

Guta la femei

L. Rotaru, L. Groppa, E. Deseatnicova, L. Cheaburu, S. Abachi

Catedra Medicină Internă nr.1, USMF "Nicolae Testemițanu"

Gout in Women

Most rheumatic diseases are characterized by a moderate or marked female predominance. But women are a minority group of people affected by gout. An analysis of 19 cases shows that women represented only a proportion of 5.1%. Other statistics reveal the incidence of this disease ranged from 0.9% in Japan to 17.7% in the Netherlands.

Key words: gout, women.

Подагра у женщин

Большинство ревматических заболеваний встречается и преобладает у женщин. Вместе с тем, женщины редко страдают подагрой. Анализ 19 случаев подагры из общего числа обследованных больных свидетельствует, что женщины составляют 5,1%. По данным литературы данное заболевание у женщин колеблется от 0,9% в Японии до 17,7% в Нидерландах.

Ключевые слова: подагра, женщины.

Cele mai multe boli reumatice se caracterizează printr-o preponderență feminină moderată sau accentuată. Femeile reprezintă însă o minoritate în grupul persoanelor afectate de gută. Dintr-o analiză a 19 cazuri reiese, că femeile sunt reprezentate doar în proporție de 5,1% (Lally et al., 1986). În alte statistici cifrele sunt diferite, variind de la o incidență feminină de 0,9% în Japonia la una de 17,7% în Olanda (Ter Borg și Rasker, 1987).

Cu 20 de ani în urmă la 20 de bărbați bolnavi de gută se înregistra o singură femeie, de obicei la vârsta de 60-65 ani, dar la sfârșitul secolului XX în SUA, de exemplu, a fost înregistrată o creștere de 7 ori a gutei nu doar printre bărbați, dar și printre femei, fapt pentru care există cauze reale. Pe primul loc stă creșterea continuă a obezității, legată de dereglările de nutriție și creșterea consumului de alcool. Au apărut și alți factori, neindiferenți pentru dereglările metabolice, în particular, utilizarea medicamentelor, care provoacă hiperuricemia: diureticele, administrate bolnavilor în legătură cu hipertensiunea arterială concomitentă; dozele mici de aspirină pentru controlul indicilor sistemului de coagulare a sângelui; precum și a altor preparate medicamentoase (antituberculoase și citostatice, acid nicotinic, vitamina B12 ș.a.).

Factorii patogenetici la femeile gutoase sunt în relație cu menopauza, întrucât proporția covârșitoare a cazurilor de gută (80-90%) apare după instalarea acesteia (Lally et al., 1986). La femeile, la care primul atac de gută survine înaintea încetării menstruelor, există o puternică înclinație genetică.

La femeile tinere uricemia este în medie cu 1 mg/dl mai mică decât a bărbaților. Sub influența modificărilor hormonale caracteristice menopauzei această diferență dispăre, uricemia femeilor crescând, la unele dintre ele depășind pragul de risc pentru apariția manifestărilor clinice. S-a demonstrat, că estrogenii favorizează clearance-ul renal al acidului uric (Fleckenstein et al., 1983). Pentru apariția gutei este, în general, necesară o perioadă de mai mulți ani de hiperuricemie, astfel încât cele mai multe cazuri de debut al artritei urice la femei se înregistrează la vârste de peste 60 de ani (Ter Borg

și Rasker, 1987; Lally et al., 1986). În unele statistici, totuși, debutul gutei la femeile de peste 60 de ani a fost găsit doar la aproximativ un sfert dintre cazuri (Delbarre et al., 1967; Grahame și Scott, 1970).

Particularitățile clinice ale gutei la femei crează în multe cazuri dificultăți în stabilirea diagnosticului corect. Ter Borg și Rasker constată că din 22 de femei gutoase, diagnosticul de trimitere a fost corect doar la 7. Într-adevăr, gută la femei îmbracă deseori aspecte clinice atipice, atât în sensul manifestărilor inflamatorii "mocnite" cât și al debutului de tip articular acut; într-un caz recent semnalat în literatură, debutul gutei la o femeie în vârstă a fost poliarticular și febril, atacul fiind spectaculos remis de către antiinflamatoare (Kini et al., 2000).

Frecvent la femei gută este într-adevăr poli- sau pauciar-ticulară la debut. Meyers și Monteagudo (1985) au întâlnit această situație la 70% din 92 de bolnave studiate. Alți autori (Lally et al., 1986), deși au constatat o frecvență crescută a gutei poliarticulare la femei, debutul acestor cazuri fusese totuși în majoritate monoarticular. Cu toate că unii autori au constatat, că debutul monoarticular a fost tipic (poda-gră) la majoritatea femeilor; la altele sediul inițial al artritei inaugurale a fost de cele mai multe ori neobișnuit (Meyers și Monteagudo, 1985).

În multiple cazuri artrita gutoasă a femeilor este localizată în articulațiile interfalangiene, care sunt frecvent sediul nodulilor artrozici, în general, la nivelul mâinii (Lally et al., 1986; Meyers și Monteagudo, 1985); totuși, localizarea clasică este frecvent întâlnită. Atât în cazul suferinței acute și monoarticulare, cât și în al celei mai torpide și poliarticulare, posibilitățile diagnostice sunt foarte variate. Foarte probabil că principalul impediment în diagnosticul gutei la femei este, totuși, reprezentat de raritatea acestei boli la sexul feminin.

Este de remarcat faptul, că aproape 80% dintre femei, care prezintă gută au utilizat diuretice (Meyer și Monteagudo, 1985) și că 87% prezentau boli asociate. Spectrul lor nu este diferit de cel întâlnit la bărbați și, în general, nu pune alte

probleme specifice de terapie, totuși, trebuie menționat faptul, că riscul de complicații gastrice este mai mare în cazul folosirii AINS la femeile vârstnice (Duțu și Parasca, 1990).

Atât la vârstnici, cât și la femei, suferința articulară din cadrul gutei, care poate îmbrăca un aspect subacut sau cronic, poate trece în planul secund datorită asocierii frecvente a gutei cu diferite boli interne severe. La acești bolnavi guta poate fi, însă o sursă de suferință cronică și trebuie să i se acorde atenție nu numai pentru acest lucru, ci și pentru luarea unei atitudini terapeutice adecvate, care trebuie să țină cont de boala internă asociată. Uzul diureticelor, mult mai frecvent la femei decât la bărbații suferinzi de gută (Meyers și Monteagudo, 1985; Lally et al., 1986; Ter Borg și Rasker, 1987) trebuie limitat în măsura posibilităților. Pe de altă parte, apariția în proporție covârșitoare a gutei feminine la persoanele, tratate cu diuretice, pune probleme de clasificare (ca primare sau secundare) a acestor cazuri.

Bibliografie

1. Parasca Ion. Artropatii microcristaline. Cluj-Napoca. 2004;250.
2. Lin KC, Lin HY, Chou P. Community based epidemiological study on hyperuricemia and gout in Kin-Hu, Kinmen. *J Rheumatol.* 2000;27:1045-50.
3. McCarthy, G. New drugs for crystal deposition diseases. *Curr. Opin. Rheumatol.* 2006;18:170.
4. Балкаров ИМ. Подагрический артрит. *Врач.* 1999;5:32-35.
5. Насонов ЕЛ. Клинические рекомендации. Ревматология. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006;286.
6. Фисенко В. Подагрический артрит: патогенез и принципы действия лекарственных средств. *Врач.* 2006;14:3-7.

Larisa Rotaru

Catedra Medicină internă nr. 1
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Alecu Russo, 11
E-mail: lilianag@moldova.cc.md

Recepționat 16.04.2010

Algoritm de diagnostic și tratament în intoxicațiile cu ciuperci

M. Neamțu¹, I. Barb¹, L. Dobrota²

¹Facultatea de Medicină “Victor Papilian”, Sibiu, România

²Spitalul Militar de Urgență, Sibiu, România

Algorithm for Diagnosis and Treatment of Mushroom Poisoning

Since information about natural exposures is often insufficient and incorrect, a new syndromic classification of mushroom poisoning is recommended to guide clinicians in making earlier diagnoses – especially in cases where only advanced critical care, including liver transplantation, may be life saving. In 2005, Diaz proposed a classification system based on presentation timing and target organ systemic toxicity (14 major syndromes, 4 new syndromes). The diagnosis is based on clinical evaluation and urinary amatoxin evaluation. The treatment objectives are: to prevent absorption of the toxin from the gastrointestinal tract and to promote elimination from the systemic circulation (primary and secondary detoxification); regarding amatoxin poisoning, to lower the serum concentration of amanitin as soon as possible and thereby shorten the period of time that hepatocytes and renal tubular cells are exposed (extracorporeal detoxification and liver transplant).

Key words: mushroom poisoning, syndromic classification, diagnosis, treatment.

Алгоритм диагностики и лечения отравления грибами

Отсутствие в настоящее время систематизированной информации об отравлении грибами вызвало необходимость разработки новой классификации для оказания помощи врачам в ранней диагностике. В 2005 году Диас предложил классификацию отравлений грибами на основе двух критериев: скорость проявления симптомов интоксикации и системная токсичность. Позитивная диагностика основывается на клинической оценке и определении мочевого аматоксина. Целью лечения является: предотвращение всасывания токсинов из желудочно-кишечного тракта, а также первичная и вторичная детоксикация системы кровообращения.

Ключевые слова: отравление грибами, классификация, диагностика, лечение.

Introducere

În lume există câteva zeci de mii de specii de ciuperci, provenite din flora spontană. Dintre acestea, peste 100 sunt considerate toxice, iar mai puțin de 10 specii sunt potential letale (1, 2, 3, 4).

Încă în anii '50, specialiștii din întreaga lume semnalau o creștere alarmantă a intoxicațiilor severe și fatale cu ciuperci; la mijlocul anilor '70, rata mortalității prin intoxicații cu

amatoxină era de 80%; recent, rata mortalității este de aproximativ 20% (la copiii de 1-10 ani, 50%), în pofida tratamentului “agresiv” (4).

Atâta timp cât informațiile, legate de expunerea la ciuperci sunt deseori insuficiente și incorecte, se impune o clasificare sindromatică nouă, care să vină în sprijinul clinicianului în stabilirea unui diagnostic precoce, în special pentru cazurile, în care doar o intervenție terapeutică avansată (transplant hepatic) poate fi salvatoare.