

Goutte polyarticulaire chronique chez un adulte burundais : cas clinique

Observation

Un Burundais de 42 ans consulte au CHU de Kamenge à Bujumbura pour des douleurs articulaires prédominant au niveau des pieds, des chevilles, des genoux, des mains et des coudes. Il s'agit de douleurs anciennes, évoluant depuis environ 10 ans, récidivantes, souvent déclenchées par des excès alcooliques (c'est un buveur de bière de bananes). La prise de colchicine, en cas de crise aiguë, est très efficace. Il n'y a pas eu de traitement au long cours.

L'examen met en évidence une raideur et un gonflement articulaires. Il y a des tuméfactions sous-cutanées visibles et palpables, de taille variable, de consistance dure, correspondant à des tophus, siégeant au niveau des pieds (gros orteil, dos du pied), des mains (dos de la main, articulations des doigts), des coudes (région olécrânienne) et des genoux. On palpe des tophus au niveau du pavillon des oreilles.



Les radiographies des pieds, des mains, des coudes, des genoux confirment l'arthropathie goutteuse chronique : présence de tophi goutteux, pincements articulaires, images géodiques des os.



Le malade n'a jamais présente de crise de colique néphrétique.

La pression artérielle est à 150/ 90 mm/Hg. Le poids est de 59 kg pour une taille de 1,67 m.

Questions

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quels examens biologiques sont utiles au diagnostic et quel est leur intérêt ?
3. Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?
4. Quel traitement allez-vous prescrire ?
5. Quelles sont les caractéristiques et les étiologies de la goutte en Afrique ?

Discussion

1. Devant de tableau de polyarthrite chronique distale bilatérale et symétrique évoluant par poussées et rémissions, associée à des tophus, le diagnostic clinique de goutte est certain. L'efficacité de la colchicine en cas de crise aiguë conforte ce diagnostic.

2. Les examens biologiques à demander sont les dosages sanguins de l'uricémie et de la créatinine et le dosage de la protéinurie des 24 h. Ils ont l'intérêt de mettre en évidence une néphropathie tubulo-interstitielle qui était suspectée chez ce malade, compte tenu d'une hyperuricémie prolongée, et qui contre-indique l'usage des uricosuriques. L'uricémie est à 535 $\mu\text{mol/l}$ (normal : 235 à 385 $\mu\text{mol/l}$), la créatinémie à 122 $\mu\text{mol/l}$, la protéinurie à 600 mg/24h.

3 Le diagnostic d'arthropathie goutteuse chronique ne se discute pas dans notre observation. Classiquement, les manifestations cutanées et articulaires de la goutte sont à différencier de la polyarthrite rhumatoïde, du rhumatisme psoriasique et de l'arthrite chronique distale. La polyarthrite rhumatoïde réalise une polyarthrite bilatérale de la femme jeune, polyarthrite destructrice épargnant les articulations interphalangiennes distales (IPD). Le rhumatisme psoriasique est confirmé par l'existence d'une atteinte articulaire axiale fréquente, la découverte de lésions cutanées au niveau de leurs sites d'élection (plis, articulations, cuir chevelu, ongles et région rétro-auriculaire). L'arthrite chronique distale associe nodules en regard des articulations interphalangiennes distales (IPD) et interphalangiennes proximales (IPP), des arthralgies mécaniques déformantes avec des ostéophytes à la radiographie.

4. Chez ce patient, il a été prescrit dans l'immédiat de la colchicine (comprimés à 1 mg) : 3 mg à J1, 2 mg à J2 et J3, puis 1 mg par jour.

Le traitement hypo-uricémiant est obligatoire dans les gouttes tophacées, associé pendant les trois premiers mois à la colchicine. Il doit être pris toute la vie. Il n'avait jamais été prescrit jusqu'ici. Deux problèmes se posent : l'observance du traitement et la survenue possible de crises de goutte au début du traitement. Après avoir expliqué au patient la nécessité d'un traitement hypo-uricémiant à vie, il lui est prescrit un inhibiteur de synthèse de l'acide urique : l'allopurinol (Zyloric®) 1 comprimé à 200 mg par jour. Quant aux mesures hygiéno-diététiques, elles sont limitées à l'abstention de boissons alcooliques.

5. L'Afrique noire n'est pas épargnée par la goutte qui occupe le premier rang des arthropathies inflammatoires observées en milieu hospitalier. Le diagnostic de goutte repose en Afrique, comme ailleurs, sur la clinique, l'hyperuricémie et l'efficacité de la colchicine.

La goutte de l'Africain présente les mêmes conditions de survenue que celle observée en Occident :

- prédominance masculine nette (80%),
- âge du diagnostic : entre 30 et 50 ans,
- maladies associées : hypertension artérielle, alcoolisme, obésité.

L'alcool est le principal facteur déclenchant des poussées. Les formes évoluées, réalisant une goutte polyarticulaire chronique avec tophus et arthropathies, sont nettement plus fréquentes qu'en Occident. La colique néphrétique est rare. La néphropathie goutteuse est mal documentée.

Parmi les étiologies de la goutte en Afrique, on retient l'insuffisance rénale, la drépanocytose homozygote, l'obésité, les hémopathies malignes et certains médicaments comme les diurétiques et le pyrazinamide. Les causes génétiques, liées au déficit en hypoxanthine-guanine-phospho-ribosyl transférase (HGPRT) ou à l'hyperactivité de la phospho-ribosyl synthétase, ne sont pas diagnostiquées en pratique du fait des difficultés de dosage des enzymes.

Parmi les affections qui peuvent favoriser la survenue de la goutte en Afrique, on cite la drépanocytose homozygote. La goutte a un début précoce chez le drépanocytaire homozygote adulte (moyenne d'âge : 32 ans). Elle peut poser des problèmes de diagnostic avec une crise vaso-occlusive, mais les signes inflammatoires locaux sont plus marqués et la colchicine est efficace. L'hyperuricémie résulte de divers mécanismes : hyper-hémolyse, augmentation de la synthèse des acides nucléiques liés à l'érythropoïèse, et surtout diminution de l'excrétion urinaire de l'acide urique. Ce dernier mécanisme, qui résulte probablement

d'une altération de la fonction rénale induite par la drépanocytose, joue un rôle important. Une meilleure prise en charge des drépanocytaires homozygotes devrait entraîner une augmentation de la prévalence de la goutte chez les jeunes adultes drépanocytaires. Chez ce patient, le test d'Emmel était négatif.

Références

- Mijiyawa M. La goutte en Afrique Noire. Rev. Med. Interne, 1994, 15, 797-799.
- Pouye A., Fall S., Diallo S. et coll. La goutte polyarticulaire de l'adulte jeune : un rhumatisme curable. Méd. Trop., 2006, 66, 273-276.

Professeur Pierre Aubry. Texte revu le 06/01/2014.