

LA GOUTTE POLYARTICULAIRE DE L'ADULTE JEUNE : UN RHUMATISME CURABLE

A. POUYE, S. FALL, S. DIALLO, S. NDONGO, Y. LEYE, S.M. SECK, A. LEYE, M.M. KA, A. NIANG, T. MOREIRA DIOP

Med Trop 2006; **66** : 273-276

RÉSUMÉ • L'arthropathie goutteuse chronique dans sa forme polyarticulaire déformante du sujet jeune est peu décrite dans la littérature. Nous rapportons un cas rare de polyarthrite goutteuse destructrice chez un sénégalais de 31 ans qui avait consulté pour des polyarthralgies inflammatoires bilatérales, associées à des déformations asymétriques des mains et des pieds, évoluant par poussées et rémissions depuis l'âge de 18 ans, associées à des tophi. Il n'avait reçu aucune médication antérieure. Le bilan biologique en dehors d'une hyperuricémie à 104 mg/l était normal. La radiographie des articulations atteintes montrait une polyarthrite destructrice (pincement articulaire, géodes ostéo-condensantes du gros orteil gauche). L'évolution était favorable sous colchicine, allopurinol et mesures hygiéno-diététiques. L'arthropathie goutteuse chronique est à différencier de la polyarthrite rhumatoïde, du rhumatisme psoriasique et de l'arthrose chronique distale. Chez notre malade, le diagnostic d'arthropathie goutteuse est retenu devant la polyarthrite associée à des tophus témoins de la chronicité, l'hyperuricémie et le test thérapeutique à la colchicine. Le diagnostic de goutte polyarticulaire chronique doit être facilement évoqué devant toute polyarthrite chronique séronégative, les examens radiographiques standards et des examens biologiques simples confirment le diagnostic. Le traitement est efficace, bien toléré et peu coûteux.

MOTS-CLÉS • Goutte - Polyarthrite chronique - Adulte jeune.

POLYARTICULAR GOUT IN YOUNG ADULTS: A CURABLE RHEUMATIC DISEASE

ABSTRACT • Juvenile chronic gout in its polyarticular deformative form has rarely been described in medical literature. We report a rare case of destructive polyarticular tophaceous gout in a 31-year-old Senegalese man. He consulted for bilateral asymmetric polyarthritides with deformities of the hands and feet that had been ongoing in recurrent episodes since the age of 18 years in association with tophus. He had received no previous medication. All laboratory investigations were normal except hyperuricemia 104 mg/l. Radiographs of affected joints demonstrated evidence of destructive polyarthritides, i.e., articular narrowing and osteo-condensation of the left great toe. The patient responded favorably to colchicine, allopurinol and diet. Gouty arthropathy must be differentiated from rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and distal chronic osteoarthritis. In our case, definitive diagnosis of gouty arthropathy was based on chronic polyarthritides associated with tophus, hyperuricemia and therapeutic response to colchicine. Polyarticular gout can be suspected in case of chronic seronegative polyarthritides and diagnosis can be confirmed on the basis of plain radiographs and laboratory investigations showing uricemia. Treatment is effective, well tolerated and inexpensive.

KEY WORDS • Gout - Chronic polyarthritides - Young adult.

La goutte polyarticulaire chronique constitue un stade évolué de l'arthropathie uratique. La forme de l'adulte jeune est peu décrite dans la littérature (1). Elle est diagnostiquée souvent tardivement (1,2) devant un tableau de polyarthrite déformante, associée à des tophus. Nous rapportons une observation rare de goutte tophacée polyarticulaire destructrice du sujet jeune.

• Travail de la Clinique Médicale I (A.P., Maître assistant ; S.F., Chef de clinique Assistant ; S.D., Maître Assistant en rhumatologie ; S.N'D., Chef de clinique Assistant ; Y.L., Interne des hôpitaux de Dakar ; S.M.S., Interne des hôpitaux de Dakar ; A.L., Maître Assistant ; M.M.K., Professeur de médecine interne ; A.N., Professeur de Néphrologie ; T.M.D., Professeur de médecine interne, Chef de service) CHU A le Dantec.

• Correspondance : A. POUYE, Clinique Médicale I, CHU Aristide le Dantec B.P 6538 -Dakar Etoile. Dakar, Sénégal • Fax : +221 822 38 68

• Courriel : docpouye@yahoo.fr •

• Article reçu le 2/04/2004, définitivement accepté le 15/03/2006.

OBSERVATION

Un patient Sénégalais, âgé de 31 ans, avait consulté au mois de mars 2002 pour des polyarthralgies inflammatoires bilatérales asymétriques des mains et des pieds évoluant par poussées et rémissions depuis l'âge de 18 ans (1989). Ces manifestations articulaires étaient associées à des nodules localisés en regard des articulations atteintes et au niveau de l'oreille gauche. L'interrogatoire ne retrouvait pas de notion de prise d'alcool, ni d'aucune médication antérieure.

L'examen retrouvait une maigreur avec un indice de masse corporelle à 19,9.

Une polyarthrite périphérique bilatérale asymétrique déformante était notée. Elle associait un flessus des articulations interphalangiennes proximales (IPP) et distales (IPD), une hyperextension de la métacarpo-phalangienne du 3^e doigt

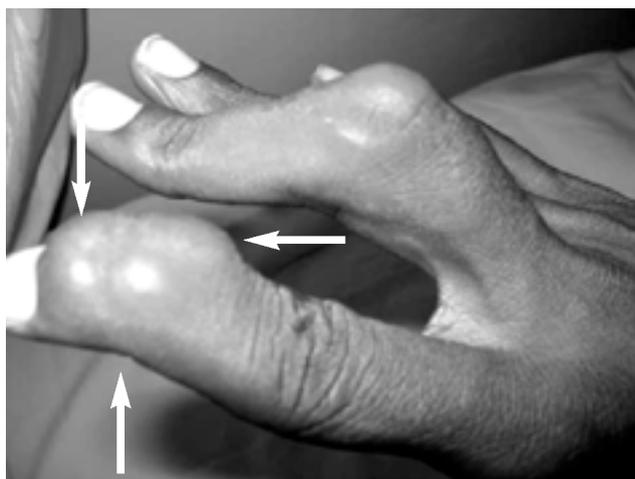


Figure 1 - Flexion des I.P.P, extension des I.P.D du médium et tophus au niveau de l'articulation I.P.D de l'index de la main droite (flèches).

droit et un *flessum* du gros orteil gauche (Fig 1). Des tophus goutteux, sous forme de nodules sous cutanés non inflammatoires de taille variable, fêlés, quelquefois fistulisés à la peau laissant sourdre un liquide purulent, crayeux, jaunâtre siégeaient en regard des IPD, des malléoles et au pavillon de l'oreille gauche (Fig. 2). Le reste de l'examen clinique était strictement normal.

Les examens biologiques objectivaient une hyperuricémie à 104mg/l, alors que les autres examens (hémogramme, test d'Emmel, électrophorèse de l'hémoglobine, créatininémie, transaminases, bilirubinémie, protidémie, C-réactive-protein, cholestérolémie) étaient normaux. La sérologie rhumatoïde était négative. L'examen bactériologique du liquide purulent issu des nodules isolait des souches de *Staphylococcus aureus* et de Streptocoques bêta-hémolytique du groupe A sensibles à l'oxacilline.

La radiographie des mains et pieds montrait une polyarthrite destructrice associant une déminéralisation de la tête des phalanges avec pincement des interlignes articulaires. Des images de géodes et d'ostéocondensation étaient retrouvées



Figure 2 - Tophus au niveau du pavillon de l'oreille.



Figure 3 - Polyarthrite destructrice associant une déminéralisation de la tête des métatarses, un pincement de l'interligne articulaire, géodes et dépôts d'acide urique.

au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche (Fig 3).

Sur le plan thérapeutique, il avait reçu de la colchicine (300 mg à J1, 200 mg à J2 et 100 mg à partir de J3) associée à de l'allopurinol (200 mg/j) et à l'oxacilline 3 g/jour par voie orale. La suppression d'aliments riches en bases puriques (abats, charcuterie) a été conseillée.

L'évolution était favorable avec une disparition des douleurs dès le deuxième jour, une normalisation de l'uricémie au cinquième jour et une stérilisation du foyer infectieux au bout de quatre semaines. Cependant il persistait des déformations articulaires sans caractère inflammatoire.

COMMENTAIRES

La goutte polyarticulaire chronique est une arthropathie métabolique inflammatoire déformante en rapport avec la répétition d'accès goutteux aigus séparés par des périodes de rémission (3). Cette forme évoluée polyarticulaire destructrice avec hyperuricémie est un des tableaux cliniques de la goutte. Ainsi au cours de la maladie goutteuse, la fréquence de l'atteinte polyarticulaire était de 30% en Afrique Equatoriale, 14,3% au Burkina Faso et 40% en Nouvelle Zélande (1-2,4-5). Au Sénégal un seul cas de goutte polyarticulaire juvénile avait été préalablement décrit (6).

Les déformations et l'atteinte polyarticulaire sont en rapport avec le dépôt dans les tissus et les articulations de cristaux d'urate de sodium monohydratés. Elles sont dues à un retard du diagnostic et de la prise en charge qui favorisent la répétition des accès aigus. Ce retard à la consultation était de 7,4 ans dans la série de Garcia et coll. au Guatemala (7). Ce fait explique partiellement la rareté des cas décrits chez l'adulte jeune. Dans cette même série, seuls 3 cas étaient notés sur 657 patients (1).

Dans notre observation, ce retard diagnostique a été de 13 ans (de 1989 à 2002) et explique le retard thérapeutique. Les atteintes de la goutte polyarticulaire siègent pré-

férentiellement aux articulations métacarpo-phalangienne du gros orteil, aux genoux, et aux mains. Elles sont habituellement bilatérales, distales et asymétriques (3-7), comme nous l'avons noté dans notre observation. Les accès aigus survenaient en poussées inflammatoires nocturnes de 5 à 6 jours suivies de périodes de rémissions variables d'une semaine à 2 mois chez le patient. L'alcool est le principal facteur déclenchant des poussées, incriminé en Afrique. En effet Mijiyawa (2) l'avait retrouvé dans 74 % des cas. Chez notre malade aucun facteur déclenchant n'avait été noté.

Les signes articulaires sont dans les formes typiques associées à la présence de tophus de petite taille au niveau des tendons des extenseurs des doigts des mains, au niveau des oreilles. Leurs localisations classiques sont : l'hélix, l'anthélix ou le sillon qui les sépare. Par contre, les tophus du coude ou du tendon d'Achille sont plus volumineux. Les tophus s'ulcèrent fréquemment laissant sourdre un liquide crayeux qui est rarement surinfecté (3). Chez notre patient une surinfection par le streptocoque β hémolytique et le staphylocoque doré sensibles à la méthicilline était notée favorisée par l'effraction cutanée.

Les images radiologiques destructrices sont de géodes juxta-articulaires pouvant parfois être à l'origine d'encoches latérales qui donnent un aspect en hallebarde des extrémités osseuses juxta-articulaires. Il y a très souvent un pincement articulaire, une déminéralisation osseuse et des calcifications des parties molles (3). Toutes ces images sont retrouvées chez le patient.

Devant ce tableau de polyarthrite chronique distale bilatérale asymétrique évoluant par poussées et rémissions associée à des tophus ulcérés et une hyperuricémie, le diagnostic de goutte est certain en accord avec les critères de Rome. La ponction d'une articulation atteinte ou antérieurement atteinte permet la mise en évidence à l'examen au microscope de cristaux intra ou extracellulaires biréfringents à bouts pointus se dissolvant sous uricase apportant des arguments supplémentaires au diagnostic (3,7).

Les manifestations cutanées et articulaires chroniques de la goutte sont à différencier de celles de la polyarthrite rhumatoïde (PR) qui réalisent une polyarthrite bilatérale de la femme adulte jeune, destructrice, épargnant les I.P.D. L'histologie du nodule rhumatoïde retrouve un aspect caractéristique de nécrose fibroïde centrale entourée d'une bordure palissadique d'histiocytes et de tissu conjonctif infiltré de lymphocytes et de plasmocytes (9).

Le rhumatisme psoriasique dans ses formes mutilantes peut être responsable d'un tableau clinique proche. Le diagnostic sera confirmé par la co-existence d'une atteinte articulaire axiale fréquente, la découverte de lésions cutanées de psoriasis au niveau de leurs sites d'élection (plis, articulations, cuir chevelu, ongles et région rétro-auriculaire). La radiographie retrouvant dans ce rhumatisme une atteinte à la fois de l'IPP, de l'IPD et de la métacarpophalangienne réalisant une arthrite dite arthrite à trois étages associée à un pseudo élargissement de l'interligne articulaire distal. La mise en évidence d'antigène HLA B16 ou B17 et la négativité de la réaction Waaler Rose complètent les critères diagnostiques du psoriasis (10).

L'arthrose chronique distale qui associe des nodules en regard des IPD et IPP, des arthralgies mécaniques déformantes avec des ostéophytes à la radiologie constitue également un diagnostic différentiel à évoquer (11). Elle survient le plus souvent chez une personne âgée obèse.

Dans nos pays, le diagnostic d'arthropathie goutteuse chronique peut être retenu devant la polyarthrite déformante associée à des tophus témoins de la chronicité, l'hyperuricémie, les lésions radiologiques typiques. En cas de doute, un test thérapeutique à la colchicine est rapidement efficace.

Chez le sujet jeune les principales causes d'hyperuricémie sont constituées par les maladies génétiques liées au déficit en hypoxanthine-guanine-phospho-ribosyl transférase (HGPRT) ou à l'hyperactivité de la phospho-ribosyl synthétase (3-7). Ces pathologies ne peuvent pas être diagnostiquées de façon certaine dans nos pays en voie de développement du fait des difficultés du dosage de ces enzymes. Un déficit complet en HGPRT ou syndrome de Lesch-Nyhan est peu probable chez notre malade devant l'absence de signe neuropsychiatrique d'apparition précoce associé à une hyperuricémie sévère compliquée de lithiase ou d'insuffisance rénale.

Par contre nous ne pouvons éliminer formellement un déficit incomplet en HGRPT survenant classiquement chez un sujet de moins de 25ans de sexe masculin avec une hyperuricémie supérieure à 100mg/l sans autre atteinte viscérale (3, 8) ; cette symptomatologie est proche de celle décrite dans notre observation.

Les autres étiologies sont : l'insuffisance rénale, les hémopathies malignes, la drépanocytose, l'obésité et certains médicaments : diurétiques, pyrazinamide (1-3) ce qui n'est pas le cas de notre malade qui n'avait aucun traitement médical ou pathologie sévère avant son hospitalisation.

Le traitement des poussées aiguës est basé sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens, et surtout sur la colchicine dont l'efficacité rapide constitue un test thérapeutique (3-8).

Le traitement de fond associe des mesures hygiéno-diététiques comportant l'arrêt de l'intoxication éthylique et un régime pauvre en bases puriques, associées à la prescription d'allopurinol à vie (1-3).

CONCLUSION

La goutte polyarticulaire chronique est une polyarthrite destructrice secondaire à des accès aigus répétés d'arthropathie uratique. La forme du sujet jeune est rare mais de diagnostic facile, elle doit être évoquée devant une polyarthrite chronique distale séronégative associée à des tophus et une hyperuricémie. Le traitement hyperuricémiant rapidement efficace et peu cher permet de préserver le pronostic fonctionnel articulaire lorsqu'il est précocement institué.

RÉFÉRENCES

- 1 - KLEMP P, SHELLEY A, STANSFIELD A *et Coll* - Gout is on the increase in New Zealand. *Ann Rheum Dis* 1997; **56** : 22-6.

- 2 - MIJIYAWA M - Gout in patients attending the rheumatology unit of Lome Hospital. *Br J Rheumatol* 1995; **34** : 843-6.
- 3 - BARDIN Th, KUNTZ D, RYCKEWAERT A - Goutte. In « Godeau P, Herson S, Piette JC - Traité de Médecine » 4^e édition. Flammarion Médecine Sciences ed, Paris, 2004, pp 2261-71.
- 4 - BILECKOT R, NTSIBA H, MBONGO JA *et Coll* - Epidemiological and clinical aspects of gout in Africa: a propos of 60 cases followed in the Department of Rheumatology of the Teaching Hospital Center in Brazzaville. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1991; **58** : 863-7.
- 5 - DRABO PY - Epidemiological, clinical and evolutive aspects of gout in the internal medicine department at Ouagadougou (Burkina Faso). *Bull Soc Pathol Exot* 1996; **89** : 196-9.
- 6 - PENE P, BERNOU JC, FRAMENT V, KIESSE F - A propos of a case of polyarticular gout in an African. *Bull Soc Med Afr Noire* 1965; **10** : 57-60.
- 7 - GARCIA CO, KUTZBACH AG, ESPINOZA LR - Characteristics of gout in the Guatemalan population. *Clin Rheumatol* 1997; **16** : 45-50.
- 8 - ROZENBERG S, BOURGEOIS P - Que reste t-il de la goutte en 1993? *Rev Prat* 1994; **44** : 178-82.
- 9 - BARDIN T, BOUCHAU-CHABOT A - Manifestations systémiques de la polyarthrite rhumatoïde. In « KHAN M F, PELTIER A P, MEYER O, PIETTE JC - Les maladies systémiques » 4^e édition. Flammarion Médecine Sciences ed, Paris, 2000, pp 397-432.
- 10 - RYCKEWAERT A, BARDIN T - Arthropathies secondaires ou associées à diverses maladies. In « Godeau P, Herson S, Piette JC. Traité de Médecine » 4^e édition. Flammarion Médecine Sciences ed, Paris, 2004 pp 2254-60.
- 11 - RYCKEWAERT A, BARDIN T. Arthrose. In « GODEAU P, HERSON S, PIETTE JC - Traité de Médecine » 4^e édition. Flammarion Médecine Sciences ed, Paris, 2004, pp 2261-71.



LES CAHIERS DE
L'AFRIQUE

Année 2005 – n°6

Dans leur sixième édition, les Cahiers de l'Afrique traite en onze chapitres de la santé sur le continent. Sous-titré « L'urgence ! », ce numéro lance un cri d'alarme (un de plus) sur la situation sanitaire africaine essayant de trouver des explications à la dégradation continue de cet état. Les enjeux ne sont pas que sanitaires et à l'heure de la mondialisation, la nécessité d'un renforcement des coopérations multilatérales est soulignée. Le sida, la paludisme et la trypanosomiase sont les thèmes médicaux abordés dans ce numéro comme des illustrations à l'environnement morbide d'un milieu où la pauvreté et les crises politiques en rajoutent aux causes infectieuses. Au-delà des aspects médicaux, la réflexion que mène ce numéro est aussi axée sur les politiques de développement qu'oblige le contrôle des maladies tropicales. Si les politiques de santé des pays du Sud dépendent (complètement) de celles des pays du Nord, certains auteurs se posent la question des intérêts sous-jacents (brevets, politique du médicament...) et des capacités de transfert de technologie. L'avenir n'est toutefois pas si noir car certaines réalisations et projets montrent des résultats encourageants. L'implication de nouveaux acteurs, ceux de la société civile, et d'un engagement politique africain plus transparent laisse entrevoir quelques espoirs. Il ne faudra pas décevoir ces espérances et s'appliquer à passer à la vitesse supérieure, rapidement, et dans tous les domaines de la santé ■

J. M. MILLELIRI

Les Cahiers de l'Afrique – 160 pages – 16 euros