

DEFINITION

Akuter Gichtanfall: Rasch einsetzende Gelenkentzündung, die durch Ablagerung von Harnsäurekristallen ausgelöst wird

URSACHEN

- Hyperurikämie
- Risikofaktoren für Hyperurikämie: Alter, männliches Geschlecht, metabolisches Syndrom, Medikamente (z.B. Thiazide), etc.
- Triggerfaktoren eines akuten Gichtanfalls: Alkoholexzess, Festessen, Fasten, Beginn einer Harnsäure-senkenden Therapie, etc.

SYMPTOME

- Rasche Entwicklung (i.d.R. < 24 h ohne Prodromi) einer sehr schmerzhaften Monarthritis, die sich klinisch als gerötetes, geschwollenes, überwärmtes, berührungsempfindliches und bewegungseingeschränktes Gelenk präsentiert
- Manifestationsorte: Großzehengrundgelenk ("Podagra") in 60%, Sprunggelenk und Fußwurzel in 15%, Kniegelenk ("Gonagra") in 10%, Zehengelenke in 5%, Fingergelenke ("Chiragra") in 5%, insb. Daumengrundgelenk, Handgelenk, Ellenbogengelenk
- ggf. Gichttophie von früheren Gichtanfällen (z.B. an Ellenbogen, Fingern, Ohren)
- ggf. systemische Entzündungszeichen wie Fieber und erhöhte Infektwerte

DIAGNOSTIK

- ABCDE + Vitalparameter (RR, Puls, SpO₂, Atemfrequenz, Temperatur)
- Labor (BB, CRP, NW, Harnsäure, ggf.: LDH, GOT, GPT, γ-GT, HbA1c, Lipidprofil)
- Anamnese (Symptome? Symptombeginn? Gichtanfälle bekannt? Vorerkrankungen? Medikamente? Trauma? OP oder intraartikuläre Injektion? Prothesen?)
- Körperliche Untersuchung (Gelenk mit Kardinalzeichen der Entzündung? Ein Gelenk oder mehrere betroffen? Gichttophi? Offene Wunden bzw. Stellen?)
- ggf. Gelenkpunktion (s. Gichtrechner; Goldstandard zur Diagnosesicherung; bei V.a. septische Arthritis umgehend durchzuführen!)
- ggf. weitere Diagnostik (z.B. Gelenksonografie, Röntgen, Dual-Energy-CT)

Bei diagnostischer Unsicherheit oder Vorliegen von Red Flags (Trauma, Z.n. OP bzw. intraartikulärer Injektion, Immunsuppression, akut eingetretener schlechter Allgemeinzustand) rheumatologische bzw. orthopädische Mitbeurteilung!

GICHTRECHNER, ADAPTIERT VON KIENHORST ET AL. 2015

KRITERIUM	PUNKTE
Männliches Geschlecht	2
Früherer Arthritisanfall	2
Beginn innerhalb eines Tages	0,5
Rötung des Gelenkes	1
Befall des Metatarsophalangeal-Gelenk-I	2,5
Hypertonie oder Herz-Kreislaufkrankung	1,5
Serumharnsäure > 5,88 mg/dl (> 350 µmol/l)	3,5
Bewertung: ≤4 Punkte: Keine Gicht, DD bedenken (septische Arthritis, etc.), weitere Diagnostik (z.B. Gelenkpunktion) entsprechend der Verdachtsdiagnose indiziert >4 und <8 Punkte: Unklar, Gelenkpunktion und Untersuchung des Aspirats, u.a. mittels Polarisationsmikroskop ≥8 Punkte: Diagnose Gicht kann gestellt werden	

THERAPIE

Allgemeinmaßnahmen

- Gelenk hochlagern und kühlen
- Patienten über Lebensstilmaßnahmen zur Rezidivprophylaxe aufklären (z.B. Reduktion des Alkoholkonsums und gesüßter Getränke)

Medikamentöse Therapie

- Möglichst rascher Beginn der medikamentösen Therapie (am besten \leq 12-24 h nach Schmerzbeginn)
- Therapiedauer bis Ende der Symptomatik, jedoch maximal 2 Wochen
- Die Wahl der Medikamente richtet sich nach den Komorbiditäten bzw. Kontraindikationen (Niereninsuffizienz, Ulcera, etc.)
- Drei First-Line- Medikamente (NSAR, Glukokortikoide, Colchicin) kommen alleine oder in Kombination zum Einsatz (bei fehlender Besserung)
- NSAR in maximaler Dosierung: z.B. Ibuprofen 800 mg 1-1-1 p.o. oder Naproxen 500 mg 1-0-1 p.o. (Kein ASS, da Harnsäure-steigernd)
CAVE: Nicht bei schwerer Niereninsuffizienz, schweren kardiovaskulären Erkrankungen oder gastroduodenalen Ulcera
- Glukokortikoide: z.B. Prednisolon 30-35 mg 1-0-0 p.o. für 3-5 Tage
CAVE: Verschlechterung der Blutzuckerwerte bei Patienten mit Diabetes mellitus
- Colchicin: 2x 0,5 mg p.o., eine Stunde später erneut 0,5 mg p.o., in den Folgetagen 0,5 mg 1-0-1 oder 1-1-1 p.o.
CAVE: Nicht bei schwerer Niereninsuffizienz, nicht bei Einnahme von CYP3A4-Hemmern (z.B. Clarithromycin, Verapamil, Grapefruitsaft),
Diarrhoen als häufige Nebenwirkung

Sonstiges

- Medikamente absetzen/austauschen, die den Harnsäurespiegel erhöhen (z.B. Thiazid durch Losartan zur antihypertensiven Therapie ersetzen)
- Eine bereits bestehende Harnsäure-senkende Therapie sollte weitergeführt werden
- Bei Gabe von NSAR begleitende PPI-Gabe (z.B. 40 mg Pantoprazol) erwägen

MERKE

- Bedenke mögliche Differentialdiagnosen: Septische Arthritis, Trauma, CPPD-Arthritis, aktivierte Arthrose, reaktive Arthritis, etc.
- Die septische Arthritis stellt die gefährlichste Differentialdiagnose dar und muss rasch erkannt (Gelenkpunktion, Analyse und Kultivierung des Aspirats, Abnahme von mindestens 2 Paar Blutkulturen) und adäquat therapiert werden (Antibiotikatherapie, ggf. Arthroskopie, OP, etc.)
- Der Harnsäurespiegel muss im Anfall nicht zwingend erhöht sein (durch Ausfällung von Harnsäure sinkt die Harnsäure oft ab)
- Harnsäure-senkende Therapie (z.B. mit Allopurinol) erst ab \geq 2 Gichtanfällen oder bei Uratablagerungen (Tophi, Uratnephrolithiasis)

DISPOSITION

- i.d.R. ambulant **Procedere** (mit hausärztlicher Anbindung)

Quellen: FitzGerald JD et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020 Jun;72(6):744-760. – Schlesinger N et al. Diagnosis and Treatment of Acute Gout at a University Hospital Emergency Department. *Open Rheumatol J*. 2015 Jun 12;9:21-6. – Abhishek A et al. Gout - a guide for the general and acute physicians. *Clin Med (Lond)*. 2017 Feb;17(1):54-59. – Engel B et al. Therapieoptionen bei Gicht. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 215-22. – Tausche AK. Gicht. *Internist* 62, 513–525. – S2e-Leitlinie der DEGAM für die primärärztliche Versorgung. Häufige Gichtanfälle und chronische Gicht. Gültig bis 31.03.2024 (2021). – Herold G et al. *Innere Medizin* 2019, S.705 ff. – Kienhorst LBE et al. The validation of a diagnostic rule for gout without joint fluid analysis: a prospective study *Rheumatology (Oxford)*. 2015 Apr;54(4):609-14. – Lee K-H et al. Application of a Novel Diagnostic Rule in the Differential Diagnosis between Acute Gouty Arthritis and Septic Arthritis. *J Korean Med Sci*. 2015 Jun;30(6):700-4. – Long B et al. Evaluation and Management of Septic Arthritis and its Mimics in the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2019 Mar;20(2):331-341.