

pas grand-chose d'inquiétant. Je peux te le montrer pour voir si on lui fait du labo?... 75 ans, diabétique... Ok j'arrive. Je reviens tout de suite, Madame.» «Merci, mais ma radio des côtes?» «On verra ce que dit le médecin.» En revenant, elle m'a dit: «Je vais vous faire une prise de sang, pour être sûre que ce n'est pas votre cœur qui souffre et aussi pour vérifier si vous n'avez pas une embolie aux poumons.» Là, j'ai eu franchement peur. Après la prise de sang, j'ai attendu plus d'une heure et, finalement, j'ai vu un médecin. En fait, une charmante jeune dame. Elle m'a dit de ne pas m'inquiéter, que mon cœur ne montrait pas de signe d'infarctus. Pour les poumons, elle n'était pas très sûre. Elle m'a dit qu'il fallait faire un scanner. J'ai dit: «Et ma radio

des côtes?». Elle m'a répondu qu'on verrait après. J'ai attendu deux heures pour avoir le scanner, puis, après l'examen, je suis retournée à la salle d'attente. Ce qui m'inquiétait, c'était surtout ces douleurs sous le sein, de plus en plus fortes, malgré les pastilles qu'on m'avait données. Une heure plus tard, j'ai revu la gentille doctoresse: «J'ai une bonne nouvelle pour vous, Madame, vous n'avez pas d'embolie pulmonaire!» «Merci, Madame, mais ma radio?» «Vous n'en aurez pas besoin. Sur le scanner, on a vu que vous avez une côte cassée, à gauche.» «Ah, c'est bien ce que je pensais. Vous pourriez me donner quelque chose de plus fort contre la douleur?» Je médite sur ce long récit de Suzanne et lui demande:

– Mais finalement, qu'avez-vous fait pour vous casser cette côte?
– J'ai voulu enlever les fleurs fanées dans ma caisse de géraniums, celle qui est accrochée au balcon. Je me suis penchée un peu trop par-dessus la barrière qui appuyait sur mes côtes et j'ai senti craquer. Ça m'a fait très mal. Je suis venue chez vous ce matin car je n'ai pas dormi ces deux nuits, malgré ce qu'on m'a donné, et aussi pour savoir ce qui m'attend: ça va durer longtemps?
Je me demande parfois si les mots-clés, comme les emblématiques douleurs thoraciques (parfois abrégées par erreur DRS), ne jouent pas de mauvais tours. Ces mots-clés sont absolument indispensables au tri, notamment dans les centrales d'appel du type 144, mais sont-ils

bien adaptés aux services d'urgences ambulatoires, devenus avant tout des lieux de consultations de médecine générale sans rendez-vous, par manque d'accessibilité des médecins de famille?
Ce n'est pas le tri en soi, nécessaire, que je me permets de questionner, mais ces étiquettes apposées sur le front des patients qui les conduisent, trop souvent, sur des chemins de plus en plus éloignés de leur anamnèse de départ.

Les mots-clés me semblent ouvrir des portes automatiques, qui se referment sur les patients et les soignants, empêchant tout retour en arrière sur le début de leur histoire, en l'occurrence, une histoire de géranium... !

ZOOM

La goutte qui fait déborder le vase

L'association entre certaines maladies inflammatoires chroniques et des événements cardiovasculaires est de mieux en mieux décrite. La goutte ne déroge pas à la règle et s'associe à une augmentation du risque cardiovasculaire indépendamment des autres facteurs de risque traditionnels. Cette étude évalue la temporalité de ce risque, à savoir si une crise de goutte s'associe à une élévation transitoire du risque d'événements cardiovasculaires.

Méthode: Étude rétrospective observationnelle contrôlée, sur les données d'un registre de santé électronique britannique, de 1997 à 2020. Inclusion: patient-e-s de > 18 ans avec un diagnostic inaugural de goutte. Exclusion: patients inscrits dans la base de données depuis < 1 an au moment du diagnostic. Exposition: crise de goutte diagnostiquée à l'hôpital ou au cabinet du praticien. Issue primaire: événement cardiovasculaire (infarctus du myocarde (IM) ou AVC).

Résultats: 62574 patients avec goutte inaugurale (âge moyen 76,5 ans; 30,7% de femmes), dont 10475 ont eu un événement cardiovasculaire subséquent (5324 IM (50,8%) et 5151 AVC (49,2%)). Dans l'analyse cas-témoin, les patients avec événement cardiovasculaire (n = 10475) avaient plus de chances d'avoir présenté une crise de goutte dans

les 60 jours précédents, comparés aux patients sans événements cardiovasculaires (n = 52 099) (2,0 vs 1,4%; OR ajusté: 1,93; IC 95%: 1,57-2,38). Dans l'analyse auto-cas-témoin, évitant les biais interpersonne et incluant uniquement les patients avec une crise de goutte et un événement cardiovasculaire (n = 1421), l'incidence d'événement cardiovasculaire était plus élevée à proximité de la crise de goutte aiguë (2,49/1000 personnes/jour entre 0 et 60 jours vs 1,32/1000 personnes/jour au-delà de 180 jours après la crise).

Discussion et interprétation: Dans cette grande base de données, les événements cardiovasculaires étaient fréquents, permettant des résultats statistiquement significatifs. Cependant, l'impact clinique d'une crise de goutte sur le risque, en valeur absolue, d'événement cardiovasculaire est modéré et à mettre en perspective (+ 0,6%



© iStockphoto/PixelsEffect

dans les 60 jours après la crise). Compte tenu du type d'étude rétrospective, une causalité formelle n'est évidemment pas établie, même si celle-ci est plausible d'un point de vue physiopathologique. Finalement, l'étude s'étale sur 24 ans et plus particulièrement sur une période durant laquelle la prise en charge des maladies cardiovasculaires a beaucoup évolué.
Conclusion: Cette étude nous rappelle que les patients avec une goutte sont à plus haut risque d'événements cardiovasculaires et ceci d'autant plus après une crise. Il convient de sensibiliser cette

patientèle et d'optimiser la prise en charge de leurs facteurs de risque cardiovasculaire, afin d'éviter que cette goutte soit celle qui fasse déborder le vase !

Dr Stéphane Mouraux

Avec la collaboration du groupe MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Cipolletta E, et al. Association between gout flare and subsequent cardiovascular events among patients with gout. *JAMA* 2022;328(5):440-50. DOI: 10.1001/jama.2022.11390