

COMBATEREA HIPERURICEMIILOR ASIMPTOMATICE ÎN PRACTICA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Controlling asymptomatic hyperuricemia in primary care practice

Prof. Univ. Dr. Afilon Jompan, Șef. Lucr. Dr. Monica Horge,
Masterand Dr. Daniela Cocoș

Facultatea de Medicină, Farmacie și Medicină Dentară, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș” Arad

REZUMAT

Hiperuricemiile asimptomatice constituie un factor de risc important pentru complicațiile secundare gutoase (artropatii, litiază și nefropatie interstițială), dar mai ales pentru debutul hipertensiunii arteriale, la adultul tânăr și în special la populația feminină. Cunoașterea prevalenței reale a acestei tulburări metabolice enzimice și instituirea unui tratament precoce non-farmacologic și farmacologic reprezintă baza unei activități de prevenție primară în Medicina Familiei, cu efecte benefice pentru populație.

Cuvinte cheie: hiperuricemii asimptomatice, factor de risc, prevenție primară, prevalență, tratament

ABSTRACT

Asymptomatic hyperuricemia is a risk factor for secondary complications gouty (arthropathy, stones and interstitial nephropathy), especially for the onset of hypertension in young adults and especially females. Knowing the true prevalence of the metabolic enzyme and establishment of early pharmacological and pharmacological treatment is the basis for primary prevention activities in Family Medicine, bringing benefits to the population.

Key words: asymptomatic hyperuricemia, risk factors, primary prevention, prevalence, treatment

Există dovezi științifice ce au demonstrat posibilitatea evoluției acestor hiperuricemii asimptomatice adesea la niveluri discret crescute spre modificări vasculare arteriolare la nivel renal și apoi la instalarea hipertensiunii arteriale, ce apoi devine ireversibilă, chiar la modificarea valorilor uricemiei.

HIPERURICEMIILE ASIMPTOMATICE, PREVALENȚĂ ȘI TRATAMENT COMPLEMENTAR

Generalități

Hiperuricemiile reprezintă modificări metabolico-enzimatice care se caracterizează prin creșterea concentrației sanguine a acidului uric peste valorile

considerate normale diferențiate în funcție de sex (> 6 mg/dl la femei și > 7 mg/dl la bărbați).

Hiperuricemiile constituie un factor de risc important pentru sănătate și ele sunt foarte frecvent asimptomatice, de circa 2-3 ori mai frecvente decât cele cu manifestare clinică (primul atac de gută, artropatie gutoasă, litiază sau nefropatie interstițială urică).

Dar hiperuricemiile asimptomatice în afara posibilității de evoluție spre manifestările clinice, uneori cu niveluri discret superioare favorizează producerea unor modificări vasculare arteriolare la nivel renal, în special la persoane mai tinere, cu apariția hipertensiunii arteriale, ce devine apoi ireversibilă, ca și modificările de ateroscleroză renală indiferent de valorile ulterioare ale acidului uric.

Adresa de corespondență:

Prof. Univ. Dr. Afilon Jompan, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, B-dul Revoluției nr. 94, Arad

Importanța problemei în asistența medicală primară rezidă tocmai în depistarea precoce a acestor hiperuricemii asimptomatice în populația înscrisă pe liste și combaterea acestui factor de risc redutabil în plan cardio-vascular, metabolic și al complicațiilor articulare și renale.

Studiul prevalenței acestei modificări metabolico-enzimatice la populația adultă, ne dă posibilitatea ținută de a efectua atât tratamentul eficient farmacologic, cât și luarea măsurilor complementare care însumează stil de viață și regim igienico-dietetic.

La pacienții tineri, cu antecedente familiale de HTA este necesară testarea valorilor acidului uric, depistarea hiperuricemiilor asimptomatice și tratamentul acestora chiar cu valori ușor crescute, cu menținerea acestor valori ale acidului uric în parametri normali.

Lot și metodologie

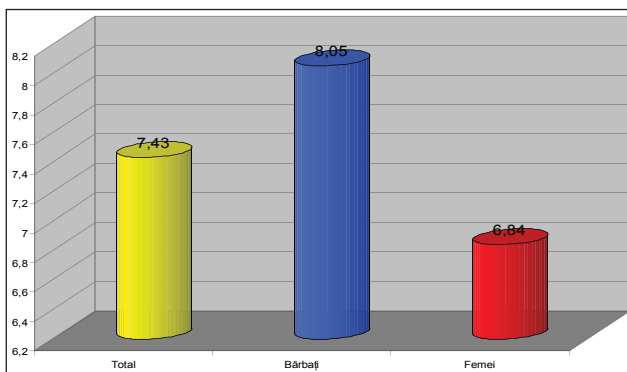
Lotul a fost constituit din populația adultă de peste 30 ani dintr-un cabinet de Medicina Familiei din mediul urban, totalizând 1.224 de persoane, din care 628 bărbați și 596 femei, împărțiți pe grupe de vârstă și sex.

Toți pacienții au fost investigați prin chestionar, examen clinic complex, fișe de consultație și examen de laborator (acid uric, glicemie, colesterol total, HDL colesterol, trigliceride).

Din chestionar s-au reținut antecedentele personale, antecedentele heredo-colaterale și consumul de alcool.

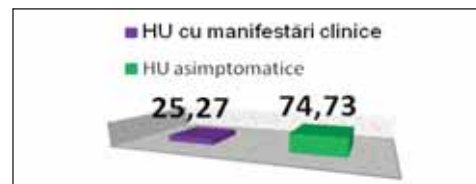
Toți pacienții au avut consemnat IMC și valorile TA.

REZULTATE



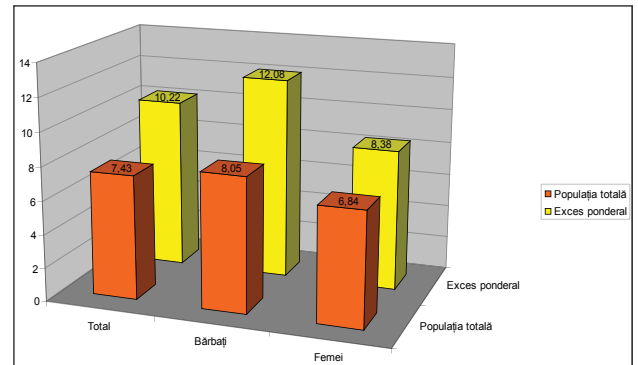
GRAFICUL 1. Prevalența hiperuricemiei pe totalul populației adulte de peste 30 de ani și pe sexe

Se remarcă o prevalență la populația adultă de peste 30 ani de 7,43%, cu o prevalență semnificativ mai crescută la bărbați (8,06%) față de femei (6,84%).

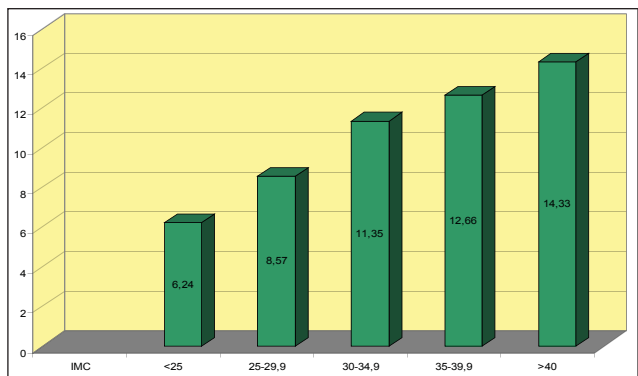


GRAFICUL 2. Hiperuricemiile în funcție de simptome

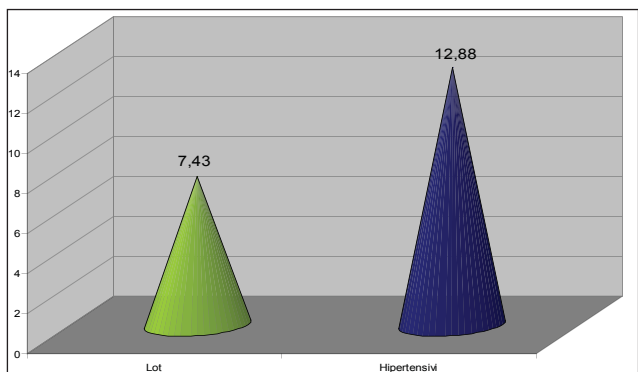
Hiperuricemiile asimptomatice sunt de aproape 3 ori mai frecvente (74,73% vs. 25,27% simptomatice).



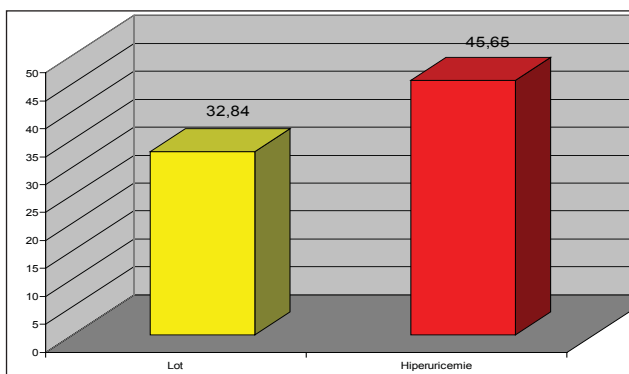
GRAFICUL 3. Distribuția prevalenței hiperuricemiilor la populația totală și cu exces ponderal



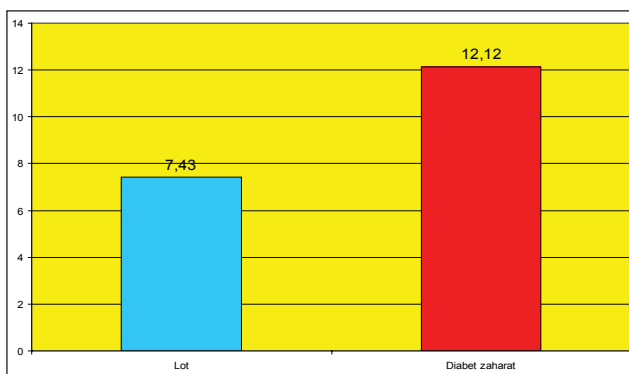
GRAFICUL 4. Distribuția hiperuricemiei în funcție de IMC



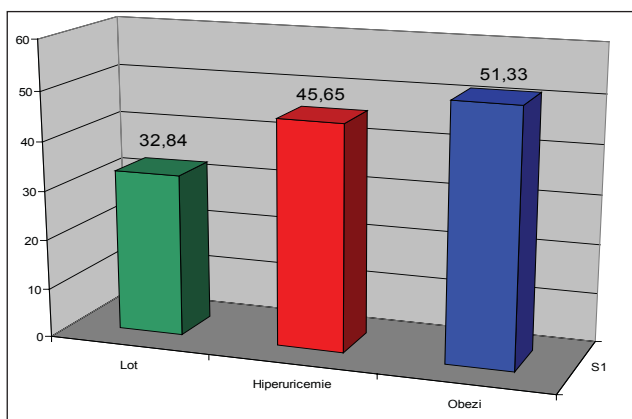
GRAFICUL 5. Prevalența hiperuricemiei la nivelul lotului și la persoanele hipertensive



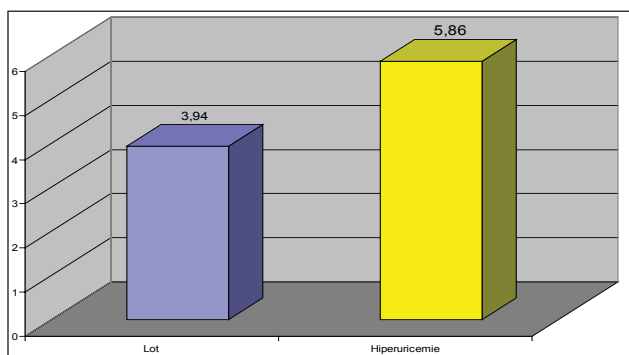
GRAFICUL 6. Prevalența hipertensiunii arteriale la lot și la populația cu hiperuricemie



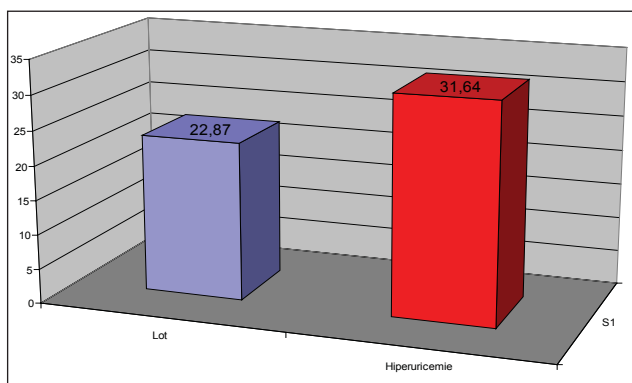
GRAFICUL 10. Prevalența hiperuricemiilor la nivelul lotului și la persoanele cu diabet zaharat



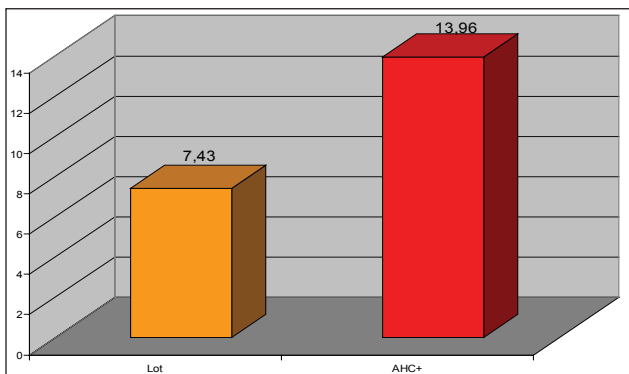
GRAFICUL 7. Distribuția prevalenței hipertensiunii arteriale comparative la lot, populația cu hiperuricemie și obezi



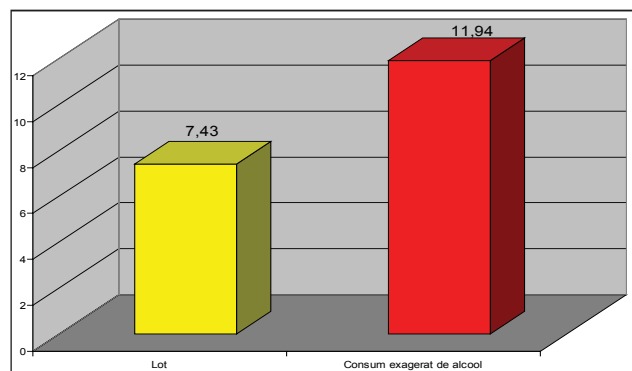
GRAFICUL 11. Prevalența diabetului zaharat la nivelul lotului comparativ cu hiperuricemiile



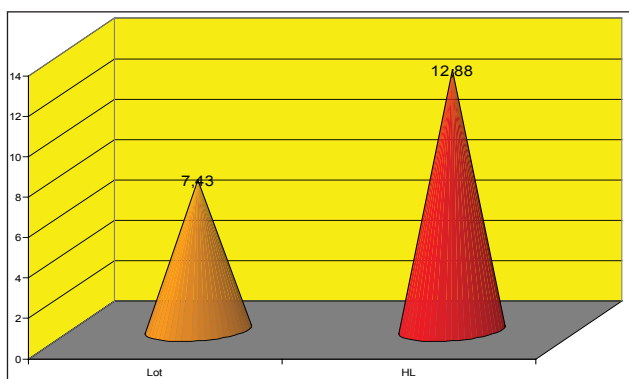
GRAFICUL 8. Prevalența obezității la nivelul lotului și la nivelul populației cu hiperuricemie



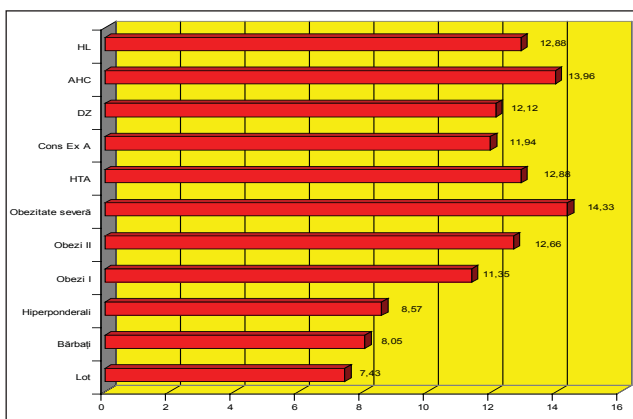
GRAFICUL 12. Prevalența hiperuricemiilor la nivelul lotului comparativ cu populația cu prezență AHC de bună sau hiperuricemii



GRAFICUL 9. Prevalența hiperuricemiilor la nivelul lotului și la nivelul persoanelor cu consum exagerat de alcool

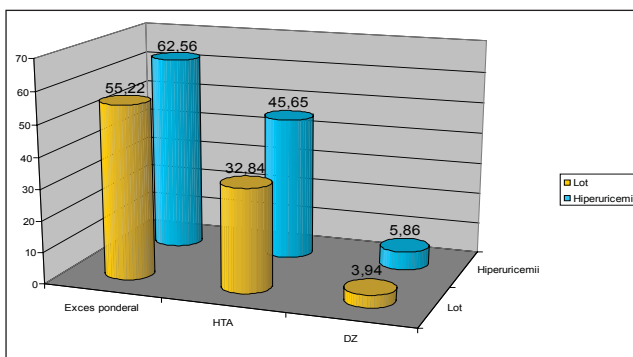


GRAFICUL 13. Prevalența hiperuricemiilor la nivel de lot și la persoane ce prezintă dislipidemii



GRAFICUL 14. Prevalențe crescute ale hiperuricemiilor peste media lotului

Prevalențe semnificativ mai crescute ale hiperuricemiilor se întâlnesc în: tulburările metabolismului glucidic, în tulburările metabolismului lipidic, în cazul excesului ponderal, la hipertensivi, la cei cu consum exagerat de alcool și la cei cu antecedente familiale pozitive.



GRAFICUL 15. În hiperuricemie se întâlnesc și prevalențe crescute ale HTA, DZ și excesului ponderal

CONCLUZII

Hiperuricemiile chiar discret superioare față de valorile considerate normale și asimptomatice clinic constituie un factor de risc redutabil cardiovascular favorizând producerea unor modificări vasculare la nivelul arteriolelor renale, considerate arterioscleroză renală care favorizează apariția HTA și ele se întâlnesc la 7,43% din populația adultă de peste 30 ani, cu prevalențe mai crescute la bărbați.

Asocierea și altor factori de risc: DZ sau STG, exces ponderal – obezitate, dislipidemii, antecedente heredo-colaterale patologice, precum și consumul exagerat de alcool cresc exponențial riscul, în toate aceste asocieri prevalența hiperuricemiilor crește semnificativ de aceea este necesar un tratament non-farmacologic și farmacologic al acestor hiperuricemii asimptomatice, dar și a factorilor de risc asociați.

Tratamentul hiperuricemiilor asimptomatice

Tratamentul igieno-dietetic implică:

- Combaterea sedentarismului cu practicarea unor activități fizice (mers pe jos, cu bicicleta, înot, gimnastică medicală, jocuri sportive, etc., timp de 30 de minute zilnic sau cu efort dozat în funcție de toleranța cardiovasculară pentru unele persoane);
- Regim dietetic cu respectarea aportului de purine care să nu depășească 200 mg/24 h;
- În caz de exces ponderal – obezitate regim hipocaloric până la atingerea indicelui de masă corporală adecvat.

Evitarea unor alimente cu conținut foarte bogat în purine:

Ciocolată	1.900 mg la 100 g;
Momițe	990 mg la 100 g;
Scrumbii, hering	790 mg la 100 g;
Cacao	620 mg la 100 g;
Anșoa	430 mg la 100 g;
Creier	195 mg la 100 g;
Sardele în ulei	118 mg la 100 g;
Ficat de vită	93 mg la 100 g;
Pește afumat	82 mg la 100 g;
Rinichi de vită	80 mg la 100 g.

Dar și preparate din linte, fasole, spanac, ciuperci, mazăre (45-70 g%).

Alimentația este benefică dacă este hipocalorică 1.500-2.000 Kcal/24h de tip lacto-gluco-vegetariană cu aport important de lichide, care să asigure o diureză crescută > 2.000 ml/24h cu urini alcaline pentru a preveni formarea litiazei urice prin precipitarea uraților din urină (pH = necesar cât mai apropiat de 7), la nevoie corectat cu bicarbonat de Na (3x1 gr./24h)

Pacienții vor consuma:

Glucide: în special paste făinoase, orez, produse din cereale, pâine albă, fulgi de porumb, dar și prăjituri, dulciuri, jeleuri, zahăr în cantități rezonabile pentru a evita excesul ponderal;

Grăsimi: margarină, unt, uleiuri vegetale;

Lactate: lapte, produse lactate, ouă;

Fruite proaspete, congelate, preparate, citrice;

Legume, vegetale verzi, roșii;

Supe din vegetale cu un conținut redus de purine (fără carne sau derivate din carne);

Apă, răcoritoare, băuturi carbogazoase (alcalin – minerale) > 2.000 ml/zi;

Cantitatea de proteine nu trebuie să depășească 1 g/Kg/24h (se interzic cele cu peste 150 mg purine/100 g) – se va evita carnea de vânat, animal tânăr, mezelurile, supele de carne, viscerale (ficat,

rinichi, creier), peștele gras, sardele, hering, anșoa, icre, crustacee, dar în special ciocolata, cacao.

Interzicerea consumului de alcool în special vinuri învechite, aperitive;

Regim sărac în sare, ce împiedică precipitarea uraților.

Exercițiile fizice au rol important în reducerea hiperuricemiilor: favorizând eliminarea urinară; creșterea volumului plasmatic, care prin hemodiluție reduce uricemia. Menținerea constantă a turnover-ului a acidului uric dar cu efecte benefice:

- În reducerea IMC-ului;
- Previne apariția complicațiilor osteoarticulare și musculare.

Tratamentul medicamentos are ca obiective reducerea uricemiei la parametrii normali prin:

- Inhibarea sintezei de acid uric (uricostatice);
- Eliminarea de acid uric (uricozurice).

Reducerea sintezei de acid uric și secundar și uraturie se realizează cu medicamente de tipul:

– **Allopurinol (Zyloric, Milurit)** ce inhibă sinteza atât a purinelor cât, și a pirimidinelor. Reduce uricemia cu 35-40% și scade uricemia cu 25-30%. Se administrează la cei cu hiperuricemie, dar și complicațiile acesteia.

Preparatul de Allopurinol (Milurit, Antigut, Foligan) sub formă de comprimate de 100 mg sau 300 mg. Doza de atac 300-600 mg/24 h, post-prandial doza de întreținere 200-300 mg în funcție de valorile uricemiei (< 6 mg/dl).

Tratamentul este pentru toată viața, cu consum crescut de apă 2-2,5 l/zi (lichide); se apreciază eficiența după 6 luni de tratament.

– **Tiopurinolul (Thiopurenol)** comprimate 100 mg, se administrează 200-400 mg/24 h în trei prize. Reacții adverse reduse față de allopurinol (digestive, cutanate, pierderea senzației gustative).

Medicația uricozurică: Probenecidul, Sulfinpirazonă, Benzydaronă.

– **Probenecidul (Benuryl)** comprimate 250 mg sau 500 mg, doza de atac 500 mg, prima săptămână se crește progresiv până la 1.000-1.500 mg până când valorile uricemiei se normalizează (cca 2 luni), apoi doza de întreținere este de 500 mg/zi; după alte 6 luni la valorile normalizate se înjumătățește doza.

– **Cura internă cu ape minerale** în România prin ape alcaline bogate în bicarbonat: Olănești, Călimănești, Căciulata; cu ape bicarbonate – sodice, calcice – magneziene (carbogazoase) din Bodoc, Malnaș, Covasna, Ciunget.

– **Ape alcaline** de la Borsec, Arieș, Casin, Boholt;

– **Ape sulfat-calcice** (slab mineralizate): Gavora, Băile Felix – 1 Mai;

– **Ape oligo-metalice:** Călimănești, Slănic Moldova;

– **Ape carbogazoase hipotone:** Borsec, Broșteni, Buziaș, Zizin.

BIBLIOGRAFIE

1. **Afilon Jompan** – Cazul clinic în practica MF, Ed. Eurostampa, 2012
2. **Tudor Constantin** – Hiperuricemiile în practica medicală, Ed. Helicon, Timișoara, 1997
3. **Marin Stancu, Alexandru Ciocâlțeu** – Hiperuricemia, comorbiditate, factor agravant sau factor etiologic principal al HTA esențiale, *Revista Practica Medicală*, vol. 7, Nr. 2(26)/2011, pg 125-128
4. **Laurent Karila** – Le book des ECN, Ed. Medicală, Universitatea Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, 2011
5. **Afilon Jompan** – Elemente de medicina familiei și ghid de practică, Ed. Eurostampa, Timișoara, 2000
6. **Afilon Jompan** – Medicina familiei, Editura Eurostampa, Timișoara, 2000
7. **Afilon Jompan** – Excesul ponderal și obezitatea în practica medicului de familie, Anexa la nr. 45, *Revista Medicina Familiei*, Editura Eurostampa, martie 2003
8. **Afilon Jompan** – Analizele de laborator în practica Asistenței Medicale Primare, Ed. Eurostampa, Timiș 2006
9. **Afilon Jompan** – Sănătate publică și sisteme de sănătate, Editura Eurostampa, Timișoara, 2008
10. **Băcanu Gheorghe, V. Șerban** – Principii de alimentație rațională în medicina internă vol. II, Editura Excelsior, Timișoara, 1996
11. **Bennett C., J. Plum, F. Cecil** – Textbook of Medicine, 20th Edition, Saunders Co, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokio, 1996
12. **Borundel C., Condacse A., Rădulescu I.C.** – Hiperuricemiile, Ed. Medicală, Buc. 1976
13. **Grundy S.M.** – Hypertriglyceridemia, atherogenia, dislipidaemia and the metabolic syndrom. *Am.J.Cardiol.* 1998, 18B-25B
14. **Frances Fischbach** – Chemistry Studies. In A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests. Lippincott Williams & Wilkins, USA, 8 ed. 2009, 378-379
15. **Hâncu N.** – Diabetul zaharat, nutriția și bolile metabolice. Ed. Vasile Goldiș University Press, Arad 2001
16. **Harrison** – Principiile medicinei interne, vol. I, Editura Teora, București, 1999
17. **Roddy E., Zhang W., Doherty M.** – Concordance of the management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations. *Ann. Rheum. Dis.* 2007; 66(10):1311-1315
18. **Negrisanu G., Șerban V.** – Principii de alimentație rațională în medicina internă, vol. II, Editura Excelsior, Timișoara, 1996
19. **Schumacher H.R. Jr, Becker M.A., Wortmann R.L. et al.** – Effects of febuxostat versus allopurinol and placebo in reducing serum urate in subjects with hyperuricemia and gout: A 28-week, Phase III, randomized, double-blind, parallel-group trial. *Arthritis Rheum.* 2008; 59:1540-1548.
20. **Schneider Francisc** – Fiziologie, Editura Mirton, Timișoara, 1997
21. **Șerban V., Timar R., Vlad A.** – Diabetul zaharat și hipertensiune arterială, Ed. Brumar, Timișoara 2004