

LA GOUTTE

Docteur GJ van Miltenburg – Spécialiste Médecine Physique – Ostéopathe – Paris
www.vanmiltenburg.fr



LA GOUTTE

- **Arthropathie microcristalline** caractérisée par la formation de cristaux intra articulaires

DEFINITION

- Dépôts tissulaires **d'urate de sodium** par anomalie du métabolisme des purines aboutissant à une augmentation de l'acide urique.
- Manifestations essentiellement **articulaire** et **rénale**

ETIOLOGIE

- **Fréquente**
- Essentiellement chez **l'homme** (90% des cas) et ne survient chez la femme qu'après la ménopause
- Le plus souvent **entre 30 et 50 ans** chez l'homme, jamais avant la puberté

ETIOLOGIE

- Habituellement : **goutte primitive**, favorisée par la suralimentation
- Parfois : **goutte secondaire** à :
 - **une insuffisance rénale,**
 - **une hémopathie (syndrome myéloprolifératif, leucémie),**
 - **un saturnisme**
 - **la prise de médicaments : diurétiques thiazidiques, ciclosporine A, pyrazinamide**

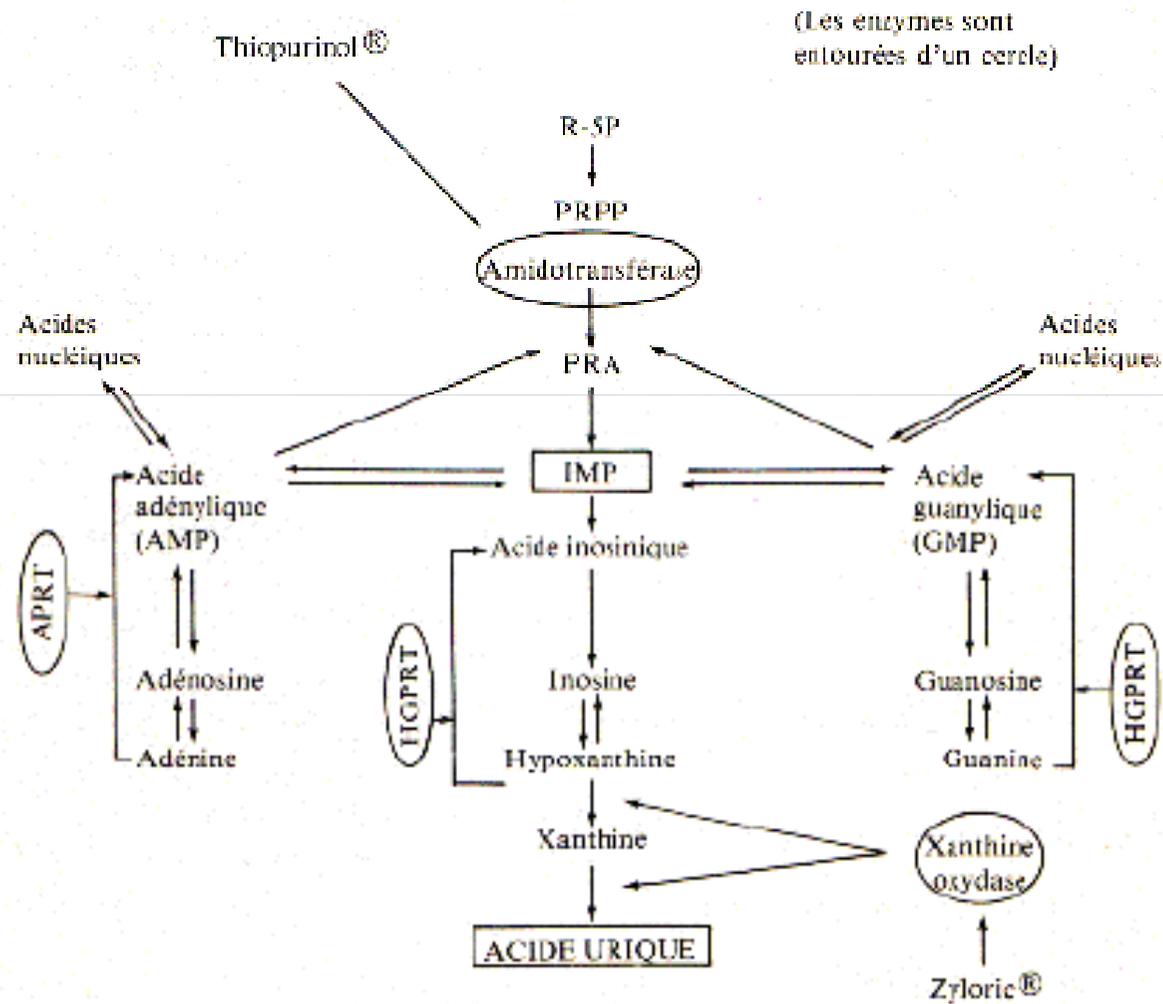
PHYSIOPATHOGENIE

- Surcharge urique essentiellement liée, dans la goutte primitive, à une exagération de la synthèse endogène des purines, dont l'acide urique est le catabolite ultime
- Les raisons de cet "emballement" de la synthèse endogène de l'acide urique sont complexes

PHYSIOPATHOGENIE

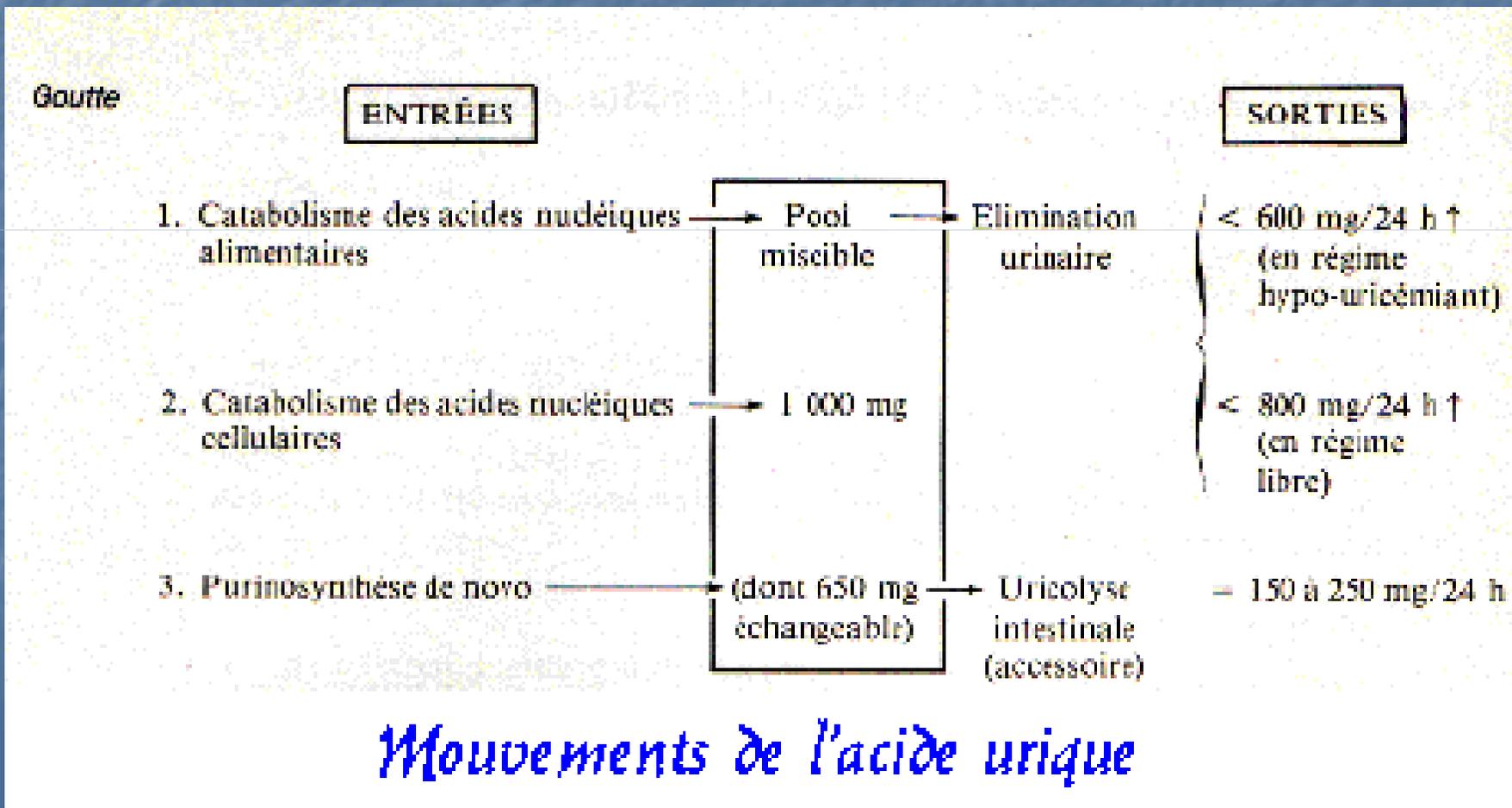
- L'acide urique provient du métabolisme des nucléotides
- L'acide urique provient de la xanthine grâce à la xanthine oxydase
- Le mécanisme exact du dérèglement métabolique demeure inconnu bien que l'on suppose une anomalie enzymatique
- Existence de gouttes enzymopathiques

PHYSIOPATHOGENIE



Metabolisme des purines

PHYSIOPATHOGENIE



CLINIQUE

- La goutte se traduit par des **manifestations aiguës** et des **manifestations chroniques**

LA GOUTTE AIGUE

- **Traduction initiale de la maladie**
- **par des crises douloureuses et fluxionnaires qui :**
- surviennent parfois dans des conditions particulières,
- sont parfois annoncées par des prodromes,
- siègent habituellement au gros orteil,
- mais peuvent se voir en d'autres articulations,
- et parfois même en dehors des articulations : lobe de l'oreille,...

CLINIQUE

- **1° - Conditions de survenue**

souvent sans cause apparente, mais parfois après un écart de régime, un surmenage, un traumatisme, une intervention chirurgicale, ou la prise de certains médicaments (diurétiques thiazidiques ...)

- **2° - Les prodromes**

inconstants :

Généraux : malaises, température sub-fébrile

Viscéraux : insomnie, irritabilité, constipation, anorexie, dysurie, coliques néphrétiques

Locaux : picotements, gonflement des veines

CLINIQUE

- **3° - La crise du gros orteil**

Manifestation la **plus typique**. **Mode de début** de la maladie
2 fois sur 3. Concerne la MP du I

- **a) La crise typique**

Début brusque souvent au milieu de la nuit, **douleurs intenses** à type d'arrachement, de broiement

hyperesthésie cutanée : contact des draps, palpation
+ impotence fonctionnelle empêchant le malade de se lever

Signes inflammatoires locaux :

- tuméfaction du gros orteil à la MP
- aspect rouge pivoine, luisant + hyperthermie locale
- oedème local avec turgescence veineuse

Signes généraux :

variables, +/- réaction thermique à 38° - 38°5

CLINIQUE



CLINIQUE

Signes biologiques :

- VS et CRP augmentées, hyperleucocytose
hyperuricémie supérieure à 70 mg ou 420 mmol/l
hyperuraturie fréquente : > 600 mg par 24 heures ou 3600 mmol/24h
- Liquide articulaire : inflammatoire, > 5000 C/mm³, stérile, micro cristaux d'urate de sodium en aiguille, biréfringents, intraC et intra articulaires, dissous par l'uricase

CLINIQUE

Evolution :

- durée variable de 2 jours à trois semaines
- maximum la nuit, pour diminuer au lever du soleil ("au chant du coq")
- **sensibilité à la COLCHICINE** qui fait rétrocéder les douleurs en 24 à 48 heures

CLINIQUE

- **b) Les crises atypiques**

- crises atténuées, larvées à type de "crisettes" brèves, ou torpides à type de "goutte asthénique" traînante, "pseudo-phlegmoneuse" pouvant conduire à tort au diagnostic d'abcès

CLINIQUE

■ 4° - Les crises des autres articulations

Rares au début, mais de fréquence croissante avec l'évolution
Même aspect clinique

Généralement, crises mono-articulaires :

- membres inférieurs : tarse, cheville, genou
- membres supérieurs parfois : mains, poignets, coudes, parfois épaule
- jamais la hanche ou au rachis

Exceptionnellement : crises polyarticulaires

CLINIQUE

- **5° - Les crises extra-articulaires**
bursites, ténobursites rotuliennes, achilléennes, olécrâniennes

CLINIQUE

- **6° - Evolution générale de la goutte aiguë**
 - se fait habituellement vers la répétition des crises
 - intervalles variables : des années, des mois, des semaines
 - extension variable : mono-, oligo- polyarticulaire
 - diminution des crises en intensité mais augmentation en fréquence et en durée : les intervalles entre les crises diminuent peu à peu aboutissant, après plusieurs années, à la goutte chronique

LA GOUTTE CHRONIQUE

- Elle traduit la surcharge uratique des tissus
- **tissus sous cutanés : tophi**
- **articulations : arthropathies uratiques**
- **tissus rénaux : lithiase et néphropathies**
- Conséquence d'une **hyperuricémie** chronique non ou mal traitée

CLINIQUE

- **1° - Les tophi sous-cutanés**

apparaissent après plusieurs années d'évolution :

Aspect : sous forme de nodules indolores, saillant sous la peau qui est fine, parcourue de varicosités, et qui laissent transparaître un contenu blanc jaunâtre

Ils sont isolés ou réunis en une masse bosselée

Taille : d'une tête d'épingle à celle d'une orange

Consistance : molle puis dure, laissant parfois sourdre un contenu pâteux blanchâtre ou crayeux : présence de cristaux d'urate de sodium

Siège : pavillon de l'oreille, coudes, pieds, mains qu'ils déforment en "botte de radis" ou "bottes de panais"

CLINIQUE



CLINIQUE

- **2° - Les arthropathies chroniques uratiques**
se voient après plusieurs années d'évolution et sont habituellement **associées aux tophi sous-cutanés**

Clinique :

Celle d'un rhumatisme chronique avec des articulations douloureuses, raides et déformées, évoquant arthrose ou rhumatisme inflammatoire

Localisation à des articulations qui ont présenté antérieurement des crises répétées : pieds, cheville, genou, main, coude, etc...
mais jamais la hanche ou le rachis

CLINIQUE

Radiologie :

Lorsqu'il existe des tophi intra-osseux, ils sont responsables de géodes donnant aux épiphyses des os tubulaires des mains et des pieds un aspect troué, dentelé, ou encoché en "hallebarde"



CLINIQUE

- **3° - Les manifestations rénales**

sont représentées par la lithiase et les néphropathies

- **a) La lithiase**

fréquence est de 10 à 30% dans l'ensemble des gouttes

peut survenir au cours de la goutte chronique

peut déjà se manifester au cours de la goutte aiguë

peut même la précéder

Se traduit par des crises de coliques néphrétiques et autres complications des lithiases. Lithiase radio-transparente

Favorisée dans son déclenchement par les traitements urico-éliminateurs

CLINIQUE

- **b) Les néphropathies chroniques**

Moins fréquentes

Se voient essentiellement au stade de la goutte chronique

Peuvent se traduire par :

une albuminurie simple permanente (qu'il ne faudra pas confondre avec l'albuminurie transitoire de certaines crises aiguës)

ou **une néphrite azotémique** éventuellement accompagnée de HTA, avec insuffisance rénale chronique et évolution vers la mort

CLINIQUE

- **c) La néphropathie aiguë oligoanurique**

très rare mais grave si elle n'est pas rapidement traitée et ne se rencontre pratiquement que dans certaines gouttes et hyperuricémies secondaires à des hémopathies graves ou à la suite d'un traitement (antimitotiques, etc...) aboutissant à une libération massive d'acide urique dans le sang, les tubes rénaux se trouvent obstrués par cette débacle uratique

TRAITEMENT

- **Symptomatique** : pour les crises aiguës
- **Physiopathogénique** : pour le traitement de fond

TRAITEMENT de la CRISE AIGUE

- **Repos** : déclive du MI, cryothérapie, baumes
- **Régime** : alimentation légère à base de légumes, de fruits, d'hydrates de carbone avec 2 litres d'eau minérale (EVIAN, VITTEL, CONTREXEVILLE) par jour, dont 1/2 litre d'eau de VICHY pour alcaliniser les urines
- **Médicaments** : COLCHICINE et AINS en cas d'intolérance ou de résistance à la colchicine

TRAITEMENT de FOND

- Régime hypopurinique
- Augmentation de la diurèse
- Prescription d'uricoéliminateurs ou d'uricoïnhibiteurs

TRAITEMENT de FOND

- **Les uricoéliminateurs**

- benzbromarone (DESURIC®) comprimés à 100 mg, à la posologie de 1 à 2 comprimés par jour

Toujours institué en dehors des crises aiguës et sous couvert de Colchicine

- Précaution : risque de déclenchement d'une crise de colique néphrétique ou d'une crise articulaire

TRAITEMENT de FOND

- **Les urico-inhibiteurs**

- Inhibent la production endogène d'acide urique

- L'allopurinol (ZYLORIC®) : de 100 à 300 mg par jour

- Agit en inhibant l'action de la xanthine-oxydase qui transforme l'hypoxanthine en xanthine et la xanthine en acide urique

- Intolérances rares. Peut être prescrit en cas de lithiase ou d'insuffisance rénale