

FLASH : LA GOUTTE

Didier Alcaix

CH Le Havre

UNE MALADIE MEPRISEE ?

Une crise aiguë

LA GOUTTE EN IMAGE



CE QUE L'ON NE DOIT PLUS VOIR



A NE PLUS VOIR Attention aux
diurétiques



A NE PLUS VOIR ET TOUJOURS VU



Left Image (X-ray):

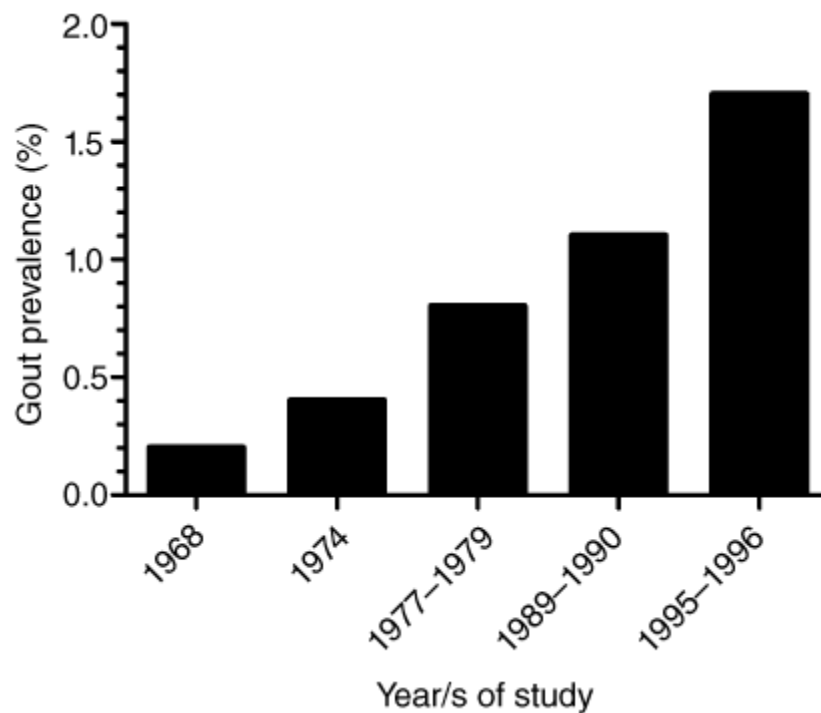
- Technical data (top right): [03/03/2017, 20:22:38]
- Technical data (middle right): LOUGGIMAX, 81A.M.000037256282, Pos: 50,47 mm, Sl:22, Nr dem.: WB601329, Pos. patient: FFS, Desc. série: /R/Sagittal Ref/Sagittal/CE/FC30/UEQ/MFR/DUR/OS, < 9-22 (TOUT) >
- Label: D

Right Image (CT scan):

- Technical data (top right): HOPITAL JACQUES MONOD, DR WEINSTEIN, [05/02/2015, 15:16:53]
- Technical data (middle right): TOSHIBA Aquilion, 120kV, 50mA, SC: 320.00 mm, 100% Pixel, SW 2.00 mm
- Label: A

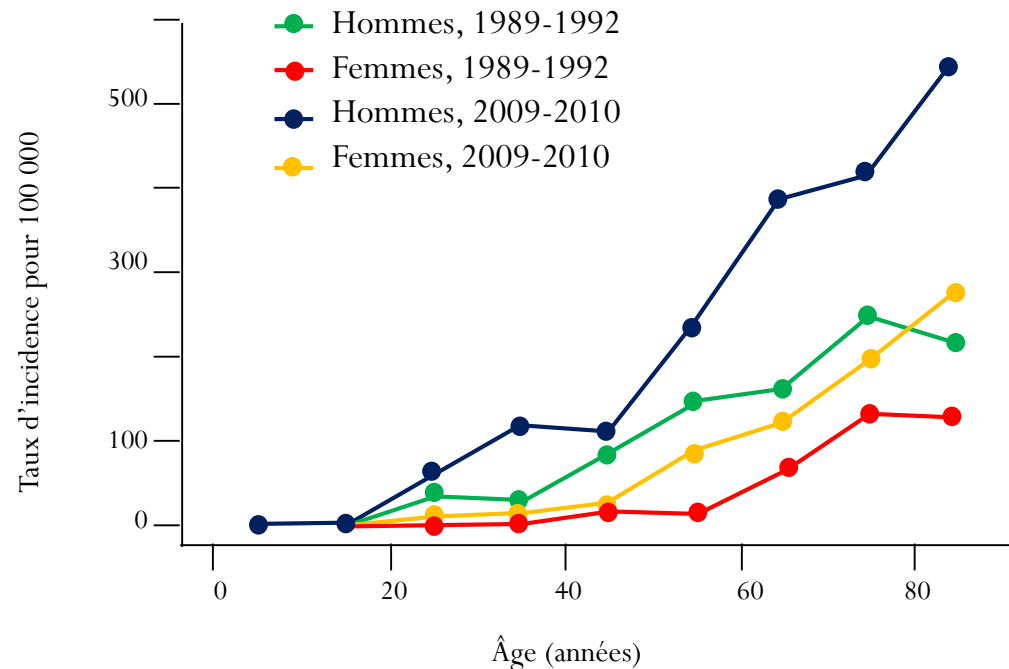
GOUTTE

UNE PREVALENCE QUI AUGMENTE (GB)



Évolution de l'incidence de la goutte (2)

Incidence de la goutte



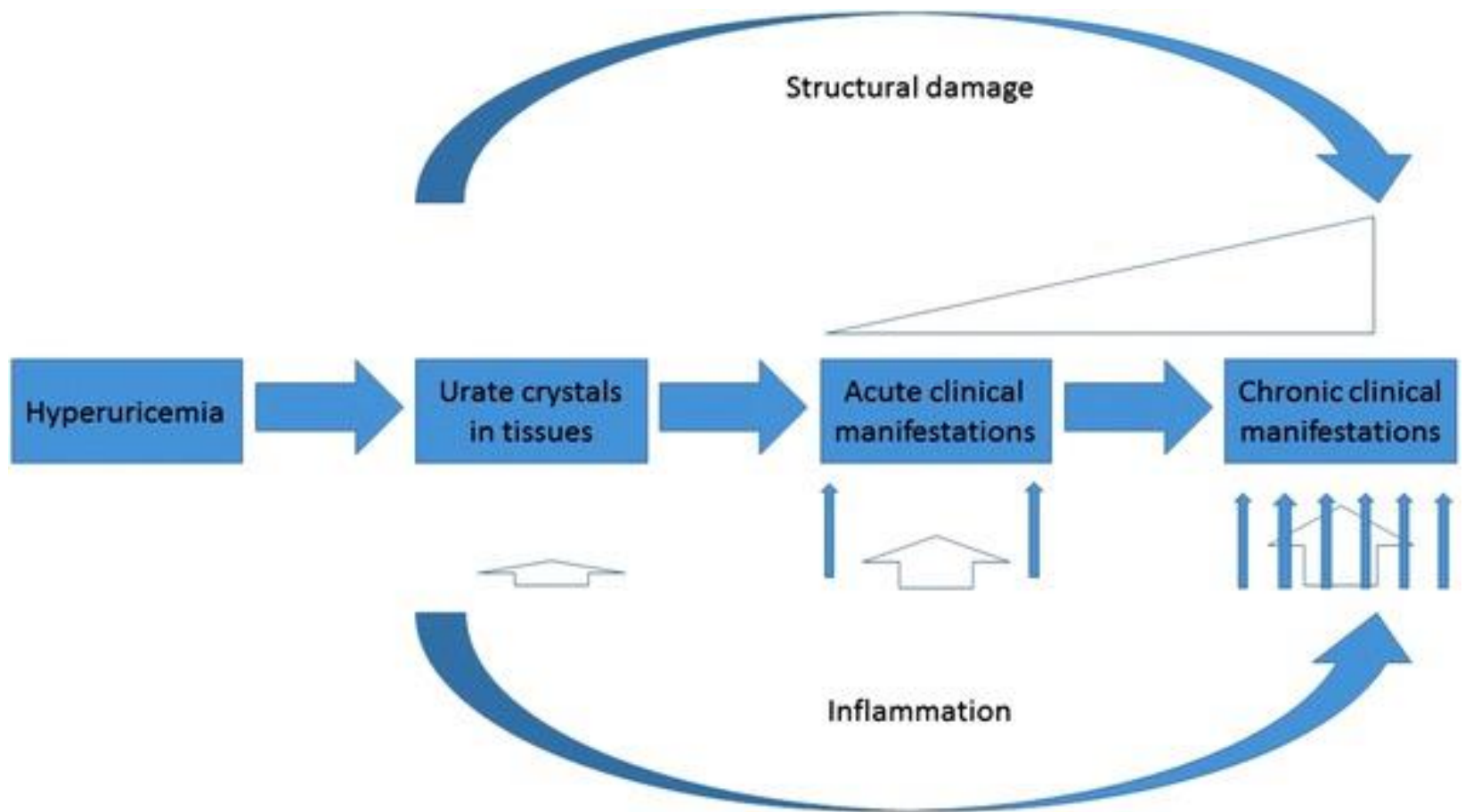
➔ L'incidence de la goutte a doublé en 20 ans, avec une modification de la présentation clinique (formes plus complexes, plus de comorbidités)

LA GOUTTE en France Th Bardin

Questionnaire téléphonique à 62 items ,adressés
ultérieurement à 10 026 personnes au hasard (réponse 38 %
mobile et 34% fixe) .

PREVALENCE 0.9% -0.8-1.1-

Plus importante chez hommes et augmente avec l'âge



LA GOUTTE

Maladie aiguë récurrente puis INFLAMMATOIRE CHRONIQUE si non traitée

→ **Rhumatisme destructeur invalidant**

→ **Augmentation de la morbidité cardiovasculaire**

RR 1.2 à 1.6

Nécrose myocardique : 1.1 à 3.6 (0.4,2.6%)* H=F

20-44 ans RR 2.8 , 45-60 =1.8 et >70 = 1.52 (Liu 2015)

Coronaropathie 2.2 -10,5% *

AVC RR 1.2 -1.47

HTA (Nyberg 2016*) : (F, GB , All, EU) 24 à 59%

AUGMENTATION DE LA MORTALITE CARDIOVASCULAIRE

RR = 1.4 à 1.5 .

LA GOUTTE

→ Augmentation de la morbidité rénale

Créatininémie élevée 2.2 à 30,6%*

Insuffisance rénale (> stade 3) 4.7 à 11%*

Lithiase rénale 2.1 à 5%*

→ **MALADIE EN ASSOCIATION** avec

Obésité 7 à 25%* RR 2.7 à 3.5 (=2 à 21 ans) 55%**

Hypertriglycéridémie 43.6 à 54.4%* 46%**

Syndrome métabolique Diabète 15 à 36%* 23%**

**Jeyaruban Aus 2016

LA GOUTTE : MALADIE MEPRISEE?

INSUFFISANCE DE TRAITEMENT

-Insuffisance d'information , absence de compréhension du traitement , absence de motivation , âge (les + vieux , plus adhérents) , peur des EI ;Tous facteurs MODIFIABLES

-Insuffisance de (rappel de) prescription?

-Insuffisance d'adhésion : Seuls 25% des goutteux prennent un hypouricémiant 2 ans après leur institution

Plus de 50% des malades stoppent leur hypouricémiant dans les 12 1^o mois (A.So 2016)

INFORMATION (ETP) AUGMENTE COMPLIANCE ET ADHESION 90% des malades sont alors normouricémiques

LA GOUTTE EN CHIFFRE

Constitution du **dépôt d'urate de sodium** = élévation de uricémie au dessus de son point de saturation (pK_a 5.3 , **408umol/l**) dans les conditions de pH et de concentration sodée du plasma , c'est-à-dire selon la température entre **360 et 420 umol/l** .

Environ 10 à 15% des malades ayant une hyperuricémie (408umol/l) contractent une goutte .

Le risque de goutte : 360 umol (point de saturation à 35°) augmente avec l'uricémie : 0,9% de 420 à 480 umol

49% au dessus de 540 umol/l . (Boston)

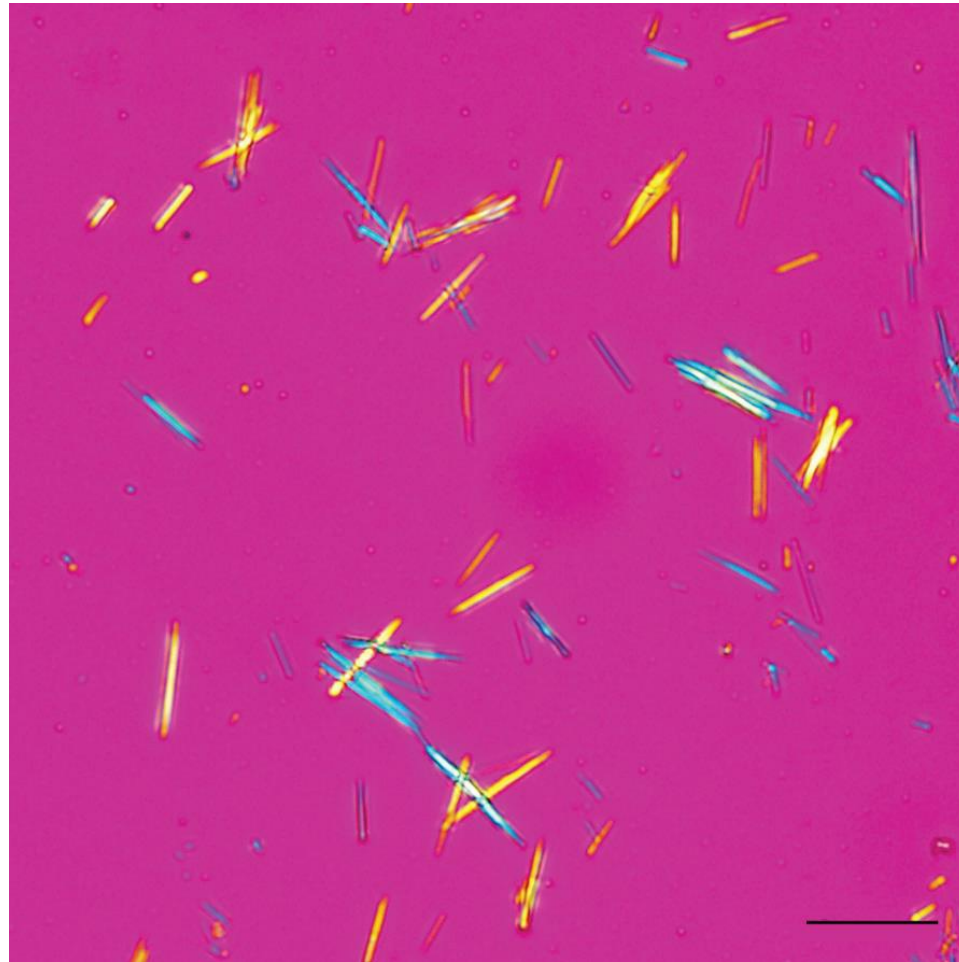
EU incidence = 0,1% si uricémie < 70 mg/l

0,5% si uricémie entre 80 et 89 mg/l

5% si HU ≥ 90 mg/l $\rightarrow$ incidence cumulative à 6 ans de 22%

- *La constatation d'une HU devant une arthrite n'a donc qu'une faible spécificité .*

CRISTAUX D'URATE DE SODIUM



LA CRISE DE GOUTTE / UN DIAGNOSTIC SOUVENT SIMPLE

Recommandations EULAR 201è

1-Présence *de cristaux dans le liquide articulaire* ou par aspiration de tophus **diagnostic de certitude** .

2-La goutte est un dg différentiel de toute monoarthrite .

Si pas de Liquide Articulaire : atteinte monoarticulaire (pied , 1° MTP, cheville) , atcd d'accès inflammatoire du même type, début rapide et douleur sévère ou gonflement , érythème (max en <24h) , sexe masculin , présence d'une HU connue et co-morbidité cardio-vasculaire , rénale

Dosage de uricémie (>420) lors et/ou au décours de la crise

3-Aucun dg n'est formulable sur une HU isolée.

4-Si dg *incertain* : recours à l'*imagerie* -échographie ou TDM double énergie-

RX = arthropathie uratique mais pas de valeur pour les phases aiguës ou précoces /
ECHO = crise aiguë ou chronique : *image de tophus ou le double contour* (FR 8.5)

Score de Nijmegen

ECHOGRAPHIE GOUTTE : DEFINITION

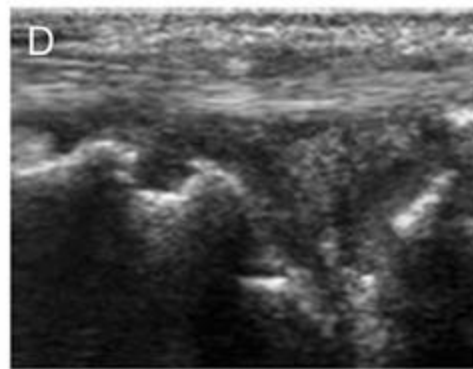
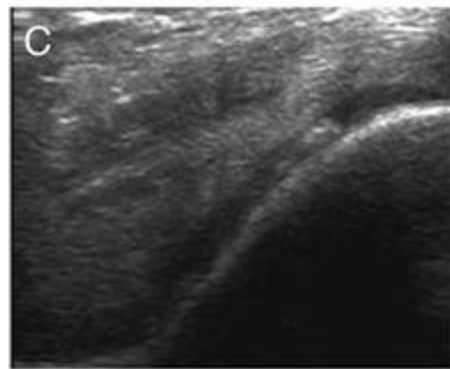
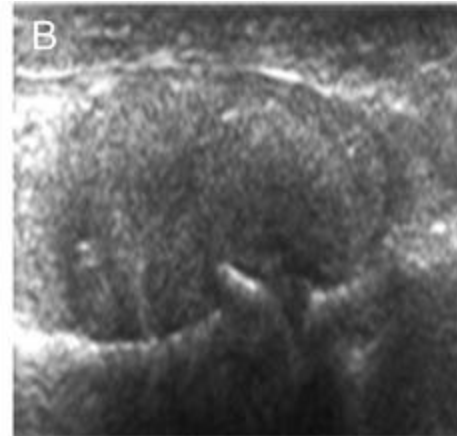
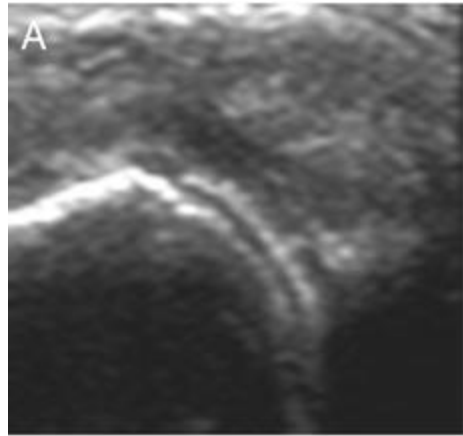
M Guttierrez Th345 : 2 signes

Double contour : bande hyperéchogène sur le bord superficiel du cartilage hyalin , indépendant de l'angle de vue , régulier ou non , continu ou intermittent : 91% d 'agrément , Se 47% Sp 99%

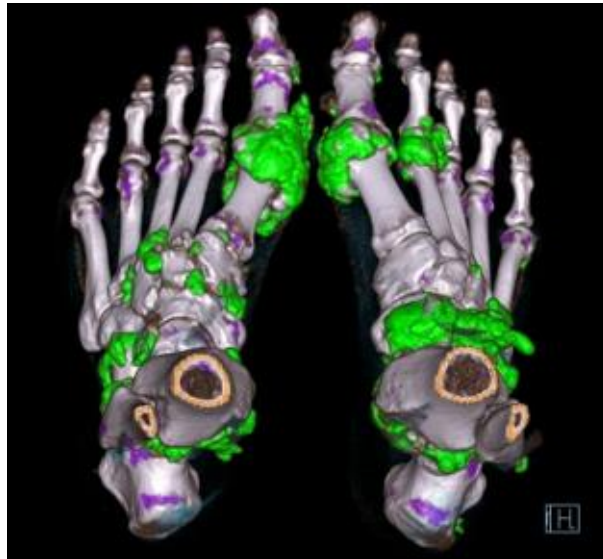
Tophus : agrégat hyper (cône d'ombre éventuel) ou hypo-échogène , inhomogène , circonscrit entouré d'un fin bord hypo-échogène .

Agrégats : foyer hyper-échogène hétérogène maintenant un haut degré de réflectivité : 80% agréent

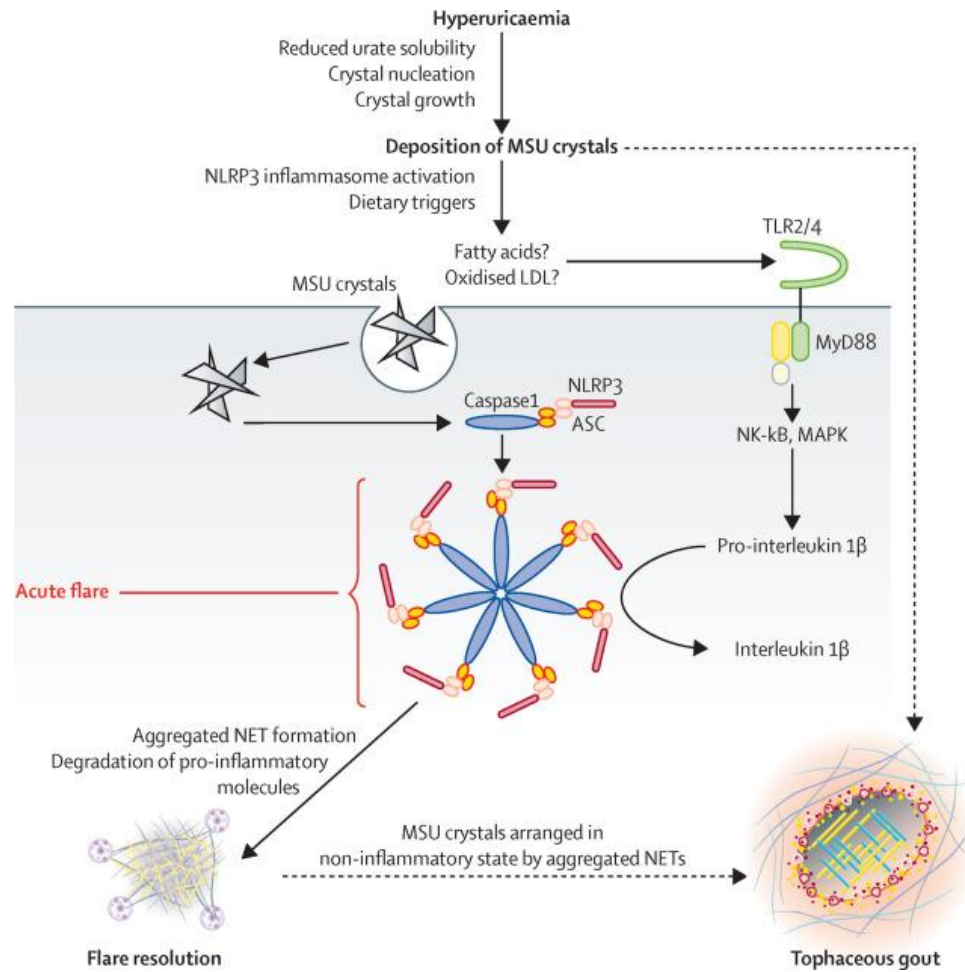
Erosion : discontinuité osseuse 87%



DECT Scanner double énergie Tophus = 24% des HU
Asymptomatiques (Dalbeth)
Dépôts en vert Se 84% Sp 82%



UNE CRISE DE GOUTTE



TRAITEMENT DE LA CRISE

INFORMATION au patient

IMMOBILISATION

GLACAGE 15' – 1h X 3 /j

→ **La colchicine** Prise dès les prodromes ou avant la 12^o heure

1mg suivi 1heure après de 0.5 mg à J1

Adaptation de la posologie à l'état du malade : pe 0.5mgX2 /j dès J2

Laisser 0.5 mg X1 ou 2 en prévention de la rechute pendant 6 mois
si indication d'un hypo-uricémiant

Dosage uricémie , à renouveler 2 semaines après si normale

Redonner un RV au malade , notamment si indication ULT

Le traitement de la crise hors colchicine

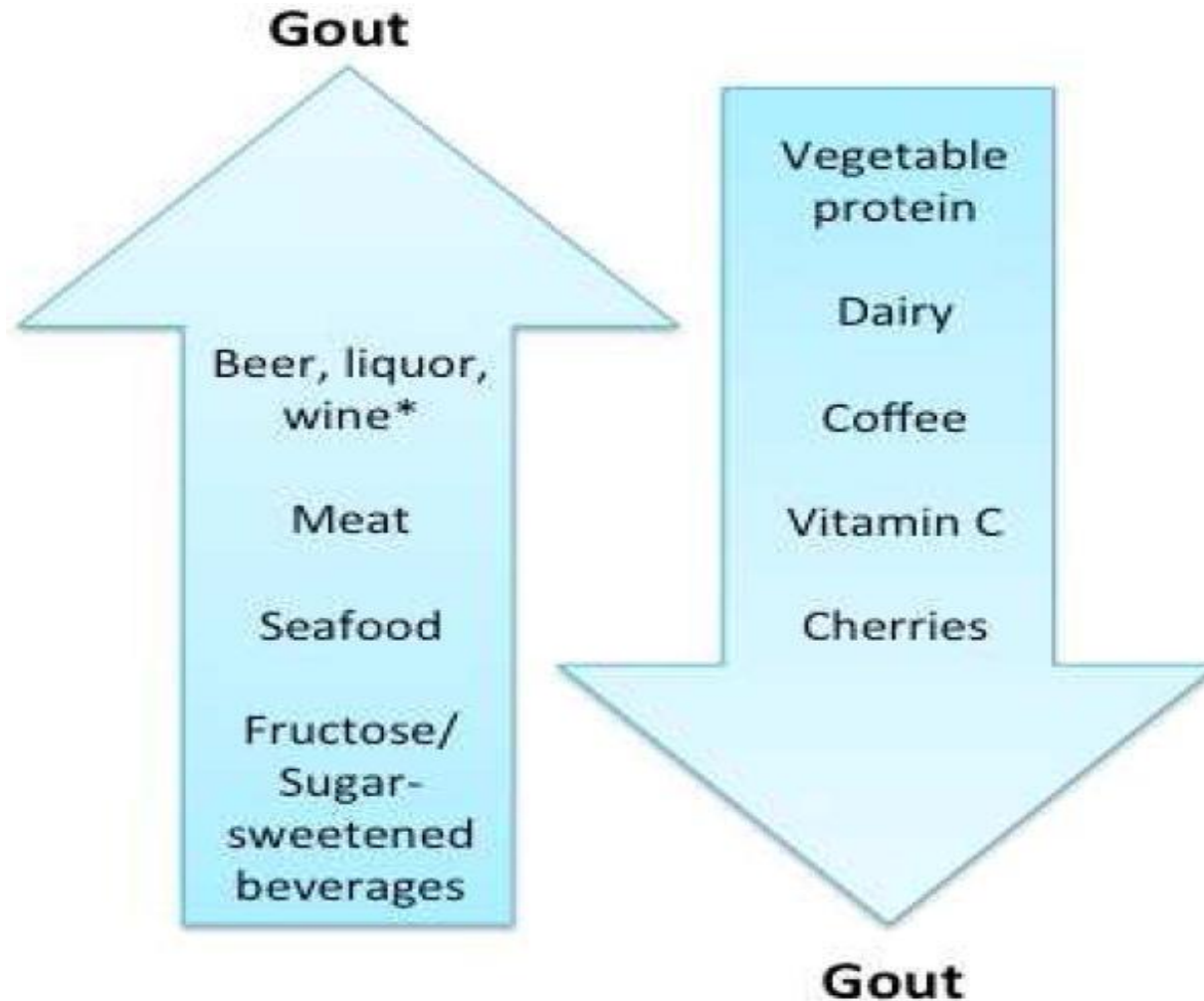
- La colchicine est à éviter si I rénale, lhépatique ou prise de ciclosporine , macrolides ,pyostacine ou si intolérance =
 - AINS (couplés à un IPP SB) CI si I Rénale et autre (HTA..)
 - Corticothérapie orale (30-35 mg/j d'équivalent prednisone pendant 3 à 5 jours) , ou en injection intra-articulaire .

Si crises fréquentes , CI de colchicine , AINS et corticoïdes , **un traitement par inhibiteur de IL1b peut être utilisé .**

Une infection active le contre indique .

- Traitement de prévention de la rechute : AINS faible dose (naproxène 275 mg/j) ou prdnisone (10 mg/j)

MESURES DIETETIQUES



TRAITEMENT HYPOURICEMIAN

LA CIBLE

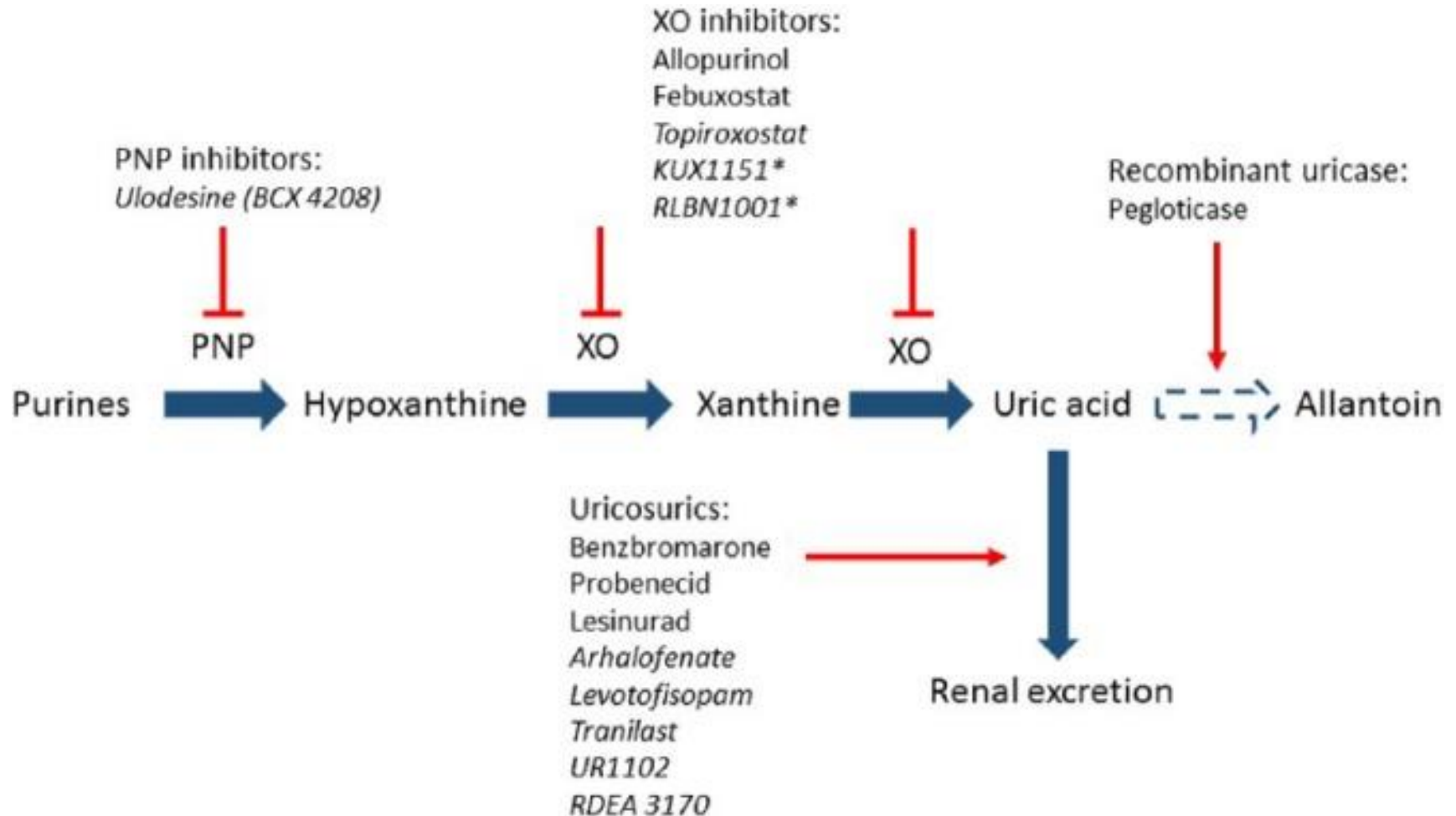
URICEMIE Inférieure à

360 $\mu\text{mol/l}$

300 $\mu\text{mol/l}$ si goutte sévère

Supérieure à 180 $\mu\text{mol/l}$

NIVEAU D'INTERVENTION PHARMACOLOGIQUE



TRAITEMENT DE LA MALADIE GOUTTEUSE

Les hypouricémiants

L'initiation d'un **thu** est *à discuter* avec le patient dès le dg certain :
il est *indiqué* en cas

- *de crises récidivantes , ou atteinte d'une grosse articulation*
- *de tophus*
- *d'arthropathie uratique ,*
- *de lithiase rénale d'origine urique .*
- Il est recommandé dès la 1^o crise si le malade est jeune (40 ans) ou si uricémie très élevée (480 umol soit 80 mg/l) ou des co-morbidités (InRn, HTA, coronaropathie , In cardiaque) .
- *Des informations doivent être délivrées au malade*

TRAITEMENT HYPOURICEMIAN

Le thu est commencé à **faible dose** puis adapté pour obtenir la valeur cible = 360umol en permanence .

- Si fonction **rénale normale** : **allopurinol** = 1° intention : début à 100mg/j et augmenté toutes les 2-4 semaines en fonction de l'uricémie . RISQUE = DRESS (HLA B5801)
- La dose de allopurinol est adaptée en fn de la clairance de la créatinine si InRn (pe 100 mg/3j si Cl créat 30ml/min) puis augmentée . Si la cible n'est pas atteinte = recours à fébuxostat ou benzbromarone sauf si DFG<30ml/mn .

CI Vidarabine, didanosine, imurel , Attention=AVK

- Si uricémie > 360umol/l avec les doses maximales ou intolérance à allopurinol : fébuxostat , uricosurique ou association allopurinol/uricosurique

TRAITEMENT HYPOURICEMIAN

--Fébuxostat : 80 mg = allopurinol 300 mg

Administrable si clairance créatinine ≥ 30 ml/mn

-Si traitement par diurétique de l'anse ou thiazidique =

ARRET si possible du diurétique et substitution avec

Si HTA : losartan ou inhibiteurs calciques

Si Hyperlipémie : statine ou fénofibrate

Dans tous les cas : contrôle régulier de l'uricémie

AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Aujourd'hui

- S'attacher à mieux traiter la goutte, réduire la fréquence des accès et empêcher la l'installation de la goutte chronique

DONC INFORMER

Demain

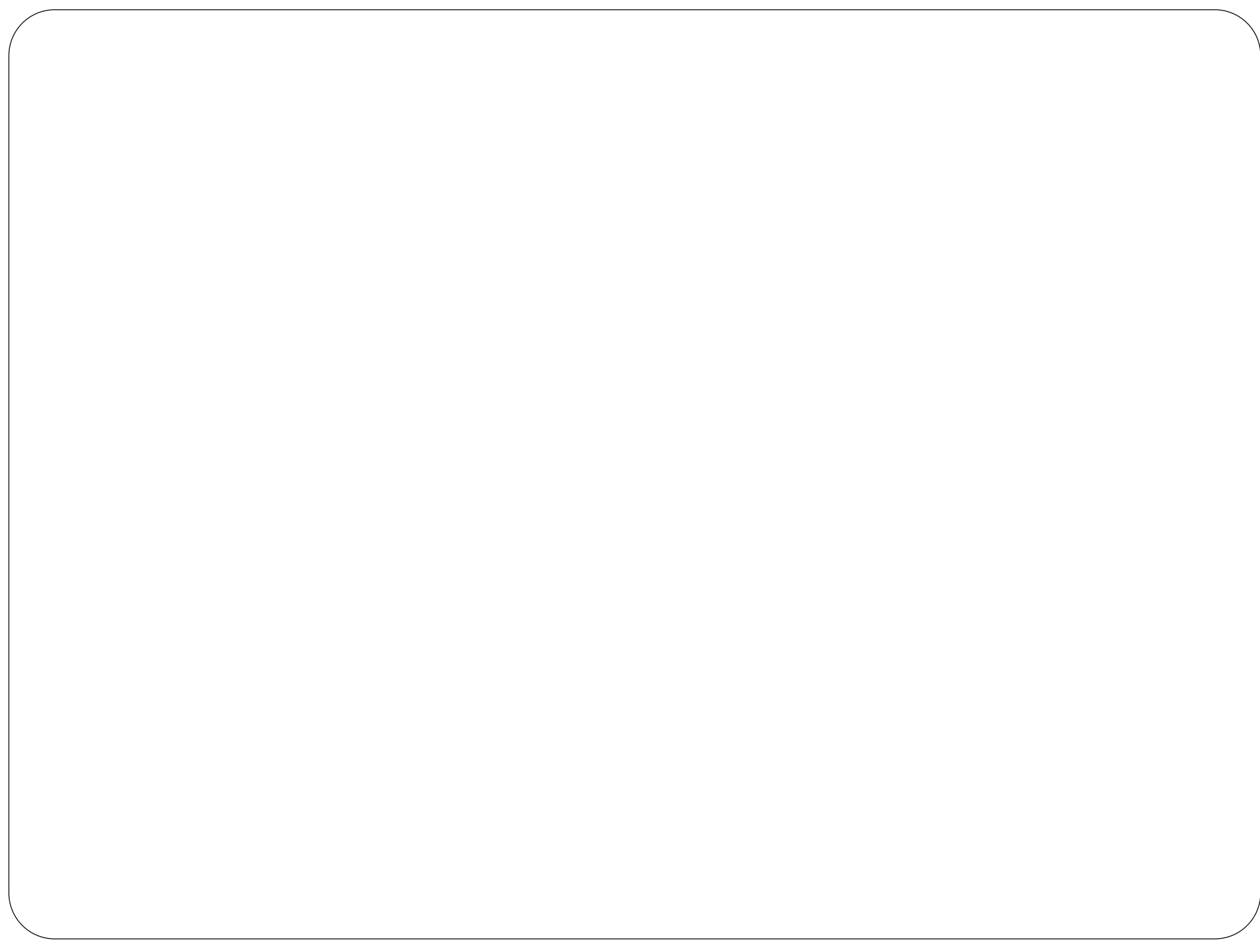
- Prévenir la répétition des accès ,
- Prévenir l'inflammation articulaire chronique
- Eduquer et informer sur la goutte et les comorbidités
- Prévenir ou limiter l'installation des comorbidités métaboliques vasculaires ou rénales

EDUCATION THERAPEUTIQUE

- PROGRAMME GOUTTE
- ELLE EXISTE AU HAVRE
- ELLE PEUT ETRE DECENTRALISEE

UTEP 02 32 73 43 62

N° Urgence rhumato 06,31,74,53,95



Score de Nijmegen : modèle validé pour le diagnostic de goutte en médecine générale

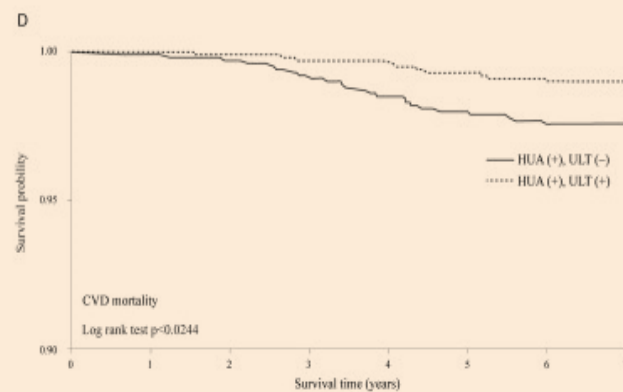
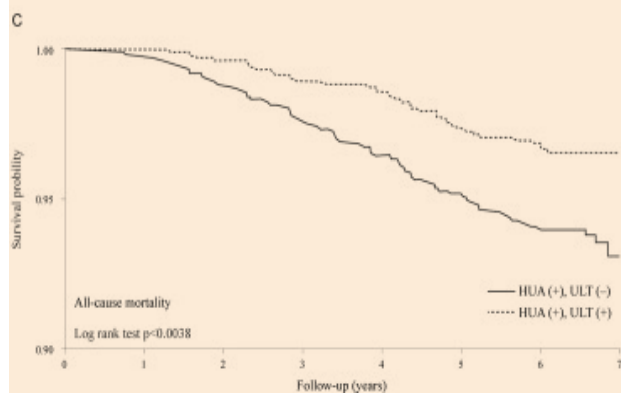
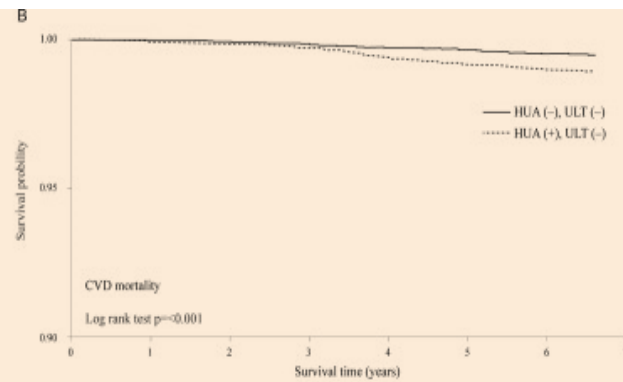
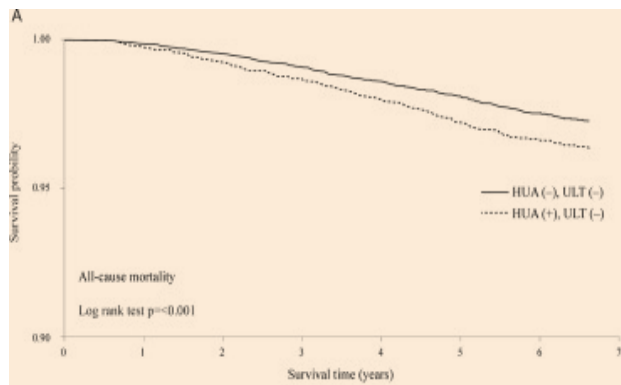
Facteur	Score
Homme	2
Accès similaire >1	2
Survenue <24h	0,5
Rougeur	1
Localisation 1° MTP	2,5
HTA ou >1 MCV	1,5
Uricémie > 420 umol/l	3,5

Score > 8 : goutte probable à >80% (présence de cristaux intraarticulaires)

Score < 4 goutte improbable . Score > 4 et <8 goutte incertaine

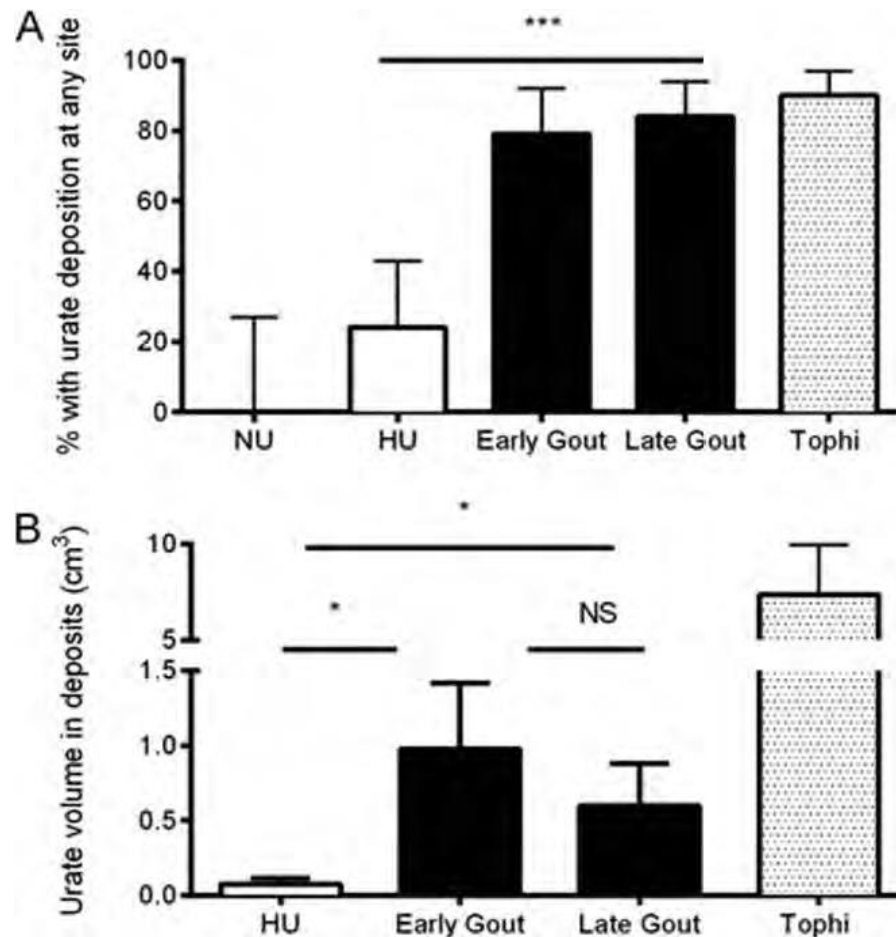
MCV : maladies cardiovasculaires = angor, nécrose myocardique, insuffisance cardiaque , accident vasculaire cérébral , artériopathie

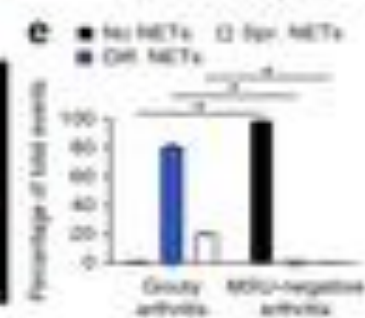
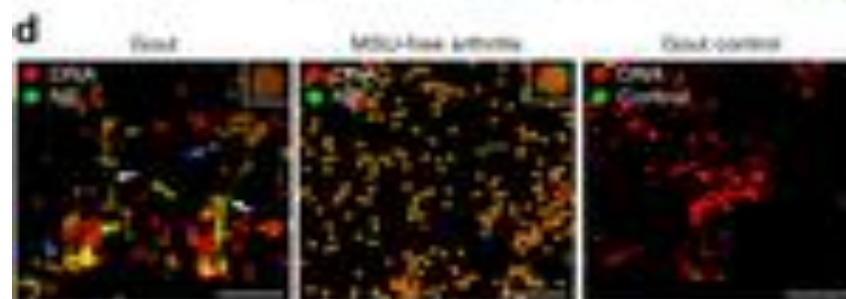
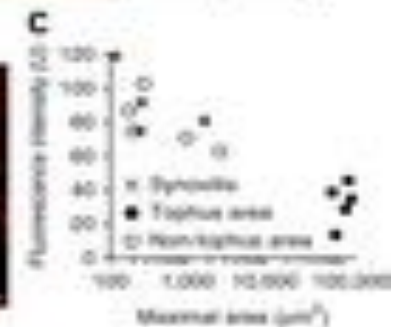
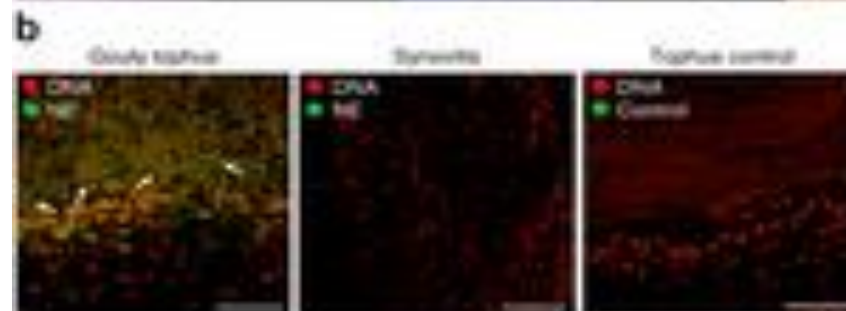
Ajouter l'imagerie **ECHOGRAPHIE**



DECT

N Dalbeth TDM à double énergie . 25 HU >90mg/l sans goutte vs 33 goutteux sans tophus visible 14 récentes (<3 ans) et 19 tardives .
Présence de tophus chez 24% de HU asymptomatique , 79% goutte récente et 84% tardive . Tophus dans articulations et tendons . Se 84% Sp 82%





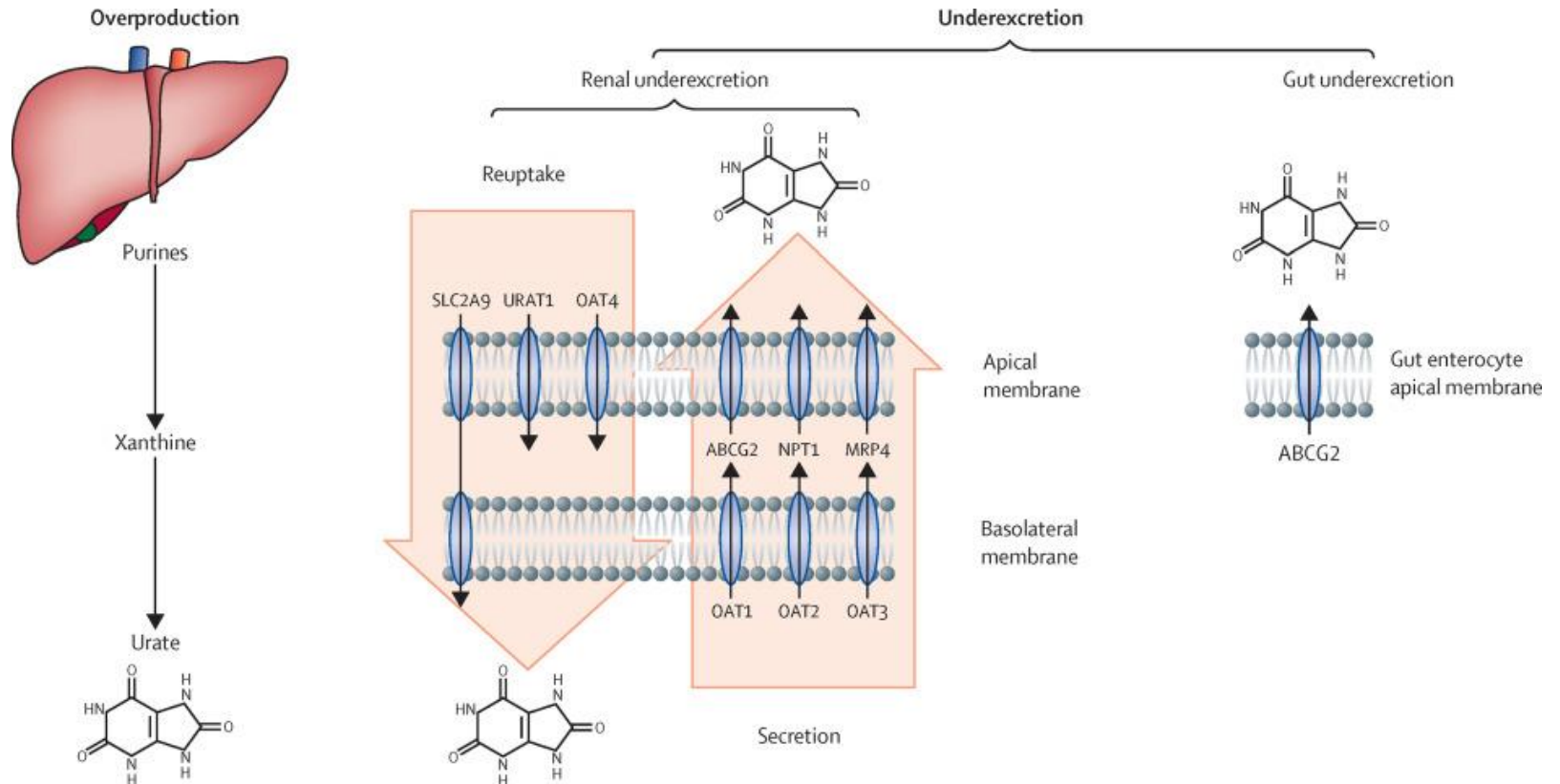
Total patients: $N = 8828$

Evolution	Aucune crise $N = 2780$	1–2 crises $N = 4798$	≥ 3 accès goutteux $N = 1250$
Adherence à ULT (PDC %)			
Adherent (PDC ≥ 80 %)	2042 (73.5 %)	1861 (38.8 %)*	352 (28.2 %)*
Non-adherent (PDC < 80 %)	738 (26.5 %)	2937 (61.2 %)*	897 (71.8 %)*
ULT information thérapeutique, n (%)			
Dose augmentée	2610 (94.6 %)	791 (16.5 %)*	67 (5.3 %)*
Dose égale	153 (5.5 %)	3927 (81.8 %)*	1146 (91.7 %)*
Dose diminuée	17 (0.6 %)	80 (1.7 %)*	37 (3.0 %)*
Uricémie en fin de suivie			
sUA, n (%)	1559 (56.0 %)	3150 (65.1 %)*	1117 (88.0 %)*
sUA taux moyens, SD	5.82 ± 0.73	$7.57 \pm 1.98^*$	$8.64 \pm 1.56^*$
Uricémie < 6.0 mg/dl (%)	91.4 %	45.8 %*	21.2 %*

Le traitement de la crise hors colchicine

- La colchicine est à éviter si Irn, IH ou prise de traitements dépendant du transporteur P-glycoprotine ou inhibiteurs du cytochrome CYP3A4 : ciclosporine , macrolides , pyostacine.
 - AINS (couplés à un IPP SB) CI si IRénale et autre (HTA..)
 - Corticothérapie orale (30-35 mg/j d'équivalent prednisone pendant 3 à 5 jours) , ou en injection intra-articulaire .
- Si crises fréquentes , CI de colchicine , AINS et corticoïdes , **un traitement par inhibiteur de IL1b peut être utilisé .**
- Une infection active le contre indique .*
- Traitement de prévention de la rechute : AINS faible dose (naproxène 275 mg/j) ou prdnisone (10 mg/j)

ORIGINE DE ACIDE URIQUE



GOUTTE MAINTENANT ET DEMAIN

