

Article Original

COMPLICATIONS TOPHIQUES DE LA GOUTTE AU CHU DE YAOUNDE : ANALYSE D'UNE SERIE DE 24 CAS

*Takongmo S¹, Ngandeu Singwé M², Gonsu Kamba H², Pison Tangnyin C¹, Guifo ML¹, Farikou I¹,
Essame Oyono JL³*

RESUME :

Introduction : La goutte est une maladie liée à un dysfonctionnement du métabolisme des purines avec accumulation des dépôts d'urates de sodium dans les tissus. Elle se manifeste par des crises de douleurs articulaires à répétition dans sa forme aiguë.

Objectifs : Le but de cette étude était de décrire les complications tophiques survenues chez des goutteux non traités ou ignorant être porteurs de cette maladie. Les objectifs étaient d'apprécier la connaissance des malades de leur état, de décrire la distribution des tophi, de rechercher les formes cliniques compliquées et les formes non traitables par la chirurgie.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, transversale portant sur l'analyse des dossiers des patients venus en consultation pour tophi goutteux dans le Service de Chirurgie du CHU de Yaoundé pendant une période de 10 ans. Les variables d'étude comprenaient l'âge, les motifs de la consultation, les antécédents connus de goutte, les traitements reçus, la topographie des lésions tophiques, le traitement appliqué et la recherche d'une récurrence.

Résultats : Vingt quatre dossiers de malades étaient retenus ; tous les malades étaient de sexe masculin, avec une moyenne d'âge 53 ans. Quatorze patients (58,3%) n'avaient pas eu de crise de douleurs articulaires ayant fait retenir le diagnostic de goutte dans leur passé. Dix patients (41,6%) avaient des antécédents de crise goutteuse. La durée moyenne d'évolution de leur maladie était de 13 ans. Les tophi avaient une distribution équivalente entre les membres supérieurs et les membres inférieurs. Il y avait sept (29 %) formes volumineuses ou multiples. Six malades n'avaient pas pu être traités par la chirurgie. Quatre malades ont présenté des récurrences à d'autres endroits (16,6%).

Conclusion : L'étude recommande un dépistage précoce de la goutte par les dosages de l'uricémie, un traitement avec surveillance en vue du diagnostic des tophi à leur début en vue d'un traitement chirurgical facile.

Mots-clés : goutte – tophi – chirurgie

ABSTRACT:

Introduction: Gout is a complication of the dysfunction of the metabolism of purines with deposit of sodium urates in subcutaneous tissues. The clinical manifestations are dominated of painful articular crises. Late complications are marked by the development of tophi near or in the tendons or articulations with the risk of compression or fistulisation.

Objectives: This study aimed at describing the tophaceous complications in gouty patients to appreciate their knowledge on their condition and compliance to treatment, and to describe the tophi and their eligibility for surgery.

Methodology: The study is a retrospective, descriptive, and cross-sectional, based on analysis of data of patients who consulted for gouty tophi at the Surgical Unit of the University Teaching Hospital during a ten year period. The variables were age, main complaints, past history of gout and its treatment, the description of the tophi, their treatment and evolution.

Results: The files of twenty four patients all male were retained in the study; the average age was 53. Fourteen patients (58.3%) were ignorant of their gouty condition. Ten patients (41,6%) had been treated for gout; their average duration of evolution was 13 years. The distribution of tophi was similar on the upper and lower limbs. In seven patients (29%), the tophi were massive or disseminated. Six patients could not undergo surgical treatment. There were four postoperative recurrences on different sites (16,6%).

Conclusion: We recommend early detection and treatment of gout with follow-up for early detection of tophaceous complications for easy surgical treatment.

Keys-words: Gout-tophi-surgery

*Département de Chirurgie (1), de Médecine (2)
et de Pathologie (3) - Faculté de Médecine et
des Sciences Biomédicales – Université de
Yaoundé I.*

Correspondant : Pr Takongmo S. BP 6459
Yaoundé. Tel 99 88 60 51 –
e.mail : stakongmo@yahoo.fr

INTRODUCTION:

La goutte est causée par l'accumulation de cristaux d'urate de sodium dans les articulations, du fait d'une anomalie du métabolisme des purines (1-3). Cette maladie a des causes multiples avec une tendance héréditaire ; elle survient chez les sujets de sexe masculin dans 90% des cas, voire plus dans les séries africaines, en raison d'une alimentation de plus en plus carnée (1,2,4,5). Sa fréquence estimée à 1 à 1,9% en Europe, est en augmentation dans le monde et en Afrique, la goutte représentant 1,9% des malades du Service de Rhumatologie du CHU de Lomé au Togo, 5,95% des maladies rhumatismales dans une série hospitalière au Cameroun (3,4,6). La traduction clinique est essentiellement articulaire et rénale. Habituellement, il s'agit d'une goutte primitive avec une évolution vers des complications ostéoarticulaires hyperalgiques dont la manifestation la plus typique intéresse la première articulation métatarso-phalangienne (1). Le diagnostic repose sur l'interprétation de l'hyperuricémie et d'une hyperuraturie, conséquentes au trouble du métabolisme des purines à l'origine de la goutte (3,5). Le traitement basé le régime alimentaire et les médicaments a pour but le contrôle des crises douloureuses et la prévention des complications rénales et ostéoarticulaires (1-2). Dans quelques cas particuliers l'évolution se fait vers la chronicité avec développement des tophi sous-cutanés, para ou juxta-articulaires invalidantes, retrouvées dans 21,8% des cas chez les malades goutteux dans l'étude de Moustafa et al (4). Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques de ces lésions fréquentes chez des malades non compliants au traitement ou présentant une goutte chronique non traitée.

PATIENTS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective transversale basée sur l'analyse des dossiers des patients traités dans le Service de chirurgie Général du CHU de Yaoundé pendant une période de dix ans allant de 1999 à 2009. Etaient inclus les dossiers des patients présentant des tophi goutteux de diagnostic histologique sur les prélèvements biopsiques et chez qui le diagnostic de goutte avait été confirmé par les examens biologiques, soit avant l'excision des tophi, soit après leur excision montrant des dépôts de cristaux d'urates de sodium d'aspect

crayeuse. Les variables recherchées étaient : l'âge, le sexe, la durée d'évolution de la maladie, la compliance à un traitement, le siège des tophi, le taux l'acide urique dans le sang et dans les urines. Les dosages de l'acide urique dans le sang avaient été faits dans le laboratoire de Biochimie du CHU et exprimés en mg/l; les valeurs situées entre 25 et 60 mg/l étaient considérées comme normales. Le dosage de l'acide urique dans les urines de 24heures était exprimé en mg/24 heures ; les valeurs situées entre 250mg et 750mg/24heures étant considérées comme normales. Les malades reopérés n'ont participé à l'étude que dans leur état au moment de leur première consultation pour lésion tophiques.

RESULTATS :

Vingt-quatre dossiers de malades ont été retenus pour cette étude, représentant 7,5% des malades goutteux reçus en milieu hospitalier. Il s'agissait exclusivement des sujets de sexe masculins âgés de 45 à 68 ans avec une moyenne de 53 ans. Tous les patients avaient une uricémie supérieure à 90mg/l. Le taux d'acide urique dans les urines de 24 heures, recherché chez dix patients avait été dans les limites de la normale dans trois cas, supérieur à 750mg/24 heures chez 7 patients (70%). Quatorze des 24 patients (58,3%) n'avaient pas eu de crise de douleurs articulaires ayant fait retenir le diagnostic de goutte dans leur passé. La durée moyenne d'évolution de leur maladie était de 13 ans chez les dix malades (41,6%) connus comme ayant la goutte. Ils ne prenaient un traitement symptomatique antalgique qu'en cas de douleur. Un seul malade (6,1%) prenait un traitement régulier à base de colchicine en association avec des anti-inflammatoires. Les tophi étaient présents, seulement aux membres supérieurs chez six patients (25%), seulement aux membres inférieurs chez cinq patients (20,8%), à la fois aux membres supérieurs et aux membres inférieurs chez 13 patients (59,16%). Le nombre moyen de tophi par malade était de 2; il y avait 26 tophi aux membres supérieurs et 22 tophi aux membres inférieurs (Tableau I). Les tophi étaient bilatéraux et à tendance symétrique. Ils étaient localisés aux coudes chez quatre patients (Figure 1), aux avant-bras chez deux patients, aux poignets et aux mains chez deux patients (Figure 2), aux pieds chez huit patients intéressant les articulations des orteils (Figure 3). Dans un cas une calcification osseuse avait compliqué un tophus para-tendineux du tendon du triceps au niveau du coude (Figure 4). Les

troubles fonctionnels étaient liés à une ankylose associée chez dix patients. Dans trois cas il y avait une compression nerveuse dont une compression du nerf cubital au coude et deux compressions du nerf médian au poignet. Aucun patient ne présentait de signe inflammatoire aigu au moment du diagnostic des tophi. Il y avait sept formes volumineuses ou multiples (29 %). Quatre malades avaient une contre indication à l'anesthésie générale dont deux avec une hypertension artérielle et trois avec des troubles du rythme cardiaque. Le traitement chirurgical par excision avait été pratiqué dans dix-huit cas. Quatre patients avaient été re-opérés pour récidives à des sièges différents (16,6%). Dans six cas (25%) le traitement chirurgical n'avait pas été indiqué en raison du nombre élevé des tophi et de leur topographie et de l'absence de trouble fonctionnel ou de l'état général.

Tableau I: Distribution des tophi au niveau des membres

Siège des tophi	Nombre de patients	Nombre de tophi
Coudes	4	6
Avant-bras	2	12
Poignets et mains	2	8
Genoux	3	3
Cheville	5	5
Pieds	8	14
Total	24	48

DISCUSSION

Bien que portant sur une petite série hospitalière, cette étude permet de relever le risque d'une évolution insidieuse d'une goutte méconnue vers une goutte chronique avec développement de tophi ostéoarticulaires invalidantes dont le siège et le nombre ont rendu impossible l'indication d'un traitement chirurgical dans 25% des cas. Il s'agit ici de la conséquence d'une hyperuricémie non traitée ou négligée (2). L'évolution vers cette complication est favorisée dans notre contexte par le caractère habituel de maladie bénigne attribuée à la goutte, maladie dont la fréquence sous estimée est en augmentation avec les changements de notre alimentation (4-5). La bénignité encourage les patients à un manque de rigueur dans la prise de leur traitement pour une maladie curable (7).

Le traitement demeure basé sur une hygiène de vie et sur le recours à des médicaments comprenant association des hypo-uricémiants ou des urico-éliminateurs ou urico-inhibiteurs dont les plus utilisés sont l'allopurinol et la colchicine, associés aux anti-inflammatoires (1,8). Les interactions de ces médicaments avec d'autres produits comme l'ampicilline, la chlorpropamide ou les antivitaminés-K justifient la recherche d'autres moyens thérapeutiques plus efficaces en vue de prévenir les crises d'arthrite goutteuse et de réduire l'évolution vers une goutte chronique avec développement des tophi (3,6,9,10).

Ces tophi présents aussi chez 21,8% des malades de Moustafa et al au Togo semblent fréquents dans les séries africaines de malades présentant une goutte. Cette évolution serait liée à la longue évolution de la maladie ou à sa forme clinique. Ahmed a trouvé six cas de goutte tophacée associée à neuf cas de goutte polyarticulaire (10). Les tophi siègent souvent au niveau des tendons d'Achille et des articulations (11). Certaines localisations sont rares notamment au niveau des doigts, du tendon du quadriceps fémoral, ou au niveau tendon du triceps dans sa topographie retro-olécranienne comme chez un de nos malades (Figure 4). Ces tophi peuvent se développer dans d'autres régions du corps humain comme la région auriculaire ou la cloison nasale (12). La topographie des tophi retrouvés chez nos malades est similaire à celle des autres auteurs (4,13,14). Leur développement au niveau des articulations de la main (Figure 2) est un facteur de compression des éléments tendineux et nerveux avec des signes neurologiques d'inconfort, de diminution de la fonction motrice ou de la présence des troubles sensitifs à type de paresthésies. (13,14). Le trouble fonctionnel est d'autant plus grave que l'affection débute souvent à un âge moyen situé entre 30 et 50 ans, dont chez un sujet en pleine activité physique (2,5). Ces compressions invalidantes sont rares mais graves. Le traitement chirurgical ne donne qu'une amélioration partielle sur les paresthésies et n'a pas d'effets sur les amyotrophies consécutives (13,14). L'absence de crises douloureuses articulaires typiques de la goutte permet de penser à la possibilité d'évolution silencieuse d'une goutte vers le développement des tophi, les malades venant consulter pour une simple tumeur juxta-articulaire. Cette circonstance de diagnostic était fréquente dans notre série.

Le diagnostic peut être difficile comme dans le cas de l'un de nos patients chez qui l'aspect

radiologique avait fait penser à un ostéome, diagnostic corrigé par l'examen histologique de la pièce d'exérèse (Figure 4). D'autres auteurs confirment le diagnostic de tophus avec une cytoponction ou en radiologie avec l'aspect des images tomодensitométriques ; celles-ci ont une spécificité comparable à celle de la résonance magnétique et de l'échographie-Doppler (15). Ces méthodes mettent en évidence la présence des cristaux d'urates de sodium autrefois recherchés par la cristallographie chimique ou par la microscopie à lumière polarisante (15,16). Dans notre pratique le diagnostic des tophi a été fait par l'aspect blanchâtre et crayeux du contenu des tophi et par l'examen histologique utile pour affirmer la bénignité des lésions, ou pour rechercher les lésions associées. Ce diagnostic de goutte chronique, même tardif permet une meilleure information du malade sur sa maladie et en principe une meilleure compliance au traitement médical. Le changement de comportement attendu n'est pas toujours obtenu, les dix malades de notre série connus comme ayant une goutte, ne prenant leur traitement que par intermittence. Dans ce contexte les récurrences sont possibles, retrouvées chez quatre de nos patients. Le traitement chirurgical des tophi n'est en fait qu'un traitement de la complication de la goutte, insuffisant pour le contrôle de cette maladie. S'il est indiqué pour des tophi volumineux (17), il s'est avéré inapplicable chez 25% des malades de notre série en raison du grand nombre des tophi, de leur volume, leur topographie, et l'état général des patients.

CONCLUSION :

En conclusion, l'insuffisance de la chirurgie dans le traitement de toutes les lésions tophacées de la goutte est un argument en faveur d'un dépistage précoce de cette maladie. Il faut savoir interpréter le dosage de l'uricémie en sachant que la goutte ne survient que chez 10% de personnes avec une hyperuricémie (3,18). Ce diagnostic impose un traitement et une surveillance régulière permettant la prise en charge chirurgicale précoce de toute tuméfaction cutanée suspecte.

REFERENCES :

1) Anonyme. La goutte. Disponible dans <<www.medecine-et-sante.com/maladiesexplications/la_goutte.html>> Consulté le 25 avril 2010

- 2) Larbre JP, Llorca G. La goutte. Disponible dans <<<http://cri-cirs-wnts-lyon1.fr/Polycopies/Rhumatologie/Rhumatologie-9.html>>> Consulté le 12 février 2010
- 3) Royer M, Hoppé E, Legrand E. Arthropathies microcristallines. La Revue du Praticien 59:1451-1458, 2009.
- 4) Moustafa Mijiyawa, Owonayo Oniankitan. Facteurs de risque de la goutte chez les patients togolais. Revue du Rhumatisme 67(8) :621-626, 2000.
- 5) Bême D, Rivière JP. La goutte: un rhumatisme en plein boom (2010); disponible dans <<www.doctissimo.fr/html/dossiers/rhumatismes/ar>> Consulté le 2 mai 2010
- 6) Singwe Ngandeu M, Méli J, Ntsiba H et al. Rheumatic diseases in patients attending a clinic in a Referral Hospital in Yaoundé, Cameroon. East Afr Med Journal 84(9):404-409, 2007
- 7) Barbin T, Chalès G. Nouveau médicament pour la goutte (9-3-2010). Disponible dans <<http://www.santelog.net/modules/connaissances/actualite-sante-nouveau-traitement-pour-la-goutte-rhumatisme-qu'on-croyait-disparu_2797.html>> Consulté le 2 mai 2010
- 8) Janssens HJ, Jansen M, van de Lisdonk EH et al. Use of prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalent trial. Lancet 371:1854-60, 2008.
- 9) Fernando P, Ruiz F. Les nouveaux médicaments de la goutte Revue du Rhumatisme 74(7) :624-26, 2007.
- 10) Ahmed Yahia S, Dahou C, Telmoun M et al. Goutte polyarticulaire. A propos de neuf cas (abstract). Ligue Algérienne Anti-rhumatisme. VIII ièmes Journées Nationales de Rhumatologie (12-13 Novembre 2008). Disponible dans <<www.rhumato-dz.com/site/file/Abstracts.pdf>> Consulté le 2 mai 2010
- 11) Hanouchine N, Oulebsir S, Fodil d, Abi ayad A, Ait Ghezala D, Mammeri-Oussedik W. Localisation rare de la maladie goutteuse. (abstract). Ligue Algérienne Anti-rhumatisme. VIII ièmes Journées Nationales de Rhumatologie (12-13 Novembre 2008). Disponible dans <<www.rhumato-dz.com/site/file/Abstracts.pdf>> Consulté le 2 mai 2010
- 12) Hughes JP, Row-Jones J. Tophaceous gout presenting as a dorsal nasal lump. The Journal of Laryngology and Otology 119(6):492-494, 2005.
- 13) Martinez-Villén G, Hernandez-Rossi A, Herrera A; Rare manifestation de lésion

ostéoarticulaire, tendineuse et neurologique par goutte tophacée de la main. Deux cas cliniques. *Chirurgie de la Main* 26(1):55-58, 2007.

14) Jacoulet P. Double syndrome canalaire au membre supérieur par tophi goutteux: A propos d'un cas. *Annales de Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur* 13(1):42-45, 1994.

15) Gerster JC, Landry M, Dufresne L, Meuwly JY. Imaging of tophaceous gout: Computed tomography provides specific images compared with magnetic resonance imaging and ultrasonography. *Ann Rheum Dis.* 61:52-54, 2002.

16) Paul H, Reginato AJ, Schumacher HR, Alizarin red S staining as a screening test to detect calcium compound in synovial fluid; *Arthritis Rheum* 26:191-200, 1983.

17) Equipe Médicale Medinfos (2007). Goutte et hyperuricémie. Disponible dans

<<

www.medinfos.com/principales/rhumato.shtml>

> Consulté le 25 avril 2010-05-01

18) Zhang W, Doherty M, Bardin T et al. Eular evidence based recommendations for gout. Management. Report of task force of the Eular standing Committee for the international clinical studies including therapeutics (EXCISIT). *Ann Rheum Dis* 65:1312-24, 2006.



Figure 1 : Homme de 55 ans. Tophi aux deux coudes avec compression de nerfs cubitiaux



Figure 2 : Homme de 67 ans ; Tophi multiples aux coudes, aux avant-bras, aux poignets et aux mains, fistulisés par endroits



Figure 3 : Homme de 56 ans : Tophi multiples aux deux pieds, plus développés au niveau des articulations metatarsophalangiennes



Figure 4 : Homme de 48 ans : tophus calcifié au niveau du tendon du muscle tricep