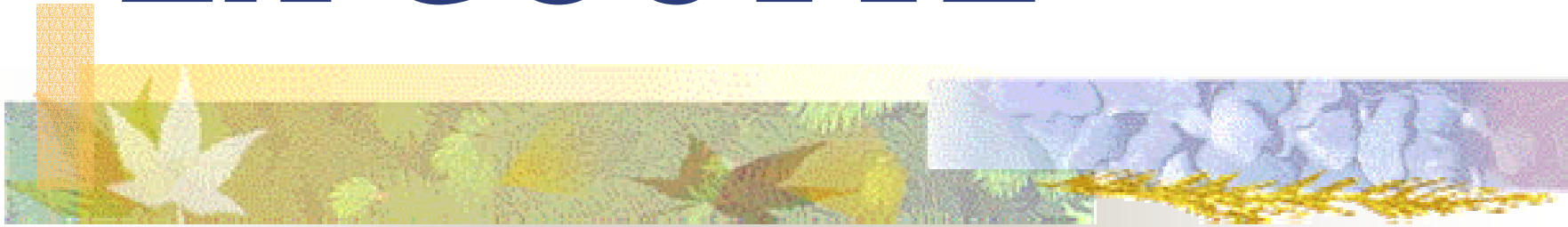


LA GOUTTE



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

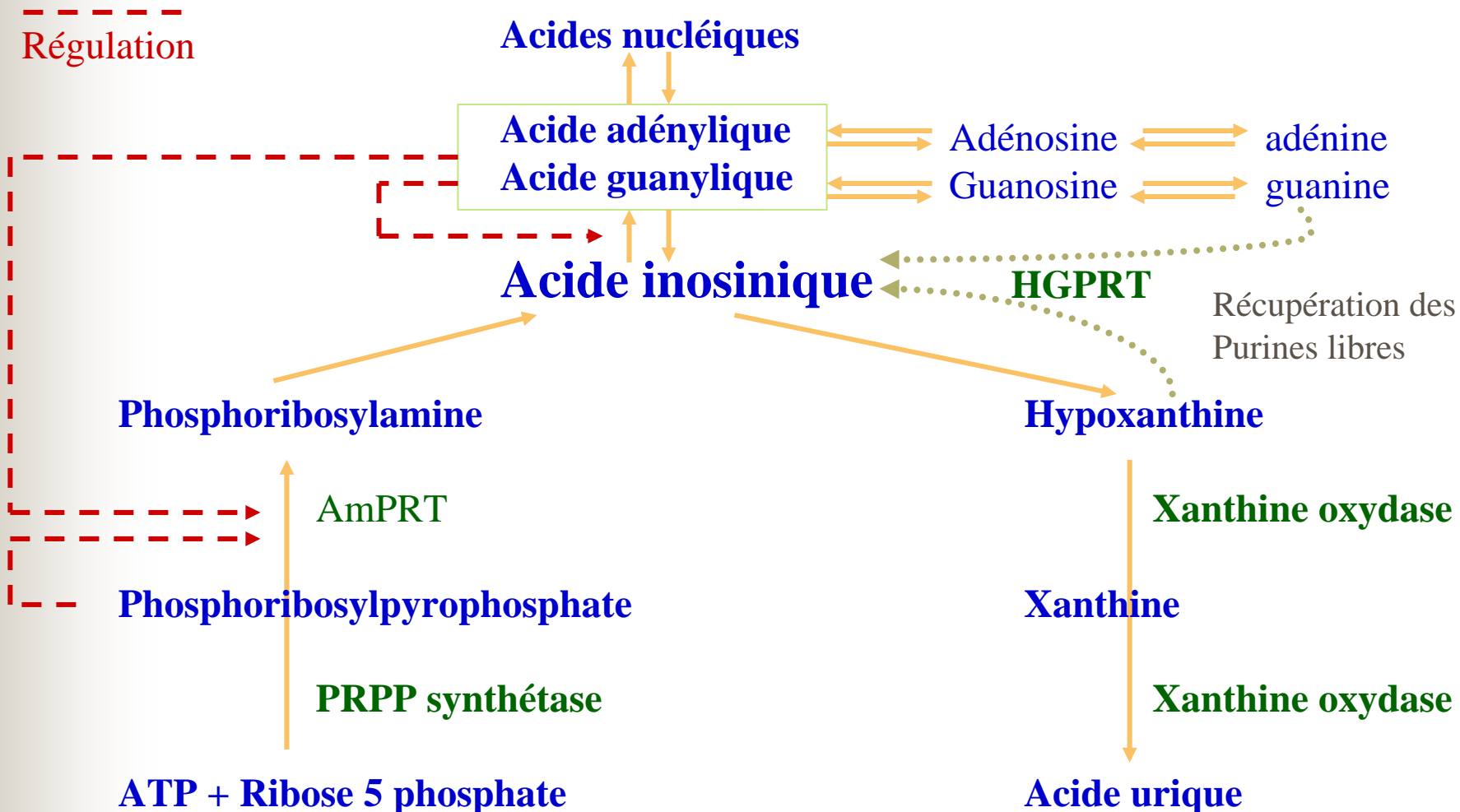
< 600 mg/24h en régime hypouricémiant

< 800 mg/24h en régime libre

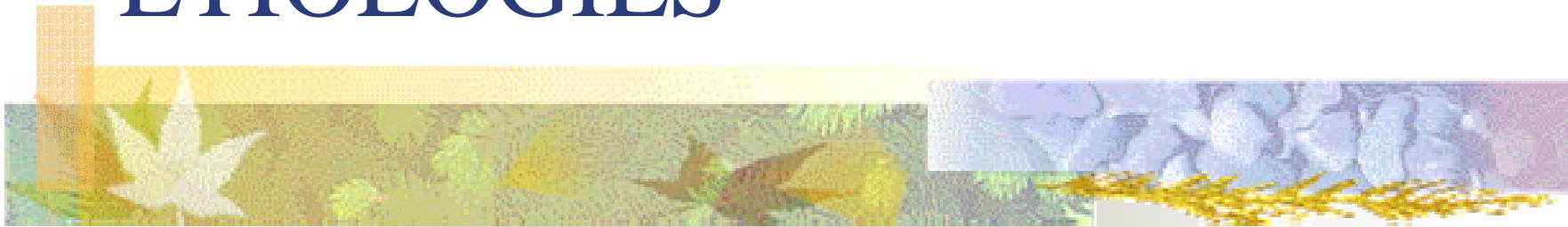
Uricolyse intestinale (accessoire)

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...
- Prodiges : 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 → récives sous traitement : colchicine++++





- Formes cliniques :

- Topographiques :

- Articulaires : genou, cheville, main, coude

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

- Symptomatiques :

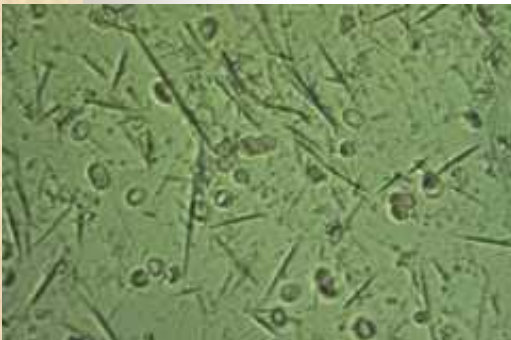
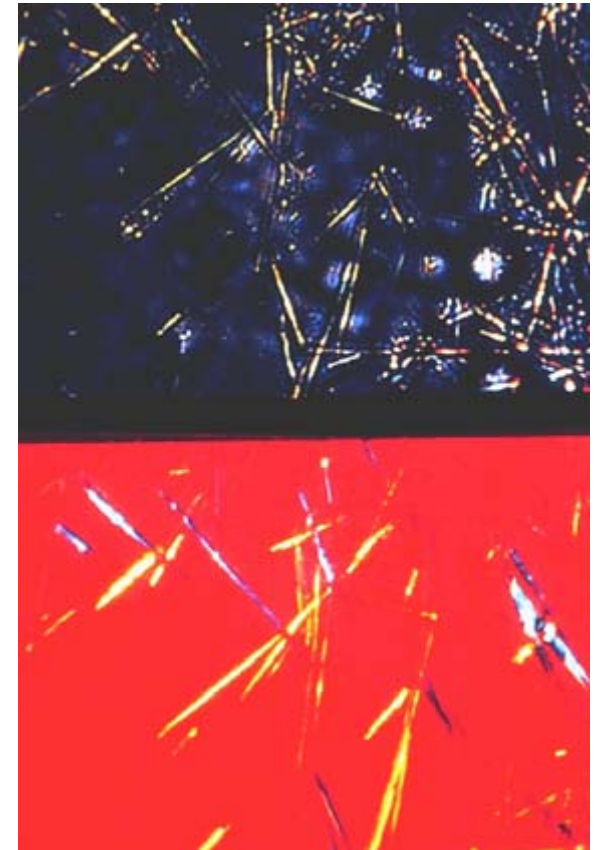
- Pseudo-phlégmoneuses

- Atténuées « asthéniques » : hydarthrose chronique

- Polyarticulaires : 5 %

■ Examens complémentaires :

- Radiologie : normale
- Biologie :
 - VS, NFS
 - uricémie : peut être normale
 - Liquide synovial :
 - très inflammatoire,
5000 GB/mm³ (PNN)
(Parfois 50 000 à 100 000)
 - Cristaux d'urate de sodium



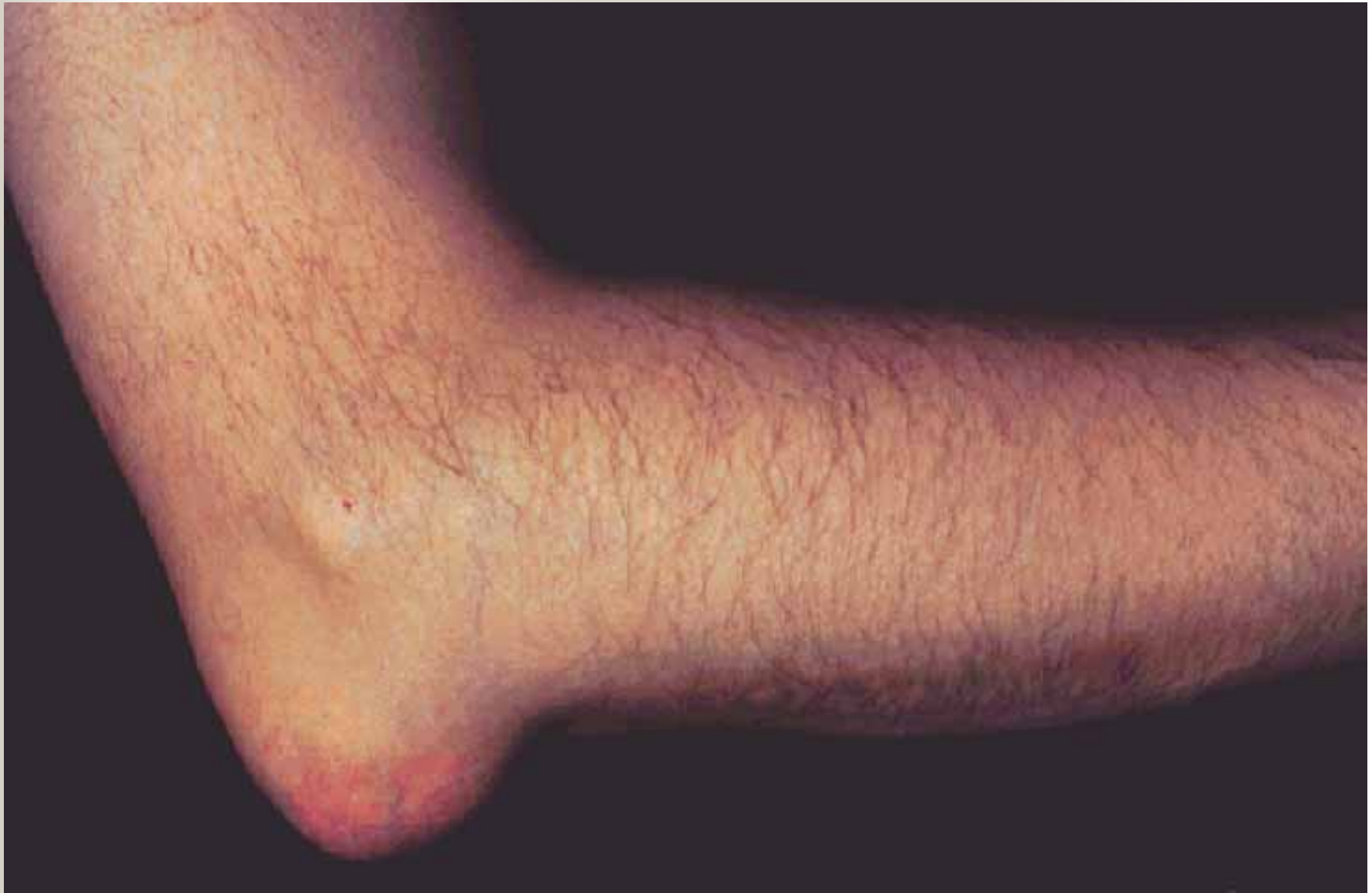
B. La goutte chronique

1. Les tophus :

Concrétions sous-cutanées

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

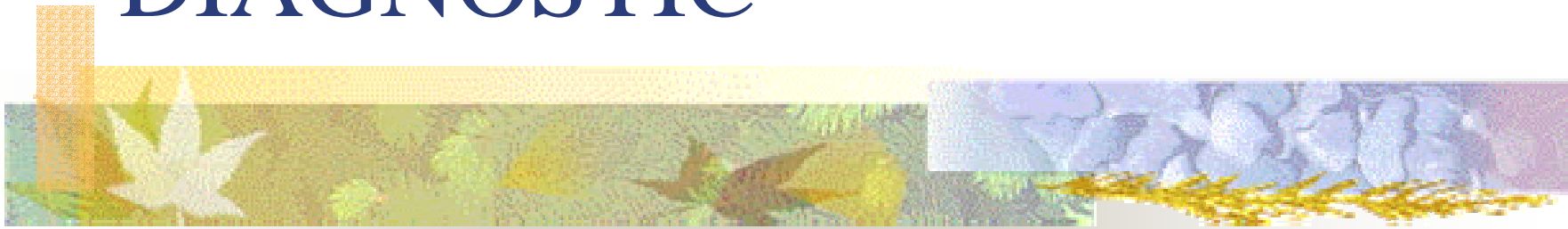




3. Atteinte rénale : *cause ou conséquence?*

- 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

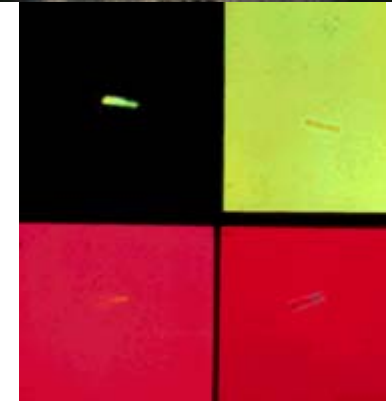
B. DIFFERENTIEL

■ 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