

Des articulations en feu

François Melançon, MD



L'arthrite goutteuse : une condition croissante

Présentement, l'arthrite goutteuse touche 2 % des hommes de plus de 30 ans et des femmes de plus de 50 ans. En raison de l'augmentation fulgurante des cas d'obésité, cette incidence augmente tout aussi rapidement. La prévalence de la condition est en relation avec les taux sériques d'acide urique : l'incidence passe de 0,5 % annuellement, avec des taux de 7 à 8,9 mg/dL, à 4,5 % et plus lorsque les taux dépassent 9 mg/dL. Cela étant dit, on ne traite pas une élévation isolée d'acide urique : on traite la goutte. Il n'y a pas d'indication de traiter à long terme un résultat d'acide urique élevé découvert de façon fortuite.

La physiopathologie

Un patient souffrira d'une crise de goutte quand l'acide urique dépassera sa limite de solubilité. Les cristaux d'urate se déposent dans une articulation (la plus commune étant l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil), dans les reins ou dans les tissus mous. Comme ces cristaux se présentent sous la forme de microscopiques aiguilles, ils induisent une inflammation grave dans l'articulation affectée.

Les facteurs de risque

- Les facteurs de risque les plus communs sont l'obésité, la consommation d'une quantité importante d'alcool et une diète riche en purines (viandes, poissons et fruits de mer). Une histoire classique sera celle d'un homme dans la quarantaine, qui se présentera avec une douleur aiguë à un gros orteil le lendemain d'un repas bien arrosé et riche en viandes;
- Plusieurs autres facteurs augmentent le risque de goutte, comme la prise de diurétiques, l'insuffisance rénale, un syndrome myéloprolifératif et les éléments du syndrome métabolique : diabète ou résistance à l'insuline, hyperlipidémie, hypertension et le corollaire de ces conditions, l'athérosclérose;
- Une infection aiguë ou l'exposition à des produits de contraste radiologique peuvent aussi provoquer une crise.

La présentation

Le plus souvent, la goutte se présentera comme une monoarthrite touchant de façon classique, dans 50 % des cas, l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil (la podagre) mais pouvant affecter toute autre articulation, les plus

Le cas de Sœur Saint-Firmin

Sœur Saint-Firmin, une charmante religieuse de 96 ans, atteinte d'Alzheimer débutant, vous est envoyée par sa communauté pour une soudaine confusion.

Alors qu'elle était habituellement un peu perdue mais fonctionnelle, participant encore à la vie de la communauté, elle est soudainement devenue totalement confuse et agitée. La religieuse qui l'accompagne ne croit pas qu'elle soit tombée ou se soit cogné la tête et, de fait, un examen détaillé ne met rien en évidence.

Vous décidez d'investiguer ce délirium et vous hospitalisez Sœur Saint-Firmin. Tout le bilan, CT scanner du cerveau compris, revient normal et négatif. Cinq jours plus tard, en faisant votre tournée, son poignet gauche attire votre attention : celui-ci est rouge, chaud et gonflé. Vous procédez donc à une ponction articulaire et regardez ce que vous avez ponctionné au microscope : des milliers de cristaux d'urate.

Que faire pour cette patiente?

Le cas de Guy

Il y a quatre jours, vous avez rencontré Guy pour son examen annuel. Vous avez discuté de son hypertension, de son excès pondéral, de sa glycémie limite et de son hyperlipidémie. À la toute fin de la rencontre, il vous a montré son genou droit : il avait chuté quelques jours auparavant et s'était cogné la rotule. Le genou était à peine chaud et vaguement sensible à la face antérieure de la rotule. Vous avez conclu à une probable bursite post-traumatique, et vous lui avez donné un peu d'ibuprofène en lui demandant de glacer son genou.

Ce matin, Guy revient en urgence. Rien ne va plus. Sans trauma, la douleur est rapidement augmentée dans son genou, jusqu'à en devenir intolérable. Il semble souffrant et présente une boiterie importante. À l'examen, le genou est très chaud et vaguement érythémateux. La bourse prérotulienne est tout au plus inconfortable, mais l'interligne articulaire interne est exquisément sensible à l'effleurement. Il ne semble pas y avoir de liquide intra-articulaire.

De quoi souffre Guy?
Comment le traiterez-vous?

Numéro d'enregistrement :
PM40063348

Adresse

de retour : **Le Clinicien**
955, boul. Saint-Jean
Bureau 306
Pointe-Claire (Québec)
H9R 5K3

communes étant les articulations mid-tarsiennes, les chevilles et les genoux. Les cristaux d'urate pourront aussi se déposer dans une bourse, causant ainsi une bursite aiguë non traumatique, ou dans un tendon, devenant la cause d'une ténosynovite aiguë. Plus rarement, la goutte affectera plusieurs articulations en même temps.

Le patient se présentera avec une douleur suraiguë dans la structure affectée, laquelle le réveillera. Lorsqu'il s'agit d'une articulation des membres inférieurs, le patient sera souvent incapable de se porter dessus. De fait, la structure est si douloureuse que le moindre effleurement augmente la douleur de façon très importante. Le patient peut être fébrile jusqu'à 40 °C et souffrir de frissons incercibles.

Une crise aiguë durera en général de cinq à sept jours avant de spontanément se résorber.

L'examen physique

L'examen physique démontrera l'évidence d'une inflammation de la structure affectée, en général une articulation : rougeur, gonflement diffus et douleur exquise à l'effleurement. Cette douleur est souvent perçue bien au-delà de la structure en cause. La peau du territoire affecté est souvent tendue et brillante.

Lorsque la condition est chronique, on verra des tophes, ou dépôts sous-cutanés de cristaux d'urate, apparaître après 10 ans. Certains (rares) cas évolueront en arthrite chronique.

Le laboratoire

En crise aiguë, le patient présentera une leucocytose importante, parfois aussi haute que 40 000 globules blancs/mm³. L'acide urique sérique sera le plus souvent élevé. Il est cependant important de noter que ce sont les variations rapides dans les taux d'acide urique, à la hausse comme à la baisse, qui entraîneront des crises de goutte.

L'examen du liquide articulaire, essentiel lorsqu'on veut éliminer une arthrite septique (tout aussi douloureuse que l'arthrite goutteuse) montrera au microscope à polarisation des cristaux négativement biréfringents en forme d'aiguille. Au moins, après une deuxième crise, une collecte de 24 heures des urines pour l'acide urique devrait être faite.

Les trouvailles radiologiques sont peu impressionnantes, ne démontrant le plus souvent qu'une asymétrie de l'œdème.

Le diagnostic

Un diagnostic présomptif se posera devant l'accumulation de symptômes, dont les suivants :

- l'arthrite monoarticulaire, surtout si l'articulation affectée est la première métatarsophalangienne;
- une symptomatologie ayant atteint son paroxysme très rapidement, en dedans de 24 heures;
- des crises récurrentes de monoarthrite;
- une articulation érythémateuse, exquisément sensible, avec la présence d'une peau tendue et luisante;

Retour sur les cas de Sœur Saint-Firmin et de Guy

Sœur Saint-Firmin a reçu une injection intra-articulaire de méthylprednisolone et a présenté une amélioration spectaculaire de son état en 24 heures avec la disparition complète du délirium et un retour à son mode de fonctionnement prémorbide.

Pour sa part, Guy a débuté avec du diclofénac 75 mg bid et avec de la codéine à libération prolongée 50 mg bid. Il a été placé au repos quelques jours. La crise s'est rapidement résorbée. Le patient a été dirigé en diététique.



Dr Melançon est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment revenu à ses premières amours,

soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.

- la présence clinique de tophus.
- Le diagnostic sera confirmé par :
- la présence de cristaux d'urate dans le liquide synovial;
 - la présence de cristaux d'urate dans les tophus;
 - l'absence de micro-organismes dans le liquide synovial.

Le diagnostic différentiel

Dans le diagnostic différentiel, il faudra considérer plusieurs autres conditions : cellulite, arthrite rhumatoïde et ostéoarthrite, arthrite neuropathique (plutôt rare de nos jours), pseudo-goutte et surtout arthrite septique, dont le diagnostic est essentiel à faire pour éviter de perdre une articulation.

Le traitement

Les anti-inflammatoires

La pierre angulaire du traitement est formée par les anti-inflammatoires. Même si, classiquement, on a associé l'indométhacine au traitement de la goutte, tous les anti-inflammatoires sont efficaces en dose suffisante.

La colchicine

Chez les insuffisants rénaux ou hépatiques, les personnes âgées, les gens souffrant de dyspepsie ou d'insuffisance cardiaque, les anti-inflammatoires devraient être évités. On pourra alors les remplacer avec la colchicine, qui n'est malheureusement pas exempte d'effets secondaires (toxicité digestive et à éviter devant une maladie hépatique ou rénale grave). La colchicine devra aussi être débutée dans un délai de 24 heures du début de la crise pour une efficacité maximale.

Les corticostéroïdes

Une fois qu'on a éliminé une arthrite septique, s'il y a impossibilité d'utiliser un anti-inflammatoire ou de la colchicine, on pourra utiliser un corticostéroïde (méthylprednisolone IV, méthylprednisolone IM ou prednisone p.o.). À l'occasion, dans les cas réfractaires, on pourra infiltrer l'articulation avec de la méthylprednisolone IM.

L'AAS et l'acétaminophène

L'AAS à faibles doses empirera la condition. L'acétaminophène ne la soulagera pas : ce genre de patients nécessite une analgésie plus forte.

La prévention

Elle est inutile en phase aiguë. On la recommande dans les cas de crises récurrentes (plus de trois par année), dans la goutte tophacée et dans les cas de néphrolithiases. L'agent de choix sera l'allopurinol, dont il faudra ajuster le dosage en cas d'insuffisance rénale. Certaines médications uricosuriques pourront aider : losartan et fénofibrate. Il faudra éviter les diurétiques.

Au-delà d'une consommation raisonnable de viande, de poisson, de fruits de mer et d'alcool, certains aliments peuvent aider :

- le lait pourrait avoir des vertus protectrices;
- la consommation de cerises diminue l'acide urique;
- plus de trois tasses de café par jour diminue le risque de crise;
- la consommation de 500 mg de vitamine C par jour diminue les taux sériques d'acide urique. **C**