LA GOUTTE EN CONSULTATION HOSPITALIERE DE RHUMATOLOGIE A L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

Madeleine Singwé - Ngandeu[1], Christophe Nouédoui[2], Eugène Sobngwi[3], Martial Matike[4], Alain Georges Juimo[5]
1. Service de Rhumatologie ; 2. Service de Médecine ; 3. Service d'endocrinologie, Hôpital Central de Yaoundé ; 4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé ; 5. Service de Radiologie, Hôpital Général de Yaoundé
Adresse pour correspondance :Madeleine Singwé-Ngandeu, BP 5035 Yaoundé, Tel:+237 99 90 04 63 Email : ngandeum@yahoo.fr

RESUME
Introduction : La goutte est due à un trouble du métabolisme de l'acide urique. Le but de cette étude était de décrire les aspects cliniques de la goutte à Yaoundé.
Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers, menée de Janvier 2004 à Décembre 2007 à l'Hôpital Central de Yaoundé. Les critères de diagnostic de goutte étaient ceux de l'American College of Rheumatology.
Résultats : Parmi les 139 dossiers (un dossier correspondait à un patient) retenus, il y avait 131 hommes (94.2%) et 8 femmes (5.8%). La moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 55.71 ans ±10.38 et la médiane de la durée d'évolution au moment du diagnostic était de 5 mois.132 patients (94.96%) étaient des citadins et 7 patients (5.03%) étaient des ruraux. 20 patients (14.38%) avaient des antécédents familiaux de goutte. L'atteinte goutteuse était oligoarticulaire 67 fois (48.2%), polyarticulaire 47 fois (30.93%) et monoarticulaire 29 fois (20.86%). 47 patients (33.81%) avaient des tophus. L'uricémie moyenne était de 76mg/l ±29.37 et l'hyper uricémie était observée pour 128 patients (92.08%). L'uraturie moyenne des 24heures était de 342.05 mg ± 95.02. 96 patients (69.06%) avaient un syndrome inflammatoire. La recherche de cristaux monosodiques d'urate dans le liquide synovial, était faite pour 135 patients parmi lesquels 120 (88.88%) étaient positifs. Les co-morbidités les plus retrouvées étaient : obésité 108 fois (77.69%) ; énolisme 87 fois (62.6%) ; l'hypertension artérielle 65 fois (46.8%). Les signes d'arthropathie uratique étaient observés 33 fois (23.7%).
Conclusion : Les manifestations de la goutte au Cameroun sont similaires à celles décrite dans la littérature occidentale et africaine.
Mots clés: goutte, hyperuricémie, urate, Cameroun, Afrique

SUMMARY
Introduction: Gout is a disease due to urate metabolism impairment. The aim of this study was to describe the clinical manifestations of gout in patients seen in Rheumatology Unit of the Yaounde Central Hospital.
Methods: retrospective study relating records of gouty patients consulted from January 2004 to December 2007 and who fulfilled the American College Criteria for gout.
Results: medical records of 139 patients: 131 men (94.2%) and 8 women (5.8%). The mean age at the diagnosis was 55.71±10.38 years and median duration was five months.132 patients (94.96%) were living in the city while 7 patients (5.03%) were rural. Family history of gout was obtained amongst 20 patients (14.38%). The pattern of presentation was oligoaricular for 67 patients (48.2%), polyarticular for 47 patients (30.93%) and monoarticular for 29 patients (20.86%). Tophus were noted in 47 patients (30.93%).
The mean uric acid level was 76mg/l ±29.37. Hyperuricemia was observed amongst 128 patients (92.08%). The mean twenty four hours excretion of uric acid was 342.05 mg± 95.02. Inflammatory syndrome was found amongst 96 patients (69.06%). Urates crystals were searched for 135 patients; amongst them, 120 were found positive (88.88%). The more frequent co-mobidities were: obesity in 108 patients (77.69%); alcoholism in 87 patients (62.6%); hypertension in 65 patients (46.8%). Radiological signs of gouty arthritis were found in 33 patients (23.7%).
Conclusion: clinical features of gout in Cameroon were similar to those seen in western countries and African literature.
Key words: gout, hyperuricemia, urates, Cameroon, Africa

INTRODUCTION

La goutte est une maladie due à un trouble du métabolisme de l'acide urique, caractérisé par des dépôts de cristaux d'urate monosodique dans les articulations et les tissus mous. Elle touche 1 à 2% de la population adulte dans les pays développés [1]. En Afrique Sub Saharienne, cette maladie était considérée comme rare avant les années 80, et, les premiers travaux rapportaient des séries anecdotiques [2]. Plus récemment, les travaux de Mijiyawa au Togo [3], Bileckot au Congo [4] et Singwé-Ngandeu au Cameroun [5] avaient constaté une augmentation de la fréquence de cette pathologie. Les facteurs de risque de l'hyperuricémie et de la goutte décrits dans la

littérature en occident étaient rapportés dans les études menées au Togo et en Afrique du sud [3, 6]. Au Cameroun, la modification du mode de vie pourrait jouer un rôle dans la prévalence et la sévérité de la goutte. Le but de cette étude était de décrire les aspects cliniques de la goutte en milieu Camerounais.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers (un dossier par patient) archivés de Janvier 2004 à Décembre 2007. Cette étude était menée dans le service de Rhumatologie de l'Hôpital Central de Yaoundé. Le diagnostic de goutte était retenu sur les critères l'American College of Rheumatology (ACR) [7]. Les dossiers des patients ayant une hyperuricémie asymptomatique, une arthrite septique ou un rhumatisme inflammatoire n'étaient pas retenus.

Pour tout dossier retenu, les données démographiques (âge, sexe, profession, lieu de résidence), les données cliniques (motif de consultation, antécédents personnels et familiaux, les co-morbidités, les signes généraux et physiques) et les résultats des examens biologiques (hémogramme, vitesse de sédimentation, protéine C-réactive, uricémie, profil lipidique, glycémie, urée et créatinine sanguines, protéinurie, uraturie de 24heures, présence ou non de cristaux d'urate dans le liquide synovial) et radiologiques) étaient notés sur une fiche technique de collecte de données préalablement établie. L'obésité, recherchée pour tous les patients, était définie comme une valeur de l'indice de masse corporelle supérieure à 27Kg/m^2 pour l'homme et 25 Kg/m^2 pour la femme. L'énolisme, défini comme une consommation d'alcool (bières, whisky, vin de palme local, vin de maïs ou de mil local) excédant quatre verres par semaine, était systématiquement recherché pour chaque patient. Etait considérée comme une mono arthrite l'atteinte d'une seule articulation,une oligoarthrite l'atteinte de plus d'une articulation mais de moins de 5 articulations, une polyarthrite l'atteinte d'au moins 5 articulations. Le syndrome inflammatoire était défini comme une augmentation de la vitesse de sédimentation supérieure à 20 mm à la première heure pour l'homme et à 25mm à la première heure pour la femme, un taux de protéine C-réactive supérieur à 6mg/l dans les deux sexes et un taux de leucocytes sanguins supérieur à 10000/mm^3. L'hyperuricémie était définie comme étant un taux d'acide urique > à 60mg/l pour la femme et > 70mg/l pour l'homme. Suivant les valeurs de l'uraturie de 24 heures, les patients étaient classés en trois groupes : normo-excréteur (uraturie comprise entre 350 et 600mg/24heures), hyper-excréteur (uraturie supérieure à 600mg/24 heures) et hypo-excréteur (uraturie inférieure à 350mg/24 heures). La ponction articulaire était réalisée chaque fois en cas de possibilité et le liquide synovial était de type inflammatoire s'il contenait plus de 2000 leucocytes /mm^3.

RESULTATS

139 dossiers dont 131 hommes (94.2%) et 8 femmes (5.8%) remplissant les critères d'inclusion étaient retenus pour cette étude. Le sex ratio était de 16.....La moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 55.74 ans ±10.38 (extrêmes : 24 et 85). Cette moyenne était de 47.77±10.30 ans pour les hommes et de 62.75±7.08 ans pour les femmes. La médiane de la durée d'évolution au moment du diagnostic était de 5 mois (extrêmes : 0 et 62 mois). Le tableau I résumait l'âge par sexe au début de la maladie. Les données démographiques et les manifestations cliniques étaient résumées dans le tableau II. La fréquence des différentes atteintes articulaires était reportée dans le tableau III. Les tophus, cliniquement observés pour 47 patients étaient localisés au coude 20 fois (42.56%) , aux pieds 11 fois (23.40%) , aux mains et aux genoux respectivement 8 fois (17.02%) .

Les manifestations biologiques observées étaient: l'uricémie moyenne de 76mg/l ±29.37 (extrêmes : 36 à 108mg/l) pour cette population d'étude, une hyper uricémie pour 128 patients (92.08%). La sécrétion moyenne d'acide urique dans les urines des 24heures était de 342.05 mg ± 95.02. 120 patients (86. 333%) étaient normo-excréteurs, 13 patients (9.35%) étaient hypo-excréteurs et 6 patients (4.31%) étaient hyper-excréteurs. Le syndrome inflammatoire était présent dans 96 cas (69.06%). La recherche de cristaux monosodiques d'urate était faite pour 135 patients et était positive pour 120 patients (88.88%). La protéinurie asymptomatique n'était pas retrouvée.

Sur le plan radiologique, les signes d'arthropathie uratique étaient observés parmi 33 patients (23.7%).

DISCUSSION

Durant cette étude qui avait pour but de décrire les aspects cliniques de la goutte en milieu Camerounais, 139 cas de goutte remplissant les critères d'inclusion étaient observés. En Afrique Sub Saharienne, d'importants travaux portant sur la goutte étaient menées au Togo (160 patients) [3], à Brazzaville (60 patients) [4] et en Afrique du Sud (90 et 107 patients) [6,8]. La présente étude montre une augmentation croissante de la prévalence de la goutte en Afrique Sub Saharienne. Cette augmentation pourrait s'expliquer par la modification du mode de vie des populations dans ces régions. La moyenne d'âge au début de la goutte était de

48.64±10.71 ans dans le présent travail, ce qui est proche de celle rapportée par d'autres auteurs africains [3,8]. En effet, la goutte, fréquente après 40 ans, est considérée comme première cause d'arthrite dans cette tranche d'âge [9]. L'âge de début était plus élevé pour les femmes (62.75±7.08 ans), ce qui est en conformité avec les données de la littérature [10]. La plus part des patients dans la présente étude étaient des citadins. Ceci peut être lié à un faible accès aux soins, un manque d'éducation médicale, dans un environnement sans assurance maladie, particulièrement pour les personnes vivant en milieu rural. Dans cette série, l'obésité était fréquente. Le lien entre la goutte et l'obésité a été rapporté par les auteurs occidentaux [11]. L'obésité augmenterait le taux sanguin d'acide urique par un double mécanisme : stimulation de la synthèse de l'acide urique et diminution de son élimination rénale [12]. L'atteinte oligo-articulaire était plus fréquente dans la présente étude, ce qui contraste avec les observations de Zomalheto et coll. qui trouvait une prédominance des formes polyarticulaires en Côte d'Ivoire [13]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans la série de Zomalheto, le diagnostic de goutte était plus tardif (moyenne de la durée d'évolution avant le diagnostic de 11.82 ans) tandis que dans la présente étude, la plus longue durée d'évolution de la goutte avant le diagnostic était de 5ans. Le diagnostic était plus précoce. Ce long délai avant le diagnostic favorise la survenue des formes polyarticulaires comme le mentionnaient Mijiyawa [14] et Nzenze [15] dans leurs travaux. Le tophus était retrouvé parmi 47 patients (38.81%). Cette fréquence est supérieure à celle des formes observées au Togo, dans la plus importante série africaine publiée à ce jour [3]. L'hyper uricémie était fréquente dans le présent travail, observée parmi 128 patients (92.08%), ce qui et en accord avec les données de la littérature. En effet, le risque de développer la goutte augmente avec l'élévation de l'uricémie [16]. La présence des cristaux d'acide urique dans le liquide articulaire était observée pour un grand nombre de patients de cette série et avait constitué le goal standard pour le diagnostic de la goutte, tel que recommandé dans la littérature [17], bien que dans certains cas, le diagnostic soit basé sur la clinique et les lésions radiologiques.

Dans la présente série, 87 patients avaient une consommation régulière d'alcool et 65 étaient hypertendus. L'alcool et l'hypertension artérielle ont un rôle prédictif dans la survenue de la goutte parmi les sujets hyperuricémiques [18]. La relation de cause à effet entre l'hypertension artérielle et la goutte reste complexe. L'insuffisance rénale secondaire à l'hypertension artérielle diminue l'excrétion rénale d'urate, mais cette baisse de l'excrétion rénale d'urate peut également être due à d'autres facteurs tels que l'obésité [12] ; certains travaux insistent sur le rôle des diurétiques dans la baisse de l'excrétion rénale d'urate [19]. Dans la présente étude, la prise de diurétiques était observée pour 43 patients. La drépanocytose hétérozygote était rarement observée dans cette série contrairement aux travaux de Mijiyawa au Togo ; toutefois, l'hémoglobinopathie S ne paraît pas être un facteur de risque pour la goutte [3,4].

CONCLUSION

Les manifestations de la goutte au Cameroun sont similaires à celles décrites dans la littérature occidentale et africaine. Elle touche plus l'homme que la femme. La forme oligo-articulaire est la plus fréquente et l'obésité est la co-morbidité la plus retrouvée.

REFERENCES

1. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet 2009; 17:
2. Kibukamusoke J W. Gout in Africans. East Afr Med J 1963; 40: 348-354
3. Mijiyawa M, Oniankitan O. Facteurs de risque de la goutte chez des patients togolais. Revue du Rhum 2000 ; 67 : 621-626
4. Bileckot R, Ntsiba H, Mbongo JA, Sigamong EV, Masson C, Brégon C. Aspects épidémiologiques et cliniques de la goutte en Afrique équatoriale. Rev Rhum Mal Osteoartic 1991.58 :863-867.
5. Singwe – Ngandeu M, Meli J, Ntsiba H, Nouédoui C, Yollo AV, Sida MB, Muna WF. Rheumatic diseases in patients attending a clinic at a referral hospital in Yaounde, Cameroon. East afr Med J. 2007; 84:404-409.
6. Tickly M, Belligan A, Lincoln D, Russel A. Rik factors for gout: an hospital based study in urban Black South Africans. Revue Rhum 1998; 65:225-231.
7. Wallace SL, Robinson H, Masi AT, Decker JL, McCarty DJ,Yü TF. Preliminary criteria for classification of acute gout of primary gout. Arthritis Rheum 1977; 20:895-900.
8. Cassim B, Mody GM, Deenadayalu VK, Hammond MG. Gout in black South Africans: a clinical and genetic study. Ann Rheum Dis 1994; 53:759-62.
9. Wallace KL, Riedel AA, Joseph Ridge N, Wortmann R. Increasing prevalence of gout and hyperuricémia over 10 years among older adults in a managed care population. J Rheumatol 2004;31:1582-7
10. Macfarlane D G, Dieppe P A. Diuretic induced gout in elderly women. Br J Rheumatol 1985; 24:155-7.

11. Annemans L, Spaepen E, Gaskin M, Bonnemaire M, Malier V, Gilbert T, Nuki G. Gout in the UK and Germany: prevalence, co-morbidities and management in general practice 2000-2005. Ann Rheum Dis 2008; 67:960-966.
12. Dessein P, Shipton E, Stanvix A, Joffe B, Ramokgadi J. Beneficial effects of weight loss associated with moderate calorie/carbohydrate restriction, and increased proportional intake of protein and unsaturated fat on serum urate and lipoprotein levels in gout: a pilot study Ann Rheum Dis 2000; 59:539:543.
13. Zomalheto Z, Eti E, Daboiko JC, Ouali B, Ouattara B, Gbane M, Nankeu S, Kouakou NM. Goutte primitive polyarticulaire à Abidjan: Etude comparative des formes polyarticulaires et monoarticulaires. Med Afr Noire 2008 ; 55 :609-612.
14. Mijiyawa M. la goutte en Afrique Noire. Rev Med Interne 1994 ; 15 :797-799.
15. Nzenze JR, Belembeago E, Magne C, Sanou AS, Coniquet S, Moussavou-Kombila JR et al. Panorama des arthropathies inflammatoires à libreville : analyse d'une série de 57 observations. Med Afr Noire 2001 ; 48 :399-402.
16. Rott K T, Agudelo C A. Gout. JAMA 2003 ; 289 :2857-2860.
17. Schlesinger N. Diagnosis of gout: clinical, laboratory and radiological findings. Am J Manag Care 2005; 11: S443-S450.
18. Campion E W, Glynn R J, De Labry L O. Asymptomatic hyperuricémia. Risks and consequences in the normative aging study.Am J Med 1987; 82:421-426.
19. Gonzalez E, Miller S, Agudelo C. Optimal management of gout in older patients. Drug aging 1994; 4:128-134.

Tableau I. Répartition des patients par sexe et âge de début de la maladie

Sexe	**H/F**	**131/8**
Age au début	**Hommes**	**Femmes**
<20	2	0
20 – 29	1	0
30 – 39	15	0
40 – 49	59	0
50 – 59	43	2
60 – 69	6	5
70 – 79	5	1

Tableau II: Données démographiques des patients et manifestations cliniques de la goutte

Nombre de patients (H / F)	132(94.41%) / 7(7.76%)
Age moyen de début de la goutte	48.64±10.71
Age moyen au diagnostic	55.74±10,38
Durée d'évolution (médiane en mois, extrêmes)	5 (0 à 62)
Durée < 12 mois	115 (82.7%)
	24 (17.3%)
Duré ≥ 12 mois	
Résidence (urbaine/rurale)	132 (94.96%) / 7(5.03%)
Antécédents familiaux de goutte (nombre / %)	20 (14.38%)
Manifestations cliniques (nombre / %)	
	67 (48.2%)
Oligoarthrite	43 (30.93%)
Polyarthrite	29 (20.86%)
Monoarthrite	
Tophus (nombre / %)	47 (33.81%)
Co-morbidités (nombre /%)	
Obésité	108 (77.69%)
Enolisme	87 (62.6%)
Hypertension artérielle	65 (46.8%)
Prise de diurétiques	43 (30.9%)
Dyslipidémie	31 (22.3%)
Diabète	25 (18%)
Insuffisance rénale chronique	19 (13.7%)
Hémoglobinopathie AS	5 (3.59%)

Tableau III. Articulations touchées

Articulations touchées	**Nombre (%)**
Chevilles	67 (48.20%°
MTP 1er rayon	65 (46.76%)
Genoux	60 (43.16%°
Poignets	30 (21.58%)
Coudes	26 (10.70%)
Epaules	4 (2.87%)
Autres articulations	3 (2.15%)
Atteintes extra articulaires (bursite)	10 (7.19%)