

## Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V11210884

# Svær toføs arthrititis urica kan behandles, men overses stadig i sundhedsvæsenet

Ahmed Jamal Abbas Hamad & Claus Rasmussen

Reumatologisk Afdeling, Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Ugeskr Læger 2022;184:V11210884

Arthrititis urica (AU) er den hyppigste inflammatoriske ledsygdom med en prævalens op til 4%. Tilstanden er hyppigst hos mænd [1]. Prævalensen er stigende bl.a. pga. flere overvægtige og ældre personer, tiltagende indtag af søde læskedrikke med fruktose og tiltagende brug af lægemidler (diuretika og acetylsalicylsyre), der som bivirkning kan forårsage AU. AU forekommer oftest sammen med hypertension, diabetes mellitus (DM) og hjerte-kar-sygdom [2]. I et dansk studie var der komorbiditeter hos 95% af patienterne, og 20% var døde to år efter, at diagnosen AU var blevet stillet med påvisning af uratkrystaller [3].

AU er en progredierende aflejringssygdom, hvor uratkrystaller kan udfældes pga. et forhøjet uratniveau i blodet. Større aflejringer betegnes tofi. Akutte anfald af AU forklares ved et akut inflammatorisk respons mod uratkrystaller. Kronisk toføs AU kan udvikles efter flere år uden behandling [2].



Fire billeder af den samme patient. På billederne til venstre ses hænder og fødder efter 20 år med ubehandlet arthrititis urica. På billederne til højre ses hænder og fødder efter fire års behandling med allopurinol. Billederne gengives med patientens tilladelse.

I denne kasuistik beskrives et tilfælde af kronisk toføs AU med mange tofi på hænder og fødder samt bursitis i

begge albuer. Forløbet er lærerigt, idet patienten blev fulgt i mindst fem forskellige lægespecialer pga. komorbiditeter, men på trods af dette var patientens diagnose blevet overset i over 20 år.

## SYGEHISTORIE

Patienten var en 68-årig mand med type 2-DM, hypertension, nedsat nyrefunktion og atrieflimren. Han var ikkeryger og havde intet alkoholoverforbrug.

Allerede før 1997 klagede han over gentagne anfald med smertefulde hævelser i fødderne, mest udtalt i storetåens grundled. Efterhånden havde han konstante smerter i fødder, hænder og ved albuer, hvilket ledte til et fast dagligt diclofenacindtag i perioden 1997-2017. I 2010 og 2016 blev han opereret i begge albuer pga. bursitis. Udover konsultationer hos egen læge blev han også behandlet via hjerteambulatorium og diabetesambulatorium. I forbindelse med diabeteskontrol blev fødderne undersøgt pga. stort gangbesvær. Fodsygdommen blev opfattet som »knyster« med råd om ortopædisk tilpasset fodtøj eller evt. henvisning til operativ fjernelse af »knysterne«. På intet tidspunkt blev der foreslået uratsænkende behandling.

I oktober 2017 blev han henvist til en reumatologisk afdeling pga. udtalt gangbesvær og knyttedefekt af hænderne. Ved den objektive undersøgelse sås der store tofi på begge fødder, og ved en punktur påvistes der uratkrystaller. Han havde normal følesans på fødderne. Hans diclofenacbehandling blev seponeret, og behandling med colchicin og allopurinol blev iværksat (Tabel 1). Ved den seneste opfølgning i oktober 2021 kunne han bruge hænderne normalt igen og kunne gå over halvanden kilometer uden fodsmerter samt bruge normalt fodtøj. Tofi på fødder og hænder var aftaget betydeligt.

**TABEL 1** Den gradvise øgning af allopurinoldosis for at opnå target-p-urat < 0,30 mmol/l. Allopurinolbehandlingen startede oktober 2017, og den nedsatte nyrefunktion holdt sig konstant i hele perioden.

Tidspunkt	P-urat, mmol/l	Dosis allopurinol, mg/døgn	eGFR, ml/min/1,73m <sup>2</sup>
Okt. 2017	0,48	100	40
Jan. 2018	0,42	300	40
Mar. 2018	0,36	400	43
Apr. 2018	0,31	500	41
Sep. 2020	0,22	600	36
Sep. 2021	0,21	600	39

eGFR = estimeret glomerulær filtrationshastighed.

## DISKUSSION

I denne kasuistik beskrives et oplagt problematisk patientforløb, som dog er typisk for en del patienter med AU. Patienten havde i over 20 år haft typiske symptomer på alvorlig og progredierende AU, uden at diagnosen blev stillet, og der blev påbegyndt behandling. Det kan bemærkes, at behandlingen med diclofenac blev fortsat trods nedsat nyrefunktion og atrieflimren, at ved den rutinemæssige fodundersøgelse ved diabetes blev tofi forvekslet med »knyster«, og »albuebursitis« blev opereret to gange, uden undersøgelse for om tilstanden kunne skyldes toføse aflejringer.

Årsagerne til, at AU ikke diagnosticeres og behandles korrekt, er flere, bl.a. fastholder et vedblivende fokus på usund livsstil som den udløsende faktor for sygdommen og de anfaldsvise smertefulde ledhævelser som det primære sygdomsbillede et billede af AU som en intermitterende sygdom, der kan diætbehandles. Herved ignoreres, at AU er en livslang aflejrings sygdom med vedblivende urataflejringer også mellem anfaldene, og at diæt har ringe effekt som behandling [3]. I de nationale og internationale guidelines anbefales tidlig treat to target-behandling med livslang uratsænkende medicin og regelmæssige målinger af P-uratiniveauet til targetværdier under 0,36 mmol/l og endnu lavere, 0,30 mmol/l ved toføs AU [4].

Diagnosen AU kan være vanskelig at stille, hvis der ikke er mulighed for at udtage ledvæske eller sår væske til at påvise tilstedeværelse af uratkrystaller. Desuden kan man forveksle et anfald med septisk arthritis. Det er derfor en god idé rutinemæssigt at undersøge for tilstedeværelse af uratkrystaller, når der laves mikrobiologisk undersøgelse på ledvæske eller sårpodning. UL-undersøgelse og dual-CT giver mulighed for at påvise urataflejringer uden punktur. Der er udviklet simple gout calculators, hvor enhver læge let kan beregne sandsynligheden for, at patienten har AU [2].

Patienten i sygehistorien oplevede stor bedring af livskvaliteten efter behandlingsstart med uratsænkende terapi og dette på trods af forudgående mangeårig ubehandlet sygdom og massive toføse aflejringer.

**Korrespondance** *Ahmed Jamal Abbas Hamad*. E-mail: a.hamad@rn.dk

**Antaget** 3. januar 2022

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 14. februar 2022

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2022;184:V11210884

## SUMMARY

### Severe tophaceous gouty arthritis can be treated but is still overlooked in healthcare

Ahmed Jamal Abbas Hamad & Claus Rasmussen

Ugeskr Læger 2022;184:V11210884

This is a case report of a 68-year-old male with severe tophaceous gouty arthritis, diabetes, kidney impairment and ischaemic heart disease. The patient had repeated attacks of acute gout during a 20-year period and excessive tophaceous depositions. Walking was severely hampered by feet deformity and pain. No urate-lowering therapy was initiated despite contacts to several medical specialties. After the diagnosis was established, the patient was finally treated with allopurinol with an obvious beneficial effect on his symptoms and the size of the tophaceous depositions.

## REFERENCER

---

Ugeskr Læger 2022;184:V11210884

Side 3 af 4

1. Christiansen SN, Zobbe K, Larsen KS et al. Arthritis urica. <https://danskeumatologi.dk/nbv/sygdomme/arthritis-urica> (30. okt 2021).
2. Dalbeth N, Choi HK, Joosten LAB et al. Gout. *Nat Rev Dis Prim.* 2019;5(1):69.
3. Rasmussen C, Linauskas A, Larsen MB. Patients with severe gout treated in mixed settings. *Dan Med J* 2021;68(11):A06210502.
4. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Pijoan JI et al. Effect of urate-lowering therapy on the velocity of size reduction of tophi in chronic gout. *Arthritis Rheum.* 2002;47(4):356-360.
5. Janssens H. Acute gout diagnosis rule. <https://www.mdcalc.com/acute-gout-diagnosis-rule> (30. okt 2021).