

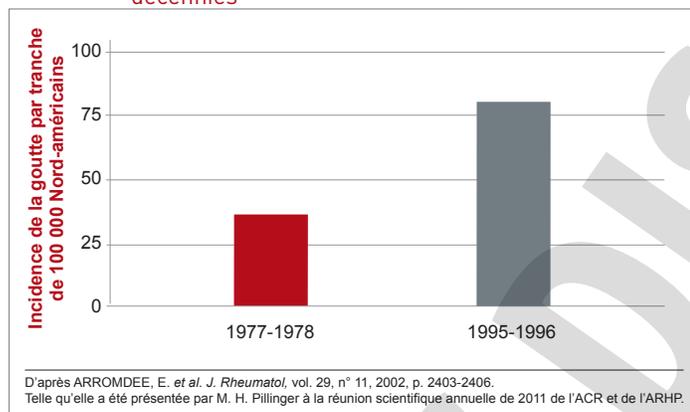
Réunion scientifique annuelle de l'American College of Rheumatology et de l'Association of Rheumatology Health Professionals (ACR/ARHP) de 2011

Publication de nouvelles lignes directrices provisoires de l'ACR pour la prise en charge de la goutte

Chicago - La fréquence de la goutte au sein de notre population qui vieillit va en s'accroissant et ses liens avec d'autres maladies liées au vieillissement et potentiellement mortelles sont de plus en plus évidents. À la lumière d'un examen approfondi des données probantes publiées jusqu'à maintenant, l'American College of Rheumatology (ACR) a présenté ses nouvelles recommandations, quoique provisoires, pour la prise en charge de la goutte lors de sa réunion scientifique de cette année. Ces recommandations fournissent aux rhumatologues et aux omnipraticiens des lignes de conduite pour traiter les crises aiguës de cette maladie, prendre en charge la goutte tophacée chronique et prévenir les récurrences par la correction des habitudes de vie, l'utilisation d'agents anti-inflammatoires et de médicaments destinés à abaisser les concentrations sériques d'acide urique.

L'incidence et la prévalence de la goutte ont connu une hausse constante au cours des deux dernières décennies en Amérique du Nord, tout comme les coûts associés à la prise en charge de cette affection. Deux facteurs pourraient expliquer cette évolution épidémiologique, soit le vieillissement et l'augmentation de l'obésité observés dans la population nord-américaine (Figure 1).

FIGURE 1 | L'incidence de la goutte : en hausse depuis plusieurs décennies



La goutte se voit souvent chez des patients atteints d'autres maladies liées au vieillissement et au mode de vie, telles que le syndrome métabolique, les coronaropathies, l'hypertension artérielle, le diabète et les néphropathies. Une étude réalisée récemment au Canada a révélé que le risque à 5 ans de souffrir de la goutte chez 20 000 personnes âgées environ se chiffrait à 4,4 %. Au cours de la période visée par cette étude, les coûts des soins de santé supplémentaires engagés pour chaque patient s'élevaient à 8000 \$ à peu près comparativement aux témoins (HANLY, J. G., et al. *J Rheumatol*, vol. 36, n° 4, 2009, p. 822-830). Aux États-Unis, la prévalence de la goutte a augmenté de 44 % dans l'ensemble depuis 1994; la prévalence enregistrée chez les patients de plus de 80 ans a, quant à elle, augmenté de 114 % (ZHU, Y., et al. *Arthritis Rheum*, vol. 63, n° 10, 2011, p. 3136-3141).

La prise en charge appropriée de la goutte est importante et pas seulement en raison de ses répercussions négatives sur la qualité de vie des patients, mais aussi parce que l'hyperuricémie a été reliée à des maladies et à des accidents cardiovasculaires. Selon les résultats d'études présentées cette année à la réunion scientifique de l'ACR et de l'ARHP, la goutte serait également associée à une aggravation de l'arthrose.

Les principes thérapeutiques

Selon les nouvelles recommandations de l'American College of Rheumatology, les patients goutteux doivent subir les examens permettant d'évaluer l'intensité de leurs symptômes,

la présence d'éventuels tophi, leur hyperuricémie et les facteurs favorisants possibles, de même que leurs maladies concomitantes. Le traitement d'une crise aiguë de goutte doit être amorcé dans les 24 heures. Il faut informer les patients des corrections qu'ils doivent apporter à leurs habitudes de vie pour prévenir les récurrences. Il convient donc, selon le cas, de leur conseiller de perdre du poids, de s'alimenter sainement (par ex., en limitant leur consommation d'alcool et d'aliments riches en purines et de sirop de maïs à teneur élevée en fructose), de cesser de fumer, de bien s'hydrater et de faire de l'exercice régulièrement (Figure 2). Il est important aussi de leur dire quoi faire à la maison quand survient une crise.

La prise en charge appropriée de la goutte est importante et pas seulement en raison de ses répercussions négatives sur la qualité de vie des patients, mais aussi parce que l'hyperuricémie a été reliée à des maladies et à des accidents cardiovasculaires.

FIGURE 2 | Recommandations provisoires à l'intention des patients goutteux

À éviter	À restreindre	À favoriser
<ul style="list-style-type: none"> Abats rouges riches en purines 	Les portions de : <ul style="list-style-type: none"> Bœuf, agneau, porc Viandes maigres Poissons à forte teneur en purines (par ex., les sardines) Mollusques et crustacés 	<ul style="list-style-type: none"> Les produits laitiers à faible teneur en gras ou sans gras Légumes
<ul style="list-style-type: none"> Boissons ou aliments riches en fructose (par ex., sucrés au sirop de maïs) 	<ul style="list-style-type: none"> Jus de fruits naturellement sucrés Sucre, boissons et desserts sucrés Sel, y compris dans les sauces, dont celles au jus de viande 	
	<ul style="list-style-type: none"> Alcool, y compris la bière Consommation excessive et intensive de boissons caféinées, y compris le café 	<ul style="list-style-type: none"> Café (décaféiné ou non)

Il faut particulièrement conseiller aux patients de limiter leur consommation quotidienne totale de viande ou de poisson riches en purines à environ 165 g (6 onces).
ABSENCE DE CONSENSUS : ascorbate, cerises, noix et légumineuses

D'après TERKELTAUB, R. Telle que présentée à la réunion scientifique annuelle de 2011 de l'ACR et de l'ARHP.

Les crises aiguës

Les crises de goutte aiguës d'intensité légère ou modérée – c'est-à-dire celles provoquant une douleur inférieure à 6 sur une échelle visuelle analogique – peuvent généralement se traiter à l'aide de colchicine administrée par voie orale (dans les 36 heures qui suivent l'apparition des symptômes), un agent anti-inflammatoire

non stéroïdien (AINS) ou un corticostéroïde. Les crises plus graves, les formes plus étendues de la maladie ou celles qui ne réagissent pas favorablement à la monothérapie administrée en première intention (par ex., dans les cas où l'atténuation de la douleur obtenue est inférieure à 20 % au bout de 24 heures ou à moins de 50 % après 48 heures) doivent inciter à envisager un traitement d'association. Selon les recommandations que l'ACR est à rédiger, les inhibiteurs de l'interleukine 1 β semblent une option prometteuse, mais leur utilisation chez les sujets qui n'obtiennent pas des résultats satisfaisants aux traitements d'usage courant n'est pas encore homologuée. Les applications de glace sur les régions touchées et les opiacés peuvent également être utiles pour soulager davantage la douleur, au besoin.

La goutte chronique

La prise en charge au long cours de la goutte doit reposer sur l'utilisation d'agents anti-inflammatoires et de traitements hypo-uricémiants, ceux-ci ne pouvant toutefois être amorcés tant que le diagnostic n'est pas bel et bien confirmé. Pour ce faire, il est recommandé en plus de l'examen clinique et de l'analyse de la synovie, de faire appel à l'échographie à haute résolution pour rechercher la présence de dépôts de cristaux d'urate ou de signes évoquant la présence de tophi.

Les patients goutteux affligés d'au moins un tophus ou qui ont fait deux crises de goutte aiguës ou plus dans la même année pourraient tirer avantage d'un traitement pharmacologique à visée hypo-uricémiante. Ce type de traitement se justifierait également chez les patients aux prises avec une néphropathie chronique ou des calculs rénaux formés d'acide urique.

Comme le montre la Figure 3, un inhibiteur de la xanthine oxydase, qu'il s'agisse de l'allopurinol ou du fébuxostat, est le traitement hypo-uricémiant utilisé en première intention chez tous les patients goutteux. Les patients doivent suivre ce traitement tant que leur concentration sérique d'acide urique (CSAU) n'a pas baissé jusqu'à la valeur désirée et qu'elle ne s'y maintient pas. La concentration recherchée est habituellement inférieure à 6 mg/dL (ou à 360 μ mol/L). Il faut parfois augmenter

la dose de l'inhibiteur de la xanthine oxydase ou changer de médicament si le traitement initial ne permet pas d'y parvenir. Le probénécide constitue une solution de rechange quand l'emploi de l'un ou l'autre des inhibiteurs de la xanthine oxydase se solde par un échec; de tous les agents uricosuriques, c'est celui qui est utilisé en première intention. Si la CSAU ne baisse pas suffisamment avec la monothérapie, l'association d'un inhibiteur de la xanthine oxydase et d'un agent uricosurique est une option valable. Il est également possible d'avoir recours au pegloticase chez les patients atteints d'une forme grave de goutte qui sont réfractaires aux autres traitements hypo-uricémiants ou qui ne les tolèrent pas.

La CSAU du patient doit tout de même être surveillée et maintenue à la valeur fixée ou en deçà. En revanche, il est recommandé de poursuivre le traitement pharmacologique si le patient continue d'éprouver des symptômes ou s'il est atteint d'une forme réfractaire de goutte.

Le traitement préventif reposant sur l'administration de faibles doses d'anti-inflammatoires doit être amorcé avant ou en même temps que le traitement hypo-uricémiant. Les schémas thérapeutiques recommandés sont les suivants : de la colchicine une ou deux fois par jour, un AINS allié à un inhibiteur de la pompe à protons, de la prednisone ou de la prednisolone. La plupart du temps, il doit être poursuivi durant six mois au moins, ou de trois à six mois si le patient a atteint la valeur fixée pour la CSAU. (Le traitement le plus court n'est recommandé que chez les patients indemnes de tophi.)

Conclusion

Les nouvelles recommandations provisoires de l'ACR fournissent une ligne de conduite pour la prise en charge de la goutte en fonction de l'intensité et de la persistance des symptômes. Une fois la crise aiguë passée, il se peut qu'un traitement préventif au moyen d'agents anti-inflammatoires et de médicaments destinés à maintenir la CSAU à la valeur fixée se révèle nécessaire. L'ACR publiera sous peu ses recommandations complètes dans une revue scientifique chapeautée par un comité de lecture. ●

FIGURE 3 | Recommandations provisoires de l'ACR : les indications des agents hypo-uricémiants

