denken, wenn eine septische Arthritis differenzialdiagnostisch ausgeschlossen ist.

Was tun, wenn eine Gelenkpunktion nicht möglich ist?

Hier kann es sinnvoll sein, Colchicin als Diagnostikum probeweise zu geben. Denn bei Gicht (wie auch bei anderen Kristallarthritis, wie der CPPD-Arthritis) lindert es rasch die Beschwerden. Mit der Gelenksonographie

TABELLE 1

Klinischer Diagnose-Score [4, 6]

Charakteristika	Punkte
Männliches Geschlecht	2
Vorangegangene Arthritis-Attacken (vom Patienten berichtet)	2
Auftreten innerhalb von 24 Stunden	0,5
Rötung des betroffenen Gelenks	1
Beteiligung des Großzehengrundgelenks	2,5
Arterielle Hypertonie oder ≥ 1 kardiovaskuläre Erkrankung	1,5
Hyperurikämie im Serum ($> 5,88$ mg/dl)	3,5
Maximalscore	13

Positiver prädiktiver Vorhersagewert bei Score von ≥ 8 Punkten: 0,87
 Negativer prädiktiver Vorhersagewert bei Score von ≤ 4 Punkten: 0,95

Eine normale Serumharnsäure zum Zeitpunkt einer akuten Arthritis schließt die Diagnose einer Gicht nicht aus!

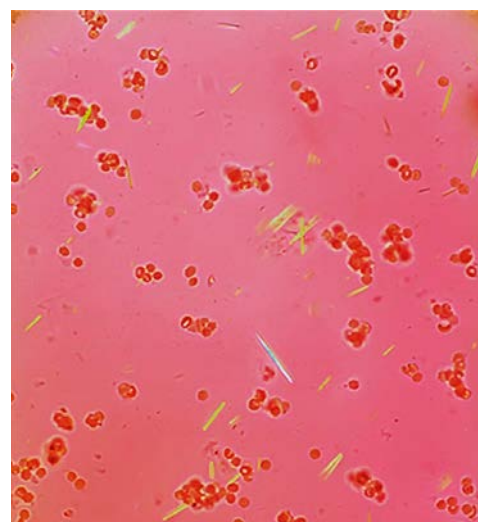


Abb.2 Polarisationsmikroskopischer Befund (400-fache Vergrößerung): In der Synovialflüssigkeit des Kniegelenks finden sich – neben Erythrozyten – viele Harnsäure- (Natriumurat-) Kristalle. Lichtmikroskopisch sind sie bereits nachweisbar, besonders gut jedoch in polarisiertem Licht.

lassen sich für eine Gichtarthritis pathognomonische Befunde dokumentieren (Abb. 3). Bei dieser Methode übernimmt aber meist der erfahrene Rheumatologe.

Nicht immer liegt nur eine Monarthritis vor

Die Prävalenz der Gicht nimmt mit dem Alter zu [7]. Bei älteren Patienten manifestiert sie sich oft als Polyarthritis, häufig der Hand- und auch der kleinen Fingergelenke. Eine aktivierte Fingerpolyarthrose oder auch eine Alters-RA (Rheumatoide Arthritis) sind vom Arzt differenzialdiagnostisch abzugrenzen.

TABELLE 2

Differenzialdiagnose Monarthritis

- Arthritis urica (Gichtanfall)
- Andere Kristallarthritis, wie die Kalziumpyrophosphat-Dihydrat-(CPPD)-Arthritis (früher: „Pseudogicht“ bei Chondrokalzinose)
- Septische (infektiöse) Arthritis
- Aktivierte Arthrose
- Reaktive Arthritis
- Rheumatoide Arthritis
- Psoriasisarthritis
- Lyme-Arthritis
- Arthritis bei Sarkoidose

Häufig eingesetzte Medikamente zur Therapie der Arthritis urica

Indikation	Präparat	Dosis	Nebenwirkungen/Bemerkungen
Akuttherapie			
Therapie des Anfalls			
	NSAR/Coxibe	maximale NSAR-Dosis Etoricoxib: 120 mg p.o./d	cave: Komorbiditäten (z. B. eingeschränkte Nierenfunktion, KHK, GI-Anamnese) Cave: Zahlreiche Medikamenten-Interaktionen
	Colchicin	1 mg, dann 3 x 0,5 mg/d p.o. Anfallsprophylaxe: 0,5 – 1 mg/d p.o.	cave: Dosisreduktion bei eingeschränkter Nierenfunktion, Medikamenteninteraktionen (z. B. Statine)
	Steroide	Prednisolon 0,5 mg/kg KG/d p.o. (für einige Tage)	auch einmalige intraartikuläre Gabe möglich gute Therapieoption bei eingeschränkter Nierenfunktion kurzfristig meist gute Verträglichkeit

Kausale Langzeittherapie (Harnsäuresenkung)

Urikostatika			
Xanthin-oxidase-Hemmung	Allopurinol	Startdosis: 100 mg/d einschleichende Dosierung max. 300 – 600 mg/d p.o. + Anfallsprophylaxe mit Colchicin zu Therapiebeginn (1 – 2 x 0,5 mg/d über die ersten Monate)	gastrointestinal Nebenwirkungen Leberfunktionsstörungen Selten: Generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen z. B. Stevens-Johnson-Syndrom Dosisreduktion bei eingeschränkter Nierenfunktion nicht gleichzeitig mit Mercaptopurin/Azathioprin
Xanthin-oxidase-Hemmung	Febuxostat	80 bzw. 120 mg/d p.o. + Anfallsprophylaxe mit Colchicin (s. o.)	Kopfschmerzen gastrointestinale NW Leberfunktionsstörungen Hautausschläge keine Dosisreduktion bis GFR von 30 ml/min keine gleichzeitige Gabe von Mercaptopurin und Azathioprin

Urikosurikum

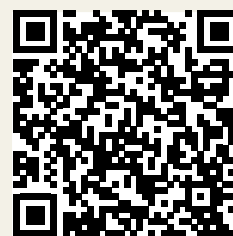
Hemmung der Harnsäure-Reabsorption	Benzbromaron Zweitlinientherapie ggf. in Kombination mit Urikostatikum	50 – 100 mg/d p.o. Kontraindikation: Nephrolithiasis + Anfallsprophylaxe mit Colchicin (s.o.)	Kopfschmerzen gastrointestinale Nebenwirkungen allergische Reaktionen
------------------------------------	--	---	---

Gicht und rheumatische Erkrankungen

Eine Gicht kann auch mit einer rheumatoiden Arthritis und anderen rheumatischen Erkrankungen einhergehen. So liegt bei Patienten mit einer Psoriasisarthritis das Gichtisiko um den Faktor 4,95 höher [8]. Zudem manifestiert sich diese Stoffwechselerkrankung bevorzugt in arthrotischen Gelenken

Gicht manifestiert sich bevorzugt in arthrotischen Gelenken und fördert umgekehrt die Entstehung einer Arthrose.

Artikel zu
verwandtem Thema



www.allgemeinarzt-online.de/a/1797179

und fördert umgekehrt auch die Progression der Arthrose.

Tophi können vielfältige Symptome auslösen

Harnsäure kann sich in Form von Tophi fast überall im Körper ablagern. Dies ist auch schon subklinisch vor Manifestation des ersten Anfalls möglich („subklinische Gicht“). Neben den typischen Prädispositionsstellen für Tophi am Ohr („Gichtperlen“), an den Fingern oder an den Unterarmstreckseiten, beschreibt die Literatur auch Harnsäureablagerungen bzw. Tophi in fast allen Organen und Strukturen, z. B. in Auge, Herz, Haut oder Rückenmark [13].

Harnsäurekristalle können sich auch in den kleinen Wirbelgelenken, in den ISG-Gelenken sowie in anderen muskuloskeletalen Strukturen (z.B. Sehnen) ablagern und rheumatische Beschwerden hervorrufen. Mit der sogenannten Dual-Energy-CT (DECT)-Untersuchung, die es bislang nur an Zentren gibt, lassen sich heute Harnsäureablagerungen in den unterschiedlichsten Organen herausfinden (Abb. 4).

Therapie des akuten Gichtanfalls

Die Therapie des akuten Gichtanfalls erfolgt mit Colchicin (heute niedrig-dosiert) [15], Glukokortikoiden oder nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR). Bestehende Komorbiditäten und Kontraindikationen muss man dabei berücksichtigen (Tabelle 3). Die Therapie sollte so früh wie möglich einsetzen und bis zum Abklingen der klinischen Symptome fortgeführt werden [5].

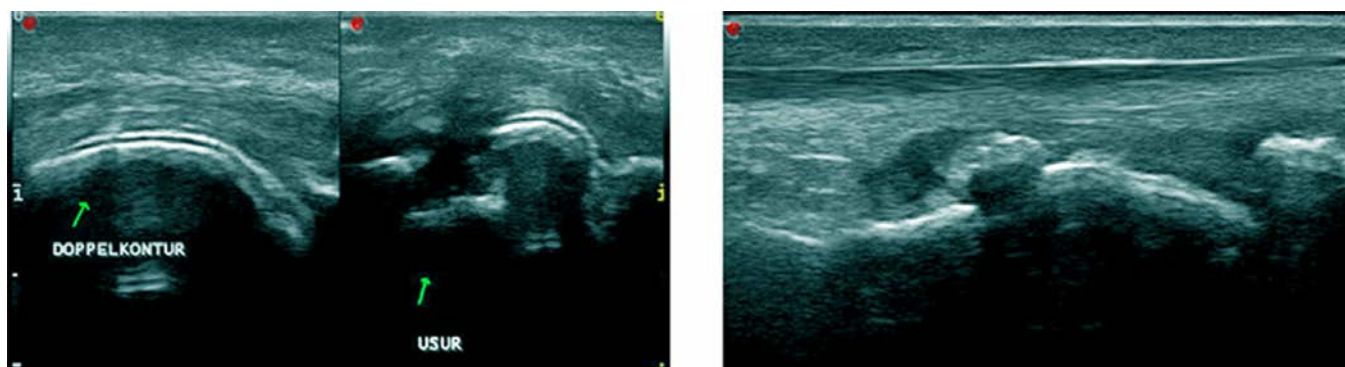


Abb. 3: Gelenksonographie bei einem Gichtpatienten: Nachweis einer Doppelkontur, einer Usur sowie von echoinhomogenen, wolkigen periartikulären Strukturen im MTP-I-Gelenk.

Harnsäuresenkung als kausale Therapie der Gichtarthritis

Die Harnsäuresenkung gilt als die kausale Langzeit-Therapie der Gicht. Nicht-medikamentöse Maßnahmen, z.B. purinarmer Kost, Gewichtsreduktion, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und eine ausführliche Aufklärung des Patienten



Abb. 4 Dual-Energy-Computer-Tomografie (DECT): Ausgeprägte Natriumurat-Ablagerungen (grün) im Bereich der Handwurzel bei einer 69-jährigen Patientin, bei der eine Polyarthrit klinisch an eine spätmanifeste rheumatoide Arthritis denken ließ

Eine Anfallsprophylaxe zu Beginn der harnsäuresenkenden Therapie ist wichtig.

über seine Erkrankung bilden die Basis für eine erfolgreiche Therapie. Da eine dauerhafte Harnsäuresenkung mit nicht-medikamentösen Interventionen meist nicht gelingt, ist heute frühzeitig (bei gesicherter Gicht) eine konsequente medikamentöse Harnsäuresenkung empfohlen. Diese kann der Arzt schon im Anfall beginnen [14].

Eine Anfallsprophylaxe zum Start der harnsäuresenkenden Therapie mit niedrig-dosiertem

Colchicin (0,5 – 1 mg/l) ist wichtig, um die Therapieadhärenz zu verbessern. Therapieziel ist, den Harnsäurewert dauerhaft auf < 6 mg/dl (360 µmol/l), bei hoher Harnsäure-Last (z.B. Tophi) auf < 5mg/dl (300µmol/l) zu senken. So werden weitere Gichtanfälle verhindert (Remission der Erkrankung) [11, 12]. Der mikroskopische Harnsäurenachweis in den Gelenken ist dann auch wieder negativ [10], Tophi bilden sich zurück.

Neben Allopurinol wird heute vor allem Febuxostat als Xanthinoxidasehemmer (Urikostatika) eingesetzt [1, 2, 3]. Febuxostat kann auch bei eingeschränkter Nierenfunktion (bis GFR 30 ml/min) ohne Dosisreduktion verordnet werden. Urikosurika sind Zweitlinienpräparate, man kann sie mit Urikostatika kombinieren.

Die harnsäuresenkende Therapie sollte über mindestens fünf Jahre konsequent fortgesetzt werden [9]. Insbesondere zu Behandlungsbeginn sind regelmäßige Harnsäurekontrollen angezeigt, um eine suffiziente Harnsäuresenkung (Zielwerterreichung) und auch eine gute Therapieadhärenz des betroffenen Patienten sicherzustellen. ■

Prof. Dr. med. Monika Reuss-Borst (Foto)
Dr. med. Anne-Kathrin Tausche²

1) Fachärztin für Innere Medizin
97708 Bad Bocklet
2) Med. Klinik u. Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU
01307 Dresden

INTERESSENKONFLIKTE:
Der Autor hat keine deklariert.



Diesen Beitrag sowie die vollständige Literaturliste finden Sie auch unter
www.allgemeinartz-online.de