

schnell korrigiert oder durch einen anderen, fachlich korrekten Artikel ersetzt werden.

Dr. med. Irmingard Kamilli  
Medizinische Poliklinik der  
Ludwig-Maximilians-Universität  
Pettenkoflerstr. 8 a  
8000 München 2

## 8 Nicht den Tatsachen entsprechend

Der Beitrag von Professor E. Sturm enthält eine Reihe von Anmerkungen und Ratschlägen, die nicht den Tatsachen entsprechen und einer Richtigstellung bedürfen. Dazu möchte ich im folgenden einige Beispiele aufführen:

So ist der akute Gichtanfall im Bereich des Großzehengrundgelenkes nicht ein Spätsymptom, sondern meist das erste klinische Symptom einer Hyperurikämie. Auch beginnt die Gicht nicht mit Lumbalgie und Rückenschmerzen, Juckreiz wird bei Gicht nie beobachtet.

Die Diagnose der Gicht beruht auf der typischen Anamnese, dem Nachweis von Uratablagerungen,

## 9 Ernährungsumstellung

Der oben zitierte Artikel von Herrn Eckart Sturm gibt Anlaß zu erheblicher Kritik hinsichtlich Diagnostik, klinischem Verlauf, Komplikationen und Therapie. Hierzu werden Stellungnahmen von anderer Seite eingehen.

Ich darf hier zur Ernährungsumstellung nur die wichtigsten Fakten anführen. Die moderne Ernährungstherapie formuliert Empfehlungen nicht mehr nach dem Puringehalt pro 100 g Lebensmittel, sondern nach dem Puringehalt pro üblicher Portion. Die Lebensmittel haben einen unterschiedlichen Energiegehalt. In Abhängigkeit davon sind die Portionen unterschiedlich groß, und die Aufnahme der Purine richtet sich nach diesen Portionen. Fleisch hat zwar pro 100 g in der Regel einen höheren Puringehalt als Gemüse. Da aber eine isokalorische Portion Gemüse wesentlich größer ist als die Portion Fleisch, werden mit be-

dem Ansprechen auf Colchizin während des Anfalls sowie der Feststellung einer Hyperurikämie, wenn nicht Arzneimittel eingenommen werden, die die Serum-Harnsäurekonzentration verändern. Im Gegensatz zu den Anmerkungen des Autors ist Gicht bei wiederholt bestimmten Serum-Harnsäurespiegeln zwischen 3,5 und 6 mg/dl (sofern harnsäuresenkende Arzneimittel nicht eingenommen werden) unwahrscheinlich.

Die Langzeit-Therapie der Hyperurikämie und Gicht strebt Serum-Harnsäurewerte von 5,0 bis 5,5 mg/dl an, nicht – wie vom Autor angegeben – Werte unter 3 mg/dl. Dabei ist die empfohlene Allopurinoldosis (bis  $3 \times 300$  mg/die) gefährlich, da insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion eine generalisierte Allopurinolüberempfindlichkeitsreaktion mit letalem Ausgang auftreten kann.

Prof. Dr. med. W. Gröbner  
Krankenanstalten  
des Zollernalbkreises  
Kreiskrankenhaus  
Tübinger Straße 30  
7460 Balingen

stimmten Gemüse nahezu ebenso viele Purine zugeführt wie mit Fleisch. Diese Tatsache kommt vor allem dann zum Tragen, wenn Fleisch völlig weggelassen und eine rein vegetarische Ernährung durchgeführt wird. Dann sind für die Sättigung wesentlich größere Mengen Gemüse notwendig. Aus diesen Überlegungen heraus ist es unsinnig, dem Gichtkranken Fleisch völlig zu verbieten. Darüber hinaus enthalten die von Herrn Sturm empfohlenen Sojaprodukte für pflanzliche Lebensmittel relativ viel Purine.

Die Aussage: „Reichliche Mengen von Ballaststoffen entlasten den intermediären Stoffwechsel“ mag zwar „modern“ klingen, entbehrt aber weitgehend der Grundlage, da Ballaststoffe bekanntermaßen im Darm verbleiben und zum intermediären Stoffwechsel keine Beziehung haben. Die günstige Wirkung ballaststoffreicher Lebensmittel für den Stoffwechsel liegt überwiegend in ihrer geringen Energiedichte, hinzu-

kommt die Wirkung auf die Darmpassage.

Prof. Dr. med. Günther Wolfram  
Leiter des Instituts  
für Ernährungswissenschaft  
in Weihenstephan  
Technische Universität München  
8050 Freising

## 10 Obsoletes Konzept

Der Artikel über die Gicht von E. Sturm unter der Rubrik „Zur Fortbildung“ stellt einen schlimmen Lapsus für das vielgelesene DEUTSCHE ÄRZTEBLATT dar. Er ignoriert alle wesentlichen modernen nosologischen und therapeutischen Erkenntnisse über diese Krankheit und bewirkt, wie ich in den letzten Tagen häufig erleben mußte, in erheblichem Maße Unsicherheit bei niedergelassenen Kollegen.

Der Rat, bei „fast allen Schmerzzuständen im Bewegungsapparat (Rücken, Gelenke und Muskeln) zuerst an die Gicht zu denken“, spiegelt ein obsoletes Konzept der Jahrhundertwende wider, als man von einer Harnsäure-Diathese sprach und eine Vielzahl rheumatischer Zustände und unklarer Beschwerden im Zusammenhang mit einer Störung des Harnsäurestoffwechsels sah. Offenbar war die Entdeckung von Garrod, daß die Gicht und nur die Gicht der Ausdruck einer Störung des Harnsäurestoffwechsels ist, in der Mitte des vorigen Jahrhunderts so überwältigend, daß man paradoxerweise lange Zeit danach noch fast alle Gelenk-, Muskel-, Rückenschmerzen sowie allergische Zustände, Phlebitiden und vieles andere mehr unter die „gichtische“ Diathese einordnete. Unter den Laien herrscht heute noch vielfach eine solche Meinung, was sich in den diätetischen Empfehlungen einer fleischarmen Diät bei allen rheumatischen Krankheiten einschließlich der Arthrose ausdrückt.

Spätestens mit den Ergebnissen der modernen klinischen Rheumatologie und mit den Erfahrungen mit der Gicht nach dem Zweiten Weltkrieg waren eindeutige nosologische Differenzierungen möglich gewor-

den. Die Gicht ist eine exemplarisch klare Krankheit. Wir wissen heute, daß es sich bei fast allen „atypischen“ Gichtformen um Fehldiagnosen handelt. Immer wieder haben Lehrbuchartikel und Fortbildungsveranstaltungen darauf hingewiesen. Die größte Bemühung in der ärztlichen Ausbildung und Fortbildung zielt darauf hin, die Gicht in ihren klaren Grenzen darzustellen und sie von anderen definierten Schmerzzuständen des Bewegungsapparates abzugrenzen. Mehr und mehr stellen sich die Erfolge ein. Die Gicht wird heute nicht mehr so häufig überdiagnostiziert. Harnsäuresenkende Medikamente werden nicht mehr so häufig ohne richtige Indikation gegeben.

Der von Herrn Sturm im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT veröffentlichte Artikel ist imstande, genau das Gegenteil von dem zu bewirken, worum man sich bisher bemüht hat. Auf die unsinnige Forderung, den

Harnsäurespiegel konsequent unter 3 mg zu halten, möchte ich ebenso wenig eingehen wie auf andere Ungereimtheiten. Ich bin der Meinung, daß die diagnostischen und therapeutischen Vorstellungen nicht nur einen wissenschaftlichen Rückfall darstellen, sondern auch den Bemühungen um eine effektive und kostensparende Medizin diametral entgegenstehen.

Die Gicht war einmal, nämlich in der Mitte der fünfziger Jahre, eine „vergessene“ Krankheit. Eine „unbekannte“ Krankheit ist sie für die medizinische Wissenschaft seit langem nicht mehr, offensichtlich aber noch heute für den Autor dieses unseligen Artikels.

Prof. Dr. med.

Manfred Schattenkirchner

Leiter der Rheuma-Einheit der Ludwig-Maximilians-Universität Pettenkoflerstraße 8 a 8000 München 2

Nicht zutreffend ist, daß die Bestimmung im Gewebe überhaupt nicht möglich sei. Neben dem durchaus möglichen Nachweis von Harnsäurekristallen im Nierengewebe ist sicher die Messung der Harnsäurekonzentration in der Gelenkflüssigkeit als eine Annäherung an die Verhältnisse im Gewebe zu sehen und – zumindest in internistischen und rheumatologischen Abteilungen – allgemein üblich. Auch hier ist nicht die alleinige Erhöhung, nicht einmal der Nachweis von Harnsäurekristallen, beweisend für eine manifeste Gicht; vielmehr wird der intrazelluläre Nachweis von Harnsäurenadeln gefordert.

Zur Symptomatik: Eine Beteiligung der Wirbelsäule in Form von Rückenschmerzen und Lumbalgien kommt nur selten, und dann bei schweren und langjährigen Erkrankungen vor. Da Rückenschmerzen ein überaus häufiges Symptom degenerativer Wirbelsäulenveränderung darstellen, sind sie zur Frühdiagnose der Gicht sicher nicht brauchbar.

Unklar ist mir, warum sexuelle Exzesse zur Gichtmanifestation führen sollen, stellen sie doch, rein physiologisch gesehen, keine wesentlich

andere körperliche Tätigkeit dar als mittelschwere Arbeit oder Sport. Auch die Aufzählung der Begleiterkrankungen ist recht unvollständig, vor allem fehlen mir die Nierenerkrankungen (cave Uricosurica!), maligne Bluterkrankungen und Katabolismus bei konsumierenden Erkrankungen oder gewünschter Gewichtsabnahme.

Die Diagnose kann – wenn bei atypischer Symptomatik und fehlender Möglichkeit zur Gewinnung von Synovia vermutet – klinisch nach wie vor durch das prompte Ansprechen in 75 bis 95 Prozent auf das seit Jahrhunderten bewährte Colchicin gesichert werden, da dieses fast nur beim akuten Gichtanfall wirksam ist; ein Verfahren, das sich besonders in der Praxis empfiehlt, da es zugleich eine prompte Schmerzfreiheit der Patienten bewirkt und zur richtigen Diagnose beiträgt; zudem ist es auch noch sehr kostengünstig.

Daß die Therapie zunächst zur Schmerzverstärkung führt, ist mir weder aus der Literatur noch aus eigener Erfahrung geläufig – gerade die Gicht ist mir als sehr „dankbares“ Krankheitsbild in Erinnerung. Richtig ist, daß abrupte Änderungen des Harnsäurespiegels Gichtattacken auslösen können. Zwar wird die Harnsäure unter anderem durch Uricosurie mobilisiert, abzulesen an der vermehrten renalen Ausscheidung, dies aber kann Steinbildung zur Folge haben – das ist der Grund für die Empfehlung einer einschleichenden Therapie mit diesen Substanzen, die gegebenenfalls zunächst mit Colchicin in geringer Dosierung ergänzt werden kann.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. H. Fender  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Am Katzenstein 5  
3590 Bad Wildungen ▷

## 11 Gicht die bekannte Krankheit

Zunächst möchte ich mich gegen den Titel der Veröffentlichung wehren: ich darf unterstellen, daß die Gicht – und die Unterscheidung zur asymptomatischen Hyperurikämie – so ziemlich allen Ärzten bekannt sein dürfte; allerdings nicht in der Form, wie sie hier dargestellt wird.

Daß der Harnsäurespiegel im Serum irreführend ist, ist unbestritten. Bisher galt jedoch die Lehrmeinung, daß ein erhöhter Serumspiegel von über 6 oder 7 mg% keineswegs beweisend für Gicht ist, wenn nicht andere Smyptome hinzutreten. Trotz Durchsicht der mir zugänglichen Literatur konnte ich den Grenzwert von 3,0 mg% nirgends finden. Möglicherweise handelt es sich hier um die Angabe der Konzentration aus dem Vollblut, die 1982 mit 2 bis 4 mg% angegeben wurde (Strohmeyer und Gerdes in: Klinische Pathophysiologie, Hrsg. W. Siegenthaler, Thieme-Verlag Stuttgart, 1982, S. 137). Diese Bestimmung ist aber nicht üblich. Nur bei Kindern beträgt der Harnsäurespiegel im Serum im Mittel 3,7 bis 4,2 mg%.