



Case Report: Juvenile Tophaceous Gout

Olgu Sunumu: Jüvenil Tofüslü GUT

Jüvenil Tofüslü GUT / Juvenile Tophaceous Gout

Şeyma Güneş¹, Yıldız Okuturlar¹, Barış Yılmaz², Sibel Yılmaz Öner², Özlem Harmankaya¹
¹İç Hastalıkları Kliniği, ²Romatoloji Kliniği, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Bu olgu, 4. İstanbul Dahiliye Klinikleri Buluşması, 14-15 Kasım 2014, Cevahir Asia Hotel, İstanbul' da poster olarak sunulmuştur.

Özet

Gut, tekrarlayıcı artrit atakları ile seyreden metabolik bir hastalıktır. Yaş ile birlikte görülme sıklığı artmıştır. Klinik bulgular, tekrarlayan akut artrit atakları, eklem ve dokularda tofus oluşumu, ürik asit taşları ve gut nefropatisini içerir. Tofüs gelişimi, gut artritinin geç dönem komplikasyonlarından biridir. Burada jüvenil başlangıçlı gut artriti olan bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Gut; Tofüs; Artrit

Abstract

Gout is a metabolic disease that manifests as recurrent arthritis. Its incidence increases with age. Clinical findings include recurrent acute arthritis, tophus at joints and tissues, uric acid stones and gouty nephropathy. Tophi is a late period complication of arthritis. In this casereport we presented a patient with early-onset juvenile tophaceous gout.

Keywords

Gout; Tophus; Arthritis

DOI: 10.4328/JCAM.3602

Received: 15.05.2015 Accepted: 21.06.2015 Printed: 01.08.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 542-4

Corresponding Author: Yıldız Okuturlar, İç Hastalıkları Kliniği, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, A Blok, 2. Kat, İstanbul, Türkiye.

GSM: +905321200893 E-Mail: y.okuturlar@gmail.com

Giriş

Poliartiküler gut; inflamatuvar poliartrit ayırıcı tanısında başta romatoid artrit olmak üzere psöriatik artrit, reaktif artrit, enteropatik artrit, akut romatizmal ateşle birlikte ilk akla gelen hastalıklardandır.

Gut, pürin metabolizmasının son ürünü olan ürik asitin yüksek serum düzeyleri, eklem içinde ve dokularda monosodyum urat kristallerinin birikimi ile seyreden yaygın bir metabolik hastalıktır [1]. Gut hastalığının insidans ve prevalansı dünya çapında giderek artmaktadır. Gut prevalansı, 45-64 yaş arasında yaklaşık olarak %0,17 iken, 75 yaş ve üzerinde %0,41 lere kadar çıkar [2]. Klinik bulgular, tekrarlayan akut artrit atakları, eklem ve dokularda tofus oluşumu, ürik asit taşları ve gut nefropatisini içerir [3-5]. Gut, ağrılı akut artrit atakları ile seyreden kendini sınırlayan inflamatuvar bir artritir [6]. Genelde başlangıçta tek eklem etkilenirken, tekrarlayan ataklarda poliartiküler tutulum görülebilmektedir. Hastalar genellikle birinci metatarsfalangial eklemden itibaren, tekrarlayan ataklarda poliartiküler tutulumla birlikte şiddetli ağrı ve kızarıklık şikayeti ile başvururlar [7]. Ek olarak, tarsal eklemler, ayak bileği ve diz eklemi de sık tutulabilmektedir. Bir grup hastada çok sayıda akut monoartiküler artrit atağından sonra, romatoid artrit karışabilecek poliartiküler tutulum görülebilmektedir. Çok daha nadiren de hastalık kendisini hiç sinovit olmadan periartiküler tofuslarla gösterebilmektedir [8]. Genç yaşlarda ortaya çıkan gut tablosu tanı ve tedavide güçlükler yaratabilir. Bu durumda genç bir gut hastasında enzim defektleri, kalıtsal renal tübüler hastalıklar veya herediter nefrit gibi durumlar akla gelmelidir [6,7]. Burada ilk atağını 16 yaşında geçiren tofuslü gut tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

21 yaşında erkek hasta her iki ayak bileği, diz, el ve ayak parmak eklemlerinde ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın ilk defa 5 yıl önce ayak başparmak ekleminde şişlik ve ağrı şikayeti olmuş. Son 2-3 yıldır tekrarlayan ayak parmağı, ayak bileği eklemlerinde şişlik ve ağrı olmuş. Hasta son aylarda her iki dirsek dış yüzünde, sağ 5. parmak sırtında, her iki kulak kepçesinde ve deri altında yuvarlak, sert kitleler geliştiğini belirtti. Eklem yakınmasının son 4 aydır arttığını ifade etmekteydi. Ailesinde romatizmal hastalık öyküsü olmadığı öğrenildi. Özgeçmişinde obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalığı, böbrek taşı veya hastalığı ve alkol kullanma öyküsü yoktu. Hasta ürik asit düzeyini etkileyebilecek diüretik ve benzeri ilaç kullanmamıştı. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil, sistemik muayenesi normaldi. Kas iskelet sistemi muayenesinde boyun, omuz ve dirsek hareketleri açık, ağrısızdı. En büyüğü sağ el 5. parmak proksimal interfalangial (PİF) ve distal interfalangial (DİF) eklemi içine alan 4x2 cm (Resim 1), sol el 5. parmak DİF dış yüzünde, her iki kulak kepçesinde 0,5x0,5 cm (Resim 2), sağ el 1. ve 2. parmak iç yüzünde 0,2x0,2 cm, çok sayıda tofaköz nodüller tespit edildi. Bilateral el bilek hareketleri ağrılı idi. Her iki el 2. 3. 4. ve 5. PİF eklemlerinde basınçla ağrı mevcuttu. Her iki diz ve ayak bilek eklem hareketleri ağrılı idi. Her iki MTF eklemler basınçla ağrılı idi. Ürik asit düzeyi 13,5 mg/dl saptanan hasta poliartiküler tofuslü gut artritini ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacı ile kliniğimize yatırıldı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 14,4 g/dl, lökosit 10.000/mm³, trombosit 172.000/mm³, sedimentasyon 22 mm/saat, C reaktif protein 3,25 mg/dl (Normal: 0,01-0,5 mg/dl), üre 20 mg/dl, krea-

tinin 0,53 mg/dl, ürik asit 13,5 mg/dl, LDL kolesterol 95 mg/dl, total kolesterol 152 mg/dl, HDL kolesterol 36 mg/dl, trigliserid 101 mg/dl, aspartat amino transferaz (AST) 24 U/L, alanin amino transferaz (ALT) 40 IU/L, gama glutamiltransferaz (GGT) 46 IU/L, laktat dehidrogenaz (LDH) 279 U/L, alkalin fosfat (ALP) 75 IU/L, kreatin kinaz (CK) 60 IU/L, total protein 6,5 g/dl, albümin 4,3 g/dl, total bilirübin 1,23 mg/dl, direkt bilirübin 0,24 mg/dl, fosfor 2,8 mg/dl, kalsiyum 10,1 pg/ml, sodyum (Na) 137 mmol/l, potasyum (K) 4,2 mmol/l olarak bulundu. Antinükleer antikor, anti-CCP, romatoid faktör sonuçları negatif olarak bulundu. Tam idrar tetkikinde dansite: 1013, pH:5, protein negatif, glukoz negatif bulundu. 24 saatlik idrarda ürik asit: 360 mg/gün, kalsiyum: 68 mg/gün ve protein: 184 mg/gün idi. Hastanın bakılan brusella aglutinasyon testi, HBsAg, Anti-HCV ve HIV belirleyicileri negatifti. Batın ultrasonografisinde dalak 150 mm idi. Böbrek boyut ve parankimi normaldi ve taş saptanmadı. Çekilen el grafisinde sağ el 5. parmak eklemine erode olduğu görüldü. Hastanın sağ el 5. parmağındaki PİF ve DİF eklemi içine alan tofüse (Resim 1), yapılan eksizyonel biyopsisi gut tofusü ile uyumlu bulundu. Hasta bu bulgularla "tofüslü gut" olarak değerlendirildi. Pürinden fakir diyet başlandı. Medikal tedavi olarak metilprednizolon 16 mg/gün, kolşisin 1,5 mg/gün, indometazin 75 mg/gün başlandı. Eklem ağrıları gerileyen hastanın tedavisine allopürinol 300 mg/gün eklendi ve steroid dozu azaltılarak kesildi. Tedavi ile eklem ağrıları gerileyen hasta mevcut tedavi ile taburcu edildi.



Resim 1. Sağ el 5. parmak proksimal interfalangial (PİF) ve distal interfalangial (DİF) eklemi içine alan artrit ve tofaköz nodüller.



Resim 2. Kulak kepçesinde tofaköz nodüller.

Tartışma

Olgumuz genç yaşta poliartrit nedeni ile başvuran ve ayırıcı tanıda birçok romatolojik hastalığın yeralacağı nadir bir olguydu. İnflamatuar poliartrit ayırıcı tanısında başta romatoid artrit olmak üzere psöriatik artrit, reaktif artrit, enteropatik artrit, akut romatizmal ateş ve poliartiküler gut ilk akla gelen hastalıklardır. Potansiyel risk faktörleri aile hikayesi, kilo fazlalığı, hipertansiyon, nefrolitiazis, hiperürisemiyi tetikleyen tiazid diüretikleri, siklosporin, düşük doz asetilsalisilik asit kullanımı, nükleotid döngüsünün arttığı myeloproliferatif hastalıklar, ATP yıkımının hızlandığı alkol alımı, hipoksemi, aşırı kas egzersizi, hipertrigliseridemi, dehidratasyon, insülin direnci ve pürinden zengin gıdayla beslenmedir [9]. Genellikle birinci metatarsofalangeal eklemden ani başlayan ağrı, şişlik ve kızarıklıkla ortaya çıkar. Bizim olgumuzda ise birden fazla sayıda eklem tutulumu mevcuttu. Erken yaşta ortaya çıkan gut hastalığı nadir görülen bir durumdur ve bu nedenle genç hastalarda tanıda güçlük olabilmektedir. 30 yaş öncesi erkeklerde ve premenapozal dönemdeki kadın hastalarda gut hastalığı tanısı varlığında kalıtsal enzim defektleri, renal tübüler hastalıklar düşünülmelidir [7]. Glikojen depo hastalıklarında serum ürik seviyesi seviyesi artabilmektedir. Bu hastalar klasik gut semptomları ile başvurabilmektedir [10]. Bizim olgumuzda hepatosplenomegali olmaması nedeni ile Glikojen Depo Hastalığı düşünülmüdü.

Az sayıda gut artriti vakaları "ailesel gut" olarak karşımıza çıkar. Bu hastalarda gut ergenliğin erken dönemlerinde ya da 3. deka-tın başlarında ortaya çıkabilir. 2. dekatta ortaya çıkan hastalık; familial juvenil hiperürisemik nefropati ve medullar kistik böbrek tip 2 gibi bazı otozomal dominant hastalıkların sonucu olabilmektedir [11]. Bu hastalar sadece gut semptomları ile değil aynı zamanda ilerleyici renal yetmezlik ve poliüri kliniği ile başvurabilmektedir [12]. Erken yaşta başlayan gutta pozitif aile hikayesine daha sık rastlanır. 25 yaş altında semptomları başlayanların %50'sinde, 12-19 yaşlarda klinik bulguları ortaya çıkan hastaların da %80'ninde aile hikayesi vardır. Olgumuzun ailesinde gutu yada böbrek hastalığı olan aile bireyi yoktu. Erken yaşta gut kliniği ortaya çıkan hastaların atak sıklığı diğerlerinden fazla olup, ürolitiazis bu hastalarda belirgin özellik gösterebilir [7]. Davison K. ve arkadaşlarının sunduğu poliartrit ile presente olan 17 yaşındaki bir olguda başlangıçta romatoid artrit düşünülmüş. Bir yıl sonrasında ortaya çıkan kulak kepçesinde de olan deri altı nodülleri sonrasında gut tanısı konarak kolşisin tedavisi başlanmış. Bu olguda bizim olgumuzdan farklı olarak makroskopik hematüri de görülmüştür [13].

Burada ilk defa 5 yıl önce başlayan ve tedavi almamış tekrarlayan akut artrit atakları öyküsü mevcut tofüslü poliartiküler gut artriti ile başvuran genç bir hastayı sunduk. Bu olgu ile poliartrit ile başvuran genç hastalarda ayırıcı tanıda gut artritinin de düşünülmesi gerektiğini ve bu hastalarda ürolitiazis riskinin daha fazla olması nedeniyle erken tanının önemini vurgulamak istedik. Ayrıca erken yaşta gut tanısı alan hastalarda aile öyküsünün daha sık pozitif olması nedeniyle bu bireylerin yakınlarının da bu açıdan taranmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Stamp LK, Chapman PT. Gut anditscomorbidities. *Rheumatology* 2013; 51(1):34-44
2. Ning TC, Keenan RT. Unusualclinicalpresantation of gout. *CurrOpinRheumatol* 2010;22:181
3. Becker MA, Levinson DJ. ClinicalGoutandthePathogenesis of Hyperuricemia: In: Koolan WJ, McCarty DJ, eds. *ArthritisandAlliedConditions, A Textbook of Rheumatology*. Baltimore, Williams&Wilkins, 1997.p.2041- 72.
4. Kelley WN, Wortmann RL. GoutandHyperuricemia: In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia, W.B. Saunders-Company, 1997.p.1313-51.
5. Becker MA, Tate G, Schumacher, Jr HR. Gout: In: *Primer on theRheumaticDiseases*. Atlanta, Arthritis Foundation, 1988.p.195-207.
6. Tom G. Rider and Kelsey M. Jordan, The modern management of gout, Royal Sussex CountyHospital, Brighton and Sussex UniversityHospitals NHS Trust, Brighton, UK; 2009. *Harrison'sPrinciples Of TheInternalMedicine*, 2013.p.2165
7. Dieppe PA. Investigationandmanagement of gout in theyoungandtheelderly. *AnnRheumDis* 1991;50:263-6.
8. ShyamVerma, PiyushBhargav, TusharToprani, VishalShah. Multiarticulartophaceous gut with severe jointdestruction: A pictorialoverviewwith a twist. *Indian J Dermatol* 2014;59(6):609-11.
9. Riedel AA, Nelson M, Wallace K, Joseph- Ridge N, Cleary M, Fam AG. Prevalance of comorbidconditionsamongpatientswithgoutandhyperuricemia in amanagercaresetting. *J ClinRheumatol*2004;10(6):308-14.
10. Zhang W. Glycogene storage disease manifested as gout and myopathy: three cases reposts and literature view. *ClinRheumatol* 2008;27(5):671-4.
11. Rezene-Lima W. Homosigosityforuromodulindisorders:FJHnand MCKD-type2. *KidneyInt* 2004;66:558-63.
12. Dahan K. Familialjuvenilehyperuricemicnephropathyandautosomal dominant medullarycystickidneydiseasetype 2: twofasets of the same disease. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2348-57.
13. Davison, K. Tophaceousgout in a 17-year-old male. *Postgraduatemedicaljournal* 1958;34(398):651.

How to cite this article:

Güneş Ş, Okuturlar Y, Yılmaz B, Öner SY, Harmankaya Ö. Case Report: Juvenile Tophaceous Gout. *J Clin Anal Med* 2015;6(suppl 4): 542-4.