

Bursitis uratica

MUDr. Julius Vachtenheim, CSc.

Revmatologická a interní ambulance a interní oddělení Krajské nemocnice Jihlava

V příspěvku chce autor upozornit na četnost burzitidy u pacientů se dnou. Může se vyskytnout samostatně, jako první anebo jediný projev dnaveho onemocnění. Častěji se ale jedná o nález již u dříve diagnostikované dny. Dobrá anamnéza a hodnocení klinického a laboratorního vyšetření obvykle správný původ burzitidy potvrdí. Už v průběhu několika hodin a dnů může včasná a cílená léčba zbavit nemocného velkých bolestí. Nejčastěji se jedná o burzitidu loketní (olekranu) a kolenní (prepatelární).

Klíčová slova: dna, bursitis, léčba.

Bursitis uratica

The purpose of this contribution is to refer about of a frequently incidence of bursitis, mainly localised in elbow (olecranon) and knee (prepatellar) regions, as a gouty origin. It is very important just now, at time with a great incidence of gouty not-joint localised signs. At time right diagnosed gouty bursitis, can the patients in a few hours and days be successfully restored.

Key words: gout, bursitis, therapy.

Interní Med. 2012; 14(1): 21–22

Úvod

Burza, tíhový váček, náleží k měkkým částem kloubního aparátu. Nachází se těsně u úponů šlach. Může být postižena samostatně, anebo současně s kloubním onemocněním. Je většinou zánětlivého, jen vzácně nezánětlivého původu. Dle četnosti onemocnění, hlavně zánětlivých, jsou postiženy klouby ramenní, jako subakromiální, subdeltoidální, dále klouby loketní, zejména oblasti olekranu a kolenní-prepatelární. Tyto lokalizace bývají postiženy nejčastěji. V poslední době, asi v souvislosti s častějšími traumaty, se objevují burzitidy retrokalkaneální, idiopetneální, ale i další, těsně u úponů šlach. Etiologie onemocnění je různá: traumatická, infekční, nejčtenější ale jako součást jiného, hlavně zánětlivého onemocnění. Zde je nejčtenější u nemocných s dnou.

Dle frekvence burzitidy u dny je nejčtenější lokalizace loketní (olekranu) a kolenní (prepatelární). V písemnictví odborném i všeobecném se o dnave burzitidě nachází až překvapivě málo údajů (1–3). Přitom se jedná o velmi bolestivou lokalizaci pohybového ústrojí. Burzitida spolu s frekvencí výskytu tofů jsou nejčtenějšími mimokloubními projevy u dny. Samotná dna se v současné době stává častějším a závažnějším onemocněním (2–5). Je to bezpochyby následek nezdravého životního stylu, přejídání, alkoholismu, obezity, hypertenze, diabetes mellitus druhého typu. Nesmíme pochopitelně zapomenout na genetický sklon k těmto onemocněním, stejně tak na malou fyzickou aktivitu.

Klinický obraz dnave burzitidy

Bursitis, zánět tíhových váčků, se projevuje místním zduřením, zarudnutím a zejména velkou

citlivostí a bolestí s omezením pohybu. Záleží jistě na původu burzitidy. Traumatická bývá i bez léčby jen krátce trvající. Může ale trvat i déle, pokud je komplikována infekcí. Dlouho trvající a neléčená burzitida může být navíc komplikována bakteriální infekcí. Kromě velké bolesti je nápadná lokální teplota, odpovídající stupni a trvání zánětu, se silným omezením pohybu. Zde jistě hraje roli i efuze jak loketní, tak i kolenní burzitidy. Navíc i v dutině samotného kolena se u jedné třetiny nemocných také objevuje tekutina. U mikroskopického vyšetření tekutiny jsou většinou vidět krystaly mononatriumátu, často fagocytovaných v leukocytech. Pacient má až v polovině případů subfebrilie, občas i více než 38 °C. Vidíme to častěji u burzitidy kolena, patrně pro větší plošné postižení. U loketní burzitidy má pacient při sebemenším pokusu o subflexi nebo extenzi velkou bolest. Pacient reaguje velmi citlivě i při běžném palpačním vyšetření.

Obrázek 1. 58letý pacient s prepatelární burzitidou jako jediným projevem dny. Stav byl úspěšně léčen punkcí 12 ml exsudátu s následnou aplikací Depo-Medrolu s 1 % Mezokainem po 1 ml



U burzitidy kolena (prepatelární) je chůze velmi omezena. Pacient je často odkázán na pomoc další osoby. U vzácnějších subakromiálních anebo subtalových typů se objevuje až nemožnost pohybu končetinou. U dolních končetin vidíme nejednou spojitost se vznikem plantární fasciitidy, zánětu Achillové šlachy anebo přímo šlachového úponu jako entesitidy (1, 3). I zde zjišťujeme nález odpovídající klinickým projevům typického zánětu.

To vše přechodně snižuje i často dlouho trvající pracovní neschopnost a v souvislosti s tím i životní kvalitu. Vždy záleží na včas zahájené léčbě. Nejednou můžeme vidět dnave burzitidu bolestivější než záchvatem postižený kloub.

Léčba

Léčba burzitidy, kdekoli lokalizované, záleží na klinickém průběhu. Odpovídá to většinou délce trvání dnaveho procesu, ať už celkové

Obrázek 2. 41letý pacient s dnave burzitidou lokte a artritidou palce pravé nohy. Burza obsahovala 16 ml husté žluté tekutiny. I zde byl stav stejným způsobem vyléčen



ho anebo lokalizovaného jen na burzu. Často vidíme přítomnost tekutiny, někdy jen malého množství či jen několik ml, jindy ale může dosáhnout až překvapujícího objemu. Náš „rekord“ u loketní burzitidy činil 23 ml nažloutlé husté tekutiny. Kultivačně jsme nikdy druhotnou bakteriální infekci neviděli, zato v 83 % typické ostnaté či jehlicovité krystaly. Přítomnost krystalů mononatriumurátů vždy potvrzuje samotný původ onemocnění. Je-li burzitida provázena tekutinou, pak je nutno ji vždy evakuovat a současně instilovat kortikoidy (Diprophos anebo Depo-Medrol, nejčastěji v množství 1 ml). Sami většinou aplikujeme i stejné množství 1 % Mezokainu. Kolchicin, pro známé vedlejší účinky, již dnes nedoporučujeme. V době dnavé aktivity nikdy nedáváme ani Allopurinol. Nejčastěji doporučujeme nesteroidní antirevmatika, steroidní, celkově, jen mimořádně vzácně. Trvání záležití i na přísném dodržování životosprávy, zejména doporučené dietetiky s vyloučením hlavně alkoholu.

Vlastní zkušenosti

V tabulce jsou uvedeny počty nemocných s dnou, diagnostikovaných v revmatologické a interní ambulanci od roku 2004 do 2010 včetně. Výskyt je stále častější a jsou to údaje varující. Stačí připomenout, že v revmatologické ambulanci se v průměru denně setkáváme s dnou u každého 5. až 8. pacienta! Diagnóza dny byla v posledních letech stanovena dle kritérií Mezinárodní (ILAR) a Evropské ligy proti revmatizmu (EULAR).

Zde uvedený počet nemocných s dnou potvrzuje, jaká je četnost výskytu v revmatologické praxi. V souvislosti s tím narůstají i hrozící komplikace, jednak v přímé souvislosti se samotnou dnou (včetně burzitud, tofů, entesitud) a posléze i komplikací pozdních, v prvé řadě ledvinových, jako uratická urolitiáza, tak i samotná uratická nefropatie (tato může vést až

Tabulka 1. Počet nemocných s dnou a s burzitidou (2004 až 2010)

Muži	310 / 45	Ženy	29 / 2	Celkem	339 / 47
Loketní	26 / 7		2		28
Kolení	12 / 5		0		12
Ostatní	7 / 2		0		7
(celkem / samostatně)					

k chronické ledvinové nedostatečnosti s hrozící hemodialýzou). Je nutno pečlivě kontrolovat pacienty především s vysokou hladinou urikémie, zejména nad 500 µmol/l. Allopurinol v takových případech doporučujeme 300 mg denně a ne jednou i více. Z dalších komplikací je nutno se zmínit o diabetu. Zde ale mimořádně vzácně dojde k nutnosti aplikace inzulínu. Téměř vždy vystačíme s přísnější dietetikou a perorálními antidiabetiky. Hypertenze, porucha tukového spektra (až v 75 %) a obezita jsou u dny stále častými klinickými projevy. Platí to zejména pro pacienty s recidivujícími záchvaty. U těchto taky vidíme častěji burzitidy a tofy. Čím svědomitěji pacient preventivní doporučení dodržuje, tím vzácněji dnavé burzitidy vidíme.

Ve výskytu burzitidy vidíme rozdíl v četnosti u mužů a žen. U žen je frekvence dny častěji druhotná, tedy při jiném onemocnění, nejčastěji u chronických ledvinových onemocnění s trvajícím vysokou urikémií, také u žen s dlouho trvajícím léčbou diuretik, zejména saluretik. Zde nejsou ale burzitidy svým průběhem tak závažné. Doposud jsme u žádné ženy s burzitidou nezaznamenali takové množství tekutiny, kterou bychom museli evakuovat.

Závěr

V posledních letech se dnavá burzitida stává problémem, zejména pro přibývajícím počet nemocných s dnou. Cíleným vyšetřením můžeme dnes aktivní dnu spolehlivě diagnostikovat. Optimální léčebné možnosti mohou do několika hodin a dnů pacienta zcela zbavit velkých bolestí. Záleží na včasné zahájení léčbě, jak celkové

tak zejména lokální. Punkční evakuaci tekutiny považujeme u burzitidy za nutnou a současně i instilaci lokálních kortikoidů. Celková léčba se týká hlavně nesteroidních antirevmatik. Při podřízení současné druhotné infekce a přítomnosti celkových projevů je na místě také léčba antibiotiky. Připomínáme, že v době aktivity dnavého procesu nelze Allopurinol ordinovat. Pro výrazný hypourikemický účinek náleží k neefektivnějším preventivním opatřením proti dnavým záchvatům, a tudíž i mimokloubním projevům dny. V klidové a mezizáchvatové fázi doporučujeme i dostatek pohybu.

Literatura

1. Pavelka K, Rovenský J. Klinická revmatologie. Praha: Galén 2003; 447–458.
2. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, et al. Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the health professionals follow-up study. Arch Int Med 2005; 165: 742–748.
3. Vachtenheim J. Dna dříve a dnes. Zdrav Prac 1975; 7: 396–398.
4. Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part 1: diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2006; 65: 1301–1311.
5. Saag KG, Choi H. Epidemiology, risk factors and lifestyle modifications for gout. Arthritis Res Ther 2006; 8(Suppl 1): 52.

Článek přijat redakcí: 5. 10. 2011
Článek přijat k publikaci: 5. 12. 2011

MUDr. Julius Vachtenheim, CSc.
Revmatologická a interní ambulance, interní oddělení
Krajské nemocnice Jihlava
Vrchlického 57, 586 01 Jihlava
vachtenheim@ji.cz