

La Goutte : Aspects Cliniques Et Paracliniques

*Djaha Kouassi Jean-Mermeze,
Gbané Mariam,
Diomandé Mohamed,
Ogoumon Marina,
Coulibaly Abidou Kawélé,
Bamba Aboubakar,
Ouattara Baly,
Eti Edmond,*

Service de rhumatologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Doi:10.19044/esj.2020.v16n21p142 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n21p142](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n21p142)

Résumé

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la goutte. **Patients et méthode :** Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive menée sur une période de 7 ans allant de Janvier 2010 à Décembre 2016 portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour la goutte dans le service de rhumatologie du CHU de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire. Les patients ayant la goutte répondant aux critères de l'ACR ont été inclus dans l'étude. **Résultats :** Sur 2520 hospitalisations, 42 cas de goutte ont été recensés soit une fréquence hospitalière de 1,6%. Les hommes (85,7%) prédominaient avec un sex-ratio de 6. L'âge moyen était de 57 ans [29-84 ans]. L'HTA (57,1%), l'obésité (21,4%) et le diabète (11,9%) étaient les principaux facteurs de risque. Les patients consommaient de l'alcool dans 42,8 % des cas et le gibier dans 7,1% des cas. Les formes chroniques prédominaient dans 61,9% des cas, tandis que les formes aiguës étaient à 38,1%. Les atteintes polyarticulaires représentaient 47,6%, les atteintes oligoarticulaires 35,7% et les formes monoarticulaire 16,7 % des cas. Ces atteintes touchaient préférentiellement les genoux 92%, les chevilles 52% et les orteils 40,5% (Gros orteils). Les formes chroniques étaient dominées par les tophi. Les géodes et les érosions étaient les principales images radiologiques. L'hyperuricémie était présente chez 71,4% des patients. Les cristaux d'urate de sodium ont été mis en évidence chez seulement 2 patients (4,7%). **Conclusion:** La goutte est rare en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody. Elle prédomine chez le sujet masculin. Les formes

chroniques étaient dominées par les tophi. Les cristaux d'urate de sodium étaient rarement mis en évidence.

Mots clés: Goutte-Clinique-Hyperuricémie-Cristaux d'urate de sodium

The Gout : Clinical and Paraclinical Aspects

*Djaha Kouassi Jean-Mermeze,
Gbané Mariam,
Diomandé Mohamed,
Ogoumon Marina,
Coulibaly Abidou Kawélé,
Bamba Aboubakar,
Ouattara Baly,
Eti Edmond,*

Service de rhumatologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Abstract

Objective: To describe the epidemiological, clinical and paraclinical characteristics of gout. **Patients and method:** This was a retrospective study for descriptive purposes conducted over a period of 7 years from January 2010 to December 2016 on the files of patients hospitalized for gout in the rheumatology department of the CHU de Cocody in Abidjan in Ivory Cost. Patients with gout meeting the ACR criteria were included in the study. **Results:** Out of 2,520 hospitalizations, 42 cases of gout were identified, representing a hospital frequency of 1.6%. Males (85.7%) predominated with a sex ratio of 6. The average age was 57 years [29-84 years]. High blood tension (57.1%), obesity (21.4%) and diabetes (11.9%) were the main risk factors. Patients consumed alcohol in 42.8% of the cases and game in 7.1% of the cases. Chronic forms predominated in 61.9% of cases, while acute forms were 38.1%. Polyarticular damage represents 47.6%, oligoarticular damage 35.7% and monoarticular forms 16.7% of cases. These disorders preferentially affected the knees 92%, the ankles 52% and the toes 40.5% (Big toes). Chronic forms were dominated by tophi. Geodes and erosion were the main radiological images. Hyperuricemia was present in 71.4% of the patients. Sodium urate crystals were detected in only 2 patients (4.7%). **Conclusion:** Gout is rare in rheumatology hospitalization at the Cocody University

Hospital. It predominates in the male subject. Chronic forms were dominated by tophi. Sodium urate crystals were rarely identified.

Keywords: Gout-Clinical-Hyperuricémie- Sodium urate crystals

Introduction

La goutte est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus anciennement connu (Lioté & al, 2010). Son diagnostic est en fait assez simple sous réserve d'une rigueur clinique, de la bonne utilisation du dosage de l'uricémie, élément sémiologique volontiers surestimé quand on sait que moins de 10 % des sujets hyperuricémiques développeront la maladie goutteuse et enfin des bonnes pratiques de laboratoire pour identifier les cristaux d'urate de sodium (Lioté & al, 2007). L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la goutte.

Patients et méthode:

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive menée sur une période de 7 ans allant de Janvier 2010 à Décembre 2016 portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour la goutte dans le service de rhumatologie du CHU de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire. Les patients ayant la goutte répondant aux critères de l'ACR (Tableau I) (Walace & al, 1977) ont été inclus dans l'étude.

Tableau I : Critères diagnostic de la goutte selon l'ACR (Walace & al, 1977).

Un sujet est classifié comme ayant la goutte si :

- | |
|---|
| <p>A. Des cristaux d'urate de sodium sont présents dans le liquide articulaire
B. Ou des cristaux d'urate de sodium sont présents dans un tophus
C. Ou au moins six des 11 critères restants
1- Plus d'un accès d'arthrite aiguë
2- Développement maximal d'inflammation articulaire en 24 h
3- Accès de monoarthrite
4- Rougeur péri-articulaire
5- Douleur ou gonflement de la 1^{ère} articulation métatarsophalangienne
6- Accès inflammatoire unilatérale de la 1^{ère} articulation métatarsophalangienne
7- Accès inflammatoire unilatérale du tarse
8- Hyperuricémie
9- Gonflement articulaire asymétrique d'une articulation sur une radiographie^a
10- Image kystique sous-corticale sans érosion sur une radiographie standard
11- Liquide articulaire stérile lors d'un accès</p> |
|---|

a : Ce Critère pourrait être logiquement présent cliniquement ou à l'examen radiographique

L'accent a été mis sur les données cliniques et les données paracliniques.

Les données cliniques étudiées étaient les facteurs de risques (hypertension artérielle, obésité, diabète, hypercholestérolémie), les formes évolutives (aigues et chroniques : tophi, arthropathies uratiques), le nombre d'articulations touchées (1 articulation, 2 ou 3 articulations et au moins 4 articulations), le type d'articulations touchées (genoux, chevilles, orteils, mains poignets et coudes).

Les données paracliniques étudiées étaient (radiographie, uricémie et cristaux d'urate de sodium).

L'analyse des données était faite avec le logiciel Epi Info 7.

Résultats

Sur 2520 hospitalisations, 42 cas de goutte ont été recensés soit une fréquence hospitalière de 1,6 %. Les hommes (85,7%) prédominaient avec un sex-ratio de 6. L'âge moyen était de 57 ans [29-84 ans]. Les principaux facteurs de risque étaient l'HTA (57,1%), l'obésité (21,4 %) et le diabète (11,9%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage (%)
Hypertension artérielle	24	57,1
Obésité	9	21,4
Diabète	5	11,9
Hypercholestérolémie	1	2,3

Les patients consommaient de l'alcool (18 cas) soit 42,8 % et le gibier (3 cas) soit 7,1%. Les formes évolutives étaient les formes chroniques (26 cas) soit 61,9% les formes aigues (16 cas) soit 38,1%. Les atteintes polyarticulaires représentaient 47,6% des cas, les atteintes oligoarticulaires 35,7% des cas et les formes monoarticulaire 16,7 % des cas. Ces atteintes touchaient préférentiellement les genoux 92 %, les chevilles 52% et les orteils 40,5% (Gros orteils), les mains et poignets (10%), les coudes (3%). Les formes chroniques étaient dominées par les tophi (21 cas) soit 80,7% (figure 1) suivis des arthropathies uratiques (3 cas) soit 11,5%, de la lithiase rénale (1cas) et de l'insuffisance rénale (1 cas).



Figure 1 : Volumineux tophus du gros orteil droit d'un patient gouteux de 48 ans
Les géodes et les érosions étaient les principales images radiologiques (figure 2).



Figure 2 : Image d'ostéolyse du gros orteil droit d'un patient gouteux
L'hyperuricémie était présente chez 71,4% des patients. Les cristaux d'urate de sodium ont
été mis en évidence chez seulement 2 patients (4,7 %).

Discussion

Notre fréquence hospitalière de la goutte est de 1,6%. Cette fréquence basse a été trouvée par (Bardin & al, 2011) qui notait une fréquence de 1 à 1,5 % en France. Les hommes (85,7%) prédominaient.

Cette prédominance masculine est observée dans la littérature (Bardin & al, 2011 ; Lioté & al, 2012 ; Richette & al, 2015 ; Valeix & al, 2013). Cette prédominance masculine s'explique par le fait que les estrogènes sécrétés par la femme avant la ménopause ont un effet uricosurique (Hak & al, 2008). La moyenne d'âge était de 57 ans. La goutte est fréquente chez les sujets de plus de 45 ans (Bardin & al, 2011). L'HTA, l'obésité et le diabète étaient les principaux facteurs de risques. Le risque de goutte augmente avec le poids

(Choi & *al*, 2005). La perte de poids fait diminuer l'uricémie et réduit le risque de goutte (Choi & *al*, 2005). L'hyperuricémie et la goutte sont fortement associées au syndrome métabolique qui inclut obésité, hypertension artérielle, intolérance au glucose ou diabète (Schlienger, 2010). L'augmentation de fréquence de l'hypertension artérielle et de son traitement par les diurétiques favorise l'augmentation de la goutte (Choi & *al*, 2005). Les habitudes alimentaires des patients étaient marquées par la consommation d'alcool et de gibier. Le rôle de l'alimentation a été reconnu depuis longtemps dans la pathogénie de la goutte (Bardin & *al*, 2011).

La consommation d'alcool et de gibier favorisent la survenue de la goutte (Choi & *al*, 2004 ; Choi & *al*, 2004). Les formes chroniques prédominaient (61,9 % des cas) des cas, tandis que les formes aiguës étaient à 38,1%. L'évolution classique de la goutte se fait en trois étapes : hyperuricémie asymptomatique, la goutte aiguë et la goutte chronique (Punzi & *al*, 2007). Les crises aiguës ont une tendance à récidiver, à une fréquence variable d'un individu à un autre et allant de quelques semaines à quelques mois voir année et 60 % des patients souffriront d'une nouvelle crise dans l'année suivant la première (Nuki, 2006). La goutte chronique s'installe après une dizaine d'années d'évolution et se caractérise par une atteinte polyarticulaire (Pascart & *al*, 2011). Les tophi prédominaient dans les atteintes chroniques. L'apparition des tophi est caractéristique de la goutte chronique (Pascart & *al*, 2011). Les tophi sont des dépôts organisés en nodules indolores de couleur blanche ou chamois (Pascart & *al*, 2011). Les tophi peuvent s'ulcérer et laisser échapper un contenu crayeux, blanchâtre (Scheumacher & *al*, 2005 ; Chopra & *al*, 2002 ; Vasquez-Mellado & *al*, 1999). Les érosions et les géodes étaient les principales images radiologiques. La radiologie conventionnelle n'est d'aucune aide dans les accès aigus (Pascart & *al*, 2011). Par contre la radiologie occupe une place importante dans la goutte chronique (Punzi & *al*, 2007). On retrouve des lésions érosives marginales ou para-articulaires, avec parfois soulèvement des marges cortico-périostées, responsable d'une apparente expansion en bulbes des extrémités osseuses (Monu & *al*, 2004). L'hyperuricémie était présente chez 71,4 % des patients. L'hyperuricémie est inconstante dans la goutte. Seulement 10 % des sujets ayant une hyperuricémie font la goutte (Hang, 2011). Les cristaux d'urate de sodium ont été isolés chez 2 patients soit 4,7 %. Le diagnostic de goutte est formel et facile quand on dispose du critère pathognomonique que constitue la mise en évidence de cristaux d'urate de sodium dans un prélèvement articulaire ou un tophus suspecté (Lioté & *al*, 2010). C'est dire que la qualité du prélèvement, son analyse rapide et la qualité de la lecture au microscope sont essentielles (Lioté & *al*, 2010). Le faible taux de cristaux d'urate de sodium s'explique par le fait que notre service de rhumatologie ne dispose pas de microscope. Les problèmes économiques font que les parents des

malades mettent du temps pour aller déposer les prélèvements au laboratoire. Le prélèvement n'étant pas déposé tôt pour une lecture rapide explique le fait que la recherche de cristaux d'urate de sodium était négative dans la majorité des cas.

La ponction articulaire est rentable même à distance d'un accès aigu tant au genou qu'à l'articulation métatarsophalangienne (MTP) du gros orteil (Pascual & al, 2009), car elle permet un diagnostic rétrospectif (Pascual & al, 2009 ; Pascual & al, 1999 ; Sivera & al, 2008). La présence de cristaux d'urate de sodium diminue avec la durée du traitement hypouricémiant (Pascual & al, 1999) mais elle est constante en l'absence de traitement de fond.

Conclusion

La goutte est rare en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody. Elle prédomine chez le sujet masculin. Les formes chroniques étaient dominées par les tophi. Les cristaux d'urate de sodium étaient rarement mis en évidence.

Conflits d'intérêt

Nous ne déclarons pas de conflits d'intérêts.

References:

1. Lioté F. & Nguyen C. (2010). Gouttes : Critères de diagnostic, de classification et de qualité de vie. *Rev Rhum* ; 77 : 144-7.
2. Lioté F. & Bardin T. (2007). Arthropathies microcristallines. *Rev Rhum* ; 74 : 127-206.
3. Wallace SL., Robinson H., Masi AT. & al. (1977). Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum* ; 20 : 895-900.
4. Bardin T. & Richette P. (2011). Epidémiologie et génétique de la goutte. *Presse Med* ; 40 : 830-35.
5. Lioté, F., Lancrenon, S., Lanz, S. & al. (2012). Goutte et observation des stratégies de prise en charge en médecine ambulatoire (GOSPEL). Première étude prospective de la goutte en France. Méthodologie et caractéristiques des patients (n=1003) (Partie 3). *Rev Rhum* ; 79 : 405-11.
6. Richette P., Clerson P., Périssin L. & al. (2015). Revisiting comorbidities in gout : a cluster analysis. *Ann Rheum Dis* ; 74 : 142-7.
7. Valeix N. & Guillot X. (2013). La goutte, une complication des hyperuricémies. *Actualités pharmaceutiques* ; 524 : 18-20.
8. Hak AE. & Choi HK. (2008). Menopause, Postmenopausal hormone use and serum uric acid levels in US women the third National

- Heath and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Res Ther* ; 10 : R116.
9. Choi HK., Atkinson K., Karlson EW. & Curhan G. (2005). Obesity, Weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men, the health professionals follow-up study. *Arch intern* ; 165 : 742-8.
 10. Schlienger JL. (2010). Radical complications of obesity. *Presse Med* ; 39 : 913-20.
 11. Choi HK., Atkinson K., Karlson EW., Willett W. & Curhan G. (2004). Alcohol intake and risk of incident gout in men : a prospective study. *Lancet*; 363 :1277-81.
 12. Choi HK., Atkinson K., Karlson EW., Willett W. & Cuhan G. (2004). Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men. *N Eng J Med* ; 350 : 1093-103.
 13. Punzi I. & Oliviero F. (2007) Diagnostic pratique des arthropathies microcristallines. *Rev Rhum* ; 74 : 138-46.
 14. Nuki G. (2006). Gout. *Medicine* ; 34 : 417-23.
 15. Pascart T. & Flipo RM. (2011). La goutte : Présentations cliniques et diagnostic. *Rev Rhum* ; 78 : S116-S121.
 16. 16-Scheumacher HR., Becker MA., Palo WA. & al. (2005). Tophaceous gout quantitative evaluation by direct physical measurement. *J Rheumatol* ; 32 : 2368-72.
 17. 17- Chopra KF. & Grossman ME. (2002). Finger-pad tophi. Images in clinical medicine. *N Engl J Med* ; 346 : 1714.
 18. 18- Vasquez-Mellado J., Cuan A., Magana M. & al. (1999). Intradermal tophi in gout : a case control study. *J Rheumatol* ; 26 :136-40.
 19. 19- Monu JUV. & Pope TL. (2004). Gout a clinical and radiological review. *Radiol Clin N Am* ; 42 : 169-84.
 20. 20- Hang KE. (2011). De l'hyperuricémie à la goutte : Physiopathologie. *Rev Rhum* ; 71 :S103-S108.
 21. 21- Pascual E. & Doherty M. (2009). Aspiration of normal or asymptomatic pathological joints for diagnosis and research : Indication, technique and success rate. *Ann Rheum Dis* ; 68 :3-7.
 22. 22- Pascual E., Batlle-Gualda E., Martinez A. & al. (1999). Synovial fluid analysis for diagnosis of intercritical gout. *Ann Intern Med* ; 131 : 756-9.
 23. 23- Sivera F., Aragon R. & Pascual E. (2008). First metatarsophalangeal joint aspiration using a gauge needle. *Ann Rheum Dis* ; 67 : 273-5.