



Article Original

La Crise de Goutte chez le Sujet Malien : Une Étude Hospitalière de 831 Cas

Gout Attack in Malian Subjects: A Hospital Study of 831 Cases

Touré Sidi¹, Pamanta Ibrahim Sory^{1,2}, Diallo Seydou F¹, Djonh Minaitou Dagnon¹, Touré Mohomodine Ibrahim³, Maiga Alassane Baneye², Nanakassé Boubacar¹, Cissé Cheick Abdel Kader², Kodio Boureima⁴, Sangaré Fanta⁵, Diakité Fatoumata⁶, Konaté Moussa⁷, Touré Alkaya⁸, Tolo Nagou⁹, Keita Kaly¹⁰, Cissoko Mamadou¹⁰, Landouré Guida^{2,11}, Traoré Hamar Alassane^{2,10}, Cissé Idrissa Ah^{1,2}

Affiliations

1. Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire « Point G », Bamako, Mali
2. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Bamako, Mali
3. Service de Médecine, Hôpital Régional de Sikasso, Sikasso, Mali
4. Clinique « Primum Non Nocere », Bamako, Mali
5. Service de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Mère – Enfant Luxembourg, Bamako, Mali
6. Service de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire « Gabriel Touré », Bamako, Mali
7. Service de Radiologie, Centre Hospitalier Universitaire « Point G », Bamako, Mali
8. Service de Néphrologie et d'Hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire « Point G », Bamako, Mali
9. Service de Médecine Interne Centre Hospitalier Universitaire « Pr Boubacar Sidi Sall », Kati, Mali
10. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire « Point G », Bamako, Mali
11. Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire « Point G », Bamako, Mali

Auteur correspondant :

Sidi Touré, Service de Rhumatologie BP : 333, CHU du Point G, Bamako, Mali,
Email : sidalhadj@yahoo.fr,
Tel : +223 76429332

Mots clés : Crise de goutte, Rhumatologie, Bamako, Mali

Key Words: Gout flare, Rheumatology, Bamako, Mali

Article history

Submitted: 12 February 2025
Revisions requested: 10 March 2025
Accepted: 25 March 2025
Published: 31 March 2025

RÉSUMÉ

Introduction. La crise de goutte, liée à la précipitation de cristaux d'acide urique, est fréquemment déclenchée par des écarts alimentaires ou l'arrêt des hypouricémiants. Cette étude décrit les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques des crises de goutte au service de Rhumatologie du CHU Point G (Bamako, Mali). **Méthodes.** Une étude mono-centrique rétrospective et prospective (2005–2021) a inclus des patients diagnostiqués selon les critères de Rome ou une sémiologie évocatrice. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été analysées via SPSS v21 (test χ^2 ; * $p < 0,05$). **Résultats.** Sur 1888 dossiers de goutte (7,07 % des consultations), 831 crises aiguës ont été identifiées. L'âge moyen était de 56,8 ans (extrêmes : 17–119 ans), avec une prédominance masculine (59 %). Les professions sédentaires (27,2 %) et les ménagères (25,4 %) étaient majoritaires. Les facteurs déclenchants incluaient une consommation élevée de viande rouge (83,75 %) et de haricots secs (13,47 %). Un surpoids/obésité (73,67 %) et une HTA (53,6 %) étaient fréquents. La monoarthrite touchait principalement la MTP de l'hallux (40,55 %), le genou (24,67 %) et la cheville (7,58 %). L'hyperuricémie (88,2 % ; uricémie moyenne : 495,6 $\mu\text{mol/L}$) et un syndrome inflammatoire (VS élevée : 41,5 % ; CRP+ : 37,8 %) étaient notables. Des complications rénales (26 cas d'hyperuricémie néphrogénique ; 241 cas d'insuffisance rénale) et une lithiase (4 %) ont été observées. Le traitement reposait sur la colchicine (97,6 %), souvent associée aux AINS (37,1 %). L'allopurinol (97,4 %) était le traitement de fond principal. Une amélioration clinique significative (75–100 %) a été rapportée chez 33,6 % des patients, mais 24,49 % avaient un suivi irrégulier. Six décès ont été enregistrés. **Conclusion.** Cette étude souligne la prévalence élevée de la goutte chez les hommes âgés, associée à des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires. Malgré l'efficacité de la colchicine et de l'allopurinol, le suivi irrégulier et les complications rénales mettent en lumière la nécessité d'une éducation thérapeutique et d'un suivi structuré pour réduire la morbidité.

ABSTRACT

Introduction. Gout attacks are linked to the precipitation of uric acid crystals in the joints. They are often triggered by dietary deviation and/or discontinuation of urate-lowering therapy. Metatarsophalangeal (MTP) involvement of the hallux in adult men is pathognomonic. Management is based on the prescription of colchicine, NSAIDs, and lifestyle and dietary measures. The aim was to clarify the clinical, paraclinical, and therapeutic characteristics of gout attacks in the Rheumatology Department of Point G University Hospital. **Methodology.** This was a single-center, cross-sectional study over a 17-year period [from January 1, 2005, to December 31, 2021]. It included the records of patients without gout seen in the outpatient clinic who had experienced at least one gout attack. Patients were included according to suggestive semiology and/or the Rome criteria. **Results.** 831/1888 gout patient files met the inclusion criteria, or 44.01%. The modal class was 60–69 years with 31.3% of the population. Men were the majority (57%). Overweight was found in 73.67% of patients. The disparate monoarthritis in our series (80.17%) was distributed between the MTP, knee, ankle and midfoot. Joint deformity noted in 11.6% was associated with comorbidities. The majority of patients (59.0%) had a single gout attack during their follow-up. Hyperuricemia was observed in 51.4%. Treatment of gout attacks with colchicine was the rule, in 97.6% of patients. Allopurinol was prescribed in 95.3% of patients. A clinical improvement of 75% to 100% was reported by 33.6% of patients. **Conclusion.** Gout flares are a common reason for rheumatology consultations. The arthritis is characterized by multiple and monoarticular joints. Allopurinol is the first-line treatment.

INTRODUCTION

La crise de goutte est une réaction inflammatoire liée à la précipitation de cristaux d'acide urique dans les articulations. Elle est souvent déclenchée par un écart de régime et /ou l'arrêt d'un traitement hypouricémiant. Le diagnostic est souvent aisé avec l'atteinte pathognomonique de la métatarso-phalangienne (MTP) de l'hallux chez l'homme adulte même avec une uricémie normale (1). La prise en charge est basée principalement sur la prescription de colchicine, d'AINS, d'antalgiques en plus des mesures physiques et hygiéno-diététiques (2). Le but était de préciser les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques de la crise de goutte dans le service de Rhumatologie du CHU Point G.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude monocentrique, rétro et prospective sur 17 ans [du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2021]. Elle s'est déroulée dans le Service de Rhumatologie au Centre Hospitalo-Universitaire Point G de Bamako. Ont été compilés, les dossiers des patients chez qui le diagnostic de crise de goutte a été retenu selon une sémilogie évocatrice et ou les critères de Rome, sans distinction d'âge ni de sexe. Une fiche d'enquête anonyme, remplie à partir des dossiers des patients a servi pour le recueil des données. Les variables étudiées étaient sociodémographiques (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle), cliniques (antécédents, comorbidités, caractéristiques de la douleur notamment facteurs déclenchants, l'Indice de Masse Corporel) paracliniques (biologiques, échographiques et radiographiques) et thérapeutiques. La saisie et traitement de texte ont été faits sur Office Word 2019 ; l'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS Version 21. Le test statistique utilisé était le khi deux (significatif pour : $p < 0,05$). Ce travail relève du processus de suivi même à posteriori des patient(e)s traité(e)s pour goutte dans le service. L'accès limité aux données des patients et la fiche d'enquête anonyme ont prévalu.

RÉSULTATS

Nous avons recensé 1888 dossiers de goutte, soit 7,07 % des consultant(e)s en 17 ans. La crise de goutte a concerné 831 patients, soit 44,01%. La tranche d'âge la plus représentée était celle 60-69 ans avec 31,3 % des cas. L'âge moyen était 56,78 ans avec des extrêmes de 17 et 119 ans [un écart-type de 12,13]. Le sexe masculin était majoritaire avec 59 % des patients. Les fonctionnaires (médecin, administrateur, comptable, policier) et les ménagères ont prépondéré avec respectivement 27,2 % et 25,4 % de l'effectif. La viande rouge et le haricot sec étaient les aliments purinophores les plus consommés, respectivement 83,75% et 13,47% des cas. Un surpoids ou une obésité était retrouvé dans 73,67 % des cas. L'HTA était la maladie cardiovasculaire la plus associée à la crise de goutte avec 53,6 %. Les diurétiques étaient prescrits chez 50,54 % des patients. La douleur articulaire (82, 3 %) et/ou locorégionale (16,8 %) était constante. La monoarthrite intéressait surtout les articulations suivantes : la MTP de l'hallux (40,55%), le genou (24,67 %), la cheville (7,58 %). Un cas de monoarthrite septique du

genou à *Acinetobacter calcavar iwofi* est survenu chez un goutteux chronique. Un syndrome inflammatoire biologique marqué par une VS accélérée était observé dans 41,5% des cas. La CRP était positive chez 47,72 % des patients l'ayant effectuée, soit 37,8 % de la population d'étude. Une hyperuricémie a été constatée chez 88,2% des patients. La moyenne du taux d'acide urique dosé était 495,6 $\mu\text{mol/l}$. La clairance de la créatinine était normale chez 67,9%. Des cas d'altération de la fonction rénale comportant une hyperuricémie (N = 26) ou des cas de goutte altérant la fonction rénale (N = 241) ont été retrouvés dans la population d'étude. Une lithiase était retrouvée chez 4% des patients, la localisation était surtout rénale. L'UIV n'avait été réalisée que chez trois (03) patients. Le traitement de la crise douloureuse de goutte par la colchicine était de règle, 97, 6%. Il était associé aux AINS dans 37,1% des cas. Le traitement de fond le plus utilisé était l'Allopurinol avec 97,4%. Le Febuxostat et Benzbromarone étaient moins utilisés. Une amélioration clinique de 75% -100% selon l'échelle verbale simple était rapportée par 279 patients soit 33,6 %. Les consultations étaient irrégulières chez 24,49 % des patients. Six cas de décès ont été enregistrés.

DISCUSSION

Nous avons recensé 1888 dossiers de goutte pour cette étude, soit 7,07 % des consultant(e)s en 17 ans. La crise de goutte a concerné 831 patients, soit 44,01%. La taille de l'échantillon s'explique par le caractère rétro-prospectif de l'étude (17 ans). Il existe peu de données sur la crise de goutte en Afrique. Les études réalisées ont porté sur la maladie dans sa globalité : Barry A et al au Sénégal 106 Cas (3), Bileckot R et al au Congo Brazzaville 60 cas (4), Cassim B et al en Afrique du Sud 107 cas (5) et Mijiyawa M et al au Togo 160 cas (6). Au Mali, en 2010, L'APPROCHE Steps Wise de surveillance des MNT appliquée à la goutte (100 cas) a permis d'en déterminer les facteurs de risque par Kodio et al (7). La tranche d'âge la plus représentée était 60-69 ans avec 31,3 %. L'âge moyen était 56,78 ans avec des extrêmes de 17 et 119 ans [un écart-type de 12,13]. Dans la série Togolaise rapportée par Mijiyawa M et al (6), l'âge moyen au début de la goutte était 44 ans. La différence entre les habitudes alimentaires des pays côtiers (riche en aliment purinophore) et ceux des sahéliens (maliens) pourraient expliquer ce résultat. Le sexe masculin était majoritaire avec 59 %. En effet l'homme est plus atteint que la femme avant 60 ans. La prédominance masculine avant 50 ans est rapportée par plusieurs auteurs (6,8,9). La femme serait protégée par la balance hormonale avant la ménopause (10). La viande rouge était l'aliment purinophore la plus consommée par les patients. La crise de goutte jadis, était l'apanage des bons vivants. En effet il est rapporté qu'elle survenait souvent après un repas copieux et bien arrosé (11). Le surpoids et l'obésité étaient communs aux patients ayant fait la crise de goutte, soit 73,67 %. Ce constat a été fait par N'Gandeu et al (77,69 %) (12). Il y a une tendance à l'obésité en Afrique, favorisée par l'urbanisation, les modifications des habitudes alimentaires, la sédentarité, la prépondérance des féculents et des céréales dans l'alimentation. L'obésité est

de perception socioculturelle appréciée (13). L'HTA était la maladie cardiovasculaire la plus associée à la crise de goutte avec 53,6 %. Bien que réalisée dans le même service, Kodio et al (7) ont trouvé 74 % de cas d'HTA. Les diurétiques étaient prescrits chez 50,54 % des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Kodio et al (7) (91,89 %). Les diurétiques de moins en moins prescrits chez les patients gouteux au profit du Losartan (Antagoniste de l'Angiotensine II) expliquerait cette différence. La douleur articulaire (82,3 %) et/ou locorégionale (16,8 %) était constante. La disparate monoarthrite dans notre série (la MTP, le genou et la cheville) contraste avec la classique monoarthrite de la MTP rapportée dans la littérature (6,14). La manifestation oligo-articulaire et polyarticulaire, fréquente dans cette série, pourrait s'expliquer par la survenue de la crise chez des patients gouteux chroniques.

La majorité des patients (59,0 %) avaient fait une seule crise de goutte pendant le suivi bien que la durée du traitement soit variable eu égard à la longue période d'étude (17 ans). Une étude rétrospective montre qu'une réduction de la récurrence des crises de goutte est associée à la prise d'un hypo-uricémiant et la réduction de l'uricémie en dessous du seuil (15). Cependant, Pascart T (1) rapporte une tendance à la récurrence selon une fréquence variable d'un individu à l'autre, allant de quelques semaines à quelques mois voire des années. Les prévisions ont donné 60 % de récurrences dans l'année suivant le diagnostic de goutte (16). La goutte étant une maladie métabolique inflammatoire par excellence (17). La CRP était positive chez 47,72 % des patients l'ayant fait, soit 37,8 % de la population d'étude. Une hyperuricémie a été constatée chez 88,2% des patients. La moyenne du taux d'acide urique dosé était 495,6 µmol/l. Takongmo S et al ont rapporté un taux supérieur (540 µmol/l) (18). Un taux d'uricémie normal au cours de la crise de goutte n'est pas exceptionnel d'où l'intérêt d'un second dosage à distance (notion de goutte). Le traitement de la crise douloureuse de goutte par la colchicine était de règle, 97,6%. Il était associé aux AINS dans 37,1% des cas. La colchicine seule est très efficace sur les symptômes aigus de la goutte, constituant souvent un test diagnostique. Elle doit être prescrite dès le début de l'accès avec réduction des doses adaptées au fur et à mesure à la réponse thérapeutique. Les AINS sont un bon appoint en cas de persistance des douleurs malgré la prise de colchicine (19). Le traitement de fond le plus utilisé était l'Allopurinol avec 97,4% sans déterminer l'impact de sa prescription sur la résolution de la crise de goutte. Actuellement, la période la plus appropriée pour l'initiation du traitement hypouricémiant durant une crise de goutte reste un sujet à controverse (19–21).

Le Febuxostat et Benzbromarone étaient moins utilisés en raison du coût onéreux. Une étude randomisée (22) a analysé les avantages et inconvénients de l'instauration du Febuxostat pendant une crise aiguë de goutte chez des patients Chinois. D'après les résultats, l'administration précoce du Febuxostat n'a pas conduit à des différences significatives concernant la douleur quotidienne, les récurrences, les marqueurs de l'inflammation ou les effets indésirables. Cependant permettait d'atteindre rapidement

le taux cible d'acide urique. Une amélioration clinique de 75% -100% selon l'échelle verbale simple était rapportée par 279 patients soit 33,6 %. Les consultations étaient irrégulières chez 24,49 % des patients. Cette irrégularité du suivi serait probablement due au manque de ressources financières. Six (06) décès ont été enregistrés durant l'étude plus en rapport avec les comorbidités (insuffisance rénale et cardiovasculaire).

CONCLUSION

La crise de goutte est un motif fréquent de consultation en rhumatologie. La topographie de la monoarthrite est plutôt disparate. Elle touche plus l'homme que la femme. L'Allopurinol demeure le traitement de première ligne avec une bonne tolérance cutanée à priori.

DÉCLARATIONS

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la [déclaration d'Helsinki](#).

L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et/ou à la révision critique du contenu intellectuel du manuscrit, et ont approuvé la version finale soumise pour publication. Dr Sidi TOURE, Dr Pamanta Ibrahim Sory, Dr Seydou F DIALLO, Dr Maiga Alassane Baneye, Pr Landouré Guida et Pr Cissé Idrissa Ah ont eu accès à l'ensemble des données de l'étude et assument la responsabilité de l'intégrité des données et de l'exactitude de leurs analyses.

RÉFÉRENCES

1. Pascart T, Flipo RM. La goutte : présentations cliniques et diagnostic. *Revue du Rhumatisme*. 1 oct 2011;78: S116-21.
2. Regy L. La maladie goutteuse : pathologie, traitements et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la goutte. *Enquêtes réalisées en officine auprès de patients gouteux et de pharmaciens*. 2 févr 2021;176.
3. Abdoulaye B, Moriba T, Condé K, Ab K, Boubacar BA, Moustapha N, et al. Arthropathies Microcristallines : à Propos de 150 Cas au Sénégal. *European Scientific Journal*, ESJ. 20 sept 2022 ;9 :196-196.
4. Bileckot R, Ntsiba H, Mbongo JA, Sigamong EV, Masson C, Brégeon C. [Epidemiological and clinical aspects of gout in equatorial Africa. Apropos of 60 cases followed in the Department of Rheumatology of the Teaching Hospital Center in Brazzaville]. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. déc 1991;58(12):863-7.
5. Cassim B, Mody GM, Deenadayalu VK, Hammond MG. Gout in black South Africans: a clinical and genetic study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 nov 1994;53(11):759-62.

6. Mijiyawa M, Oniankitan O. Facteurs de risque de la goutte chez des patients togolais. *Revue du Rhumatisme*. 1 oct 2000;67(8):621-6.
7. Kodio B, Pamanta IS, Sylla C, Kayentao K, Dolo H, Cisse IA. Step wise approach of gout in the rheumatology ward of Point-G University Teaching Hospital of Bamako, Mali. *African Journal of Rheumatology*. 2015;3(1):22-6.
8. Chang HY, Pan WH, Yeh WT, Tsai KS. Hyperuricemia and Gout in Taiwan: Results from the Nutritional and Health Survey in Taiwan (1993-96). *The Journal of Rheumatology*.
9. Lin KC, Lin HY, Chou P. Community based epidemiological study on hyperuricemia and gout in Kin-Hu, Kinmen. *J Rheumatol*. 1 avr 2000 ;27(4) :1045-50.
10. Lioté F, Bardin T. Les arthropathies microcristallines : des avancées pathogéniques aux nouvelles thérapeutiques biologiques. *Revue du Rhumatisme*. 1 févr 2007 ;74(2) :127-30.
11. La goutte : symptômes et traitement d'un excès d'acide urique [Internet]. [Cité 13 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.pharma-gdd.com/fr/la-goutte-symptomes-et-traitement-d-un-exces-d-acide-urique>
12. 17d.pdf [Internet]. [Cité 13 mars 2025]. Disponible sur : <https://malimedical.org/2009/17d.pdf>
13. Mijiyawa M, Bouglouga OE. Hyperuricémie et goutte en zone intertropicale. *Revue du Rhumatisme*. 1 févr 2003;70(2):152-6.
14. Livre: Décision en rhumatologie écrit par Marie-Christophe Boissier - Vigot [Internet]. [Cité 13 mars 2025]. Disponible sur : https://www.lalibrairie.com/livres/decision-en-rhumatologie_0-964292_9782711412754.html
15. Sun R, Lu J, Li H, Cheng X, Xin Y, Li C. Évaluation de l'initiation du fébuxostat durant une crise de goutte aiguë. Étude clinique randomisée prospective. *Revue du Rhumatisme*. mai 2021;88(3):216-22.
16. So A, Busso N. Actualités sur la goutte en 2012. *Revue du Rhumatisme*. 1 nov 2012 ;79: A22-6.
17. Hilliquin P, Hilliquin P. La goutte : principales manifestations, étiologies, traitement - Gout. *Concours Medical (Paris)*. 1 janv 2004;(Paris):1589-92.
18. Takongmo S, Singwé-Ngandeu M, Kamga HG, Pisoh C, Guifo ML, Farikou I, et al. Complications tophiques de la goutte au chu de yaounde : analyse d'une serie de 24 cas. *health sciences and disease [Internet]*. 2009 [cité 13 mars 2025] ;10(4). Disponible sur : <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/90>
19. Yamanaka H, Japanese Society of Gout and Nucleic Acid Metabolism. Japanese guideline for the management of hyperuricemia and gout: second edition. *Nucleosides Nucleotides Nucleic Acids*. déc 2011;30(12):1018-29.
20. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. oct 2012;64(10):1431-46.
21. Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. oct 2012;64(10):1447-61.
22. Sun R, Lu J, Li H, Cheng X, Xin Y, Li C. Évaluation de l'initiation du fébuxostat durant une crise de goutte aiguë. Étude clinique randomisée prospective. *Revue du Rhumatisme*. mai 2021;88(3):216-22.