

Les rhumatismes métaboliques la Goutte

Dr. H. ABOURA

*Maître de Conférences B en Médecine Physique
et de Réadaptation*

*Faculté de Médecine Taleb Mourad
Université Djilali Liabès*



PLAN

1. INTRODUCTION

2. EPIDEMIOLOGIE

3. PHYSIOPATHOLOGIE

4. ETIOLOGIES

5. ETUDE CLINIQUE

6. DIAGNOSTIC : POSITIF - DIFFERENTIEL

7. TRAITEMENT



INTRODUCTION

- Maladie métabolique fréquente secondaire à un trouble du métabolisme des purines =>
- Excès d'acide urique : hyperuricémie
 - Hyperproduction
 - Défaut d'élimination (90% cas)
- 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 : $> 70 \text{ mg/l (H)}$
 $> 60 \text{ mg/l (F)}$

- 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

ETIOLOGIES





1. La goutte primitive :

- Idiopathique : 98%
 - Homme pléthorique suralimenté (bon vivant)
 - Mécanisme inconnu
- Déficit enzymatique : HGPRT
 - Total : Lesh-Nyhan : Maladie héréditaire liée au sexe (garçon): goutte polyarticulaire + troubles neurologiques
 - Partiel : goutte précoce polyarticulaire (homme de 20-30ans) et sévère (atteinte rénale+++)
- Hyperactivité de la PRPP synthétase



2. Les gouttes secondaires :

- Insuffisance rénale chronique
- Hémopathies (polyglobulie, leucémie, myélome)
- 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...

■ Prodrômes : 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: orteil tuméfié, rouge, chaud.
- 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 (simultanées ou successives) : 5 %

■ Examens complémentaires :

- Radiologie : normale

- Biologie :

 - VS, NFS

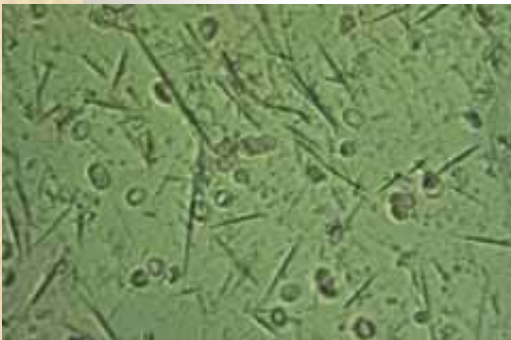
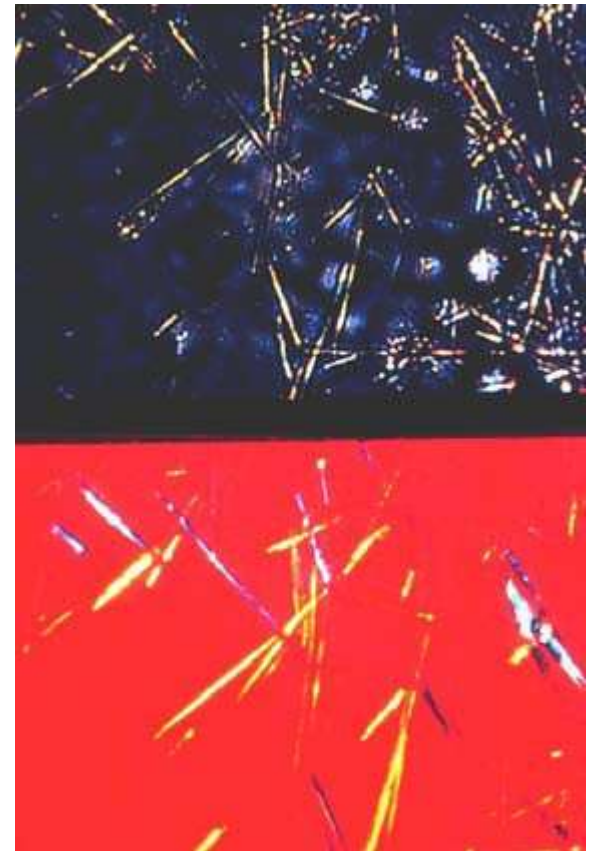
 - uricémie : peut être normale

 - Liquide synovial :

 - très inflammatoire,
5000 GB/mm³ (PNN)

 - (Parfois 50 000 à 100 000)

 - Cristaux d'urate de sodium

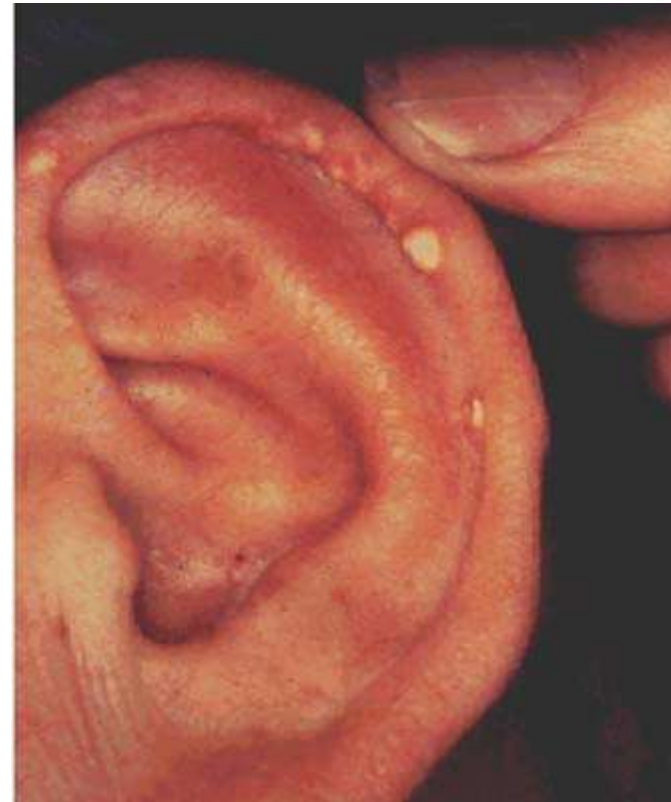


B. La goutte chronique

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 articulaire, 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 : se traduit par
 - 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

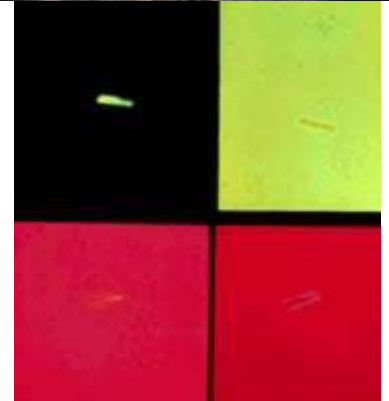
B. DIFFERENTIEL

■ Accès aigu :

- Arthrite septique (fièvre, liquide trouble)
- Autre arthropathie métabolique :
 - chondrocalcinose,
 - rhumatisme à hydroxyapatite
- RAA, Rhumatisme inflammatoire

■ Goutte chronique :

- PR, spondylarthropathies, sarcoidose, 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
- Régime: légumes, fruits
- Alcalinisation des urines (eau de VICHY 1L/24 h riche en bicarbonates de sodium).

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 (protéines et lipides) et hypopurinique (abats, viande, sardines...)
- Suppression de l'alcool, **sodas sucrés**
- Médicaments hypo-uricémiants :
 - Inhibiteurs de la synthèse de l'acide urique (XO) :
Allopurinol (**Zyloric***) : 100 – 300 mg/j
 - Uricosuriques : probénicide, benzbromarone
 - Uricolytiques : Uricase (Uricozyme*): hyperuricémie majeure et inefficacité ou CI Inhibiteurs.



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