



La goutte à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : caractéristiques épidémiologiques de 155 patients vus en rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU au Burkina Faso

Gout in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): epidemiological and clinical characteristics of 155 patients seen in rheumatology at the Sourô SANOU University Hospital Center, Burkina Faso

Son Bakoubassé Aïssata¹, Sougué Charles¹,
Somé Nab¹, Bayala Yannick Laurent
Tchenadoyo¹, Sompoudou Camille²,
Kompaoré Damodwendé Ella Elodie¹, Kaboré
Fulgence³, Zongo Yamyéllé Enselme³,
Ouédraogo Aboubakar³, Ouédraogo Mariam¹,
Soubeiga Raïssa Bénéwendé¹,
Zabsonré/Tiendrébeogo Wendlassida Joëlle
Stéphanie³, Ouédraogo Dieu-Donné³

Auteur correspondant

Son Bakoubassé Aïssata

Courriel : sonaissata@gmail.com

Institut Supérieur des Sciences de la Santé
(INSSA)/ Université Nazi Boni (UNB)/
Service de médecine interne du CHU Sourô
SANOU (CHUSS), Bobo-Dioulasso, Burkina
Faso. Courriel :

Téléphone: +22660537172

Summary

Context and objective. Gout is the most common microcrystalline arthropathy. In sub-Saharan Africa, its growing burden contrasts with the scarcity of local data. The present study aimed to determine the hospital frequency and describe the epidemiological and clinical characteristics of gout. *Methods.* This was a retrospective hospital-based study conducted from November 1, 2018, to June 30, 2024, on gout at the Sourô SANOU University Hospital Center (CHUSS) in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. All patients meeting the 2015 ACR/EULAR gout classification criteria were included. Sociodemographic, clinical, laboratory, and therapeutic data were collected. *Results.* The hospital frequency was 2.90%. The 155 patients included had a mean age of 55.3 ± 11.9 years, with a predominance of males (male-to-female sex ratio of 4.5). The most common sites of involvement were the knee (57.8%) and the ankle (43.3%), while tophi were observed in 30.3% of patients. Hyperuricemia was found in 84.7%, and chronic kidney disease in 39%. Gout was primary in 93.6% of cases. Colchicine was the primary treatment for acute attacks (97.4%), and allopurinol was the most commonly prescribed uric acid-lowering medication (90.6%). Women were significantly older than men ($p = 0.002$), while tophi were significantly more common in men ($p = 0.029$). *Conclusion.* Gout is a significant reason for rheumatology consultations at

Résumé

Contexte et objectif. La goutte est la plus fréquente des arthropathies microcristallines. En Afrique subsaharienne, son importance croissante contraste avec la rareté des données locales. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence hospitalière et de décrire les caractéristiques épidémiologiques de la goutte. *Méthodes.* C'était une analyse rétrospective et descriptive, des dossiers médicaux des patients gouteux, selon la classification ACR/EULAR de 2015, suivis entre le 1^{er} novembre 2018 et le 30 juin 2024, au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU (CHUSS) à Bobo-Dioulasso. Les données socio-démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies. *Résultats.* Au total, 155 dossiers ont été colligés. La fréquence de la goutte était de 2,90 %. Leur âge moyen était de $55,3 \pm 11,9$ ans avec une prépondérance masculine (sex-ratio H/F 4,5 :1). Les localisations les plus fréquentes étaient le genou (57,8 %) et la cheville (43,3 %), tandis que des tophi étaient observés chez 30,3 %. L'hyperuricémie était très fréquente (84,7 %) suivie de la maladie rénale chronique, MRC (39 %). La goutte était primitive dans 93,6 %. La colchicine constituait le principal traitement de la crise (97,4 %) et l'allopurinol le traitement hypouricémiant le plus prescrit (90,6 %). Les femmes étaient significativement plus âgées que les hommes ($p =$



CHUSS and primarily affects middle-aged men, who often have comorbidities. The high prevalence of tophaceous forms and chronic kidney disease suggests that diagnosis is still often delayed in this setting. These results underscore the importance of strengthening early diagnosis and access to additional diagnostic tests in order to improve patient care.

Keywords: gout, microcrystalline arthropathy, hyperuricemia, sub-Saharan Africa

Received January 7, 2026

Accepted July 30, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.17>

Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA)/
Université Nazi Boni (UNB)/ Service de médecine
interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
Sourô SANOU (CHUSS) ; Bobo-Dioulasso, Burkina
Faso

Université Bernard Lédéa Ouédraogo/ Département
de médecine du CHU Régional de Ouahigouya,
Burkina Faso.

Université Joseph KI-ZERBO/ Service de
rhumatologie du CHU de Bogodogo ; Ouagadougou,
Burkina Faso.

0,002), tandis que les tophi étaient significativement plus fréquents chez ces derniers ($p = 0,029$).

Conclusion. La goutte représente un motif non négligeable de consultation au CHUSS et touche principalement des hommes d'âge mûr, souvent porteurs de comorbidités. La fréquence élevée des formes tophacées et de la MRC suggère un diagnostic encore tardif. D'où l'intérêt de renforcer le diagnostic précoce et l'accès aux examens complémentaires afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Mots-clés : goutte, arthropathie microcristalline, hyperuricémie, Afrique subsaharienne

Reçu le 7 janvier 2016

Accepté le 30 juillet 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.17>

Introduction

La goutte est la plus fréquente des arthropathies microcristallines (1). Elle représente un véritable problème de santé publique en raison de son association aux comorbidités cardio-vasculaires et rénales, responsables d'une morbi-mortalité importante (2). Sa prévalence et son incidence dans le monde sont en constante augmentation (3-4). En Afrique subsaharienne (ASS), une revue récente soulignait une fréquence variable selon les régions, témoignant de l'importance croissante de cette maladie (5). Dans notre contexte, le diagnostic de la goutte demeure souvent tardif en raison du recours à l'automédication, aux soins traditionnels et de l'accès limité aux examens complémentaires (6). Ce retard expose à des formes plus évoluées et complique la prise en charge thérapeutique. Au Burkina Faso, les données restent limitées sur la goutte, notamment à Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays. Cette étude avait pour objectif de déterminer la fréquence hospitalière et de décrire les caractéristiques épidémiocliniques de la goutte, afin de contribuer à une meilleure connaissance de cette pathologie et d'améliorer sa prise en charge.

Méthodes

Type, période et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une analyse rétrospective & descriptive, des dossiers médicaux des patients suivis, en consultation externe, entre le 1^{er} novembre 2018 et le 30 juin 2024, au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU (CHUSS) à Bobo-Dioulasso.

Population d'étude

Les patients devaient satisfaire aux critères de sélection ci-après :

Critères d'inclusion

Les dossiers de tous les patients gouteux répondant aux critères de classification ACR/EULAR de 2015 (7).

Critères de non inclusion

Les dossiers incomplets ne permettant pas de recueillir les informations nécessaires à l'étude n'ont pas été inclus.

Variables étudiées

Les données ci-après ont été collectées à l'aide du logiciel koboToolbox :

Données socio-démographiques : l'âge, le genre, la profession et le lieu de résidence selon la classification de l'institut national de la statistique et de la démographie (INSD) (8) ;

Données cliniques : le motif de consultation, l'horaire de la douleur, l'intensité de la douleur selon l'échelle visuelle analogique, les



comorbidités, le délai de consultation (défini comme l'intervalle entre l'apparition des symptômes motivant la consultation spécialisée et la date de celle-ci) , le nombre d'articulations atteintes (monoarticulaire : une articulation ; oligoarticulaire : 2 à 3 articulations et polyarticulaire : ≥ 4 articulations), le siège anatomique de la douleur, la présence de tophi et les étiologies (goutte primitive ou secondaire) ; Données paracliniques : l'uricémie, la C-Reactive Protein (CRP), la vitesse de sédimentation (VS), la créatininémie avec le débit de filtration glomérulaire (DFG), les lésions radiographiques et les résultats de l'échographie ostéo- articulaire ; Données thérapeutiques : les traitements de la crise aiguë et les traitements hypouricémiants.

Analyse statistique

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Stata version 14.0.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne $\pm$ écart-type ; les variables qualitatives en effectif (n) et pourcentage (%). Les comparaisons entre groupes ont été réalisées à l'aide du test de Chi² de Pearson (ou du test Exact de Fisher, le cas échéant) pour les variables qualitatives et du test de

Student (ou du test de Mann-Whitney) pour les variables quantitatives, selon les conditions d'application. Le seuil de significativité retenu était de $p < 0,05$.

Considérations éthiques

L'étude a obtenu l'approbation de la direction du centre hospitalier et a été conduite conformément aux principes de la déclaration d'Helsinki.

Résultats

Fréquence Hospitalière

La fréquence hospitalière de la goutte était de 2,90 %, soit 155 cas sur 5341 patients reçus en consultation rhumatologique durant la période d'étude.

Caractéristiques générales

L'effectif était constitué de 127 hommes (81,9 %) et de 28 femmes (18,1 %), avec un sex-ratio de 4,5 (tableau 1). L'âge moyen des patients était de 55,31 ans $\pm$ 11,92 ans (extrêmes : 30 ans et 87 ans). La tranche d'âge de 40 à 59 ans était représentée à 60 %. Les fonctionnaires constituaient 46,98 % de la population et les patients issus du milieu urbain, 79,61 %. L'hypertension artérielle était observée chez 17,4 % des patients.

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population d'étude

Variables	Moyenne $\pm$ écart-type ou n (%)
Âge moyen population d' étude (an)	55,31 $\pm$ 11,92
Âge moyen hommes	53,86 $\pm$ 11,44
Âge moyen femmes	61,93 $\pm$ 12,04
Tranches d' âge (an)	
<40	12 (7,74)
40-59	93 (60)
≥ 60	50 (32,25)
Genre	
Homme	127 (81,9)
Femme	28 (18,1)
Profession	
Fonctionnaire	70 (46,98)
Femmes au foyer	22 (14,77)
Cultivateur	18 (12,08)



Ouvrier	13 (8,72)
Commerçant	10 (6,71)
Chauffeur	8 (5,37)
Retraité	8 (5,37)
Lieu de résidence	
Milieu urbain	121 (79,61)
Milieu rural	31 (20,39)
Comorbidités	
Hypertension artérielle	27 (17,4)
Diabète sucré	10 (6,5)
Antécédents d'insuffisance rénale chronique	10 (6,5)
Obésité (IMC>30kg/m ²)	1 (0,6)

Caractéristiques cliniques

Le délai moyen de consultation était de 30 jours $\pm$ 14 jours (extrêmes : 2 et 58 jours).

Le motif de consultation était la monoarthralgie dans 55,56 % des cas, l'oligoarthralgie dans 41,11 % et la polyarthralgie dans 3,33 % des cas. La douleur était d'horaires inflammatoire chez 92,21 % des patients et d'horaires mixte chez 7,79 % d'entre

eux. L'intensité de la douleur était renseignée chez 90 patients. Elle était intense chez 73,33 % des patients, modérée chez 22,22 % et légère chez 4,44 %. Le genou (57,78 %), la cheville (43,33 %) et la première métatarso-phalangienne (21,11 %) représentaient les principaux sièges anatomiques de la douleur (tableau 2). Les tophi étaient présents chez 30,32 % des patients.

Tableau 2. Répartition des patients selon les différents sièges anatomiques

Sièges anatomiques	Effectifs	Pourcentage
Douleur du genou	52	57,78
Douleur de la cheville	39	43,33
Douleur MTP 1*	19	21,11
Douleur du poignet	11	12,22
Douleur du coude	8	8,89
Douleur du pied	6	6,67
Douleur de la main	5	5,56
Douleur de l'épaule	5	5,56
Rachialgie**	1	1,11

*MTP 1 : première métatarso-phalangienne

**Rachialgie : a été notée chez un patient présentant une goutte polyarticulaire et ne représentait pas le signe évocateur de la goutte

Caractéristiques paracliniques

Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 80,6 % des patients.



La maladie rénale chronique définie par un DFG < 60 ml/min était présente chez 39 % des patients (tableau 3). Une hyperuricémie (> 360 µmol/l) était notée chez 84,7 % des patients, avec une uricémie moyenne de 552,7 µmol/l ± 306,3 µmol/l.

Les signes échographiques étaient renseignés chez 30 patients (19,4 %). Le signe du double contour était retrouvé chez 90 % d'entre eux. Le genou (54,17 %), la cheville (41,67 %) et la MTP 1 (20,83 %) étaient les localisations du signe de double

contour à l'échographie. Une radiographie ostéoarticulaire était disponible chez 26 patients (16,8 %) ; des érosions étaient présentes chez 5 d'entre eux (19,23 %). Les érosions étaient localisées à la MTP 1 chez 4 patients et au genou chez un patient. La goutte était primitive chez 145 patients (93,55 %) et secondaire chez 10 patients (6,45 %) ; la néphropathie chronique étant la cause secondaire dans tous les cas.

Tableau 3. Répartition des patients selon les données biologiques

Variables	Effectifs	Pourcentage
CRP élevée (> 6 mg/l)	54/67	80,6
VS élevée (> 20 mm à la première heure)	10/11	90,9
Hyperuricémie (> 360 µmol/l)	100/118	84,7
DFG < 60 ml/min	27/69	39,1

Caractéristiques thérapeutiques

La colchicine était le traitement de la crise aiguë de goutte chez 151 patients (97,4 %) (tableau 4). L'allopurinol était le traitement de fond chez 90,55 % des patients et le fébuxostat chez 9,45 %. La

posologie initiale de l'allopurinol était de 100 mg/jour dans tous les cas ; celle du fébuxostat était de 80 mg/jour chez 91,67 % des patients et de 40 mg/jour chez 8,33 %.

Tableau 4. Répartition des patients selon le traitement de la crise aiguë reçu

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Colchicine	151	97,4
AINS	28	18,1
Corticoïdes per os	13	8,4
Infiltration intra-articulaire	5	3,2

Comparaison des caractéristiques socio-démographiques, cliniques et paracliniques selon le genre

La comparaison des caractéristiques selon le genre (tableau 5) montrait que les femmes étaient

significativement plus âgées que les hommes (p = 0,002) et que les tophi étaient significativement plus fréquents chez les hommes (p = 0,029).

Tableau 5. Comparaison selon le genre des caractéristiques socio-démographiques, cliniques et paracliniques de la population d'étude

Variables	Femmes	Hommes	P
-----------	--------	--------	---



Âge moyen $\pm$ écart-type (ans)	61,93 $\pm$ 12,04	53,86 $\pm$ 11,44	0,002
HTA, n (%)	8/28 (28,57)	19/127 (14,96)	0,085
Diabète sucré, n (%)	4/28 (14,29)	6/127 (4,7)	0,062
Tophi, n (%)	4/28 (14,29)	43/127 (33,86)	0,029
Type d' atteinte articulaire			0,209
Monoarticulaire	7/19 (36,84)	40/71 (56,34)	
Oligoarticulaire	11/19 (57,89)	25/71 (35,21)	
Polyarticulaire	1/19 (5,26)	2/71 (2,82)	
Uricémie moyenne $\pm$ écart-type (μ mol/l)	547,43 $\pm$ 193,81	553,85 $\pm$ 326,32	0,897
DFG moyen $\pm$ écart-type (ml/min)	64,70 $\pm$ 35,24	79,28 $\pm$ 38,75	0,178

Les effectifs analysés varient selon les variables en raison de données manquantes. Les pourcentages ont été calculés uniquement à partir des patients disposant des données correspondantes.

Discussion

La présente étude a permis de déterminer la fréquence hospitalière et de décrire les caractéristiques épidémiolo-cliniques de la goutte au centre hospitalier universitaire Sourô SANOU. Elle rapporte une fréquence hospitalière de 2,90 %, dans un contexte africain marqué par une transition épidémiologique et nutritionnelle rapide. Cette fréquence est légèrement supérieure à celle rapportée à Ouagadougou entre 2006 et 2014 (9). Cela pourrait s'expliquer par l'urbanisation croissante, la modification des habitudes alimentaires et l'augmentation de l'espérance de vie. Des fréquences comparables ont été observées dans d'autres séries africaines, notamment en Côte d'Ivoire et au Bénin (6,10). La prédominance masculine est conforme aux données de la littérature africaine (10-11). Elle s'explique par l'effet uricosurique des œstrogènes avant la ménopause et une plus grande exposition masculine aux facteurs de risques (12-13). La proportion de femmes dans notre série paraît relativement élevée par rapport aux données populationnelles, où la goutte touche environ 1% des femmes (14). Cela pourrait être lié au recrutement hospitalier des patients présentant des formes plus sévères ou déjà évoluées. L'âge moyen de 55,31 ans est comparable à celui rapporté en ASS (6,10), la goutte étant classiquement une affection du sujet d'âge mûr.

Le délai moyen de consultation de 30 jours pourrait s'expliquer par l'automédication, le recours aux soins traditionnels, ainsi que la perception parfois

mystique des douleurs articulaires (15). Toutefois, ce délai reflète des situations cliniques hétérogènes, allant de crises aiguës résistantes à l'automédication à des formes chroniques évoluées. Il ne peut donc pas être assimilé systématiquement à un retard diagnostique.

L'hypertension artérielle (17,4 %), le diabète (6,5 %) et les antécédents d'insuffisance rénale chronique (6,5 %) constituaient les principales comorbidités. Cela est conforme à la littérature soulignant l'association étroite entre goutte, syndrome métabolique et maladies cardiovasculaires (16). L'hyperuricémie est en effet reconnue non seulement comme une conséquence, mais aussi comme un facteur contributif à l'hypertension artérielle et à la néphropathie chronique (17-18). Par ailleurs, parmi les patients chez qui le DFG était disponible, 39 % présentaient un DFG < 60 ml/min (maladie rénale chronique). Cette proportion était supérieure à celle rapportée dans certaines séries occidentales (19). Cela pourrait s'expliquer par le retard diagnostique, le recours à l'automédication par les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'accès souvent difficile aux traitements hypouricémisants dans notre contexte.

Sur le plan clinique, la goutte se manifestait principalement par une atteinte monoarticulaire ou oligoarticulaire, avec une prédominance des douleurs inflammatoires (92,21 %). Le genou, la cheville et la MTP 1 constituaient les localisations articulaires prédominantes. Si la MTP 1 est



classiquement décrite comme la localisation inaugurale typique dans les séries occidentales, plusieurs études africaines rapportent une atteinte préférentielle du genou (6,20). Plusieurs explications peuvent être avancées. D'une part, le retard diagnostique dans notre contexte expose les patients à une hyperuricémie prolongée, favorisant la migration des cristaux d'urate de sodium dans les articulations portantes. D'autre part, le genou, en tant qu'articulation portante soumise à des microtraumatismes répétés liés aux activités quotidiennes, pourrait constituer un site de prédilection pour ces dépôts. Enfin, le recrutement hospitalier de notre série, avec beaucoup de formes évoluées, pourrait expliquer en partie cette distribution articulaire atypique par rapport aux séries occidentales où le diagnostic est plus précoce. La présence de tophi chez 30,32 % des patients s'inscrit dans ce contexte de retard diagnostique et thérapeutique. Des proportions similaires ont été rapportées en Afrique subsaharienne, contrastant avec les pays à haut revenu où les formes tophacées sont devenues plus rares (1).

Parmi les 26 patients ayant bénéficié d'une radiographie (16,8 %), des lésions érosives étaient retrouvées chez 5 d'entre eux (19,23 %). Ce résultat doit être interprété avec prudence en raison du faible recours à l'imagerie dans notre série, lié aux contraintes financières des patients et à la disponibilité limitée des équipements. En outre, lors d'une crise typique, le diagnostic de goutte repose sur des arguments cliniques et biologiques, limitant ainsi le recours systématique à l'imagerie.

La colchicine était prescrite comme traitement de la crise chez 97,4 % des patients, conformément aux recommandations internationales et aux pratiques africaines où elle reste disponible et relativement abordable (6,21). Le recours limité aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux corticoïdes s'explique probablement par la forte prévalence de la maladie rénale chronique (MRC) et de l'hypertension artérielle (HTA) dans notre population. L'allopurinol constituait le traitement hypouricémiant de première intention chez 90,55 % des patients, en conformité avec les recommandations internationales. Le fébuxostat n'était utilisé qu'en cas de contre-indications ou d'intolérance de l'allopurinol (22).

L'analyse comparative selon le genre a mis en évidence des différences significatives concernant l'âge et la présence de tophi. Les femmes étaient significativement plus âgées que les hommes ($p=0,002$). Ce résultat concorde avec les données de

la littérature et s'explique par l'effet uricosurique des œstrogènes avant la ménopause, retardant sa survenue chez les femmes (12,23). Les hommes présentaient significativement plus de tophi que les femmes ($p=0,029$), ce qui pourrait s'expliquer par une exposition plus prolongée et plus précoce à l'hyperuricémie. Ces différences soulignent l'intérêt d'une approche clinique tenant compte des particularités de présentation de la goutte selon le genre. Cependant, l'importance des données manquantes pour plusieurs variables n'a pas permis d'inclure l'ensemble des variables nécessaires à l'analyse comparative, limitant ainsi la portée de ces résultats. Cette étude présente certaines limites. Son caractère rétrospectif explique les données manquantes pour plusieurs variables clés, notamment les paramètres biologiques et les examens d'imagerie, ce qui a restreint certaines analyses statistiques. L'échographie ostéoarticulaire et la radiographie n'étant disponibles que chez une minorité des patients, les conclusions les concernant doivent être interprétées avec prudence. Elles ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble de la population étudiée. Ces contraintes reflètent les réalités de la pratique en milieu à ressources limitées et plaident pour la mise en place d'études prospectives permettant une collecte de données plus exhaustive.

Conclusion

La goutte au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU touche principalement les hommes d'âge mûr, urbains et porteurs de comorbidités. Elle se présente souvent sous des formes évoluées, suggérant un diagnostic tardif. Le traitement de la crise et le traitement hypouricémiant restent conformes aux recommandations internationales. L'amélioration de l'accès aux examens complémentaires et le diagnostic précoce pourraient contribuer à optimiser sa prise en charge dans notre contexte. La prise en compte des différences selon le genre pourrait contribuer également à une approche diagnostique et thérapeutique plus adaptée. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour mieux caractériser l'épidémiologie de la goutte et affiner les stratégies de prise en charge.

Conflit d'intérêt

Aucun

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de manière égale à la réalisation, l'interprétation des résultats et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale du manuscrit.



Références

1. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. *The Lancet*. 2016;**388** (10055):2039-52. doi :10.1016/S0140-6736(16)00346-9.
2. Xia Y, Wu Q, Wang H, Zhang S, Jiang Y, Gong T, *et al*. Global, regional and national burden of gout, 1990–2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. *Rheumatology*. 2020;**59** (7):1529-38. doi:10.1093/rheumatology/kez476.
3. Bardin T, Bouée S, Clerson P, Chalès G, Flipo R, Lioté F, *et al*. Prevalence of Gout in the Adult Population of France. *Arthritis Care Res*. 2016;**68** (2):261-6. doi: 10.1002/acr.22660.
4. Chen-Xu M, Yokose C, Rai SK, Pillinger MH, Choi HK. Contemporary Prevalence of Gout and Hyperuricemia in the United States and Decadal Trends: The National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2016. *Arthritis Rheumatol*. 2019;**71**(6):991-9. doi: 10.1002/art.40807.
5. Ayoub Tinni I, Kabore F, Bayala TYL, Yaméogo WN, Zabsonré/Tiendébeogo WJS, Ouédraogo, *et al*. Epidemiology and diagnosis of gout in sub-saharan Africa: a scoping review. *BMC Rheumatol*. 2024;**8** (1):21. doi:10.1186/s41927-024-00391-w.
6. Diomande M, Traore A, Bamba A, Coulibaly Y, Kpami YNC, Konate I, *et al*. La goutte à Abidjan : expérience du service de rhumatologie du CHU de Cocody à propos de 106 cas. *Rev Afr Med Interne*. 2022;**9** (1):30-37.
7. Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N, Fransen J, Schumacher HR, Berendsen D, *et al*. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2015 ;**74** (10) :1789-98. doi :10.1136/annrheumdis-2015-208237.
8. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Cinquième recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso [Internet]. Juin 2022. Disponible sur: <https://www.insd.bf/fr/file-download/download/public/2073> [Consulté le 14 mars 2025].
9. Zabsonré/Tiendrébeogo WJS, Kakpovi K, Kaboré F, Bognounou R, Kambou/Tiemtoré B, Dayambo C, *et al*. Aspects épidémiologiques et diagnostiques de la goutte en milieu hospitalier à Ouagadougou. *Med Afr Noire*. 2017;**64**(10):471-476.
10. Salam SD, Djossou HJ, Zomaheto Z. Expérience des rhumatologues de l'Afrique subsaharienne face à la goutte. *Rev Rhum*. 2023;**90**:A261-2. doi :10.1016/j.rhum.2023.10.399.
11. Diomandé M, You NK, Coulibaly Y, Bamba A, Sylla A, Traoré A, *et al*. Comorbidités au cours de la goutte à Abidjan: à propos de 91 cas observés en hospitalisation rhumatologique. *Rhum Afr Franc*. 2021;**4** (1):7-14.
12. Hak AE, Curhan GC, Grodstein F, Choi HK. Menopause, postmenopausal hormone use and risk of incident gout. *Ann Rheum Dis*. 2010;**69** (7):1305-9.
13. Feig DI, Kang DH, Johnson RJ. Uric Acid and Cardiovascular Risk. *N Engl J Med*. 2008;**359** (17):1811-1821. doi:10.1056/NEJMra0800885.
14. Kuo CF, Grainge MJ, Mallen C, Zhang W, Doherty M. Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management: a nationwide population study. *Ann Rheum Dis*. 2015;**74** (4):661-667. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204463.
15. Missounga L, Mouendou-Mouloungui EG, Iba-Ba J, Nseng-Nseng-Ondo IR, Nziengui-Madjinou MIC, Mwenpindi-Malékou D, *et al*. Croyances et représentations des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de la goutte: le «fusil nocturne». *Rev Rhum*. 2018;**85** (3):251-254. doi:10.1016/j.rhum.2017.12.009.
16. Johnson RJ, Nakagawa T, Sanchez-Lozada LG, Shafiu M, Sundaram S, Le M, *et al*. Sugar, uric acid, and the etiology of diabetes and obesity. *Diabetes*. 2013;**62** (10):3307-3315.
17. Kuo CF, Grainge MJ, Mallen C, Zhang W, Doherty M. Comorbidities in patients with gout prior to and following diagnosis: case-control study. *Ann Rheum Dis*. 2016;**75** (1):210-217. doi:10.1136/annrheumdis-2014-206410.
18. Prebis JW, Gruskin AB, Polinsky MS, Baluarte HJ. Uric acid in childhood essential hypertension. *J Pediatr*. 1981;**98** (5):702-707. doi:10.1016/s0022-3476(81)80828-1.
19. Fuldeore MJ, Riedel AA, Zarotsky V, Pandya BJ, Dabbous O, Krishnan E. Chronic kidney disease in gout in a managed care setting. *BMC Nephrol*. 2011;**12** (1):36. doi:10.1186/1471-2369-12-36.
20. Kemta Lekpa F, Doualla MS, Kamdem F, Bouallo I, Ngandeu-Singwé M, Namme LH. La première métatarsophalangienne (MTP1) n'est pas la localisation préférentielle de la goutte en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum*.



2016;**83**:A177. doi : 10.1016/S1169-8330(16)30448-3.

21. Latourte A, Pascart T, Flipo RM, Chalès G, Coblenz-Baumann L, Cohen-Solal A, *et al.* Recommandations 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : traitement des crises de goutte. *Rev Rhum.* 2020;**87** (5):324-31. doi : 10.1016/j.rhum.2020.07.008.
22. Pascart T, Latourte A, Chalès G, Coblenz-Baumann L, Cohen-Solal A, Ea HK, *et al.* Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : le traitement hypo-uricémiant. *Rev Rhum.* 2020;**87** (5):332-41. doi: 10.1016/j.rhum.2020.07.009.
23. Te Kampe R, Janssen M, Van Durme C, Jansen TL, Boonen A. Sex Differences in the Clinical Profile Among Patients With Gout: Cross-sectional Analyses of an Observational Study. *J Rheumatol.* 2021;**48**:286–292. doi: 10.3899/jrheum.200113.

Comment citer cet article : Aissata SB, Sougué C, Nab S, Tchenadoyo BY, Sompougou C, Damodwendé EE, *et al.* La goutte à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): caractéristiques épidémiocliniques de 155 patients vus en rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU. *Ann Afr Med* 2026; **19** (4): e7434-e7442. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.17>.