

## ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS DE LA GOUTTE DANS UN SERVICE DE MÉDECINE INTERNE À OUAGADOUGOU (BURKINA-FASO)

Par Y. J. DRABO (1) (2)

**The epidemiological and clinical aspects of gout in the service of internal Medicine of Ouagadougou, Burkina-Faso.**

**Summary:** The study reports the epidemiology and signs of gout at Ouagadougou from a group of 35 patients observed in a department of internal medicine. The diagnosis of gout was based on Rome criteria. The most important epidemiological factors associated with gout were: obesity, hypertension, alcohol and diabetes. 75 % of the patients were male. Gout was chronic polyarticular form and tophus were observed in 5 cases.

**Résumé :** Ce travail rapporte le profil épidémiologique et sémiologique de la goutte dans un service de médecine interne au Burkina Faso à partir d'une série de 35 malades. Le diagnostic de goutte a reposé sur les critères de Rome. Les facteurs épidémiologiques les plus importants qui sont associés à la goutte sont l'obésité, l'hypertension artérielle, la consommation d'alcool et le diabète. 75 % des patients sont de sexe masculin. La goutte est surtout polyarticulaire, d'évolution chronique avec des tophus observés chez 5 patients.

### INTRODUCTION

Longtemps considérée comme une maladie des populations aisées et suralimentées, la goutte est de plus en plus rencontrée en Afrique et serait en passe de devenir l'affection rhumatologique la plus fréquente. Bien que les enquêtes épidémiologiques soient limitées en Afrique, toutes s'accordent à reconnaître que des facteurs génétiques et surtout d'environnement (changement d'habitudes alimentaires) président au développement de la maladie. Le niveau de l'uricémie de l'Africain semble ne pas être connu avec exactitude (1). Cependant, si l'on considère les valeurs habituellement admises comme normales (uricémie inférieure à 70 mg/l), la goutte est régulièrement associée à une hyperuricémie. D'autres facteurs épidémiologiques y sont associés comme l'obésité, l'hypertension artérielle ou la consommation d'alcool.

Au Burkina-Faso, aucune étude se rapportant à la goutte n'a encore été réalisée. À propos de 35 cas colligés dans notre service, nous nous proposons d'en

relever les aspects épidémiologiques ainsi que les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives.

Aussi cette étude a-t-elle pour objectifs :

- d'apprécier la prévalence hospitalière de la goutte,
- de rechercher les facteurs de risque ou étiologiques associés,
- de décrire les formes cliniques de la maladie ainsi que les protocoles thérapeutiques appliqués.

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Trente-cinq cas de goutte ont été recensés en consultation externe ou en hospitalisation dans le service de médecine interne de Ouagadougou au cours d'une étude transversale menée entre 1990 et 1993 (4 ans). Le diagnostic de goutte a été retenu conformément aux critères de Rome (7) ci-dessous :

- antécédents bien établis de fluxions articulaires caractéristiques,
- uricémie supérieure à 70 mg/l (416,5 µmol/l),
- présence de tophus,
- mise en évidence de cristaux d'urate de sodium dans le liquide synovial ou de dépôt d'urate dans les tissus par examen microscopique ou chimique.

(1) Service de médecine interne, 01 BP, 909 Ouagadougou (Burkina-Faso).  
(2) Manuscrit n° 1726. "Clinique". Accepté le 28 juin 1996.

La goutte est considérée comme certaine si deux de ces critères sont satisfaits. Ainsi pour les malades de notre série :

— une hyperuricémie supérieure à 70 mg/l associée à au moins 2 crises (médicalement observées) de fluxions articulaires étaient présentes chez l'ensemble des patients,

— des tophis étaient associés chez 5 patients,  
— la recherche de cristaux d'acide urique n'est pas de pratique courante dans notre formation. Elle n'a été signalée que chez 2 malades.

Le bilan complémentaire pratiqué a concerné :

— la recherche d'autres facteurs étiologiques associés (glycémie, bilan lipidique : cholestérolémie, triglycérides; bilan rénal : azotémie, créatininémie; hémogramme);

— le bilan de retentissement de la maladie par les radiographies des articulations atteintes, une urographie intraveineuse et une échographie rénale chez 3 malades ayant présenté une colique néphrétique sur lithiase.

Le traitement a fait appel :

— en phase aiguë, à la colchicine selon le schéma classique : 3 mg le 1<sup>er</sup> jour, 2 mg les 2 jours suivants puis 1 mg/jour. Ce traitement a pu constituer un test thérapeutique au cours de certaines crises inaugurales. En cas de fluxion articulaire importante, un anti-inflammatoire non stéroïdien a été associé;

— en traitement d'entretien, à l'allopurinol à la dose de 300 mg/jour en phase hyperuricémique, puis à la dose de 100 mg/jour en traitement ininterrompu une fois l'uricémie revenue à la normale. Le régime hypocalorique a été systématiquement prescrit. Il n'a pas été prescrit d'uricosuriques. En cas de crises fréquentes, la colchicine a été maintenue à la dose d'entretien de 1 mg/jour.

## RÉSULTATS

Les 35 cas de goutte colligés dans le service de médecine interne en 4 ans concernaient 29 hommes (83 %) et 6 femmes (17 %) avec un sex-ratio de 5 hommes pour 1 femme. Tous les patients étaient des adultes âgés de plus de 20 ans avec des âges extrêmes de 23 et 78 ans. 58 % d'entre eux étaient âgés de plus de 50 ans. 26 patients (74 %) étaient d'origine urbaine. Les patients vivant en milieu rural représentaient 26 %. Ils appartenaient à des catégories socio-professionnelles très différentes.

L'interrogatoire n'a permis de retrouver des antécédents de goutte que dans la fratrie de 2 patients. Nous avons recherché un certain nombre de facteurs de risque ou étiologiques associés à la goutte. Ainsi nous retrouvons que :

— La consommation régulière d'alcool a été reconnue par 5 patients. Il s'agissait de la consom-

tion de bière de mil ou de malt. La quantité consommée n'a pu être chiffrée avec précision. Il s'agissait dans la majorité des cas d'une consommation modérée.

— Une obésité définie grâce à la formule de Lorentz a été observée chez 7 patients.

— 7 patients étaient hypertendus (TA > 140/90 mm Hg). Il s'agissait chez 5 d'entre eux d'une HTA connue et traitée. Un diabète sucré non-insulino-dépendant était présent chez 4 patients, et une insuffisance rénale chez 2 patients, tous hypertendus.

Cliniquement la goutte se présentait sous forme d'accès aigu, avec des atteintes polyarticulaires dans 90 % des cas, oligo-articulaires chez 3 malades et mono-articulaires chez un seul patient. La récurrence des crises était la règle et constituait un critère diagnostique (critères de l'ARA).

L'atteinte de la première articulation métatarsophalangienne (1<sup>er</sup> MTP), localisation classique la plus typique, a été observée chez 10 patients (28,5 %). Par ordre de fréquence décroissante, les autres articulations atteintes étaient : les chevilles (15 cas), les genoux (13 cas), les poignets (7 cas), et les coudes (5 cas). La durée d'évolution de la maladie variait de 6 mois à 10 ans avec une moyenne de 3 ans. Cinq patients (14 %) présentaient des tophis localisés aux coudes (3 cas), au gros orteil (1 cas), à la cheville (1 cas) et au lobe de l'oreille (1 cas).

Sur le plan radiologique, dans 2 cas il existait d'importantes destructions osseuses; l'importance de celles-ci a fait poser l'indication d'une amputation du pied chez l'un des patients, qui avait par ailleurs des ulcérations tophacées torpides et infectées.

Chez 3 patients, une urographie intra-veineuse et une échographie des voies urinaires ont été réalisées devant des coliques néphrétiques. Elles ont mis en évidence des lithiases rénales sans retentissement sur les voies excrétrices.

Sur le plan biologique, le bilan rénal a mis en évidence une insuffisance rénale (azotémie > 7,5  $\mu\text{mol/l}$  et créatininémie > 120  $\mu\text{mol/l}$ ) chez 2 malades. Une hypercholestérolémie était présente chez 10 malades et une hypertriglycéridémie chez 8 patients.

Le traitement a été standardisé selon le protocole décrit dans la méthodologie. Il a permis la résolution des crises aiguës chez l'ensemble des patients. Cependant le traitement d'entretien à l'allopurinol a été irrégulièrement poursuivi par les malades, avec de nombreuses interruptions dès la cessation des crises. De même, le régime hypoprotidique avec exclusion des abats et gibiers n'est qu'inconstamment observé.

Tout ceci explique la fréquence des récurrences et l'évolution chronique de certaines formes.

## COMMENTAIRES

Ainsi, la maladie goutteuse est une maladie assez courante au Burkina-Faso, contrairement aux constatations faites par certains auteurs qui la considèrent

comme rare en Afrique. LAROCHE à Bujumbura et JEANDEL au Cameroun (2, 3) ont par contre noté une fréquence élevée de goutte parmi les affections rhumatismales observées dans leur service (respectivement 20 et 33 %). Ces discordances concernant la fréquence de la goutte dans les différentes séries africaines pourraient résulter de biais de recrutement, notamment dans les critères adoptés pour le diagnostic. En effet toute douleur articulaire associée à une hyperuricémie ne constitue pas une crise de goutte. Par ailleurs, le dosage de l'acide urique peut comporter des erreurs liées aux conditions et méthodes de dosage.

Pour notre part, nous avons retenu comme critères de diagnostic les critères de Rome rappelés dans le chapitre Matériels et méthodes. L'âge de nos patients était comparable à celui des autres séries africaines ou européennes (1, 4, 5, 8, 10-12). Il s'agissait surtout d'adultes de la cinquantaine volontiers de sexe masculin. La goutte est en effet plus rare chez la femme. Ceci est constamment rapporté par les différents auteurs. Ces cas de goutte féminine ont la particularité d'être associés à une insuffisance rénale ou à une HTA volontiers traitée par les diurétiques (5). Cette particularité pourrait s'expliquer par l'âge tardif d'apparition de la goutte chez la femme avec par conséquent un risque plus élevé d'association avec une insuffisance rénale ou une hypertension artérielle.

Les facteurs associés à la goutte dans notre série sont également retrouvés par JEANDEL au Cameroun (3), LELEU en Côte-d'Ivoire (8) et MIJYAMA au Togo (9). Il s'agit de l'obésité, de l'HTA, de l'alcoolisme et du diabète. Ces facteurs épidémiologiques rendent compte du rôle de l'environnement dans le déterminisme de la goutte. Ils expliqueraient la forte progression de la goutte en Afrique noire où les conditions socio-économiques et alimentaires se sont largement modifiées, se traduisant par une augmentation de la fréquence de l'obésité et de l'HTA.

En l'absence d'une exploration systématique de l'hémoglobine, nous n'avons pas pu noter de relation entre la drépanocytose homozygote ou la thalassémie et la survenue de la maladie goutteuse comme l'ont signalé certains auteurs (6).

Sur le plan thérapeutique, le traitement de la goutte ne pose plus de grandes difficultés. Contrairement au Dr SYDENHAM, le goutteux n'a plus à endurer 30 années de « violentes tortures », qui ont donné naissance à la classique et élégante description de la crise aiguë de goutte. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) seraient le plus souvent suffisants pour assurer la cédation de la plupart des crises aiguës (12). En cas de contre-indications ou d'intolérance aux AINS, les mêmes auteurs suggèrent le recours aux corticoïdes ou à l'ACTH (12). Cette stratégie thérapeutique n'est pas partagée par tous (11). De même, l'unanimité n'est pas faite sur le moment de l'administration de la colchicine. Si certains la préconisent en première intention dans le traitement de la crise aiguë dont elle peut constituer un test thérapeutique, d'autres la réserver

vent au traitement d'entretien à doses modérées (0,6 à 1,2 mg/j) en raison de sa potentielle toxicité (9). Nous n'avons observé pour notre part aucun cas d'intoxication ou d'intolérance à nos doses thérapeutiques dont les résultats ont toujours été bons.

Notre étude exclusivement hospitalière et rétrospective méconnaît de nombreux cas de goutte ayant échappé à notre consultation. Elle ne saurait refléter fidèlement la situation de la goutte au plan national dont elle ne permet pas d'apprécier la prévalence, la répartition ethnique ou sociale. Elle offre par contre l'avantage de montrer que la goutte n'est pas exceptionnelle dans ce pays sahélien réputé pour la fréquence et l'importance de sa pathologie carentielle nutritionnelle. Des études prospectives permettraient de combler ces insuffisances.

## CONCLUSION

Réputée rare en Afrique noire, la goutte serait en progression si l'on se réfère aux différents travaux réalisés par les auteurs africains ces dernières années. Au Burkina-Faso, selon notre étude, elle touche l'homme de la cinquantaine et s'associe surtout à l'obésité, à la consommation d'alcool et à l'HTA. Il s'agit de goutte polyarticulaire surtout chronique. Ces facteurs devraient interpeller les praticiens afin qu'ils élaborent des stratégies de prévention en insistant sur les modifications des comportements alimentaires et de l'hygiène de vie.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BILECKOT (R.), NTSIBA (H.), MBONGO (J. A.), SIGAMONG (E. V.), MASSON (C.) & BREGÉON (C.). — Aspects épidémiologiques et cliniques de la goutte en Afrique équatoriale. À propos de 60 cas suivis dans le service de rhumatologie du CHU de Brazzaville. *Rev. Rhum. Mal. Ostéo. Art.*, 1991, **58**, 863-867.
2. JEANDEL (P.), CHOUIC (P. Y.) & LAROCHE (R.). — Rhumatologie en Afrique noire. Perspectives et inconnues. *Méd. Afr. noire*, 1991, **38**, 53-61.
3. JEANDEL (P.), SANGA (M.) & FANKAM (H.). — Les arthropathies inflammatoires au Cameroun. Étude prospective de 122 observations. *Méd. Afr. noire*, 1988, **35**, 836-845.
4. JOHN (D.), VALKENBURG (H. A.), MUIEDER (K. D.) & WIGLEY (R. D.). — The epidemiology of gout and hyperuricemia in a rural population of Java. *Rheum. J.*, 1992, **19**, 1595-1599.
5. JUAN (C.). — Female gout-clinical spectrum and uric acid metabolism. *Arch. Intern. Med.*, 1991, **151**, 726-732.
6. KUNTZ (D.). — La goutte. *Encycl. Méd. Chir. Paris. Appareil locomoteur*, 14270 A-10, 3-1979.
7. LAROCHE (R.), NSABIYUM (F.), NDABANEZE (E.), ARMSTRONG (O.) & JEANDEL (P.). — Étude des syndromes arthritiques dans la ville de Bujumbura. *Méd. Afr. Noire*, 1988, **35**, 828-833.
8. LELEU (P. J.), SOUBEYRAND (J.), MASSONAT (R.), BILECKOT (R.) & NTSIBA (H.). — La maladie goutteuse

