

# LA GOUTTE

## I/ DEFINITION :

affection

La goutte est liée à un dépôt tissulaire d'acide urique dû à un désordre du métabolisme de l'acide urique. Sa traduction est essentiellement articulaire mais aussi rénale et cutanée.

## II/ EPIDEMIOLOGIE :

Fréquence: 5 à 15% de la population générale

Sexe: plus fréquente chez l'homme (90% des cas).

Age: le plus souvent entre 30 et 50 ans.

## III/ ETIOLOGIES :

1°) Habituellement, il s'agit d'une goutte primitive: 95% des cas: de cause inconnue, favorisé dans son expression par la suralimentation voire des médicaments (exp: Diurétiques).

2°) Parfois il s'agit d'une goutte secondaire: rares; secondaire à:

- Insuffisance rénale chronique, hémopathie (leucémie, syndrome méloprolifératif), médicaments (diurétiques thiazidiques, pyrazinamide, ethambutol, salicylés à faible dose, ciclosporine A), saturnisme, hyperparathyroïdie, psoriasis étendu, Sarcoidose, Toxémie gravidique.

\* Il peut exister une hyperuricémie transitoire après un jeûne prolongé, un effort musculaire ou après une intoxication alcoolique aiguë.

3°) Goutte Enzymopathique: à rechercher chez le sujet jeune

## IV/ PHYSIOPATHOLOGIE DE LA GOUTTE :

- La goutte se définit par un taux sanguin d'acide urique  $> 70 \text{ mg/L}$   
→ ♂ (420 mmol/l).
- Et par un taux sanguin d'acide urique  $> 60 \text{ mg/L}$  → ♀ (360 mmol/l).

Deficit complet de HGPRT  
E Hyperuricémie de la PRPP  
Deficit en G6PD.

- La goutte est toujours une complication de l'hyperuricémie, mais l'hyperuricémie ne se complique pas toujours d'une goutte .
- Cette hyperuricémie est liée à un défaut d'élimination urinaire ou le plus souvent à un excès de production d'acide urique soit aux deux à la fois .

L'acide urique est produit par le catabolisme des acides nucléiques cellulaires et alimentaires sous l'action d'une enzyme la Xanthine-oxydase.

L'élimination de l'acide urique se fait essentiellement au niveau urinaire normalement elle est  $< 600 \text{ mg/j}$  .

## VI CLINIQUE :

### A/ L'accès goutteux :

Il est généralement monocuticulaire , intéresse classiquement l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil avec une installation brutale d'une hyperesthésie locale , brûlures, malaise général avec frissons et fièvre de  $38^\circ \rightarrow 38,5^\circ\text{c}$ , avec insomnie, entraînant une agitation . Ensuite apparaît une douleur de la base du gros orteil très intense, pulsatile, lancinante et permanente avec une impotence fonctionnelle majeure .

Il existe des signes inflammatoires locaux : une peau très étendue, luisante rouge violacée en pelure d'oignon, avec dilatation veineuse et augmentation de la chaleur locale. La mobilisation de la M T P est impossible et la palpation est très douloureuse .

D'autres articulations peuvent être le siège de l'accès aigu : le genou, le pied , le coude , la cheville , la main.

La hanche et les épaules sont généralement épargnées . Il peut y avoir une bursite associée (surtout bursite retro-olécranienne et pré rotulienne) ou bien une tendinite ( surtout tendinite d'Achille) .

Cet accès goutteux peut revêtir un aspect pseudo phlegmoneux simulant une atteinte septique, ou au contraire un aspect atténué avec douleurs supportables et signes inflammatoires locaux discrets sans signes généraux.

- L'évolution de la crise : L'accès aigu dure 5 à 10 jours, parfois 3 semaines . Il est dû à la précipitation d'acide urique présent dans les tissus qui cristallise et donne une réaction inflammatoire importante.

- Il existe des facteurs déclenchant : suralimentation, traumatisme, infection en post opératoire, prise médicamenteuse ( médicaments hyperuricémiants) , jeûne, excès alcoolique... etc.

La douleur connaît son maximum la nuit pour diminuer chaque jour au lever du soleil ( « au chant du coq » ). La sensibilité à la colchicine de ce tableau clinique constitue avec ces douleurs intenses et ces signes inflammatoires locaux majeurs un des critères de diagnostic de la crise de goutte aiguë .

B/ La goutte chronique : Elle résulte du dépôt des cristaux d'urate de  $\text{Na}^+$  ( acide urique) dans les parties molles et dans les articulations, ceci en l'absence de traitement hypo-uricémiant .

- 1- L'arthropathie chronique uratique : accès mono ou oligoarticulaires asymétriques prédominants aux membres inférieurs, il peut exister une polyarthrite goutteuse évoluant vers une arthropathie dégénérative d'allure arthrosique avec ostéophytose exubérante.
- 2- Tophus : Dépôts d'acide urique précipités dans le tissu conjonctif à type de masses sous-cutanées, blanc jaunâtres, indolores, recouverte de peau saine amincie, peuvent s'ulcérer et laisser sourdre une bouillie crayeuse . Ces tophi sont l'apanage des formes anciennes et très sévère. Ils siègent aux oreilles ( hélix, anthélix) aux coudes ( au niveau de l'olécrane) , aux pied ( gros orteil, talon, tendon d'Achille) et aux mains, aux genoux à la région pré rotulienne.
- 3- Atteinte rénale : Les lésions sont à type de :
  - Lithiase rénale : favorisé par un PH urinaire acide, une réduction de la diurèse , les uricosuriques se manifestent par des crises de coliques néphrétique. Ces lithiases sont radio transparentes (intérêt de l'échographie ou U I V) . Ces lithiases apparaissent pour une uraturie  $> 600 \text{ mg} / 24 \text{ heures}$ .
  - Néphropathie goutteuse :
    - Interstitielle : Protéinurie faible, leucocytaire sans hématurie, acidose hyperchlorémique .
    - Glomérulaire : rare , ou à une protéinurie , hématurie avec cylindrurie .

L' R C est le terme évolutif de cette néphropathie .

## VII/ EXAMENS PARACLINIQUES :

- Syndrome inflammatoire non spécifique avec VS accélérée ; hyper leucocytose à P N.
- Hyperuricémie ( qui peut parfois manquer à la phase aiguë en raison de la précipitation articulaire et viscérale de l'acide urique).
- Bilan rénal : apprécier la fonction rénale avec dosage de l'urée, créatinine, Ionogramme sanguin, Protéinurie / 24 heures .  
Demande un E C B U , une chimie des urines, un dosage de l'uraturie/ 24heures , échographie rénale voie UIV.
- Etude du liquide articulaire : en cas d'épanchement articulaire, le liquide de ponction est inflammatoire aseptique, contenant des cristaux d'acide urique, la présence de ces cristaux est pathognomonique: *cristaux d'urates, en aiguilles à bouts pointus biréfringents à la lumière polarisée.*
- RX de la goutte :
  - \* Absence de lésions radiologiques ostéoarticulaires dans la goutte aiguë. *Interet de l'échographie ostéo articulaire .*
  - \* Dans la goutte chronique :
    - Les tophi sont radio transparents, rarement radio opaques s'ils sont anciens et secondairement calcifiés.
    - L'arthropathie uratique : on a :  
Pincement de l'interligne articulaire avec ostéophytose marginale exubérante, une condensation sous chondrale avec présence de géodes à l'emporte pièce siégeant préférentiellement aux mains et pieds, épines osseuses sous et retrocalcániennes .  
Aspect d'arthrose sévère dans les formes avancées .

## VIII/ TRAITEMENT :

- Traitement de crise aiguë : à traiter en ambulatoire sans retard :
- Repos articulaire , vessie de glace.
  - Antalgiques : Diantalvic jusqu'à 6 cp/J.
  - Colchicine : test diagnostique d'arthrite ( micro cristalline mais aussi thérapeutique, on donne : cps 1 mg :  
3 mg en 3 prises J1  
puis 2 mg en 2 prises J2 et J3  
puis 1 mg /J pendant 1 mois .

Contre indication si : IRC sévère, Insuffisance hépatique sévère et grossesse .

Effets secondaires : Diarrhée ( donner Imodium 6 cp/J) ou utiliser de préférence la colchimax , nausée, vomissement , urticaire.

\* AINS : Indocid : 150 mg/J pendant 5 jours puis 100 mg/J pendant 1 mois.

Ces AINS sont donnés si intolérance à la colchicine .

\* Diurèse abondante : au moins 2 L /J. à 3 L/j

- En l'absence d'HTA : alcalinisation des urines ( 500 ml d'eau de Vichy / J).

\* Parfois ponction articulaire évacuatrice voire infiltration par dérivés cortisoniques .

→ Traitement de fond :

Indication : crise aiguë répétée , arthropathie goutteuse , tophus ou complications viscérales .

- Ce traitement doit être commencé à distance de la crise aiguë : 1 mois après .

- Ne pas traiter une hyper uricémie seule ( régime seul ) sauf en cas de lithiase urinaire ; ne pas débiter après un premier accès aiguë articulaire .

a) Régime : régime hypoprotidique ; hypocalorique : réduction de certains aliments : abatas, gibiers, crustacés , choux, épinards , poissons gras, suppression d'alcool, corriger une éventuelle hyperlipémie et diabète .

b) Traitement médicamenteux de fond :

- Toujours associé à la colchicine ( 1mg/ J) ou AINS si contre indication à la colchicine pendant 1 à 2 mois en raison du risque d'accès aigu lors de la baisse de l'uricémie .

1) → Inhibiteurs de l'uricosynthèse :

- Allopurinol = Zyloric : le plus utilisé , indiquée quelle que soit l'uraturie : cp à 100 mg : doses progressives à 200 voire 300 mg/J commencer à 100 mg , réévaluer l'uricémie 1 mois après. Traitement à vie . Si goutte tophacée maintenir la colchicine jusqu'à leurs disparition .

3) → Uricosuriques : augmentent l'élimination rénale de l'acide urique :

Exp : Desuric : 100 mg /J ; Probenécide .

Les uricosuriques sont contre indiqués si uraturie > 600 mg/ 24heures , si antécédents de lithiase urinaire et si insuffisance rénale.

4) → Uricolytiques : utilisés pour les hyper uricémies majeures, notamment post chimiothérapie ou insuffisance rénale :

Uricozyme : 1 à 2 amp/J en IVL en milieu hospitalier pendant 6 à 12 Jours.

2) Febuxostat (Adémuric) : Inhibiteur de la xanthine oxydase hypouricémiant. Dose initiale de 80mg puis. Indication limitée en raison du risque cardiovasculaire. Surveillance périodique de l'uraturie.

(6)