

Akuter Gichtanfall

MONIKA A. REUSS-BORST

Ein 45-jähriger Mann stellt sich mit einer ausgeprägten Schwellung des linken Kniegelenkes vor. Die Symptomatik besteht seit zehn Stunden und ist äußerst schmerzhaft. Er berichtet auf Nachfrage über einen ersten Gichtanfall im Großzehengrundgelenk vor sechs Monaten sowie über eine (gewollte) deutliche Gewichtsreduktion.

© Marazzi/SPU/Agentur Focus



Diagnostik

- Die Inspektion und Palpation zeigt ein überwärmtes, gerötetes, schmerzhaft in der Beweglichkeit eingeschränktes Gelenk.
- Die Körpertemperatur beträgt 38,0 °C.
- Labor: Leukozyten 11 600/µl; Harnsäure 8,9 mg/dl; Kreatinin 0,7 mg/dl; CRP 56 mg/l;
- Sonografie: suprapatellarer Erguss mit deutlicher Synovialitis und ausgeprägter Vaskularisation im Power-Mode.
- Gelenkpunktion: Nachweis von multiplen nadelförmigen Kristallen im Nativpräparat. Untersuchung im Polarisationsmikroskop sowie auf Bakterien wird veranlasst!

Soforttherapie

Allgemeine Maßnahmen
Ruhigstellung des Gelenks. Lokale Kryotherapie.

Medikamentöse Therapie

Colchicin: Altbewährtes Medikament mit geringer therapeutischer Breite (Diarrhöen, Bauchschmerzen, Übelkeit), wobei eine Tagesdosis von 2 mg/d ähnlich effektiv ist wie 4 mg/d; kann als Diagnostikum eingesetzt werden, wirksam bei allen Kristallarthropathien.
Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR): Rasch und in ausreichend hoher Dosierung eingesetzt, heute Medikamente der 1. Wahl. Es konnte keine Überlegenheit eines bestimmten NSARs gezeigt werden. Entscheidend ist die ausreichend hohe Dosierung, z. B. Diclofenac (150 mg/d) oder Ibuprofen (2400 mg/d). Zugelassen

für den akuten Gichtanfall ist auch Etoricoxib (120 mg/d). Bei erhöhtem gastrointestinalem Risiko (Ulkus in der Anamnese, hohes Alter, Koagulanzenztherapie etc.) Ulkusprophylaxe erwägen!
Steroide: Z. B. Prednisolon 25–35 mg/d; Alternative bei eingeschränkter Nierenfunktion, Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Harnsäuresenkende kausale (Dauer-)Therapie

Zielwert: Harnsäure < 6 mg/dl (= unterhalb des Sättigungspunktes der Harnsäure (HS)!)

Diätetische Maßnahmen

Purinarme Kost (weitgehender Verzicht auf Innereien, Hülsenfrüchte etc.), Einschränkung des Alkoholkonsums (v. a. Bier). Milchprodukte senken HS-Spiegel. Ausreichende Flüssigkeitszufuhr für optimale renale HS-Elimination wichtig. Bei übergewichtigen Patienten moderate (!) Gewichtsreduktion (max. 1 kg/Woche).

Medikamentöse Therapie

Urikostatika: Allopurinol (100–300 mg/d) ist Medikament der 1. Wahl. Bei Niereninsuffizienz Dosisanpassung! Optimaler Therapiebeginn ca. 14 Tage nach dem Anfall, ggf. Anfallsprophylaxe mit Colchicin. Bei Niereninsuffizienz, Allopurinolunverträglichkeit oder unzureichender Wirkung steht mit Febuxostat (80 mg bzw. 120 mg/d) zwischenzeitlich ein weiterer Xanthinoxidasehemmer zur Verfügung.
Urikosurika: Medikamente der 2. Wahl. Kontraindiziert bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Uratnephropathie und Harnsäureüberproduktion. Empfohlen wird: einschleichende Dosierung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Harn-Neutralisierung (pH-Wert von 6,5–7).

- Prof. Dr. med. Monika Reuss-Borst, Klinik Am Kurpark, Fachklinik für Rheumatologie und Onkologie, Bad Kissinger, E-Mail: m.reuss-borst@rehaklinik-am-kurpark.de

Tabelle 1

Differenzialdiagnostik Monarthritis

- Arthritis urica
- Septische (infektiöse) Arthritis
- Andere Kristallarthropathien (Chondrocalcinose, Hydroxylapatitkrankheit)
- Aktivierete Arthrose
- Reaktive Arthritis
- Rheumatoide Arthritis
- Borreliose
- Sarkoidose

Zu beachten

- Anamnese (z. B. Familienanamnese, frühere Anfälle, Trigger) und Untersuchungsbefund sind wegweisend!
- Die Harnsäure kann beim Anfall im Normbereich sein; deshalb Harnsäurekontrolle im Intervall.
- Sicherung der Diagnose (wenn möglich!) durch Kristallnachweis.
- Bei DD septische Arthritis immer Gelenkpunktion! Kristalle und Bakterien können gleichzeitig im Gelenkpunktat nachweisbar sein!