

LA GOUTTE

Pr BAHIRI RACHID

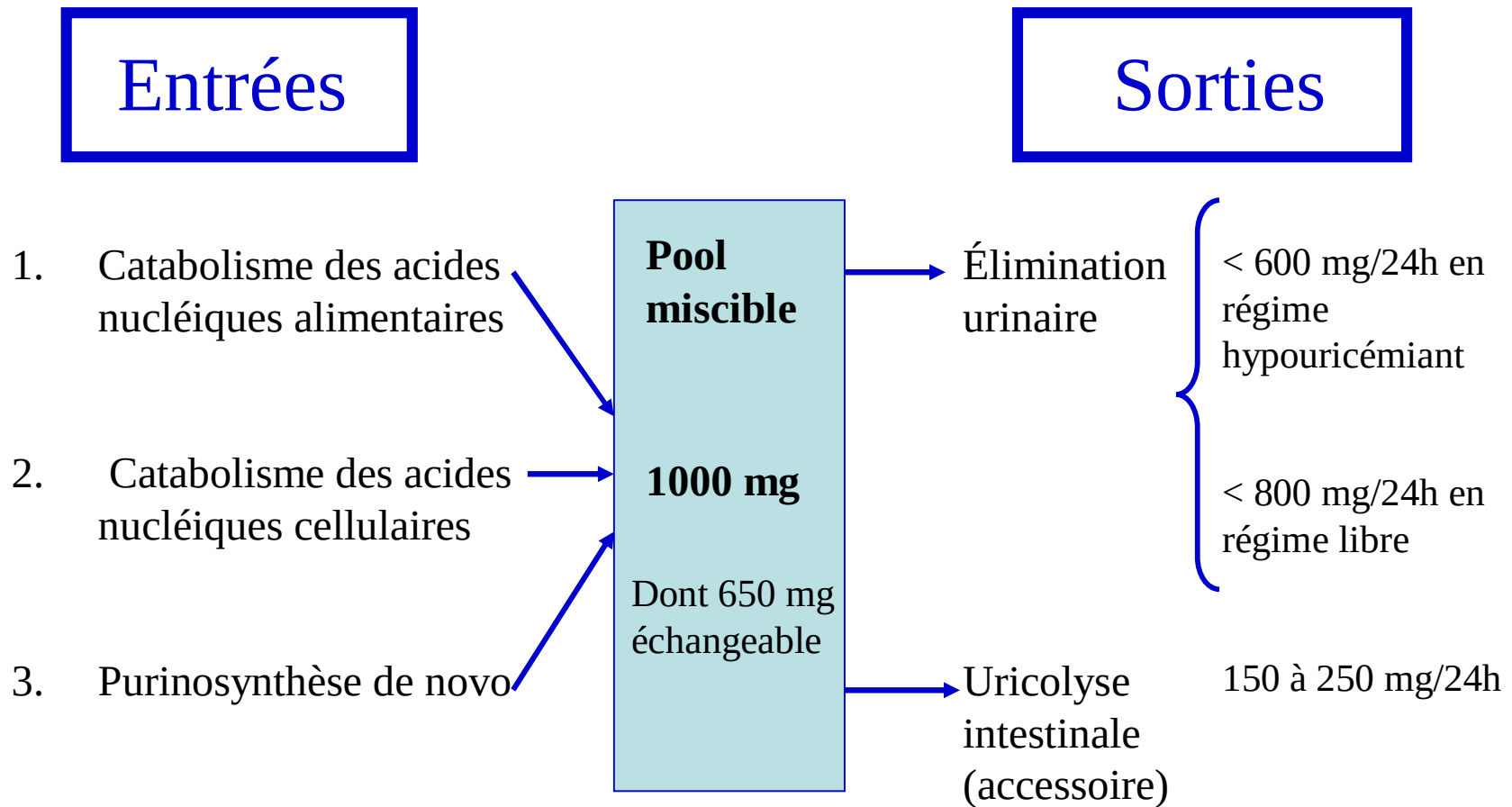
INTRODUCTION

- Maladie métabolique fréquente secondaire à un trouble du métabolisme des purines =>
- Excès d'acide urique : hyperuricémie
 - Hyperproduction
 - Défaut d'élimination
- Précipitation des cristaux d'urate de sodium
 - Articulations : accès goutteux (Goutte aiguë)
 - Parties molles (tophus), rein et articulations : Goutte chronique
- Pronostic fonctionnel (articulaire) et vital (rénal)

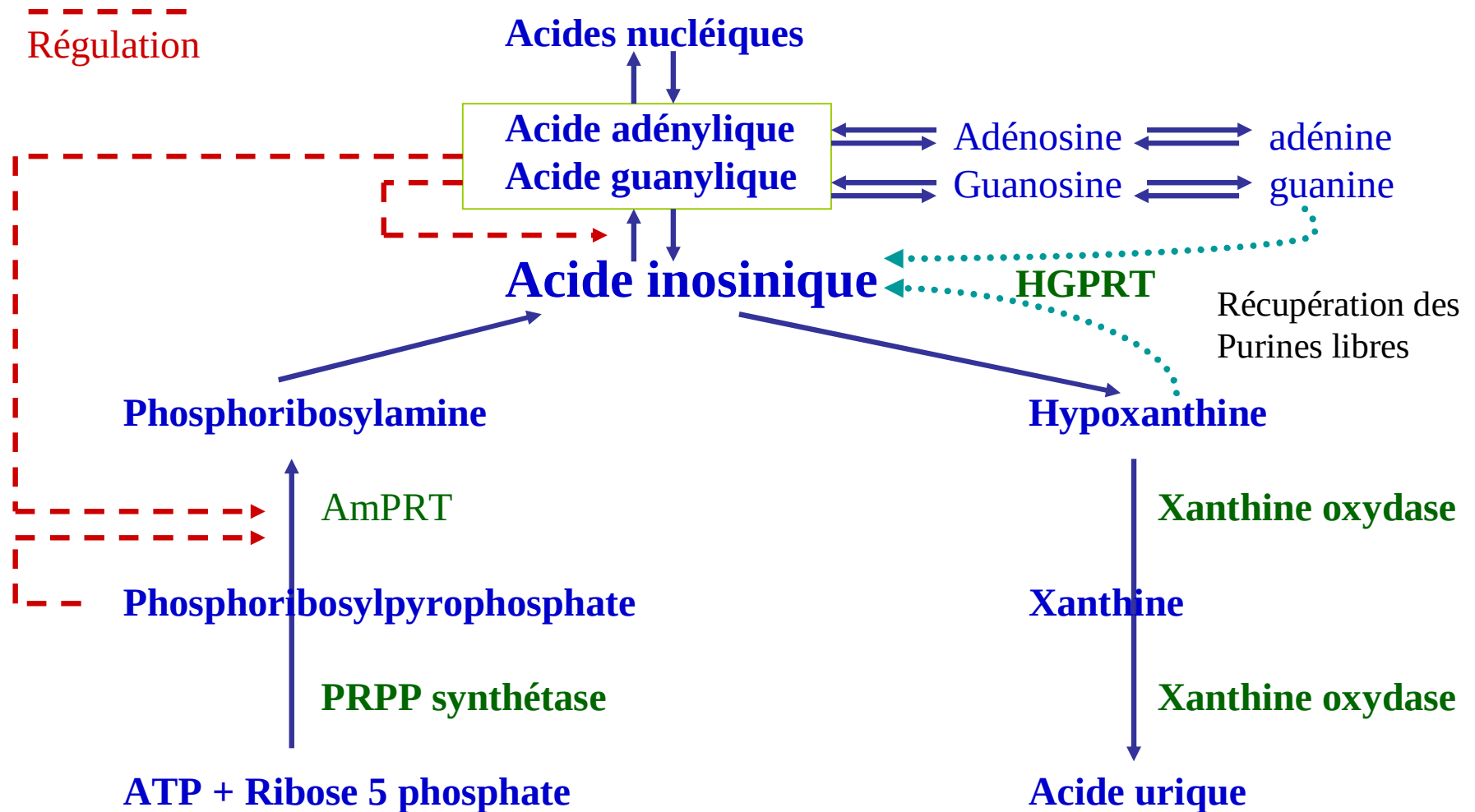
ÉPIDÉMIOLOGIE

- Hyperuricémie fréquente (5-15% de la population)
hyperuricémie : > 70 mg/l (H)
 > 60 mg/l (F)
- La goutte : 0,5% (2% après 60 ans)
- L'homme dans 90% des cas
- Le plus souvent entre 30-50 ans
- La femme après la ménopause

PHYSIOPATHOLOGIE



PHYSIOPATHOLOGIE



ETIOLOGIES

1. La goutte primitive :

- Idiopathique : 98%
 - Homme pléthorique suralimenté (bon vivant)
 - Mécanisme inconnu
- Déficit enzymatique : HGPRT
 - Total : Lesh-Nyhan
 - Partiel : goutte précoce (homme de 20 ans) et sévère (atteinte rénale+++)
- Hyperactivité de la PRPP synthétase

2. Les gouttes secondaires :

- Insuffisance rénale chronique
- Hémopathies
- Psoriasis étendu
- Iatrogène :
 - Diurétiques+ + + + +
 - Aspirine à faible dose
 - Chimiothérapie
 - Pyrazinamide, éthambutol

ETUDE CLINIQUE

A. L'accès goutteux

TD : arthrite MTP du GO

- facteurs déclenchants : excès alimentaire ou alcoolique, traumatisme, infection, médicament...
- Prodromes : paresthésies, fièvre, malaise, tr. digestifs, insomnie...
- La douleur :
 - 2ème moitié de la nuit, cède « au chant de coq »
 - Base du GO
 - Pulsatile, lancinante, permanente, augmentée par la mobilisation, en « chapelet »
 - Impotence fonctionnelle majeure
 - Fièvre à 38° - 38°5, agitation, faciès vultueux
 - Examen: signes inflammatoires importants
 - Évolution : spontanée : crises de 5 – 10 j, guérison → récides sous traitement : colchicine++++



- Formes cliniques :
 - Topographiques :
 - Articulaires : genou, cheville, main, coude
 - Ab-articulaires : tendons (Achille) et bourses séreuses (pré-rotulienne et olécranienne)
 - Symptomatiques :
 - Pseudo-phlégmoneuses
 - Atténuées « asthéniques » : hydarthrose chronique
 - Polyarticulaires : 5 %

- Examens complémentaires :

- Radiologie : normale

- Biologie :

- VS, NFS

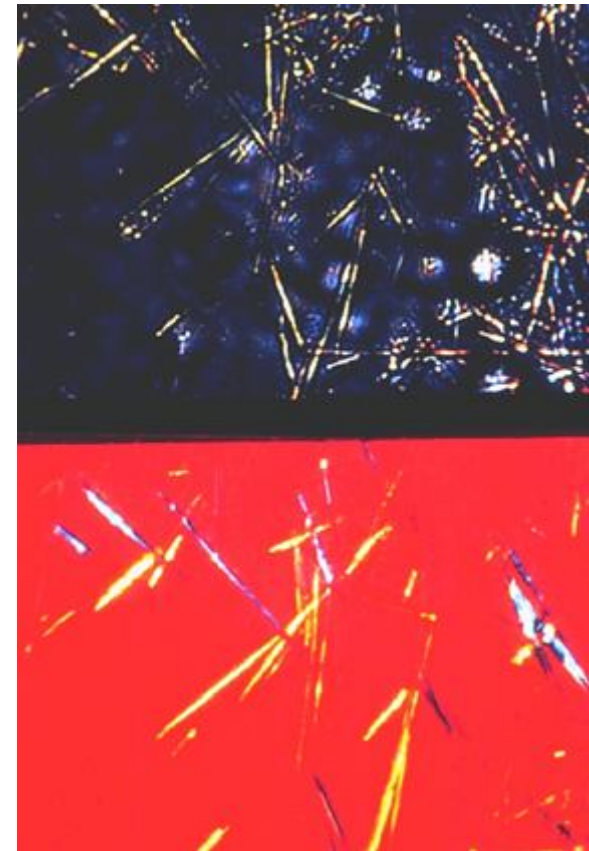
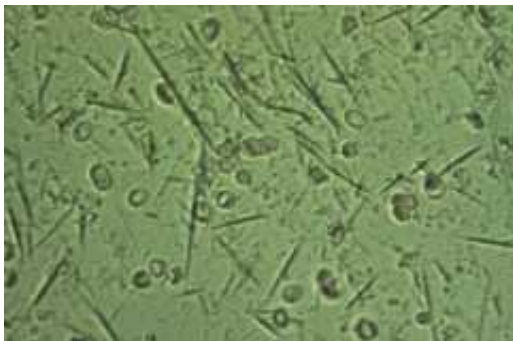
- uricémie : peut être normale

- Liquide synovial :

- très inflammatoire,
5000 GB/mm³ (PNN)

- (Parfois 50 000 à 100 000)

- Cristaux d'urate de sodium

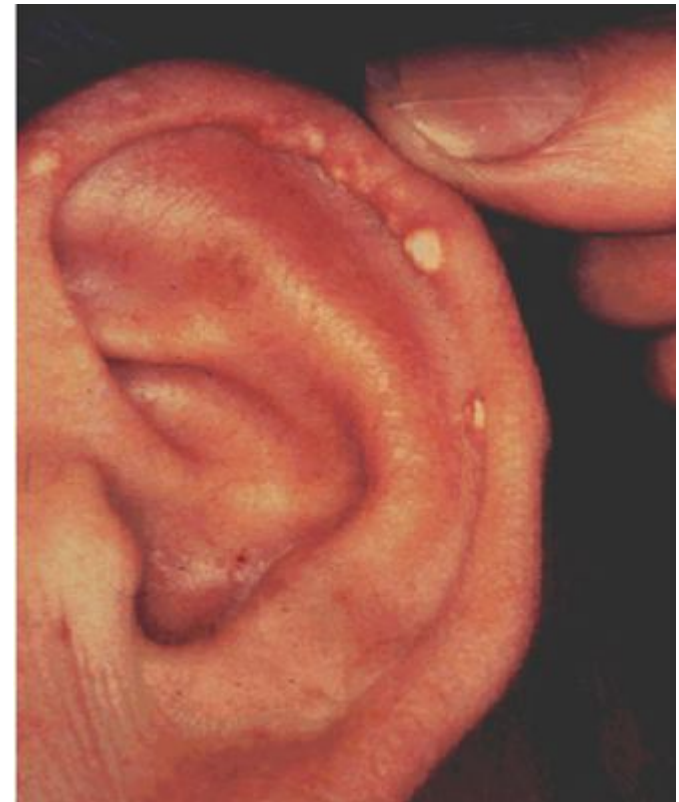


B. La goutte chronique

1. Les tophus :

Concrétions sous-cutanées

- Blanc-jaunâtres
- dures
- Indolores
- Parfois ulcérées : bouillie crayeuse
- Siège électif :
 - Juxta-articulaire : IPP et MCP
 - Juxta-tendineux : Achille
 - Bourses séreuses : olécrane
 - Parties molles : hélix de l'oreille





2. Les arthropathies uratiques :

– Clinique :

- accès mono- ou oligo-articulaire asymétriques des membres inférieurs

parfois polyarthrite chronique





– Radiologie :

- Signes généraux : pincement, ostéophytose marginale, condensation sous-chondrale et géodes à l'emporte-pièce
- Pieds :
 - aspect hérissé du dos du pied,
 - aspect en « hallebarde »
- Mains : lésions irrégulières et asymétriques du carpe
- Genoux : gonarthrose sévère



3. Atteinte rénale : *cause ou conséquence?*

- La lithiase rénale : 20% des gouttes
 - Calculs de petite taille, radio-transparents
 - Clinique : coliques néphrétiques et infections urinaires
 - favorisée par l'hyperuraturie et l'acidité des urines
- La néphropathie goutteuse :
 - Protéinurie, leucocyturie, hématurie microscopique et insuffisance rénale par atteinte tubulo-interstitielle

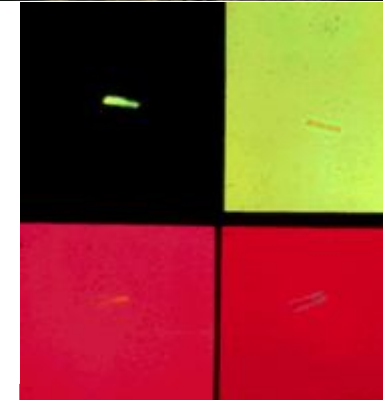
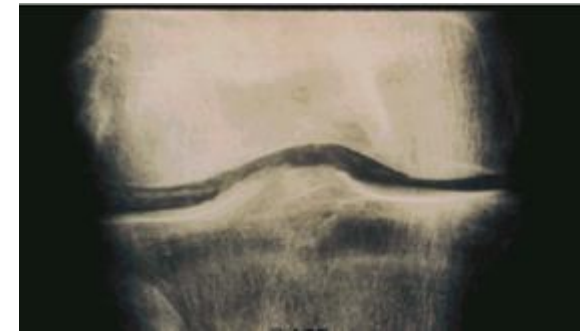
DIAGNOSTIC

A. POSITIF

- Clinique
- Radiologie
- Biologie :
 - Hyperuricémie
 - uraturie
- Liquide synovial : cristaux d'urate de sodium

B. DIFFERENTIEL

- Accès aigu :
 - Arthrite septique
 - Autre arthropathie métabolique :
 - chondrocalcinose,
 - rhumatisme à hydroxyapatite
 - RAA, Rhumatisme inflammatoire
- Goutte chronique :
 - PR, spondylarthropathies, sarcoïdose, Bénçet...
 - Arthrose des mains



TRAITEMENT

A. MOYENS

1. L'accès aigu :

- Repos et vessie de glace, antalgiques
- **Colchicine** : *Dc et ttt +++* (**avant le dosage de l'uricémie**)
 - J1 : 3 mg,
 - J2 et J 3 : 2 mg,
 - après J 3 : 1 mg/j
- AINS
(ex : indométacine ou diclofénac 150 mg/j)
- Diurèse : 2 litres/j
- Alcalinisation des urines

Effets secondaires : **diarrhée**, +++
tr. digestifs, éruption cutanée

CI : grossesse, IR et IH sévères

2. Traitement de fond :

but : ramener l'uricémie à $< 50 \text{ mg/l}$

- Règles hygiéno-diététiques : (10 mg/l)
 - Régime hypocalorique et hypopurinique
 - Suppression de l'alcool
- Médicaments hypo-uricémiants :
 - Inhibiteurs de la synthèse de l'acide urique (XO) : **Allopurinol** (**Zyloric***) : 100 – 300 mg/j
 - Febuxostat « Adenuric *»
 - Uricosuriques : probénicide, benzbromarone
 - Uricolytiques : Uricase (Uricozyme*)

B. INDICATIONS

- Traitement de l'accès aigu + régime
- Traitement de fond : allopurinol +++
 - Accès fréquents, atteinte rénale ou arthropathie chronique
 - Hyperuricémie asymptomatique ? (→ Si > 90 mg/l)
 - Au long cours : souvent **à vie +++**
 - Démarré après couverture par la colchicine pendant 15 j à 1 mois (poursuivie x 3 – 6 mois)
- Traitement étiologique