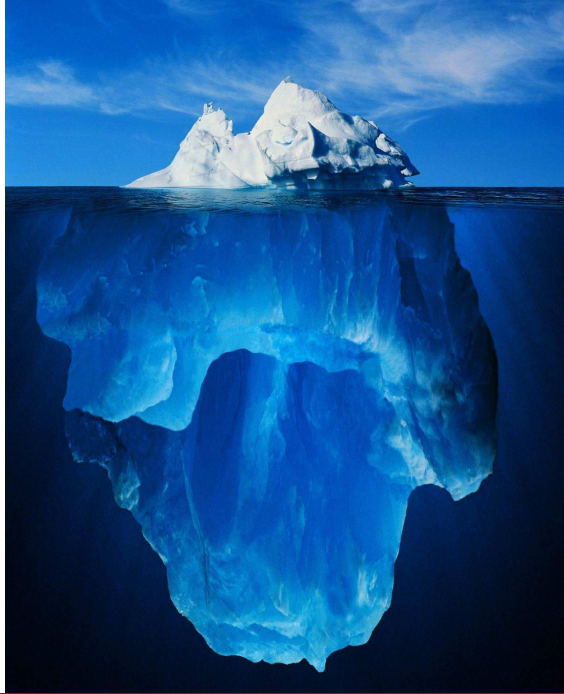


Crise de goutte

Docteur Joël DAMIANO
Chef de Service de Rhumatologie
Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Membre du Collège Français des Enseignants en Rhumatologie
Directeur d'Enseignement du DIU de Podologie à Paris

Des crises = épisodes aigus



**Sur une maladie chronique
Hyperuricémie**

Epidémiologie de la goutte

- Arthropathie la plus fréquente en Europe et dans le monde
- Prévalence en constante augmentation
- Lien avec « épidémie » d'obésité et syndrome métabolique
- Crises de goutte : premières manifestations de la maladie
- Fréquence des comorbidités associées à la goutte

NON

**Perception erronée et courante de la goutte
comme une maladie aiguë**

NON

Physiopathologie : **HYPERURICÉMIE**

- La goutte, maladie chronique, avec ses crises
- Expression clinique d'une hyperuricémie chronique
- Hyperuricémie chronique : déséquilibre entre apports et élimination

- **Formation de cristaux d'urate**
 - seuil de précipitation à partir de 60 mg/L ou 360 $\mu\text{mol/L}$
- **Crise de goutte ou accès aigu :**
 - précipitation ou délitement des cristaux d'urate (50 mg/L ou 300 $\mu\text{mol/L}$)



**Aspect évocateur de crise de goutte
de la MTP I**

Atteinte inflammatoire à partir de la MTP I

**Suspicion de goutte mais attention
aux diagnostics différentiels !**

- **Arthrite septique ?**
- **Arthrite aseptiques ?**
 - **PR, Spa, Rhum pso, ...**
 - **Rhumatismes microcristallins**

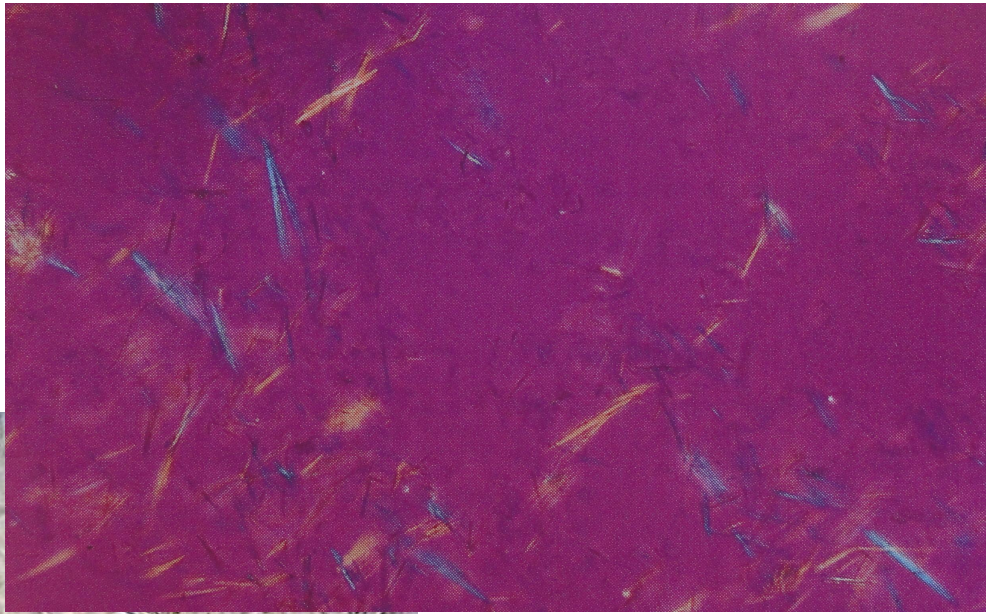
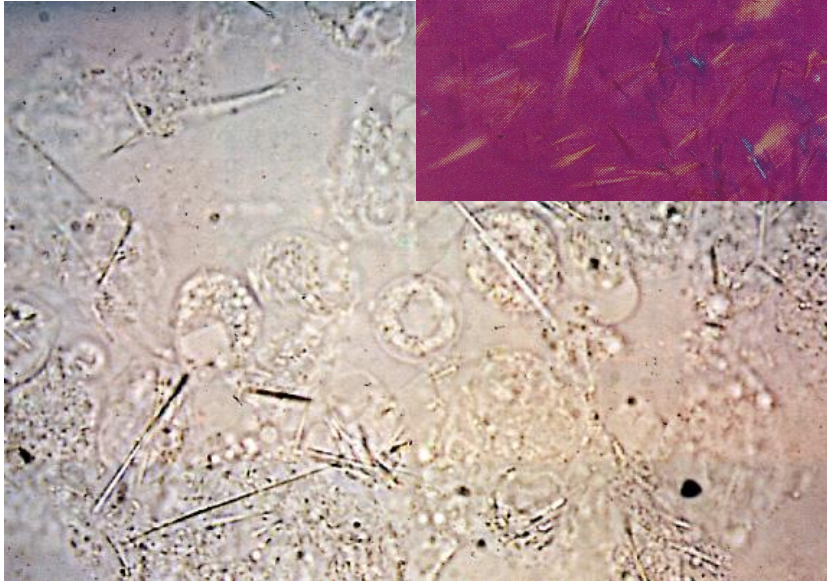


Clinique

- Crise aiguë = **ARTHRITE**
- Dure 5 à 10 jours avec restitution ad integrum de l'articulation
- **Problème du diagnostic étiologique de l'arthrite :**
 - ✓ Contexte ?
 - ✓ Précédentes crises ? Âge ? Morphotype ?
 - ✓ Pathologies associées ?
 - ✓ Signes associés
 - ✓ Dosage acide urique à distance de la crise
- **Ponction articulaire et analyse du liquide ++++++**

Accès aigu : crise de goutte

- Typique MTP gros orteil
- Mais aussi tarse, cheville, genou, mains ... peu hanche et épaule
- Installation brusque, intensité maximale en quelques heures
- Début nocturne
- Inflammation: rougeur, chaleur, gonflement
- Fièvre, frissons possibles : pseudo-septique
- Ponction: 2000 à ? éléments / mm³, microcristaux en aiguille

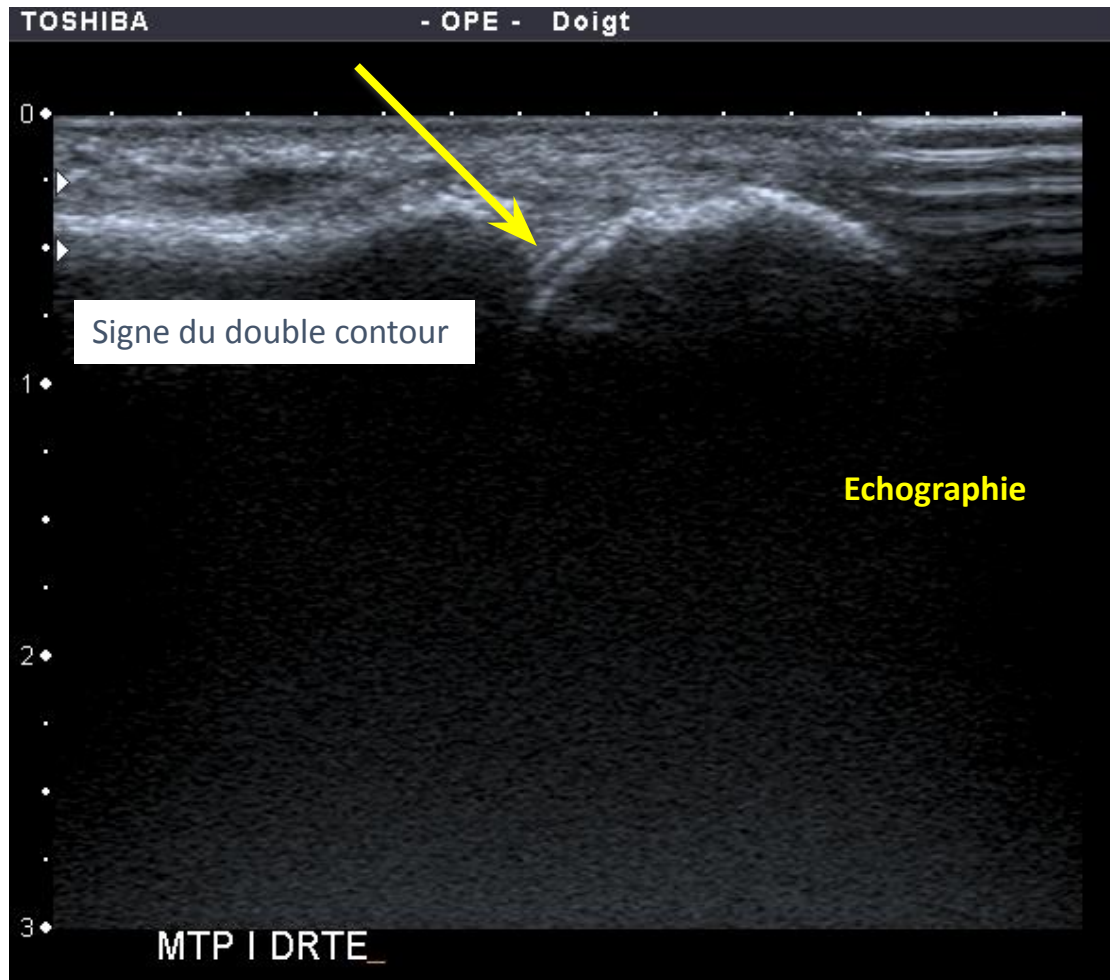


Cristaux d'urate de sodium

Hydroxyapatite : intérêt des Rx

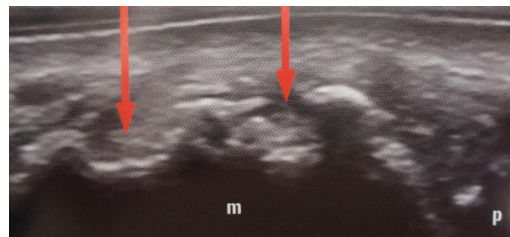


Intérêt de l'échographie

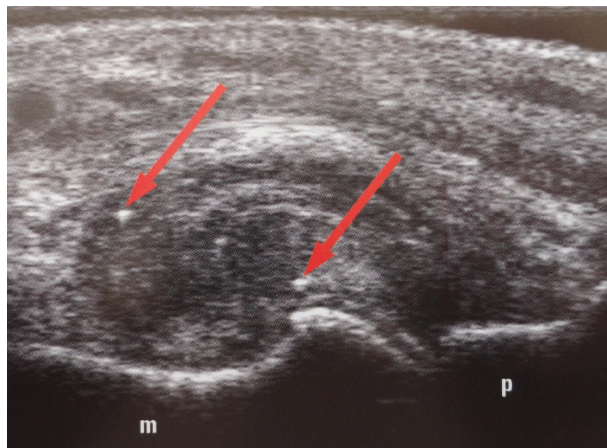


Echographie

Erosions



Synoviale hyperéchogène
avec aspect en tempête de neige



Phase inter-critique

- Guérison spontanée de l'accès aigu en 5-10 jours
- Récidive après 6-12 mois 50% des cas
- Puis accès de plus en plus fréquents, de moins en moins intenses en l'absence de traitement

La maladie goutteuse

- **Tophus** : dépôts uratiques sous-cutanés
- **Arthropathie goutteuse destructrice**
- **Manifestations rénales** :
 - **Lithiases uriques** : coliques néphrétiques, calcul Rx transparent
 - **Néphropathie goutteuse** : HTA et Insuf Rénale



Tophus





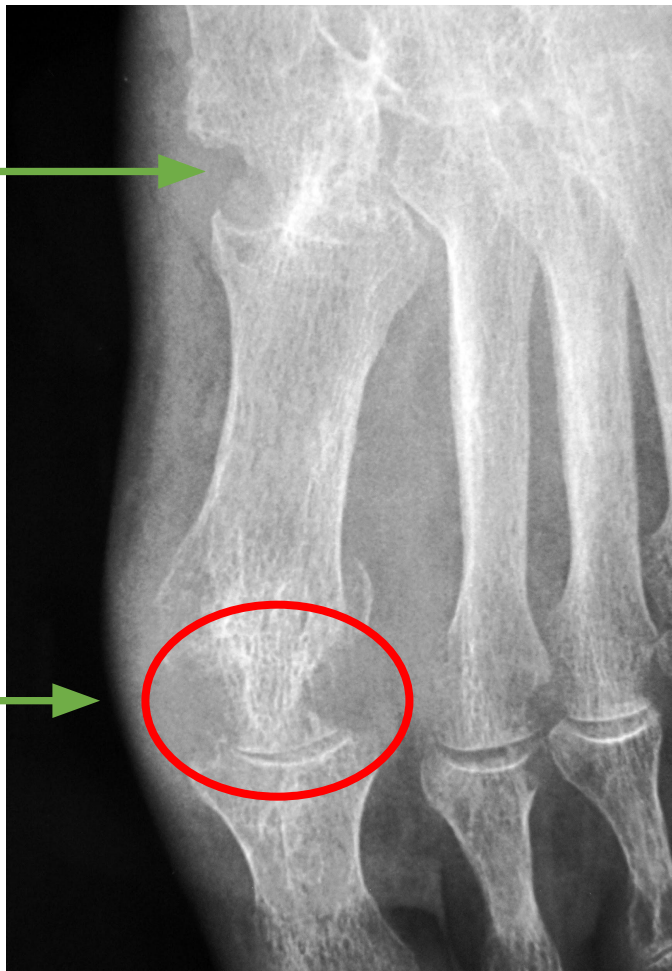




Erosion



Erosions para-articulaires
en hallebarde





TOPHUS CALCIFIÉ

Principes thérapeutiques

- *Recommandations Société Française de Rhumatologie (SFR 2020)*

- **Traitement accès aigu : CRISE**

- Repos articulaire et glaçage

A décider en fonction des comorbidités

- Colchicine : 1 mg + 0,5 mg 1 heure plus tard puis 0,5 mg 3X/jour ensuite
- AINS : si fonction rénale le permet
- Corticoïde cure courte : per os 30 à 35 mg prednisone pendant 5 jours ou Infiltration
- Anti-IL1 éventuellement : rarement

- **Traitement hypo-uricémiant : intérêt à expliquer tôt +++++**

Colchicine et précautions d'emploi

- **Problème de tolérance digestive** : diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
- **Risque d'intoxication** :
 - Pancytopénie, encéphalopathies myopathies,
 - Défaillances rénales et hépatiques
- **Attention si insuffisance rénale** :
 - Ne pas utiliser si DFG < 30 ml/min, diminuer posologie sinon
- **Ne pas associer à** :
 - Pyostacine, clarithromycine et autres macrolides
 - Vérapamil, kétoconazole, ciclosporine



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations et méta-analyses

Recommandations 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : traitement des crises de goutte[☆]



Augustin Latourte^a, Tristan Pascart^b, René-Marc Flipo^c, Gérard Chalès^d,
Laurence Coblentz-Baumann^e, Alain Cohen-Solal^f, Hang-Korng Ea^a, Jacques Grichy^g,
Emmanuel Letavernier^h, Frédéric Lioté^a, Sébastien Ottavianiⁱ, Pierre Sigwalt^a,
Guy Vandecandelaere^j, Pascal Richette^a, Thomas Bardin^{a,*}

^a Inserm U1132 BIOSCAR, service de rhumatologie, hôpital Lariboisière, AP-HP, université de Paris, 75010 Paris, France

^b Service de rhumatologie, GH de l'institut catholique de Lille, EA4490, physiopathologie des maladies osseuses inflammatoires, université de Lille, Lille, France

^c Service de rhumatologie, CHU de Lille, université de Lille, Lille, France

^d Faculté de médecine de Rennes, Rennes, France

^e Département de médecine générale, université de Paris, Paris, France

^f Inserm U942 MASCOT, service de cardiologie, hôpital Lariboisière, AP-HP, université de Paris, Paris, France

CRISE DE GOUTTE

Traiter le plus tôt possible (« comprimé dans la poche »)
Education sur la maladie

Rechercher les comorbidités
Vérifier les co-prescriptions

Maladie cardio-vasculaire sévère

Eviter les AINS

Insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 ml/min)

Eviter la colchicine / les AINS

Inhibiteurs forts du CYP3A4/ de la glycoprotéine P (Pristinamycine, macrolides...)

Eviter la colchicine

Traitements de 1^{ère} ligne
(possiblement en association)

Colchicine

1^{er} jour : 1 mg
+ 0.5 mg 1 heure après
Jours suivants: 0.5 mg x 2-3j

Corticoïdes

Per os : 30-35 mg/j (5 jours)
Infiltrations intra-articulaires

AINS

+ IPP si indiqué

En cas d'échec ou de contre-indication à la colchicine, aux corticoïdes et aux AINS, envisager un traitement de 2^{ème} ligne

Traitement de 2^{ème} ligne

Inhibiteurs de l'IL-1

- Dépister les infections au préalable
- Surveillance des polynucléaires neutrophiles

RESOLUTION DE LA CRISE

Education pour l'auto-médication
Considérer l'introduction d'un hypouricémiant

Principes thérapeutiques

- Traitement de la maladie goutteuse
- Faire baisser le taux d'acide urique +++
- Explications +++ et éducation du patient
- **Traitement à débiter dès la première crise de goutte +++**
- Taux d'acide urique à surveiller : adaptations posologiques
- Traitement à vie !
- Mesure diététiques et prise en charge associée des comorbidités



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations et méta-analyses

Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : le traitement hypo-uricémiant



Tristan Pascart^a, Augustin Latourte^b, Gérard Chalès^c, Laurence Coblenz-Baumann^d, Alain Cohen-Solal^e, Hang-Korng Ea^b, René-Marc Flipo^f, Jacques Grichy^g, Emmanuel Letavernier^h, Frédéric Lioté^b, Sébastien Ottavianiⁱ, Pierre Sigwalt^b, Guy Vandecandelaere^j, Pascal Richette^b, Thomas Bardin^{b,*}

^a Service de rhumatologie, physiopathologie des maladies osseuses inflammatoires, GH de l'institut catholique de Lille, université de Lille, EA4490, 2, rue Ambroise-Paré, Lille, France

^b Service de rhumatologie, hôpital Lariboisière, AP-HP, inserm U1132 BIOSCAR, université de Paris, Paris, France

^c Faculté de médecine de Rennes, Rennes, France

^d Département de médecine générale, université de Paris, Paris, France

^e Service de Cardiologie, Hôpital Lariboisière, AP-HP, inserm U942 MASCOT, université de Paris, Paris, France

^f Service de rhumatologie, CHU de Lille, université de Lille, Lille, France

^g Exercice libéral, Montlignon, France

^h Service de physiologie, hôpital Tenon, AP-HP, inserm U1155, UPMC université Paris-6, Sorbonne universités, Paris, France

ⁱ Service de rhumatologie, hôpital Bichat, AP-HP, Paris, France

^j Exercice libéral, Saint-Omer, France

Inhibiteurs synthèse acide urique

- Sous colchicine à visée préventive (0,5 à 1 mg) pendant 6 mois

***Obtenir uricémie inférieure à
50 mg/L (300 micromol/L)
Ou sinon 60 mg/L (360 micromol/L)***

Inhibiteurs synthèse acide urique

- **Allopurinol (Zyloric®)**

- Effets indésirables : intolérance cutanée, syndrome d'hypersensibilité DRESS
- Limiter posologie si insuffisance rénale

- **Febuxostat (Adenuric®)**

- Contre-indiqué si cardiopathie ischémique ou insuffisance cardiaque :
 - ✓ Antécédent infarctus du myocarde ou angor instable
 - ✓ AIT ou AVC
 - ✓ AoMI
 - ✓ Avis cardiologique si nécessaire de l'utiliser

Sujets âgés et insuffisants rénaux :

Il est recommandé avant la prescription de rechercher **une insuffisance rénale**, notamment chez les sujets plus âgés. L'allopurinol et ses métabolites sont excrétés par les reins ; une insuffisance rénale peut provoquer une rétention du médicament et/ou de ses métabolites avec comme conséquence un allongement des demi-vies plasmatiques.

La posologie doit être adaptée en fonction de la clairance de la créatinine.

Clairance de la créatinine	Dose maximale préconisée
80 < Clcr < 100 ml/min	300 mg/j
40 < Clcr < 80 ml/min	200 mg/j
20 < Clcr < 40 ml/min	100 mg/j
Clcr < 20 ml/min	100 mg/1 jour sur 2

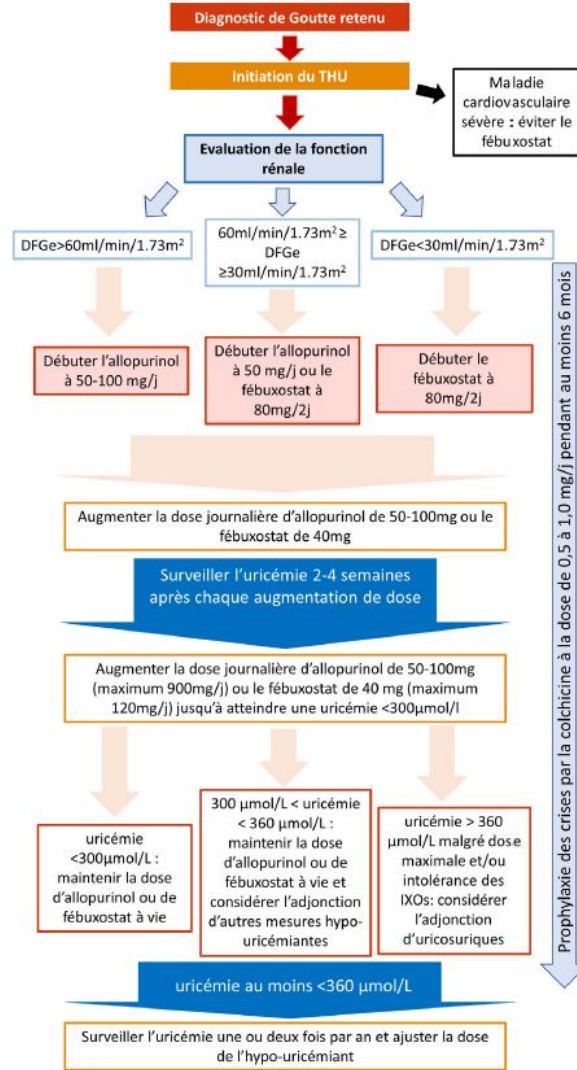
Febuxostat

Adenuric[®]

- Débuter par 80 mg/j
 - Contrôle uricémie après 1 mois
 - Si besoin augmenter à 120 mg/j
- Associé à la colchicine
- Pas d'ajustement de dose chez l'insuffisant rénal
- Non recommandé : transplantation, insuffisance cardiaque, azathioprine

Febuxostat

- **Métabolisé par le foie**
 - Allopurinol : rein
- **Effet hypo-uricémiant non altéré par l'insuffisance rénale**
- **Pas d'allergie croisée avec l'allopurinol**



Conclusions

- Maladie fréquente
- Prise en charge bien codifiée
- Moyens thérapeutiques efficaces
- Nécessité de bien expliquer la problématiques aux patients
- Explications à renouveler et éducation thérapeutique
- Maladie chronique goutteuse avec ses crises
- N'est pas une pathologie aiguë qui peut se répéter

Merci
à tous

