RAFMI

REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE

LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (2-2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci,

dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(rafmi.org).**

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Etude comparative de la polyarthrite rhumatoïde (PR) à début tardif (PRDET) et de la PR à début précoce (PRDEP) à l'hôpital national de Zinder (Niger)** **7-12**
   Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taofik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. **Polyendocrinopathies auto-immunes : étude multicentrique en Côte d'Ivoire** **13-18**
   Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. **Dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar** **19-24**
   Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaide AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. **Profil épidémiologique, thérapeutique et surveillance des patients diabétiques de type II sous antidiabétiques oraux à Lomé** **25-30**
   Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. **Prévalence de la dyslipidémie chez les patients atteints de diabète de type 2 à Bouaké, Côte d'Ivoire** **31-37**
   Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. **Facteurs associés au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)** **38-43**
   Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. **Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques** **44-50**
   Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. **Evaluation de la réinsertion socioprofessionnelle des hémiplégiques vasculaires suivis en rééducation** **51-57**
   Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. **Preliminary's results study about socio-demographic and clinical aspects of elderly population living at home in Niamey (Niger)** **58-62**
   Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E
10. **Prévalence du syndrome métabolique chez le sujet hypertendu adulte en milieu cardiologique à Lomé** **63-71**
    Tchamdja T, Djalogue L, Kodjo K, Kaaga LY, Mossi KE, M'bortché BK, Koffi M, Djibril MA, Balaka A

CAS CLINIQUES

11. **Neurosarcoïdose révélatrice d'une sarcoïdose multiviscérale : cas clinique et revue de la littérature** **72-76**
    Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
12. **Polysérite et myocardite lupique chez l'homme : à propos d'un cas** **77-82**
    Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
13. **Un accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune africain secondaire à une maladie de Takayasu** **83-88**
    Diouf Mbourou N, Nyangui Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
14. **Goutte tophacée «historique» avec destructions ostéoarticulaires sévères et surinfection d'un tophus : à propos d'un cas** **89-92**
    Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. ***Comparative study of late-onset rheumatoid arthritis (LORA) and early-onset rheumatoid arthritis (EORA)) at the Zinder National Hospital (Niger)*** ***7-12***
   Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taofik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. ***Autoimmune polyglandular syndrome: multicentric study in Ivory Coast*** ***13-18***
   Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. ***Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brakial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar*** ***19-24***
   Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaide AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. ***Epidemiological, therapeutic and monitoring profile of type 2 diabetic patients on oral antidiabetics in Lome*** ***25-30***
   Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. ***Prevalence of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes in Bouaké, Côte d'Ivoire*** ***31-37***
   Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. ***Factors associated with death in hospitalization in hepatocellular carcinoma on cirrhosis in Bouake CHU (Ivory Coast)*** ***38-43***
   Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. ***Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features*** ***44-50***
   Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. ***Assessement of the socio-professional reintegration of vascular hemiplegia followed in rehabilitation*** ***51-57***
   Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. ***Résultats préliminaires sur les aspects socio-démographiques et cliniques de la population âgée vivant à domicile à Niamey (Niger)*** ***58-62***
   Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E
10. ***Prevalence of metabolic syndrome in adult hypertensive patients in a cardiological setting in Lome*** ***63-71***
    Tchamdja T, Djalogue L, Kodjo K, Kaaga LY, Mossi KE, M'bortché BK, Koffi M, Djibril MA, Balaka A

CASES REPORTED

11. ***Neurosarcoidosis revealing multivisceral sarcoidosis: case report and review of the literature.*** ***72-76***
    Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
12. ***Polyseritis and lupus myocarditis in men: a case report*** ***77-82***
    Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
13. ***Ischemic stroke young african caused by Takayasu disease*** ***83-88***
    Diouf Mbourou N, Nyangui Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
14. ***Historic tophaceous gout with severe osteoarticular destruction and superinfection of a tophus: about a case*** ***89-92***
    Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

Revue Africaine de médecine interne
(RAFMI)

Goutte tophacée « historique » avec destructions ostéoarticulaires sévères et surinfection d'un tophus : à propos d'un cas

Historic tophaceous gout with severe osteoarticular destruction and superinfection of a tophus: about a case

Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Kpami YCN, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan - République de Côte d'Ivoire)
Service de rhumatologie du CHU de Cocody (Abidjan - République de Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant : Dr Abidou Kawele COULIBALY

Résumé

La goutte tophacée est l'expression ostéoarticulaire et cutanée d'une hyperuricémie chronique qui peut survenir plusieurs années après des crises récurrentes d'arthropathies inflammatoires aigues. Cette complication métabolique est de plus en plus rare. Nous rapportons l'observation d'un patient présentant une goutte tophacée « historique » , avec tophus ulcéré surinfecté et une destruction ostéoarticulaire sévère.

Mots-clés : goutte - tophus surinfecté - destructions ostéoarticulaires.

Summary

Tophaceous gout is the osteoarticular and cutaneous expression of chronic hyperuricaemia which can occur several years after recurrent attacks of acute inflammatory arthropathy. This metabolic complication is increasingly rare. We report the case of a patient with "historical" tophaceous gout, with superinfected ulcerated tophus and severe osteoarticular destruction.

Keywords: gout - superinfected tophi - osteoarticular destruction.

Introduction

La goutte est une arthropathie microcristalline secondaire à une hyperuricémie entrainant des dépôts d'urate de sodium dans l'organisme **[1]**. Il s'agit d'une polyarthropathie asymétrique touchant le plus souvent les articulations distales, les coudes et les genoux **[2]**. La goutte tophacée, dernier stade de l'évolution de la maladie goutteuse chronique et sévère se manifeste par une atteinte polyarticulaire chronique et déformante, associée à des dépôts d'urates cutanées appelées tophus goutteux. C'est l'expression clinique d'une hyperuricémie chronique, manifestation actuellement rare **[3]**. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une goutte tophacée « historique » handicapante avec atteinte polyarticulaire, des tophi cutanés ulcérés surinfectés pa le staphylocoque doré et une importante destruction ostéoarticulaires.

Observation

Il s'agissait d'un patient de 70 ans, de sexe masculin ancien tabagique, non éthylique consommateur de gibier, hypertendu sous amlodipine, et atteint d'un adénome de la prostate ; admis en hospitalisation de rhumatologie pour une polyarthrite hyperalgique et invalidante. La symptomatologie articulaire s'était installée de façon progressive 5 ans auparavant, avec des épisodes de poussées et remissions. Il s'agissait d'une polyarthrite touchant les grosses, moyennes et petites articulations notamment, les épaules, les coudes, les poignets, les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes proximales et distales des 2 mains, les genoux, les chevilles, les métatarso-phalangiennes des 2 hallux. Il n'y avait pas d'atteintes du rachis. On notait un amaigrissement estimé à 10 kilogrammes. Le patient avait bénéficié de plusieurs traitements dont des anti-inflammatoires non stéroïdiens, et du fébuxostat interrompu volontairement par le patient après environ 1 mois de traitement. L'examen physique objectivait :

- Un bon état général
- Un syndrome articulaire périphérique avec un nombre d'articulations douloureuses à 15 et un nombre d'articulations gonflées à 5
- Des nodules sous cutanés, mous , indolores siégeant au tragus de l'oreille droite, en regard des 2 coudes, en regard de l'articulation interphalangienne proximale du 3ème rayon de la main droite, au genou gauche et à la cheville droite. (figure 1)
- Deux nodules ulcérés en regard de la métatarso-phalangienne des 2 hallux, à fond propre à droite et laissant soudre un liquide purulent à gauche. (figure 2 et 3)

-

Figure 1 : Tophus en regard de l'articulation interphalangienne proximale du 3ème rayon de la main droite

Figure 2 et 3 : Tophi ulcérés en regard de la métatarso-phalangienne des 2 hallux, à fond propre (fig. 3) et laissant soudre un liquide purulent (fig. 2).

A la biologie, on notait une hyperleucocytose à 11200 éléments/mm, à prédominance polynucléaires neutrophiles, une urémie à 0,64 g/l, une créatinémie à 30 mg/l et une uricémie égale à 98,9 mg/l. Au plan radiologique, on notait des lésions ostéolytiques avec destruction des articulations métatarso-phalangiennes des 2 hallux, une ostéolyse de la 1ère phalange du 5ème rayon du pied gauche (figure 4 et 5). Les prélèvements bactériologiques sur le tophus ulcéré mettaient en évidence le staphylocoque doré. Le diagnostic d'une crise aiguë de goutte polyarticulaire compliquant une goutte chronique tophacée, avec une surinfection de tophus ulcéré a été retenu. Le patient a été mis sous colchicine au moment de la poussée de l'arthropathie goutteuse, associé à du fébuxostat comme traitement de fond différé de l'hyperuricémie et un régime alimentaire hypouricémiant a été instauré. Par ailleurs un anti-staphylococcique par voie générale et locale a été prescrit pendant une durée de 10 jours. L'évolution initiale était satisfaisante avec une régression des douleurs et des gonflements articulaires et la disparation de l'écoulement purulent en regard du tophus ulcéré de l'articulation métatarso-phalangienne de l'hallux gauche.

Figure 4 et 5 : Ostéolyse avec destruction des articulations métatarso-phalangiennes des 2 hallux et de la 1ère phalange du 5ème rayon du pied gauche

Discussion

La goutte chronique s'installe après une dizaine d'années d'évolution, elle se caractérise d'une part par une atteinte polyarticulaire chronique et d'autre part par l'apparition de tophus. En l'absence de traitement, la goutte tophacée s'installe dans les 5 ans après le début de la maladie chez 30% des patients. L'atteinte polyarticulaire se manifeste par des synovites aiguës persistantes, symétriques ou non, épargnant classiquement hanches et épaules. C'est à cette phase de la maladie que se développe l'arthropathie goutteuse. L'ensemble des articulations, y compris axiales peut être atteint **[4]**. Au plan radiologique, typiquement, il s'agit de lésions érosives marginales ou périarticulaires avec expansion corticopériostée, alors que l'interligne articulaire et la minéralisation osseuse sont longtemps respectés. Le tophus intra-osseux donne l'aspect caractéristique en hallebarde sur les os tubulaires des mains ou des pieds **[1]**. Plus rarement, les dépôts d'urate dans l'os se traduisent par une géode, une lacune, une ostéolyse « pseudo-tumorale » comme dans le cas de notre patient, voire une opacité si le tophus est calcifié **[5]**. Les lésions ostéolytiques intra-osseuses isolées sont très rares, et peuvent toucher les condyles fémoraux, le tibia, la patella, le calcanéum, l'os naviculaire, les sésamoïdes de l'hallux ou elles font discuter, un processus tumoral ou infectieux. Les tophi goutteux peuvent quant à eux réaliser différents tableaux : le tophus encapsulé, le tophus infiltratif et le tophus ulcéré. Dans la dernière forme clinique, la peau qui recouvre le tophus garde généralement une bonne vascularisation ; toutefois, dans de rares cas, elle peut se nécroser par endroits et il se crée alors une ulcération plus ou moins volumineuse, avec issue de bouillie crayeuse. La cicatrisation se produit spontanément par épidermisation progressive. Paradoxalement, l'infection secondaire de ces tophi ulcérés est rare car l'acide urique constitue un milieu défavorable à la pullulation microbienne. Une immunodépression sous-jacente peut favoriser la survenue de cette dernière et doit de ce fait être systématiquement recherchée. En cas d'infection, le tophus se calcifie anormalement et devient alors radiologiquement visible. À ce stade, les destructions ostéoarticulaires sont généralement importantes et évolutives. On observe exceptionnellement une liquéfaction du tophus par l'infection, suivie ensuite par la fistulisation. Le

liquide est alors purulent et l'isolement du germe en bactériologie est une étape fondamentale pour l'adaptation du traitement. Comme dans notre cas clinique, l'antibiothérapie adaptée assure en règle générale une bonne évolution. Dans certains cas, le tophus peut même faire office de corps étranger et entretenir la suppuration comme le séquestre de l'ostéomyélite, expliquant alors la nécessité de recourir à la résection chirurgicale **[6]**.

Conclusion

Cette observation illustre une forme sévère de la goutte tophacée par l'atteinte ostéoarticulaire qui met en jeu le pronostic fonctionnelle et par la surinfection d'un tophus ulcéré. L'infection d'un tophus est une complication exceptionnelle de la goutte. En pratique courante, ce diagnostic reste un challenge difficile pour le clinicien.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Alcaix D, Vittecoq O. Arthropathies microcristallines. EMC rhumatologie 2020 ; 7-0610**
2. **Resnick D. Gouty arthritis. In: Resnick D, editor. Diagnosis of bone and joint disorders,4th ed. Philadelphie: WB Saunders; 2002.1519-59**
3. **Chabchoub I, Salah RB, Frikha F et al. Goutte tophacée sévère : une observation clinique particulière. Ann Afr Med 2023 ; 16(3)**
4. **Pascart T, Flipo RM. La goutte : présentations cliniques et diagnostic. Revue du Rhumatisme 78 ; 2011. S116-S121**
5. **Chalès G, Albert JD, Marin F et al. Formes cliniques rares de la goutte. Revue du Rhumatisme 74 ; 2007. 153-159**
6. **Tekaya R, M. Bouebdelli M, Kaffel D et al. Infection d'un tophus goutteux de la main. Chirurgie de la main 30 ; 2011. 80-82**