

Kasuistik

Ubehandlet arthrititis urica kan være årsag til fodsår og amputationer hos patienter med diabetes

Claus Rasmussen^{1, 2, 3}, Jesper Walther Larsen^{1, 2}, Peter C.W. Holm⁴, Trine Stenbak Bisgaard⁴ & Anne Grethe Jurik²

1) Reumatologisk Afdeling, Regionshospital Nordjylland, Hjørring, 2) Center for Klinisk Forskning, Regionshospital Nordjylland, Hjørring, 3) Klinisk Institut, Aalborg Universitet, 4) Diabetes Fodsårsambulatorium, Regionshospital Nordjylland, Hjørring

Ugeskr Læger 2025;187:V11240823. doi: 10.61409/V11240823

Arthrititis urica (AU) ses hos 3% af befolkningen, og diabetes type 2 (DM2) er hyppig hos patienter med AU [1, 2]. Undersøgelser viser, at AU ofte er ubehandlet eller underbehandlet [2, 3]. AU er en progredierende aflejrings sygdom, og ubehandlet kan uratkrystaller gradvis aflejres (som tophi) grundet vedvarende forhøjet niveau af P-urat.

Denne kasuistik beskriver et tilfælde af kronisk toføs AU med fodsår, som førte til amputation og senere et nyt fodsår. Guldstandard for diagnosen AU er påvisning af dobbeltbrydende uratkrystaller ved polarisationsmikroskopi. Forløbet af kasuistikken er lærerigt, idet patientens diagnose var overset i over 20 år, indtil fodsåret blev undersøgt for uratkrystaller.

Sygehistorie

En 88-årig mand med DM2, hypertension, hyperkolesterolæmi, nedsat nyrefunktion og atrieflimren, og som var ikkeryger og uden alkoholoverforbrug, blev i 2005 undersøgt af neurolog pga. stikkende smerter under fødderne, men der var ingen tegn på neuropati. Patienten blev udredt i 2019 hos reumatolog pga. smerter i fødder, men uratsænkende behandling blev ikke iværksat. P-urat var i hele perioden 0,44-0,55 mmol/l. I 2012 havde han haft et forløb i diabetesambulatorium pga. sår over højre femte metatarsofalangeal (MTP)-led, som blev behandlet med sårpleje og langvarig antibiotikakur indtil opheling. Patienten var hos fodkirurg i 2017 med sår på højre anden tå, hvorfra der blev udtømt »tophusmateriale«. I 2022 opstod et nyt sår på højre første MTP-led, som blev behandlet med amputation af første tå. Der blev beskrevet »en del tophusmateriale« under operationen. Gentagne røntgenundersøgelser af fødderne viste

fra 2012 tiltagende erosioner foreneligt med AU, men fortolket som infektion (Figur 1).

FIGUR 1 A. Debris i 2024 fra patientens sår på højre anden tå, hvor der blev påvist uratkrystaller i. B. De tilsvarende røntgenbilleder, forfra og fra siden, viste fuldstændig resorption af anden tås phalanx media og tilstødende del af phalanx distalis med spredte mineraliseringer i den ossøse defekt (åbne pile). C. Røntgenbillede i 2017 viste den tilgrundliggende tophusdannelse i bløddelene (åbne pile) med ledsagende ossøs destruktion medialt i phalanx media foruden karakteristiske erosive forandringer ved første metatarsofalangealled og interfalangealled (pile). D. Røntgenbillede i 2012 viste mindre udtalte, men karakteristiske erosive forandringer (pile) foruden bløddelsforkalkninger medialt ved metatarsofalangealledet (åben pil). Højre første tå blev amputeret i 2022, og uratsænkende behandling blev påbegyndt i 2024.



I 2024 blev patienten genhenvist til diabetesfodsårsambulatorium pga. recidiv af fodsåret på højre

anden tå. Han gik sædvanligvis med træsko, der blev udskiftet til aflastende fodtøj. Der var ikke fejlstillinger eller kallositeter i foden. Distal blodtryksmåling viste, at højre tås tryk var kritisk lavt på 18 mmHg, og der var ingen fornyet karkirurgisk behandlingsmulighed. Fodstatus viste vibrationssans på 20 volt på begge fødder, bevaret stillingssans, ophørt kulde-/varmesans og følesans svækket, men ikke ophørt. Der blev i september 2024 udpresset grynet tandpastalignende materiale fra fodsåret, der for første gang blev undersøgt med polarisationsmikroskopi med påvisning af talrige nåleformede dobbeltbrydende uratkrystaller og dermed sikker diagnose af toføs AU. Patienten blev henvist til reumatolog, og uratsænkende behandling blev indledt. P-urat faldt fra 0,54 til 0,28 mmol/l efter to måneders behandling med allopurinol, men den kliniske effekt og svind af tophi kunne først forventes efter mange måneder.

Diskussion

Denne kasuistik beskriver et problematisk patientforløb, som kendes hos en del patienter med AU. Patienten havde i over 20 år haft symptomer og tegn på alvorlig og progredierende AU, uden at diagnosen blev stillet og uratsænkende behandling opstartet. Ideelt bør man ved mistanke om AU undersøge ledvæske eller tophusmateriale til at påvise uratkrystaller. Det skal bemærkes, at patienten blev opereret to gange uden at undersøge »tophuslignende materiale« for uratkrystaller. En enkeltstående »normal« P-urat på 0,39 mmol/l er en velkendt følge af, at P-urat falder i ugerne omkring et akut anfald. Efter en årrække med anfald er det almindeligt, at symptomerne ændres fra anfald til kroniske intermitterende fodsmerter med gangbesvær og ofte også med smerter og funktionstab i hænderne. Fravær af typiske anfald ses især hos ældre patienter og hos kvinder generelt samt måske også hos patienter med diabetes.

En vigtig årsag til, at AU ikke diagnosticeres og behandles korrekt, er fokus på de anfaldsvise smertefulde ledhævelser som det primære sygdomsbillede, og dermed fastholdes et billede af AU som en intermitterende godartet selvlimiterende sygdom. Herved ignoreres, at AU er en livslang aflejringssygdom med vedblivende urataflejringer, også selv om anfaldene ophører. De nationale guidelines anbefaler tidlig treat-to-target-behandling af AU med livslang uratsænkende medicin og årlige målinger af P-urat til target-værdier $< 0,36$ mmol/l og ved toføs AU endnu lavere: $< 0,30$ mmol/l [4]. Normal p-urat hos mænd er $< 0,48$ mmol/l, hvilket kan føre til misforståelser af terapeutisk target-P-urat.

Diagnosen AU er vanskelig, men røntgenbilleder kan give et godt fingerpeg i de sene toføse stadier med fodsår (Figur 1) [5]. Det er en god idé rutinemæssigt at undersøge for uratkrystaller, når der samtidig laves mikrobiologisk undersøgelse på ledvæske, operationsmateriale eller såroprensning. UL-undersøgelse og især dual-energy CT er andre muligheder for at påvise urataflejringer uden punktur.

When in doubt, think gout – også ved fodsår hos patienter med diabetes.

Korrespondance *Claus Rasmussen*. E-mail: clara@rn.dk

Antaget 25. februar 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 5. maj 2025

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

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V11240823

doi 10.61409/V11240823

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Untreated arthritis urica can cause foot ulcers and amputations in patients with diabetes

This case report describes an 88-year-old male with severe tophaceous gouty arthritis, diabetes, and kidney impairment. Over 20 years, the patient experienced recurrent gout attacks and developed tophaceous deposits, some of which ulcerated. Walking was severely impaired by foot deformities, pain, and chronic foot ulcers. Despite multiple consultations and radiological evidence of gout, no urate-lowering therapy was prescribed. Finally, microscopic analysis of foot ulcer debris identified urate crystals, confirming gout. The patient was then started on allopurinol therapy.

REFERENCER

1. Suppiah R, Dissanayake A, Dalbeth N. High prevalence of gout in patients with type 2 diabetes: male sex, renal impairment, and diuretic use are major risk factors. *N Z Med J*. 2008;121(1283):43-50
2. Rasmussen C, Larsen JW, Holm PCW et al. Gout: an overlooked disease in patients with diabetes? A Danish prospective cohort study with two years follow-up. *Clin Diabetes*. 2025;cd24-0082. (online 6. jan 2025). <https://doi.org/10.2337/cd24-0082>
3. Rasmussen C, Larsen JW, Christensen HM et al. Optimising gout treatment: insights from a nurse-led cohort study. *RMD Open*. 2024;10(2):e004179. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2024-004179>
4. Dansk Reumatologisk Selskab. Arthritis urica. Dansk Reumatologisk Selskab, 2021. <https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/arthritis-urica/> (15. jan 2025)
5. Dhanda S, Jagmohan P, Quek ST. A re-look at an old disease: a multimodality review on gout. *Clin Radiol*. 2011;66(10):984-92. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2011.04.011>