

PAGE 2 LA GOUTTE DE TROP...

PAGE 3 ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

PAGES 4/5 ANALYSE D'ORDONNANCES

PAGE 6 ALIMENTATION ET GOUTTE

PAGE 7 « MON GROS ORTEIL ME FAIT BEAUCOUP SOUFFRIR »

PAGE 8 TEST DE LECTURE

Supplément réalisé par **Élise Brunet**

« Je ne peux
même pas
supporter un
drap »

« Je peux
boire de
l'alcool ? »

« *L'allopurinol,
c'est à vie ?* »

« La colchicine,
c'est tous les
jours ? »

« La douleur m'a
pris cette nuit »

« L'eau de
Contrex,
c'est
bien ? »

« Ça peut
se guérir ? »

« Je peux
manger du
poisson ? »

2|3

Désordres métaboliques

**HYPERURICÉMIE
ET GOUTTE**

THÉRAPEUTIQUE • PHARMACOLOGIE

La goutte de trop...

La goutte est une maladie essentiellement masculine, touchant l'homme pléthorique, bon vivant, vers la cinquantaine.

L'hyperuricémie se définit par un taux d'acide urique sanguin supérieur à 70 mg/l (416,5 µmol/l), chez l'homme comme chez la femme. Attention, hyperuricémie ne signifie pas toujours goutte.

PHYSIOLOGIE

L'acide urique est le produit final du catabolisme des bases puriques, que sont la guanine, l'adénine et l'hypoxanthine. Ces purines sont des constituants cellulaires essentiels : elles sont la base des acides nucléiques (acide ribonucléique ou ARN, acide désoxyribonucléique ou ADN) et de coenzymes divers; elles permettent la mise en réserve d'énergie sous forme d'ATP... Par une enzyme à action très majoritairement hépatique, la xanthine oxydase, ces bases sont dégradées en xanthine puis en acide urique. Cet acide faible circule dans le plasma essentiellement sous forme ionisée d'urate de sodium, soluble, et est éliminé pour deux tiers par voie rénale et pour un tiers par voie digestive. Le rôle de l'acide urique chez l'homme n'est pas encore clairement établi. Il pourrait avoir un effet protecteur contre le stress oxydatif, régulateur de la tension artérielle ou stimulant de la réponse immunitaire.

PHYSIOPATHOLOGIE

L'hyperuricémie résulte d'un déséquilibre entre la production et l'élimination d'acide urique. Deux grands mécanismes entrent principalement en jeu :
● l'hyperproduction d'acide urique, par hypercatabolisme des bases puriques provenant soit d'une

alimentation trop riche en purines (voir « Focus », p. 6), soit d'une destruction cellulaire massive (lors d'un traitement anticancéreux ou d'une leucémie par exemple). Une hyperpurinosynthèse hépatique isolée, dite *de novo*, probablement liée à un trouble enzymatique, peut également être en cause;

● la diminution de l'élimination rénale de l'acide urique, par altération du filtre rénal. L'hyperuricémie peut aussi être secondaire à certaines pathologies (comme le psoriasis étendu), une ivresse aiguë, un effort musculaire intense ou la prise de médicaments perturbant le métabolisme

L'hyperuricémie se transforme en goutte chez seulement 10 % des patients.

de l'acide urique : diurétiques (furosémide, thiazidiques, acétazolamide), ciclosporine, éthambutol, pyrazinamide ou encore salicylés à une dose inférieure à 2 g/j.

Lorsque la concentration des cristaux d'acide urique présents dans le sang et dans les tissus est supérieure à 70 mg/l pendant un temps prolongé,

et que les conditions locales sont favorables (acidité suffisante, variation brutale de l'uricémie, microtraumatismes...), ils précipitent localement et enclenchent le cycle de l'inflammation impliquant polynucléaires neutrophiles et monocytes/macrophages : on parle alors de goutte, qui survient chez environ 10 % des patients hyperuricémiques. Hyperuricémie ne signifie donc pas systématiquement goutte : des facteurs modulent la cristallisation, l'inhibant ou la favorisant, par des mécanismes mal connus. Une susceptibilité génétique est supposée. Des mutations de gènes codant pour des transporteurs rénaux de l'acide urique (URAT1, GLUT9...) ont aussi été identifiées.

La goutte est généralement une des composantes du syndrome métabolique présent chez le patient. Ainsi, le sujet goutteux souffre le plus souvent d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète et d'obésité associés.

LA CRISE DE GOUTTE

Elle peut être précédée de signes vagues (gêne locale, lourdeur, nervosité, insomnie, dysurie...). L'accès goutteux débute brusquement, généralement la nuit, et touche dans la majorité des cas l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil. Dans 20 % des cas, il concerne d'autres articulations (articulations du membre inférieur comme la cheville ou le genou ou du membre supérieur). En quelques heures, la douleur est paroxystique, pulsatile, lancinante, permanente et exacerbée par la mobilisation articulaire et le contact, même avec les draps. L'articulation est œdématisée, rouge vif (voire violacée), la peau est lisse, sèche. Une fièvre (38°C, voire plus), un malaise général peuvent être présents. Sans traitement, la crise de goutte régresse spontanément en 5 à 10 jours, sans séquelles. Habituellement, le patient fait 1 à 2 crises par an dans un premier temps, touchant une seule articulation. Les premières crises sont souvent plus courtes et moins intenses que les suivantes. Au fil des années, les crises se rapprochent, peuvent devenir polyarticulaires, toucher des tendons ou des bourses séreuses périarticulaires. Il n'y a pas de signes cliniques entre les crises. Puis des douleurs articulaires persistantes apparaissent au cours de la période intercritique. On parle alors de goutte chronique, survenant en moyenne 9 ans après la première crise.

LA GOUTTE CHRONIQUE

La goutte chronique typique est dite « tophacée », caractérisée par des tophi, des dépôts permanents d'acide urique dans les articulations, le cartilage, les tissus conjonctifs, la peau. Les articulations touchées se raidissent, se déforment puis se déminéralisent et s'érodent (arthropathies uratiques). Autour des articulations et au niveau du derme sont visibles des tuméfactions dures, indolores, blanc-jaunâtre à couleur chamois, qui peuvent s'ulcérer. Les dépôts les plus dangereux sont rénaux, aboutissant à des lithiases (calculs) urinaires uriques et à une insuffisance rénale chronique secondaire.

DIAGNOSTIC ET SUIVI

En cas de goutte, les cristaux d'acide urique peuvent être recherchés dans un épanchement articulaire ou dans les tissus par biopsie. L'examen radiologique montre des articulations intactes lors de la crise, détruites en cas de goutte chronique. La créatinine sanguine, qui reflète la fonction rénale, sera dosée annuellement. Un syndrome métabolique sera recherché. L'uricémie sera vérifiée tous les 6 mois puis tous les ans.

PRISE EN CHARGE

Elle repose sur des moyens pharmacologiques, hygiéno-diététiques (voir « Focus », p. 6, et arbre décisionnel, p. 7) et le traitement des comorbidités.
● Les traitements de première intention de la crise de goutte sont la colchicine (voir cas clinique n° 1) et/ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à doses fortes (sur prescription médicale). Une ponction articulaire peut être pratiquée pour réduire l'hyperpression. Les corticoïdes oraux augmentent le risque de récurrence des crises, ils ne doivent pas être utilisés, sauf cas particulier. Une injection intra-articulaire d'un corticoïde à longue durée d'action est intéressante en cas de contre-indication aux traitements de première intention ou chez les sujets âgés. Les salicylés, qui diminuent l'élimination rénale d'acide urique, sont à éviter. Le canakinumab, anti-IL1, est maintenant autorisé dans l'arthrite goutteuse (non remboursé) mais préconisé en dernière intention. Lors de la crise, l'articulation doit être mise au repos et refroidie avec de la glace (15 minutes 3 fois/jour).
● Le traitement de fond hypo-uricémiant est mis en place chez les patients ayant au moins deux crises par an et/ou avec des tophi, et/ou une arthropathie goutteuse et/ou une lithiase urinaire; il ne concerne pas l'hyperuricémie asymptomatique. Pris à vie, il a pour but de maintenir une uricémie inférieure à 60 mg/l, voire 50 mg/l en cas de tophi, et permet une véritable guérison de la goutte. Il repose sur un inhibiteur de la synthèse d'acide urique (allopurinol ou fébuxostat) et/ou un urico-surique (probenécide ou benzbromarone). ●

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

Seul un patient sur cinq est bien traité

C'est ce que montre l'étude observationnelle Cactus, réalisée en France entre novembre 2010 et mai 2011. Une étude qui avait pour but de mettre en lumière la prise en charge de la goutte dans l'Hexagone. Quelque 2812 patients, recrutés par 857 médecins généralistes et 92 rhumatologues, y ont été inclus. 84 % étaient des hommes, en moyenne de 64 ans, et qui présentaient pour 90 % d'entre eux une goutte primitive. Au moment du diagnostic, l'uricémie moyenne s'élevait entre 70 et 90 mg/l pour 63 % des patients, à plus de 90 mg/l pour 33 % d'entre eux. À l'inclusion, 10 % des patients présentaient des tophi, 7 % avaient souffert de deux crises douloureuses articulaires mises sur le compte de la goutte au cours des douze derniers mois. Ces accès

avaient été traités par colchicine pour 92 % d'entre eux, par AINS pour 36 % et par corticoïdes pour 1 %, avec une durée moyenne de traitement de 15 jours. Au moment de leur intégration, 86 % des goutteux étaient sous traitement hypo-uricémiant. Toutefois leur taux moyen d'acide urique sanguin était inférieur à 60 mg/l pour 21 % d'entre eux, entre 60 et 70 mg/l pour 16 %, entre 70 et 90 mg/l pour 48 % et supérieur à 90 mg/l pour 14 %. Le but d'un traitement hypo-uricémiant étant d'amener l'uricémie à descendre sous les 60 mg/l (voire 50 mg/l dans les gouttes tophacées), cette étude a montré les efforts qu'il reste à accomplir auprès des praticiens, en termes d'éducation et d'amélioration de la prise en charge de la goutte en France.

REPÈRES

1 %

des hommes sont touchés par la goutte dans les pays développés.

96 %

des patients goutteux sont de sexe masculin.

1/3

des hyperuricémiques seront sujets à des accès aigus de goutte.

CAS 01

ANALYSE

Traiter la crise de goutte

Dr Youri Saimy
GénéralisteLe 24/12/2015
M. Max Caulchy,
64 ans

*Colchicine (Colchicine Opocalcium) :
1 mg 2 fois par jour pendant 2 jours,
puis 1 mg par jour pendant 4 jours.*
Dr Saimy

M. Caulchy fait une crise de goutte pour la première fois. Il a consulté son médecin rapidement, sa crise de goutte est prise en charge dans les vingt-quatre premières heures.



La colchicine est le traitement de référence de la crise de goutte.

Ce « poison du fuseau » inhibe la formation de microtubules, fibres nécessaires à la migration cellulaire (notamment lors des cycles de division cellulaire). Elle n'a pas d'activité anti-inflammatoire propre mais permet de casser le cercle vicieux de l'inflammation : en inhibant la mobilité des polynucléaires neutrophiles (PNN), elle les empêche de migrer vers les cristaux d'acide urique et de les phagocyter. La libération d'acide lactique lors de la phagocytose des cristaux d'acide urique par les PNN, qui maintient un pH acide à l'origine de la précipitation d'autres cristaux et de l'entretien de l'inflammation, est inhibée par la colchicine.

COMMENTAIRE

La colchicine présente une toxicité importante : utiliser la posologie la plus faible possible.

La colchicine doit être donnée précocement lors de la crise de goutte, de préférence dans les trente-six premières heures. Le schéma thérapeutique est de 1 à 2 mg les trois premiers jours (prises par comprimé ou par demi-comprimé, réparties régulièrement dans la journée, de préférence au moment des repas, sans jamais dépasser 1 mg par prise), 1 mg le soir à partir du quatrième jour. Le traitement ne doit pas excéder 10 jours dans ce contexte. Lors d'une prise en charge tardive, la dose quotidienne de colchicine peut être augmentée à 3 mg mais uniquement le premier jour de traitement. Ce schéma est indicatif. En pratique, les doses de colchicine seront adaptées à l'amélioration des symptômes inflammatoires et à la tolérance. L'apparition de diarrhées, nausées et vomissements constitue les premiers signes de surdosage et impose une diminution, voire un arrêt du traitement.

La colchicine est contre-indiquée avec les macrolides – tétracycline (Ketek), azithromycine (Zithromax, Azadose, Ordipha et génériques), clarithromycine (Monozeclar, Zeclar et génériques), érythromycine (Éry, Érythrocin et génériques), josamycine (Josacine), midécamycine (Mosil), roxithromycine (Rulid et génériques) – ainsi qu'avec la pristinaquine (Pyostacine) : inhibiteurs enzymatiques, ils augmentent la toxicité de la colchicine. ●



À SAVOIR

- La colchicine permet de guérir les accès goutteux dans plus de 90 % des cas si elle est administrée dès le premier jour.
- Elle peut être combinée avec un dérivé opiacé (poudre d'opium, Colchimax) pour renforcer son action antalgique et diminuer les diarrhées. Mais cela a pour inconvénient de masquer les premiers signes de surdosage et d'entraîner une somnolence.
- L'association de la colchicine avec les antivitaminés K majore le risque hémorragique.
- L'association de la colchicine avec les statines augmente le risque de rhabdomyolyse.



À ÉVITER

- Ne pas dépasser la dose de 2 mg/j chez le patient de plus de 75 ans.

CAS 02

ANALYSE

Prévenir les crises de goutte



Zyloric, à base d'allopurinol, est un médicament hypo-uricémiant inhibant la synthèse d'acide urique.

L'allopurinol est le traitement de référence de la goutte chronique. Il se comporte comme un analogue de l'hypoxanthine, base purique en elle-même et également produit de dégradation de l'adénine. Il inhibe la xanthine oxydase, qui est une enzyme dégradant l'hypoxanthine et la guanine en acide urique, métabolite final de la dégradation des bases puriques. L'allopurinol est métabolisé par la xanthine oxydase en oxypurinol, lui-même inhibiteur de cette enzyme, potentialisant son pouvoir uricofréinateur. Il abaisse les taux d'acide urique sanguin et urinaire, diminuant le risque de lithiase urique.

COMMENTAIRE

Le traitement par allopurinol est à instaurer avec prudence en raison du risque de toxicité cutanée.

1) La posologie initiale d'allopurinol est de 100 mg/j en fin de repas, augmentée chaque mois environ pour atteindre l'uricémie cible. La dose quotidienne usuelle varie de 2 à 10 mg/kg, soit de 100 à 900 mg/jour pour un adulte normorénal. La posologie doit être réduite en cas d'insuffisance rénale ; le risque est alors l'inefficacité du traitement. Environ 2 à 5 % des goutteux présentent une intolérance cutanée à l'allopurinol, sous forme d'éruptions érythémateuses, papuleuses, eczémateuses, qui surviennent habituellement dans les 2 mois suivant l'instauration du traitement. Avertir M. Purhynol que l'apparition de ces symptômes impose l'arrêt immédiat et définitif du médicament : sa poursuite ou sa réintroduction expose à un syndrome d'hypersensibilité (Dress), réaction immunoallergique source de signes cutanés et généraux sévères, pouvant conduire au décès du patient.

2) L'instauration et l'augmentation progressive d'un hypo-uricémiant peuvent induire des crises de goutte, par mobilisation et dissolution des cristaux d'acide urique lors de la chute de l'uricémie. Celles-ci sont prévenues par la prise quotidienne d'une faible dose de colchicine (1 mg/j, éventuellement en deux prises), pendant au moins 3 à 6 mois, voire plus (ou d'un AINS à faible dose éventuellement). ●



À SAVOIR

- Le traitement hypo-uricémiant par allopurinol sera instauré 2 à 3 semaines après la fin de la crise de goutte.
- Après administration de l'allopurinol, l'uricémie baisse en 24 à 48 heures : son efficacité est rapide et dose-dépendante. L'effet maximal est obtenu en 15 jours environ.
- L'association d'allopurinol et d'amoxicilline doit être prudente, car elle potentialise le risque de réactions cutanées.



À ÉVITER

- Ne pas arrêter le traitement de fond par allopurinol, même en cas de crise de goutte survenant durant le traitement : en effet, dans ce cas, l'uricémie remonte à sa valeur antérieure en 7 à 10 jours.

M. Y fait sa troisième crise de goutte cette année. La décision est prise de le mettre sous traitement hypo-uricémiant au long cours.

Dr Chris Degutt
Généraliste

Le 28/12/2015

M. Malo Purhynol -
58 ans

*1) Allopurinol (Zyloric) : 100 mg/j,
à augmenter jusqu'à atteindre
l'uricémie cible (me revoir)
2) Colchicine : 1 mg/jour – 6 mois*
Dr Degutt

FOCUS SUR

Goutte et alimentation

Que l'hyperuricémie soit symptomatique ou non, il est utile de suivre un régime « anti-goutteux » qui permet de baisser l'uricémie de 10 mg/l en moyenne.

Un patient hyperuricémique doit éviter de consommer les **aliments riches en purines** : viandes jeunes (veau, agneau, coquelet, porcelet), abats (ris de veau, cœur, rognons, foie cervelle, langue), charcuteries et gibier, fromages fermentés (bleus, camembert, mont-d'Or...), poissons gras (anchois, sardine, hareng, maquereau, saumon, thon, truite, morue) et les fruits de mer (coquillages, crevettes, crabe...). Conseiller de remplacer ces produits par des légumes secs (lentilles, haricots secs, pois chiches...), des œufs, des poissons blancs (cabillaud, merlan, colin, bar, lieu...), des produits laitiers peu gras (yaourts, flans, fromages frais à tartiner) ou d'autres viandes et volailles (bœuf, porc, cheval, poulet, canard, dinde), en petites quantités (120 g/j environ). Toutes les boissons alcoolisées sont à éviter, surtout la bière (avec ou sans alcool, elle est très riche en purines), le vin

blanc, le Champagne et les alcools forts. Un verre de vin rouge peut être pris occasionnellement.

Les sodas, riches en fructose, hyperuricémiants, sont à proscrire. Les aliments gras, qui diminuent l'excrétion urinaire d'acide urique, sont également à limiter.

En cas d'obésité, un régime hypocalorique pauvre en graisses devra être préconisé. Attention toutefois à ce que l'amaigrissement soit progressif : un « régime de choc » ou un jeûne mettraient l'organisme en acidose métabolique, circonstance favorisant la précipitation des cristaux d'acide urique. Les patients sujets aux lithiases urinaires devront éviter les aliments riches en acide oxalique (légumes verts dégageant une odeur désagréable lors de leur cuisson : asperges, choux, choux-fleurs, oseille...).

À noter : il est inutile pour les patients goutteux traités par hypo-uricémiants de suivre un régime alimentaire trop sévère. Il leur est conseillé d'éviter l'excès d'aliments riches en purines et de diminuer leurs apports caloriques en cas d'obésité associée et leurs apports glucido-lipidiques s'ils souffrent de dyslipidémie. ●

À RETENIR

LA GOUTTE EST UNE MALADIE ESSENTIELLEMENT MASCULINE, touchant l'homme pléthorique, bon vivant, aux alentours de la cinquantaine.

L'HYPERURICÉMIE SE DÉFINIT PAR UN TAUX D'ACIDE URIQUE SANGUIN SUPÉRIEUR À 70 MG/L. Au-delà, il est possible que les cristaux d'acide urique précipitent.

L'ACIDE URIQUE EST LE PRODUIT FINAL DU CATABOLISME DES BASES PURIQUES, CONSTITUANTS CELLULAIRES ESSENTIELS. Il est majoritairement éliminé par voie rénale.

L'HYPERURICÉMIE EST, DANS LA PLUPART DES CAS, LA CONSÉQUENCE d'une hyperproduction d'acide urique ou d'une diminution de son élimination rénale.

L'HYPERURICÉMIE PEUT AUSSI ÊTRE CAUSÉE par certaines pathologies ou la prise de certains médicaments.

HYPERURICÉMIE N'EST PAS SYNONYME DE GOUTTE : celle-ci survient chez 10% des patients hyperuricémiques.

LA CRISE DE GOUTTE SE CARACTÉRISE PAR UNE DOULEUR BRUSQUE, LANCINANTE, PULSATILE ET PERMANENTE, touchant généralement le gros orteil. Elle survient le plus souvent la nuit.

LES CRISES DE GOUTTE SONT D'ABORD ESPACÉES, PUIS RAPPROCHÉES. LA GOUTTE PEUT SE CHRONICISER, des tophi apparaissent au niveau des articulations et des tissus mous. Les articulations et les reins en particulier peuvent être sévèrement touchés.

LA PRISE EN CHARGE DE LA GOUTTE REPOSE SUR DES MOYENS PHARMACOLOGIQUES, ALIMENTAIRES, HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES et le traitement des comorbidités.

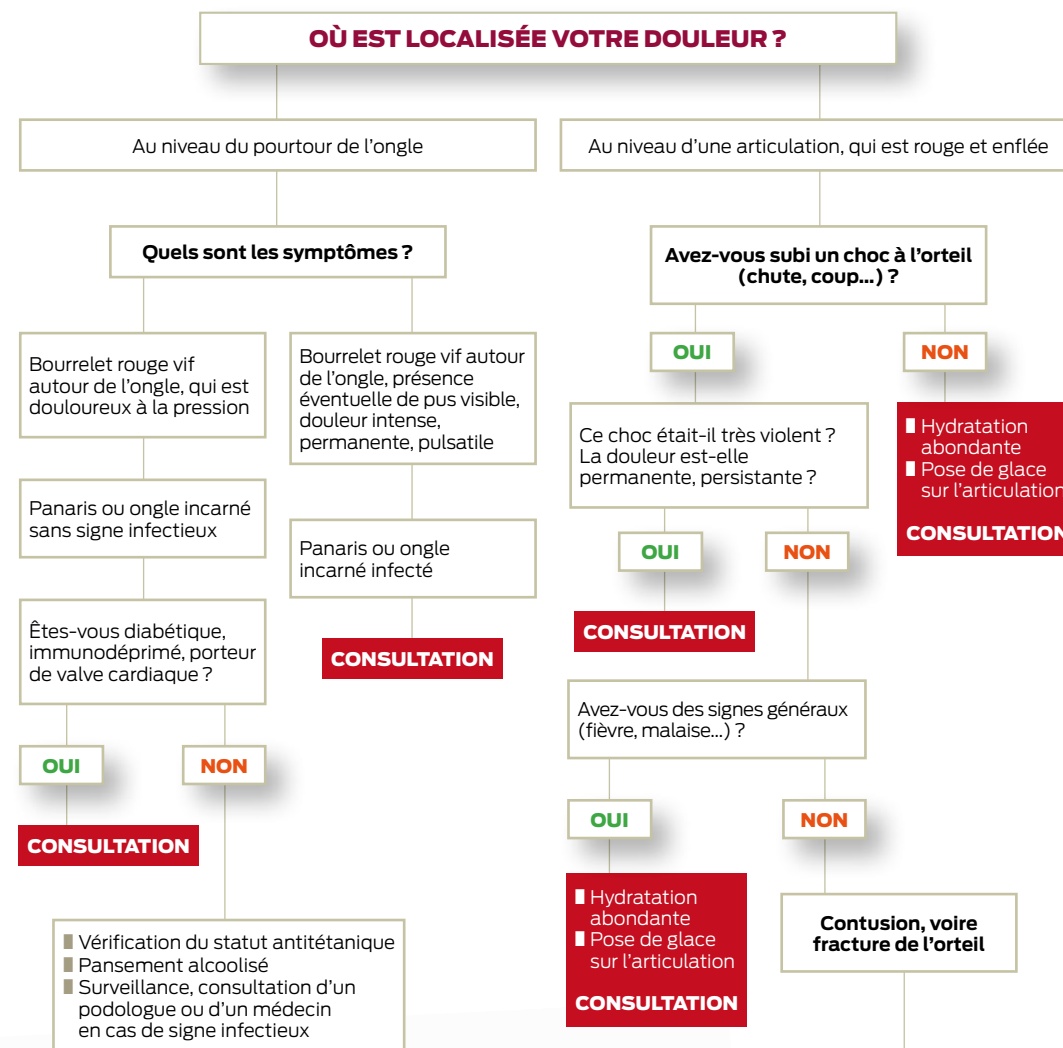
LES TRAITEMENTS DE PREMIÈRE INTENTION DE LA CRISE DE GOUTTE sont la colchicine et/ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens à fortes doses (sur prescription).

LE TRAITEMENT DE FOND HYPO-URICÉMIANT N'EST MIS EN PLACE QUE POUR UNE HYPERURICÉMIE SYMPTOMATIQUE. Il repose sur un inhibiteur de la synthèse d'acide urique (allopurinol ou fébuxostat), et/ou un uricosurique (probenécide ou benzbromarone).

LA GOUTTE EST UNE MALADIE QUI PEUT SE GUÉRIR si le traitement de fond est bien suivi.

Fiche Conseil

« Mon gros orteil me fait beaucoup souffrir »



RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES DU PATIENT GOUTTEUX

- Suivre le régime alimentaire (voir « Focus », page ci-contre).
- Favoriser l'exercice physique modéré (une hyperlactacidémie par activité sportive intense peut diminuer l'élimination rénale d'acide urique).
- Lutter contre les agressions au sens large du terme, facteurs favorisant la survenue de crise : froid, stress, émotion vive, fatigue, surmenage...
- Éviter les (micro)traumatismes répétés (adopter des chaussures adaptées).
- En cas de risque de survenue de crise, prendre un traitement alcalinisant les urines en prévention (afin d'éviter la précipitation rénale des cristaux d'acide urique) : 1 g de bicarbonate de sodium 3 fois/jour ou boire tout au long de la journée une bouteille d'eau de Vichy Célestins ou Saint-Yorre; sur avis médical pour l'hypertendu et l'insuffisant rénal.
- En période estivale, boire une bouteille d'eau supplémentaire par jour, peu minéralisée (Évian ou Vittel). Éviter l'eau de Contrexéville, riche en calcium.
- Les plantes contenant des salicylates, comme la reine-des-prés, le saule ou l'huile essentielle de gaulthérie, sont contre-indiquées.
- La sueur n'élimine pas l'acide urique; la pratique du sauna est contre-indiquée.
- Participer si nécessaire à des séances d'éducation thérapeutique.

TEST DE LECTURE

Qu'avez-vous retenu ?

(cochez les réponses exactes et validez en ligne sur www.formutip.fr ou www.utipinnovations.fr)

1 Parmi les affirmations suivantes relatives aux caractéristiques de la goutte, quelles sont celles qui sont exactes ?

- a C'est une maladie essentiellement masculine
b C'est une maladie survenant chez un patient bon vivant
c C'est une conséquence systématique de l'hyperuricémie
d C'est une maladie pouvant se chroniciser
e C'est une maladie que l'on peut guérir

2 Parmi les affirmations suivantes relatives aux caractéristiques de l'acide urique, quelles sont celles qui sont exactes ?

- a Il provient du métabolisme des bases puriques
b Il est dégradé en xanthine par l'enzyme xanthine oxydase
c Il est éliminé majoritairement par voie rénale
d Il peut précipiter sous forme de cristaux si l'uricémie dépasse 70 mg/l
e Il peut précipiter sous forme de cristaux, dans les articulations uniquement

3 Quels sont les symptômes de la crise de goutte ?

- a Une douleur débutant brusquement, la nuit généralement
b Une douleur pulsatile, lancinante, permanente
c Une douleur accentuée par le contact ou la mobilisation
d Une douleur cédant spontanément au bout de quelques minutes
e Une articulation rouge vif, voire violacée

4 Le traitement de la crise de goutte peut reposer sur :

- a la colchicine
b un anti-inflammatoire non stéroïdien, à fortes doses
c l'aspirine, à dose inférieure à 2 g/j
d une injection intra-articulaire de corticoïde de longue durée d'action
e une ponction articulaire

5 Le traitement de fond hypo-uricémiant peut reposer sur :

- a l'allopurinol
b le furosémide
c le fébuxostat
d un corticoïde oral au long cours
e le probénécide

6 On vous présente une ordonnance de colchicine pour une crise de goutte. Quels conseils donnez-vous ?

- a Prendre le traitement le plus tôt possible
b Ne pas dépasser 1 mg par prise
c Ne pas couper le comprimé en deux
d Adapter le traitement selon l'amélioration des symptômes et la tolérance
e Prendre un anti-diarrhéique en cas de diarrhées et continuer le traitement à la même dose

7 On vous tend une ordonnance initiale d'allopurinol et de colchicine. Que dites-vous ?

- a « Prenez votre traitement à la fin du dîner »
b « Prenez votre traitement en cas de crise de goutte uniquement »
c « Arrêtez votre traitement si des signes cutanés apparaissent »
d « L'uricémie atteindra son taux le plus bas d'ici à 15 jours »
e « Des crises de goutte sont possibles en début de traitement avec l'allopurinol, il est important de prendre la colchicine associée »

8 Quelles règles hygiéno-diététiques conseillez-vous à votre patient goutteux non hypertendu ?

- a Faire de l'exercice physique modéré régulièrement
b Adopter des chaussures non traumatisantes pour les pieds
c Boire de l'eau alcalinisante en période à risque, comme la Vichy Célestins
d En cas de forte chaleur, boire en plus une bouteille d'eau de Contrexéville par jour
e Pratiquer le sauna une fois par semaine

9 Quels aliments déconseillez-vous à votre patient goutteux sans traitement de fond ?

- a Les abats
b Les fruits de mer
c Les poissons blancs
d Les volailles
e Les boissons alcoolisées

10 Quels sont les antibiotiques contre-indiqués avec la prise de colchicine ?

- a La clarithromycine
b La pristinamycine
c L'amoxicilline
d La spiramycine
e La ciprofloxacine

SOURCES : Cours DCEM3, Service de rhumatologie du Pr Meyer, CHU Bichat, « Goutte : physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement » // www.medicine.ups-tlse.fr; item n° 225, « La goutte » // www.rhumato.info; « La goutte », Pr A. El Maghraoui // www.chu-toulouse.fr; « La goutte » // VidalRecoS : « Goutte », mise à jour du 19 novembre 2015 // *Revue Prescrire* : « De l'hyperuricémie à la goutte », juin 1996; « Traitement de la crise de goutte », novembre 2007; « La goutte : comment traiter les crises douloureuses », avril 2015; « Traitement de l'hyperuricémie par allopurinol : peut-on se passer de colchicine ? », janvier 2009 // <http://revmed.ch>; « Avancées récentes dans la physiopathologie de l'hyperuricémie et de la goutte », 2007 // <http://news.doccheck.com>; « Goutte à l'horizon » // <http://francais.medscape.com>; « Hyperuricémie : facteur de risque d'HTA ou épiphénomène ? »; « 21% des hyper-uricémiques atteignent les objectifs thérapeutiques » // www.cochrane.org; « Pharmacothérapie dans l'hyperuricémie chez des patients hypertendus » // Diaporama UTIP, soirée de formation du 17 décembre 2015, « Les douleurs de pied », Dr Michaël Podguzser.