

L'IMAGE DU MOIS

Goutte tophacée floride de l'avant-pied

O. MALAISE (1), M. MALAISE (2), P. SIMONI (3)



Figure 1A. Déformations de l'avant-pied et tophi goutteux. B. Radiographies osseuses des pieds montrant de larges tophi intra-osseux et des destructions articulaires sévères multiples.

OBSERVATION CLINIQUE

Un homme de 65 ans, originaire et habitant du Cameroun, est référé en consultation de rhumatologie pour une polyarthrite goutteuse évoluant depuis plus de dix ans, responsable de crises articulaires douloureuses des avant-pieds et de volumineux tophi (Fig. 1A). Il a été antérieurement traité par colchicine durant les épisodes aigus, mais aucun traitement de fond n'a jamais été instauré. Il ne prend aucune médication quotidienne, en particulier pas de diurétique, et consomme de manière excessive de la viande rouge et de la bière.

La biologie sanguine retrouve une hyperuricémie (102 mg/l; $N < 70$) et des stigmates de consommation alcoolique. La fonction rénale est normale et il n'y a pas d'argument clinique ou biologique pour une maladie lympho-proliférative ou un psoriasis.

Les radiographies osseuses (Fig. 1B) montrent une destruction sévère de l'articulation métatarso-phalangienne des deux premiers rayons et de la deuxième articulation métatarso-phalangienne gauche. De larges tophi intra-osseux sont

localisés dans les os métatarsiens, les phalanges proximales et les os sésamoïdes. Les tissus mous environnants sont tuméfiés. Des érosions osseuses aspécifiques sont visibles dans l'articulation tarso-métatarsienne gauche et la partie latérale de la tête du cinquième métatarsien gauche.

Nous recommandons une correction des habitudes hygiéno-diététiques et un traitement chronique par colchicine et allopurinol.

DISCUSSION

La goutte résulte d'une hyperuricémie chronique supérieure au seuil de solubilité de l'acide urique dans le sang (70 mg/l) (1). Le dépôt des cristaux est favorisé dans les articulations périphériques par la température moins élevée qui diminue leur solubilité. En outre, les tissus mous adjacents aux os sésamoïdiens constituent une topographie très typique des tophi, faisant de la première articulation métatarso-phalangienne une localisation classique pour la goutte (d'où l'adjectif «podagre» dérivé du grec ancien qui signifie «qui a la goutte aux pieds») (2).

Les cristaux sont responsables d'accès douloureux aigus, traités classiquement par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou colchicine, parfois par glucocorticoïdes systémiques ou intra-articulaires. Ces médicaments ne préviennent cependant pas l'apparition, avec le

(1) Assistant, (2) Professeur Ordinaire, Chef de Service, Service de Rhumatologie, CHU de Liège
(3) Chef de Service, Service d'Imagerie Médicale Ostéo-Articulaire, CHU de Liège

temps, de formations de dépôts intra- ou péri-articulaires, osseux ou cutanés (tophi) responsables de l'arthropathie chronique goutteuse. L'uricémie sanguine doit être abaissée sous le seuil de précipitation sanguin de l'acide urique, avec des recommandations visant une cible inférieure à 60 mg/l (3).

Le premier traitement est une correction des habitudes hygiéno-diététiques avec, en cas de récurrence de crise seulement, l'introduction d'une thérapeutique hypo-uricémiante. L'allopurinol, inhibiteur de la xanthine-oxydase, enzyme responsable de la formation de l'acide urique, est utilisé en première intention, toujours conjointement avec un AINS ou de la colchicine. Depuis peu, le febuxostat, un autre inhibiteur de la voie des purines, est remboursé en cas d'intolérance

ou d'efficacité insuffisante de l'allopurinol. A côté des médicaments diminuant la formation de l'acide urique, il en existe qui favorisent son excrétion rénale, mais leur utilisation est de plus en plus anecdotique et seul subsiste le probenecid, disponible en préparation magistrale.

BIBLIOGRAPHIE

1. COFER.— Arthropathies micro-cristallines. Rhumatologie. Masson, Deuxième édition, Paris, 2005, 269-280.
2. Cotten A.— Imagerie musculo-squelettique: pathologies générales. Masson, Paris, 2005, 71-78.
3. Hamburger M, Baraf HS, Adamson TC, et al.— 2011 Recommendations for the diagnosis and management of gout and hyperuricemia. *Postgrad Med*, 2011, **123**, 3-36.