

Une plaie traînante d'un orteil : un tophus goutteux

Nicolas Eber, S. Bartłomiejczyk, D. Mainard

DANS MÉDECINE ET CHIRURGIE DU PIED 2021/4 Vol. 37 , PAGES 108 À 109
ÉDITIONS JLE

ISSN 0759-2280

DOI 10.3166/mcp-2021-0079

Date de mise en ligne : 11/10/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-medecine-et-chirurgie-du-pied-2021-4-page-108?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Une plaie traînante d'un orteil : un tophus goutteux

A Drawling Wound of the Toe: a Gouty Tophi

E. Bernard · S. Bartłomiejczyk · D. Mainard

© Lavoisier SAS 2021

Rappel de l'histoire clinique (parue dans le numéro précédent)

M. José P..., âgé de 61 ans, consulte aux urgences en raison d'une petite plaie du deuxième orteil gauche évoluant depuis 15 jours à la suite d'un traumatisme sur un rocher alors qu'il était en vacances. Depuis cet épisode, l'orteil reste inflammatoire et indolore. Au cinquième jour, devant l'absence d'amélioration, son médecin instaure une antibiothérapie par Augmentin® 3 g/j pendant cinq jours qui n'améliore pas la situation.

Lors de l'examen aux urgences, l'orteil est toujours chaud, œdématisé, inflammatoire, douloureux à la palpation. Il s'écoule de la plaie punctiforme un écoulement peu abondant, blanchâtre, pseudopurulent (Fig. 1). Les leucocytes sont à 7 500, la PCR à 5.

Le bilan radiographique comportant un avant-pied de face en charge ne montre aucune anomalie des structures osseuses ou articulaires, mais un œdème des parties molles (Fig. 2). Un scanner est demandé pour éliminer une ostéoarthrite qui confirme. L'examen élimine ce diagnostic et met en évidence une formation multiloculée de 20 × 10 × 17 mm à la face plantaire du deuxième orteil, sans ostéolyse, contenant des petites calcifications (Fig. 3).

Quel est votre diagnostic ? Un tophus goutteux

La goutte est une maladie rhumatismale chronique dont la physiopathologie est bien comprise. Il s'agit d'une hyperuricémie chronique (> 420 µmol/l ou 70 mg/l) qui est à l'origine de dépôts cristallins dans les tissus articulaires et périarticulaires, ainsi qu'au niveau du tractus rénal.

C'est une pathologie fréquente, en augmentation (prévalence 1 % en Europe pouvant aller à 4 % aux États-Unis) et

touchant le plus souvent l'homme adulte [1]. Elle est la conséquence d'un défaut d'élimination de l'acide urique ou d'une hyperproduction pouvant être liée à des facteurs génétiques [2], mais également médicamenteux, ou encore à un excès d'apport d'origine alimentaire.

Les manifestations habituelles de la goutte sont les arthropathies avec apparition de tophi, l'accès goutteux et la lithiasis rénale.

Le tophus goutteux est constitué de dépôts uratiques. Il est la conséquence d'une évolution chronique, mais peut également constituer une manifestation inaugurale de la goutte [3].

Le site de prédilection de la goutte est plus souvent le pied [4], en particulier la première articulation métatarsophalangienne. Dans la littérature, il n'existe que deux cas décrits de goutte sur l'interphalangienne distale du deuxième rayon [5,6].

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments, l'anamnèse, le terrain, le dosage biologique de l'acide urique et la radiographie, mais à un stade avancé. Plus récemment, la TDM a été proposée pour établir un score afin d'évaluer les dépôts d'urate de sodium [7].



Fig. 1 Plaie punctiforme de la face médiale du deuxième orteil en regard de l'articulation interphalangienne

E. Bernard · S. Bartłomiejczyk · D. Mainard (✉)
Service de chirurgie orthopédique, traumatologique
et arthroscopique,
CHRU de Nancy, avenue de Lattre-de-Tassigny,
F-54000 Nancy, France
e-mail : didier.mainard@univ-lorraine.fr



Fig. 2 Radiographie d'avant en charge qui montre une infiltration des parties molles autour du deuxième orteil

Le traitement passe par le repos articulaire, le glaçage, la prescription d'AINS, les médicaments hypo-uricémiants comme la colchicine. Cependant, selon le stade une prise en charge chirurgicale peut s'avérer nécessaire. Elle passe par l'évacuation du tophus et le lavage articulaire. En cas de souffrance ou fragilité cutanée, l'intérêt des thérapies à pression négative de type VAC [8] a été étudié pour améliorer la cicatrisation.

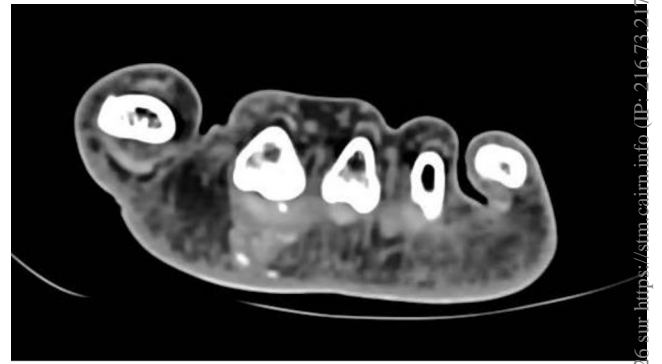


Fig. 3 Coupe scanographique frontale en partie molle au niveau du deuxième orteil qui montre une formation pluriloculée contenant de petites calcifications

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Scullier A, Pascart T, Bernard A, Oehler E (2020) Gout. *Rev Med Int* 41:396–403
2. Merriman T (2017) Genomic influences on hyperuricemia and gout. *Rheum Dis Clin North Am* 43:389–99
3. Koley S, Salodkar A, Choudhary S, Bhake A, Singhana K, Choudhury M (2010) Tophi as first manifestation of gout. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* 76:3963–396
4. Firth J, Hale C, Helliwell P, et al (2008) The prevalence of foot ulceration in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 59:200–5
5. Razaghi F, Abyar E, Cignetti CA, et al (2018) A case of a second intermetatarsal space gouty tophus with a presentation similar to a Morton's neuroma. *Cureus* 10:e2620
6. Hegaze AH, Hamdi AS, Alqrache AT, Hegazy M (2020) Unusual case of gouty arthritis of the second distal interphalangeal joint (second toe). *Cureus* 12:e11405
7. Shang J, Li XH, Lu SQ, et al (2021) Gout of feet and ankles in different disease durations: diagnostic value of single-source DECT and evaluation of urate deposition with a novel semi-quantitative DECT scoring system. *Adv Rheumatol* 61:36
8. Kemp TJ, Hirose CB, Coughlin MJ, Otto R (2010) Treatment of chronic tophaceous gout with a wound vacuum-assisted device. *Foot Ankle Int* 31:729–31