

Liens d'intérêt du Dr Renaud FELTEN

- **Advisory Boards** : ABBVIE, BMS, JANSSEN, NOVARTIS, UCB
- **Cours / formations / interventions** : ABBVIE, AMGEN BMS, GSK, LILLY, NORDIC, NOVARTIS, MEDAC, MSD, PFIZER, SANOFI, UCB
- **Aides financières pour des recherches** : aucune

Aucun en rapport avec la présentation d'aujourd'hui 😊

1. SAVOIR ÉVOQUER UNE MALADIE MICROCISTALLINE

Généralités sur les arthropathies microcristallines

- Caractérisées par des dépôts intra-articulaires ou péri-articulaires de microcristaux.
- Asymptomatiques ou à l'origine d'accès inflammatoires aigus, ou parfois, d'arthropathies chroniques.

Généralités sur les arthropathies microcristallines

- Caractérisées par des dépôts intra-articulaires ou péri-articulaires de microcristaux.
- Asymptomatiques ou à l'origine d'accès inflammatoires aigus, ou parfois, d'arthropathies chroniques.

Trois types de microcristaux :

- cristaux d'urate de sodium => **goutte**
- cristaux calciques de type pyrophosphate de calcium (PPC) => **maladie à dépôts de PPC**
- cristaux de phosphates de calcium, apatite surtout, pour des dépôts habituellement péri-articulaires => **rhumatisme à hydroxy-apatite**

Terminologie concernant la chondrocalcinose

- **La chondrocalcinose** = calcification des cartilages articulaires (cartilage hyalin et fibrocartilages) décelée en imagerie.
- **Les cristaux** de pyrophosphate de calcium dihydraté = cristaux de pyrophosphate de calcium (PPC)
- La maladie = **Maladie à dépôts de pyrophosphates de calcium (PPC)**

Quand y penser ?

Pour tous = **accès inflammatoires typiques** avec :

- Début brutal
- Forte intensité de la douleur et de l'inflammation locale
- Acmé rapide des symptômes, résolution spontanée en quelques jours à quelques semaines avec restauration ad integrum de l'articulation
- Répétition des crises possible

Quand y penser ?

Pour tous = **accès inflammatoires typiques** avec :

- Début brutal
- Forte intensité de la douleur et de l'inflammation locale
- Acmé rapide des symptômes, résolution spontanée en quelques jours à quelques semaines avec restauration ad integrum de l'articulation
- Répétition des crises possible

Le terrain varie selon l'étiologie :

- La **goutte** : homme de plus de 35 ans, femme ménopausée
- La **maladie à dépôt de PPC** : homme ou femme après 60 ans, prévalence augmente avec l'âge
- Le **rhumatisme à hydroxy-apatite** : femme entre 30 et 40 ans

Les pièges

Peuvent être à l'origine :

- signes généraux (fièvre, voire même frissons)
- une réaction inflammatoire biologique très intense (élévation de la VS et de la CRP, hyperleucocytose).

Diagnostiques différentiels :

- **l'arthrite septique +++**
- un abcès ou une cellulite infectieuse.

2. LA GOUTTE, UNE MALADIE QUE
L'ON PEUT TRAITER ! (si le patient
est d'accord...)

2. LA GOUTTE, UNE MALADIE QUE L'ON PEUT TRAITER !



2. LA GOUTTE, UNE MALADIE QUE L'ON PEUT TRAITER !





2. LA GOUTTE, UNE MALADIE QUE L'ON PEUT TRAITER !





Recommandations et méta-analyses

Recommandations 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte: traitement des crises de goutte ☆

[Augustin Latourte](#)^a, [Tristan Pascart](#)^b, [René-Marc Flipo](#)^c, [Gérard Chalès](#)^d,
[Laurence Coblentz-Baumann](#)^e, [Alain Cohen-Solal](#)^f, [Hang-Korng Ea](#)^a, [Jacques Grichy](#)^g,
[Emmanuel Letavernier](#)^h, [Frédéric Lioté](#)^a, [Sébastien Ottaviani](#)ⁱ, [Pierre Sigwalt](#)^a,
[Guy Vandecandelaere](#)^j, [Pascal Richette](#)^a, [Thomas Bardin](#)^a  

Recommandations et méta-analyses

Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte: le traitement hypo-uricémiant

[Tristan Pascart](#)^a, [Augustin Latourte](#)^b, [Gérard Chalès](#)^c, [Laurence Coblentz-Baumann](#)^d,
[Alain Cohen-Solal](#)^e, [Hang-Korng Ea](#)^b, [René-Marc Flipo](#)^f, [Jacques Grichy](#)^g,
[Emmanuel Letavernier](#)^h, [Frédéric Lioté](#)^b, [Sébastien Ottaviani](#)ⁱ, [Pierre Sigwalt](#)^b,
[Guy Vandecandelaere](#)^j, [Pascal Richette](#)^b, [Thomas Bardin](#)^b  



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



information et éducation du patient

Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interaction médicamenteuses :
macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible



En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

Rang C

- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- **association** à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)



Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au **déclenchement de crises** et au **risque de toxidermie**.
Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, **il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise**. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- **Maigrissement** progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « **Frein sur les ABS** » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- **Consommation de laitage écrémé encouragée** (effet uricosurique).
- **Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.**
- **Les facteurs de risque et comorbidités** (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un **éventuel traitement diurétique favorisant** sera, si c'est possible (HTA), **stoppé**.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

Le traitement de fond

...dès la première crise !

En première intention

- la colchicine : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et

information et éducation du patient

Médicament à marge

En première intention => hypouricémie (dépend de la fonction rénale)

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines

A. L'information et l'éducation du patient sont essentielles au succès du traitement de la goutte

Il faut que les patients soient acteurs de la prise en charge de leur maladie et reçoivent une éducation dans cette perspective, particulièrement au cours des premières visites

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur

de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- association à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de colchicine pendant au moins 6 mois ;
- augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant (/2-3 jours au départ)

- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



information et éducation du patient

Le traitement de la

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

Le traitement de fond

...dès la première crise !

En première intention

- la colchicine : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et

Médicament à marge

En première intention => hypouricémie (dépend de la fonction rénale)

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines

B. Le patient goutteux doit savoir que les crises de goutte sont l'expression de dépôts chroniques de cristaux d'urate.

Le but du traitement est l'abaissement permanent de l'uricémie afin d'obtenir la dissolution de ces dépôts, la disparition des signes cliniques et la prévention des complications chroniques de la goutte



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



information et éducation du patient

Le traitement de fond

...dès la première crise !

En première intention

- la colchicine : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et

Médicament à marge

En première intention => hypouricémie (dépend de la fonction rénale)

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines

C. Il faut que le médecin prenne le temps d'informer le patient sur:

1. L'importance d'obtenir une valeur cible d'uricémie qui permette la dissolution des cristaux
2. L'importance de l'adhésion au long cours au traitement hypouricémiant
3. Le risque de crises de goutte à l'instauration des médicaments hypouricémiants
4. Le risque cardiovasculaire, métabolique et rénal associé à la goutte
5. Les adaptations nécessaires du mode de vie (éviter alcools et sodas sucrés, encourager l'activité physique et la réduction pondérale)



information et éducation du patient

Le traitement de fond

...dès la première crise !

En première intention

- la colchicine : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et

Médicament à marge

En première intention => hypouricémie (dépend de la fonction rénale)

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines

C. Il faut que le médecin prenne le temps d'informer le patient sur:

1. L'importance d'obtenir une valeur cible d'uricémie qui permette la dissolution des cristaux
2. L'importance de l'adhésion au long cours au traitement hypouricémiant
3. Le risque de crises de goutte à l'instauration des médicaments hypouricémiants
4. Le risque cardiovasculaire, métabolique et rénal associé à la goutte
5. Les adaptations nécessaires du mode de vie (éviter alcools et sodas sucrés, encourager l'activité physique et la réduction pondérale)

Observance des traitements dans la goutte = 50%

3. COMMENT UTILISER COMME IL FAUT LES TRAITEMENTS DE LA CRISE



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



information et éducation du patient

Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interaction médicamenteuses : macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible



En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- Rang C
- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
 - DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
 - DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- association à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses** d'hypouricémiant (/2-3 jours au départ)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie. Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- Amaigrissement progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « Frein sur les ABS » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- Consommation de laitage écrémé encouragée (effet uricosurique).
- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.

Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

information et éducation du patient

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

Médicament à marge thérapeutique étroite !
 diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
 Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
 Interaction médicamenteuses : macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

Rang C
- DFGe > 60 ml/min/1,73 m ² : allopurinol .
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m ² , prescription d' allopurinol prudente et fébuxostat est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m ² , l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le fébuxostat doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour **traiter la crise le plus tôt possible**

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie.
 Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.



Mesures hygiéno-diététiques

- Amaigrissement progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « Frein sur les ABS » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- Consommation de laitage écrémé encouragée (effet uricosurique).
- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2–3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2nde intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



information et éducation du patient

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- Rang C
- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
 - DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
 - DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- association à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant (/2-3 jours au départ)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie. Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- Amaigrissement progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « Frein sur les ABS » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- Consommation de laitage écrémé encouragée (effet uricosurique).
- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

informati

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2–3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2nde intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou contre-indication des autres possibilités.

Autre...

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



Objectif = uricémie < 360 µmol/l



INFORMATIONS SÉCURITÉ PATIENTS

Septembre 2023

Prise en charge par colchicine de la goutte : une nouvelle posologie plus faible et un message d'alerte sur les boîtes pour réduire le risque de surdosage :

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

Lettre aux professionnels de santé

NOUVEAU SCHEMA POSOLOGIQUE

ACCES AIGU DE GOUTTE	
<p><u>Jour 1 :</u> initier la colchicine le plus rapidement possible Dose de charge 1 mg Suivie d'une heure plus tard de 0,5 mg</p>	<p><u>A partir du jour 2 :</u> 0,5 mg 2 à 3 fois par jour*</p>

* en fonction de l'évolution de la pathologie et de la survenue éventuelle de signes d'intolérance.



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg 3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur

information et éducation du patient

Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interaction médicamenteuses :
 macrolides, pristnamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- association à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie. Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- Amaigrissement progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « Frein sur les ABS » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- Consommation de laitage écrémé encouragée (effet uricosurique).
- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.

Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur

information et éducation du patient

Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interaction médicamenteuses :
macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour **traiter la crise le plus tôt possible**

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- Rang C
- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
 - DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
 - DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- association à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie. Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- Amaigrissement progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « Frein sur les ABS » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- Consommation de laitage écrémé encouragée (effet uricosurique).
- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.

Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)

4. COMMENT UTILISER COMME IL FAUT LES TRAITEMENTS DE FOND



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg × 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interactions médicamenteuses :
macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible



information et éducation du patient

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

Rang C

- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)



Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- **association** à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)



Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au **déclenchement de crises** et au **risque de toxidermie**.
Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, **il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise**. Il faut faire accepter ce traitement à vie.



Mesures hygiéno-diététiques

- **Maigrissement** progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « **Frein sur les ABS** » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- **Consommation de laitage écrémé encouragée** (effet uricosurique).
- **Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.**
- **Les facteurs de risque et comorbidités** (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un **éventuel traitement diurétique favorisant** sera, si c'est possible (HTA), **stoppé**.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg x 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur

information et éducation du patient

Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interactions médicamenteuses : macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

...dès la première crise !

En première intention (dépend de la fonction rénale)

- Rang C
- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
 - DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
 - DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- **association** à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)

Le traitement de fond

et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie. Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- **Maigrissement** progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « **Frein sur les ABS** » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- **Consommation de laitage écrémé encouragée** (effet uricosurique).
- **Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.**
- **Les facteurs de risque et comorbidités** (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un **éventuel traitement diurétique favorisant** sera, si c'est possible (HTA), **stoppé**.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

information et éducation du patient

dès le début de la crise,

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi d'une heure plus tard soit 1,5 mg poursuivie les jours suivants par jour en fonction de l'évolution
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : 10 mg/jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (injection intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- **association** à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie. Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Mesures hygiéno-diététiques

- **Maigrissement** progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « **Frein sur les ABS** » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- **Consommation de laitage écrémé encouragée** (effet uricosurique).
- **Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.**
- **Les facteurs de risque et comorbidités** (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un **éventuel traitement diurétique favorisant** sera, si c'est possible (HTA), **stoppé**.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

information et éducation du patient

dès le début de la crise,

En première intention

- la **colchicine** : 1 mg, suivi d'une deuxième prise 12 heures plus tard soit 1,5 mg en une seule prise poursuivie les jours suivants par jour en fonction de l'évolution de la crise
- les **AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- la **corticothérapie orale** : 10 mg/jour (équivalent prednisone) pendant 5 jours
- la **corticothérapie locale** (injection intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- les **inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)



Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique ou insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- **association** à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par jour de **colchicine** pendant au moins 6 mois ;
- **augmentation lente et progressive des doses d'hypouricémiant** (/2-3 jours au départ)



Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible



Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur



Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au **déclenchement de crises** et au risque de **toxidermie**.

Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, **il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise**. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

- **Consommation de laitage écrémé encouragée** (effet uricosurique).
- **Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.**
- **Les facteurs de risque et comorbidités** (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter systématiquement.
- Un **éventuel traitement diurétique favorisant** sera, si c'est possible (HTA), **stoppé**.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

information et éducation du patient

dès le début de la crise,

En première intention

- la colchicine : 1 mg, suivi d'une deuxième prise 12 heures plus tard soit 1,5 mg en une seule prise poursuivie les jours suivants par jour en fonction de l'évolution de la crise
- les AINS per os à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- la corticothérapie orale : 10 mg/jour (équivalent prednisone)
- la corticothérapie locale (injection intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- les inhibiteurs de l'IL-1 : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie.

Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat commencé, il ne faut jamais l'arrêter — même (et surtout) en cas de crise. Il faut faire accepter ce traitement à vie.

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique ou insuffisance cardiaque).

Prévention des accès goutteux en début de traitement :

- association à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, 0,5 ou 1 mg par

Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

information et éducation du patient

dès le début de la crise,

En première intention

- la colchicine : 1 mg, suivi d'une heure plus tard soit 1,5 mg poursuivie les jours suivants par jour en fonction de l'évolution
- les AINS per os à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- la corticothérapie orale : 10 mg/jour (équivalent prednisone)
- la corticothérapie locale (injection intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- les inhibiteurs de l'IL-1 : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

En première intention => hypouricémiant (dépend de la fonction rénale)

- DFGe > 60 ml/min/1,73 m² : **allopurinol**.
- DFGe entre 30 et 60 ml/min/1,73 m², prescription d'**allopurinol** prudente et **fébuxostat** est une alternative à considérer.
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m², l'allopurinol ne doit pas être utilisé et le **fébuxostat** doit être privilégié (cp à 80 ou 120 mg)

Le traitement de fond

...dès la première crise !

doit être débuté à 50 à 100 mg et augmenté par paliers de 50 à 100 mg toutes les 2-4 semaines jusqu'à obtention de l'uricémie cible.

Une trop forte dose expose au déclenchement de crises et au risque de toxidermie.

Une fois l'allopurinol ou le fébuxostat prescrit, il ne faut jamais l'arrêter — même en cas de crise. Il faut poursuivre le traitement à vie.

Utilisation prudente en cas de maladie cardiovasculaire sévère (insuffisance coronarienne instable ou antécédent d'infarctus myocardique, insuffisance cardiaque).

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)



Le traitement de la crise...

dès le début de la crise, pendant 3 à 5 jours

En première intention

- **la colchicine** : 1 mg, suivi de ½ mg une heure plus tard soit 1,5 mg le 1^{er} jour et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg x 2-3 par jour en fonction de l'évolution.
- **les AINS per os** à éviter en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardiovasculaire sévère,
- **la corticothérapie orale** : de 30 à 35 mg par jour (équivalent prednisone)
- **la corticothérapie locale** (intra-articulaire)

En 2^{de} intention

- **les inhibiteurs de l'IL-1** : en milieu hospitalier, en cas d'échec ou de contre-indication des autres possibilités.

information et édu

! Médicament à marge thérapeutique étroite !
diarrhée = 1^{er} signe de toxicité
Posologie réduite chez l'insuffisant rénal
Interactions médicamenteuses :
macrolides, pristinamycine, statines, AVK, ...

Avoir les médicaments (colchicine, AINS) à portée de main : « dans la poche » ou « sur la table de nuit » pour traiter la crise le plus tôt possible

Autres mesures associées :

- repos et glaçage articulaire
- médicaments antalgiques selon la douleur

Le traitement de fond

...dès la première crise !

Mesures hygiéno-diététiques

- Amaigrissement progressif encouragé en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- « Frein sur les ABS » : Alcools forts, Bières, Sodas sucrés sont à limiter.
- Consommation de laitage écrémé encouragée (effet uricosurique).
- Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- Les facteurs de risque et comorbidités (cardiovasculaires, rénaux, syndrome métabolique) à dépister et traiter
- Un éventuel traitement diurétique favorisant sera, si c'est possible (HTA), stoppé.



Objectif = uricémie < 360 µmol/l (60 mg/l) et si possible < 300 µmol/l (50 mg/l)

**5. PAS DE TRAITEMENT DE FOND
DANS LA MALADIE A DEPOTS DE
PYROPHOSPHATE DE CALCIUM OU LE
RHUMATISME À HYDROXY-APATITE**

**6. SAVOIR PENSER ET CHERCHER
UNE CHONDROCALCINOSE
SECONDAIRE**

Formes secondaires

Haut ratio Pyrophosphate inorganique / Ions Ph

- **Hyperparathyroïdie primaire => dosage Ca^{2+} et PTH**
- **Hémochromatose => Dosage Ferritine et CST**

Formes secondaires

Haut ratio Pyrophosphate inorganique / Ions Ph

- **Hyperparathyroïdie primaire => dosage Ca^{2+} et PTH**
- **Hémochromatose => Dosage Ferritine et CST**
- Hypomagnésémie
- Hypophosphatasie
- Hypercalcémie hypocalciurique familiale
- Goutte, maladie de Wilson, ochronose

Formes secondaires

Haut ratio Pyrophosphate inorganique / Ions Ph

- **Hyperparathyroïdie primaire => dosage Ca^{2+} et PTH**
- **Hémochromatose => Dosage Ferritine et CST**
- Hypomagnésémie
- Hypophosphatasie
- Hypercalcémie hypocalciurique familiale
- Goutte, maladie de Wilson, ochronose

A rechercher dans les formes **avant 50 - 60 ans**

Formes secondaires

Haut ratio Pyrophosphate inorganique / Ions Ph

- **Hyperparathyroïdie primaire => dosage Ca^{2+} et PTH**
- **Hémochromatose => Dosage Ferritine et CST**
- Hypomagnésémie
- Hypophosphatasie
- Hypercalcémie hypocalciurique familiale
- Goutte, maladie de Wilson, ochronose

A rechercher dans les formes **avant 50 - 60 ans**

Et traiter la cause

7. QUAND ADRESSER AU RHUMATOLOGUE ?

7. QUAND ADRESSER AU RHUMATOLOGUE ?

- Dès que vous n'êtes plus à l'aise !

7. QUAND ADRESSER AU RHUMATOLOGUE ?

- Dès que vous n'êtes plus à l'aise !
- Patient comorbide (insuffisance rénale, cardiopathie, ...)
- Intolérance médicamenteuse

7. QUAND ADRESSER AU RHUMATOLOGUE ?

- Dès que vous n'êtes plus à l'aise !
- Patient comorbide (insuffisance rénale, cardiopathie, ...)
- Intolérance médicamenteuse
- Non-obtention de la cible d'uricémie chez un patient goutteux
- Doute diagnostique
- Répétition des accès aigus
- ...

CONCLUSION

1. **SAVOIR ÉVOQUER UNE MALADIE MICROCRISTALLINE**
2. **LA GOUTTE, UNE MALADIE QUE L'ON PEUT TRAITER ! (si le patient est d'accord...)**
3. **COMMENT UTILISER COMME IL FAUT LES TRAITEMENTS DE LA CRISE**
4. **COMMENT UTILISER COMME IL FAUT LES TRAITEMENTS DE FOND**
5. **PAS DE TRAITEMENT DE FOND DANS LA MALADIE A DEPOTS DE PYROPHOSPHATE DE CALCIUM OU LE RHUMATISME À HYDROXY-APATITE**
6. **SAVOIR PENSER ET CHERCHER UNE CHONDROCALCINOSE SECONDAIRE**
7. **QUAND ADRESSER AU RHUMATOLOGUE ?**



Présentation



@DocFelten renaud.felten@chru-strasbourg.fr



**Lien vers le site du CNET
et les fiches comment je traite...**

