

# LA GOUTTE



Pr. A. EL MAGHRAOUI



# 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

## Entrées

1. Catabolisme des acides nucléiques alimentaires
2. Catabolisme des acides nucléiques cellulaires
3. Purinosynthèse de novo

**Pool miscible**

**1000 mg**

Dont 650 mg échangeable

Élimination urinaire

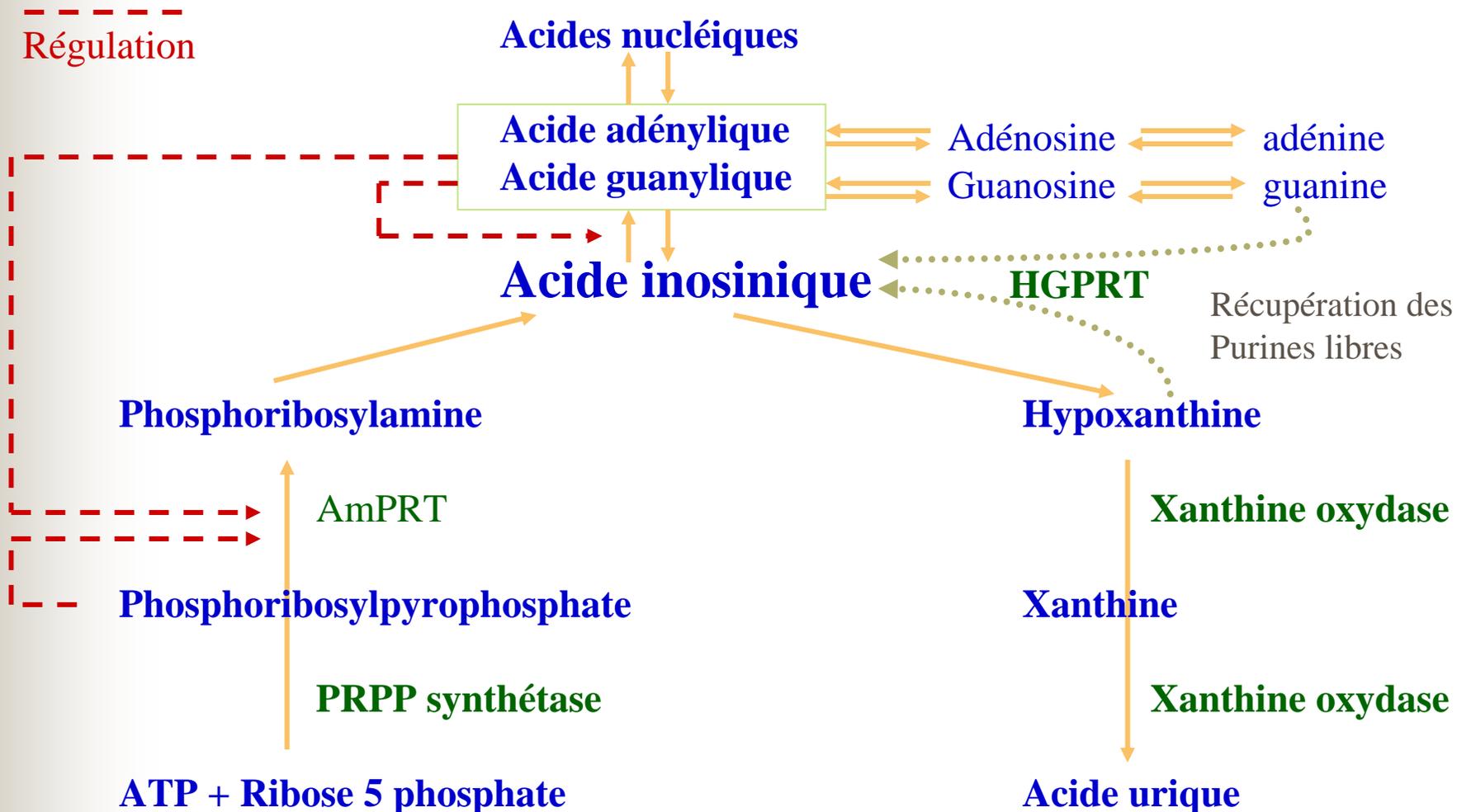
< 600 mg/24h en régime hypouricémiant

< 800 mg/24h en régime libre

Uricolyse intestinale (accessoire)

150 à 250 mg/24h

# 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, faciès vultueux
  - Examen: signes inflammatoires importants
  - Évolution : spontanée : crises de 5 – 10 j, guérison → récives sous traitement : **colchicine**++++





- Formes cliniques :

- Topographiques :

- Articulaires : genou, cheville, main, coude

- Ab-articulaires : tendons (Achille) et bourses séreuses (pré-rotulienne et olécranienne)

- Symptomatiques :

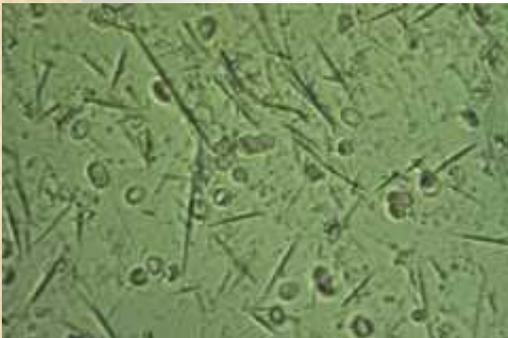
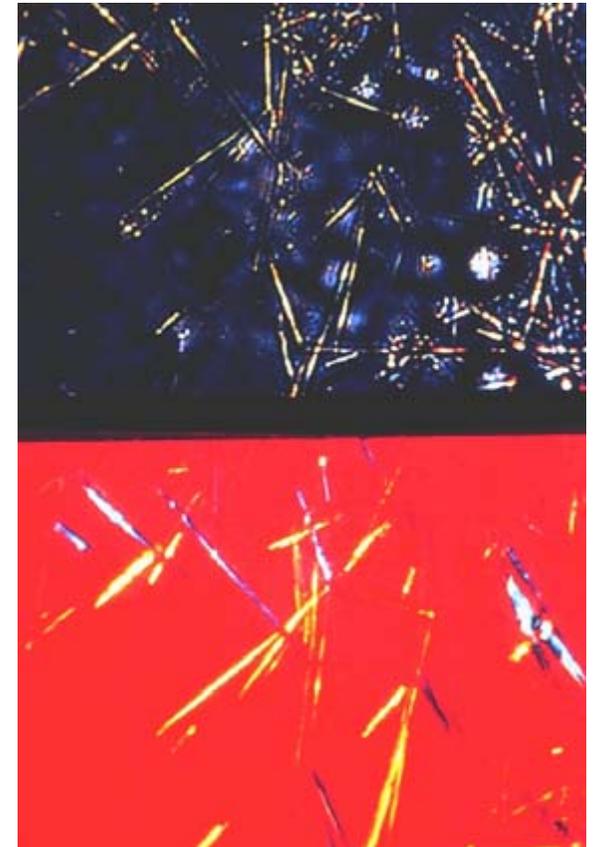
- Pseudo-phlégmoneuses

- Atténuées « asthéniques » : hydarthrose chronique

- Polyarticulaires : 5 %

## ■ Examens complémentaires :

- Radiologie : normale
- Biologie :
  - VS, NFS
  - uricémie : peut être normale
  - Liquide synovial :
    - très inflammatoire,  
5000 GB/mm<sup>3</sup> (PNN)  
(Parfois 50 000 à 100 000)
    - Cristaux d'urate de sodium



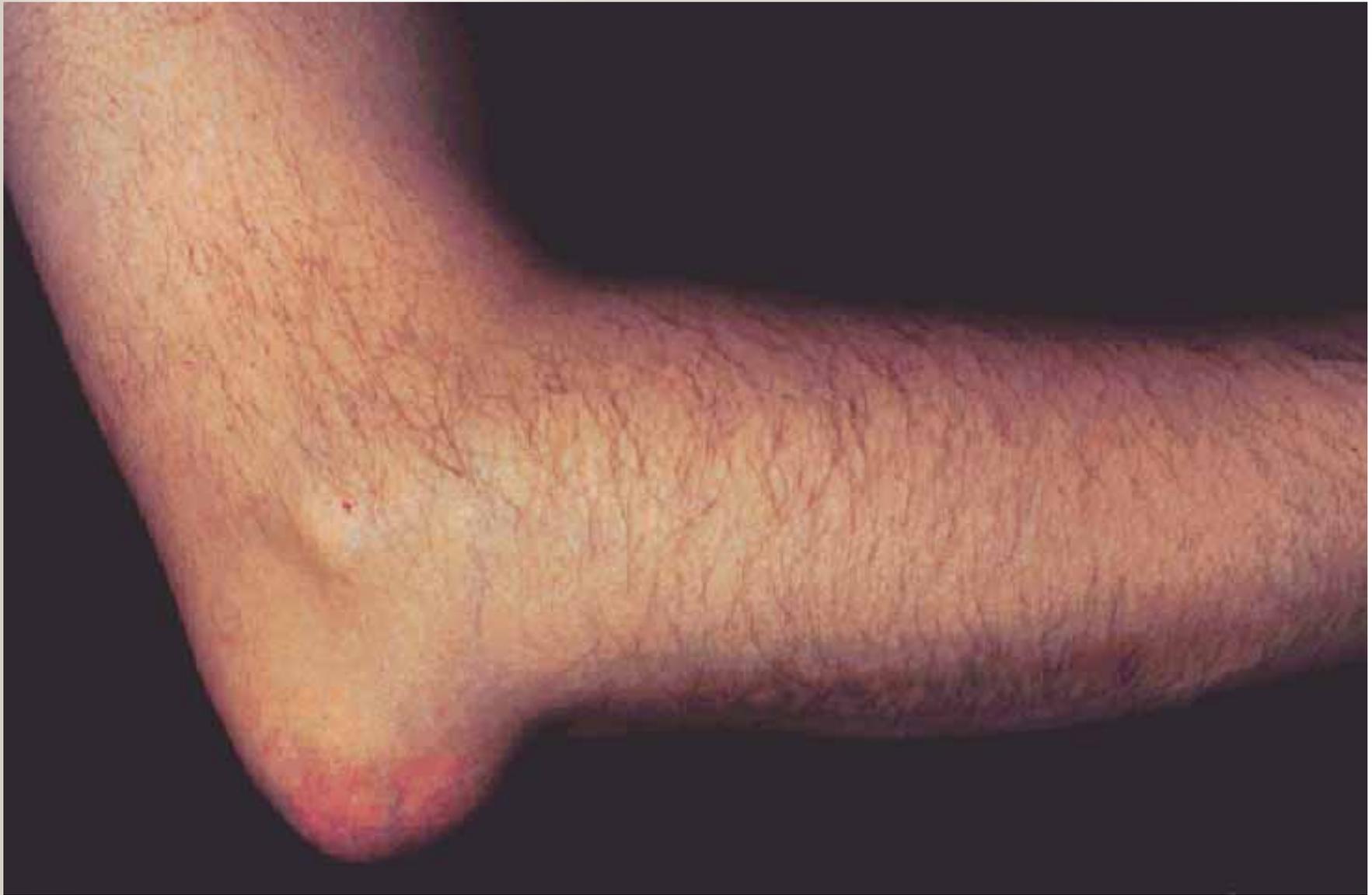
# B. La goutte chronique

## 1. Les tophus :

Concrétions sous-cutanées

- Blanc-jaunâtres
- dures
- Indolores
- Parfois ulcérées : bouillie crayeuse
- Sièges électifs :
  - 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

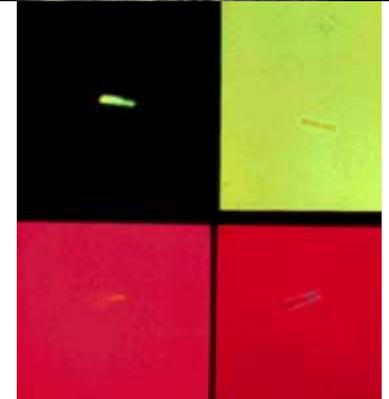
## B. DIFFERENTIEL

### ■ Accès aigu :

- Arthrite septique
- Autre arthropathie métabolique :
  - chondrocalcinose,
  - rhumatisme à hydroxyapatite
- RAA, Rhumatisme inflammatoire

### ■ Goutte chronique :

- PR, spondylarthropathies, sarcoïdose, Behçet...
- 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  $< 50$  mg/l

- Règles hygièno-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
  - 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