



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Conséquences du moment de l'introduction d'un traitement hypo-uricémiant chez des patients souffrant d'un accès de goutte : étude rétrospective[☆]

Xin Feng^a, Yao Li^b, Wei Gao^{a,*}^a Service de rhumatologie, premier hôpital affilié de la faculté de médecine de Liaoning, Jinzhou, 121000 Liaoning, République populaire de Chine^b Service de physiologie, faculté de médecine de Liaoning, Jinzhou, 121000 Liaoning, République populaire de Chine

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Accepté le 17 mars 2015

Disponible sur Internet le 6 octobre 2015

Mots clés :

Goutte

Traitements hypo-uricémiants

Uricémie

R É S U M É

Objectif. – Évaluer les conséquences en termes d'efficacité et d'innocuité des différences dans le moment d'initiation des traitements hypo-uricémiants (THU) chez les patients atteints de crises de goutte.

Méthode. – Nous avons réalisé une revue rétrospective des patients pour lesquels un diagnostic de la goutte avait été posé et un THU administré pendant une période d'au moins 3 ans. Ces patients ont été divisés en deux groupes : groupe 1 : 123 sujets chez qui le THU a été débuté pendant une crise de goutte aiguë ; groupe 2 : 457 sujets pour lesquels le THU a été initié à distance de la crise. Les caractéristiques démographiques et cliniques en lien avec la goutte ont été analysées.

Résultats. – Après comparaison entre les patients des groupes 1 et 2, la durée de la maladie goutteuse était plus courte dans le groupe 1 ($6,3 \pm 2,1$ années vs $8,9 \pm 3,3$ années). Aucune différence significative du taux initial moyen d'acide urique sérique (AUs, respectivement de $7,8 \pm 1,4$ mg/dL vs $7,9 \pm 1,9$ mg/dL) n'a été constatée entre les deux groupes. La valeur cible d'uricémie ($< 6,0$ mg/dL) a été atteinte dans respectivement 66,7 et 65,6 % des cas. La durée totale entre le démarrage du THU et l'obtention de la valeur cible d'uricémie était inférieure dans le groupe 1 à celle du groupe 2. Au cours des 12 premières semaines suivant l'initiation des hypo-uricémiants, on a noté un taux plus élevé d'accès aigus chez les patients du groupe 1 comparé à ceux du groupe 2. La fréquence d'une aggravation d'une insuffisance rénale chronique (IRC) était plus basse dans le groupe 1 que dans le groupe 2.

Conclusions. – Notre étude a révélé que chez les patients souffrant d'une crise de goutte aiguë, l'instauration des THU réduisait le délai d'obtention de l'uricémie cible et l'incidence de l'IRC, mais induisait une fréquence d'accès aigus plus élevée au cours des 12 premières semaines du traitement.

© 2015 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La goutte est une forme fréquente d'arthrite caractérisée par l'accumulation de cristaux d'urate de monosodium (UMS) dans les articulations et les autres tissus. La présence intra-articulaire et péri-articulaire de cristaux d'UMS va déclencher une réaction inflammatoire se traduisant par des épisodes récurrents d'arthrite goutteuse aiguë, inflammation douloureuse et débilitante [1]. Plusieurs comorbidités lui sont en outre associées telles que l'hypertension, l'obésité et l'insuffisance rénale. La goutte est

une maladie en progression et sa prévalence augmente avec l'âge [2]. Avec près de 150 millions de malades recensés en Chine, la goutte est désormais reconnue comme un problème majeur de santé publique [3].

La prise en charge de la goutte a pour principal objectif de réduire au long cours les concentrations d'acide urique sérique afin d'accélérer la dissolution des dépôts de cristaux UMS et de prévenir la récurrence des crises aiguës, tout en réduisant les tophus. Viser une valeur d'uricémie est un objectif souvent mentionné dans les directives de prise en charge de la goutte. D'après ces recommandations, pour éviter la survenue de crises récurrentes et augmenter la mobilisation des dépôts d'urate, l'uricémie doit être abaissée à $< 6,0$ mg/dL chez les patients souffrant de goutte chronique et $< 5,0$ mg/dL dans les formes tophacées [4,5].

Une prise en charge adaptée de l'hyperuricémie, cause première de la goutte, est indispensable. On dispose d'un certain nombre de traitements médicamenteux dont l'objectif est de prévenir les

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.02.021>.[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xinxinyiran@126.com (W. Gao).<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2015.08.009>

1169-8330/© 2015 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

crises récurrentes de goutte. Ils comprennent les inhibiteurs de la xanthine-oxydase (tels que l'allopurinol et le fébuxostat) et les uricosuriques (tels que le probénécide et la sulfapyrazone) [6]. Ces médicaments ne sont généralement pas commencés à un stade précoce mais plutôt avec un délai d'une à deux semaines après la fin de la phase aiguë. En effet, la diminution rapide du taux d'urate de sodium après l'instauration du traitement hypo-uricémiant (THU) déclenche bien souvent de nouvelles crises de goutte. La Société britannique de rhumatologie préconisait en 2007 d'initier le THU 1 à 2 semaines après la résolution d'une crise aiguë pour assurer un contrôle total des symptômes (recommandation de grade C) [7]. En 2011, des directives recommandaient de débiter le THU au minimum 2 semaines après la fin de la crise aiguë [8]. Cependant, les recommandations de l'ACR (American College of Rheumatology) 2012 indiquaient que le recours à un THU peut être envisagé pendant une crise de goutte à condition d'être associé à une prescription d'anti-inflammatoires adaptés [8]. Cette approche va à l'encontre des recommandations précédentes. Selon les résultats rapportés par Taylor et al., l'allopurinol débuté au cours d'une crise de goutte aiguë n'augmentait pas le taux de crises récidivantes [9]. En d'autres termes, il n'existe pas de consensus clair concernant le délai d'initiation du THU pour dissoudre les cristaux d'urate et en prévenir la formation. Aucune donnée n'est actuellement disponible concernant l'efficacité et l'innocuité du moment d'initiation des THU dans la prise en charge de la goutte en Chine. Nous avons étudié ces aspects dans le cadre d'une étude rétrospective.

2. Méthodes

2.1. Patients

Nous avons analysé de manière rétrospective les données de 580 patients atteints de goutte et traités par hypo-uricémiants pendant une durée minimum de 3 ans entre janvier 1999 et janvier 2014 au service de rhumatologie de l'hôpital de Liaoning. Nous avons obtenu l'approbation d'un comité d'éthique indépendant.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les suivants : les patients devaient au préalable satisfaire les critères préliminaires de l'American College of Rheumatology pour la classification de l'arthrite goutteuse aiguë. Il était également demandé aux patients une stricte observance du THU et de son suivi. En fonction du délai d'initiation du THU, les patients étaient divisés en deux groupes : le groupe 1 incluait 123 patients chez qui le THU était débuté pendant une crise de goutte aiguë ; le groupe 2 incluait 457 patients pour lesquels le THU était initié à distance d'une crise aiguë. Il était administré aux patients des deux groupes, en prophylaxie des accès aigus, du loxoprofène par voie orale à raison de 60 mg trois fois par jour pendant 8 semaines après initiation du THU.

2.2. Mesures

Pour les besoins de l'analyse descriptive, les données suivantes ont été enregistrées : âge, sexe, indice de masse corporelle (IMC), durée de la maladie goutteuse, fréquence des crises aiguës et délai entre l'initiation du THU et l'obtention d'une uricémie cible inférieure à 6,0 mg/dL (l'allopurinol était le traitement de choix). Une analyse en laboratoire, incluant la concentration d'AUs, était réalisée à chaque visite. La présence de comorbidités associées, telles que l'hypertension artérielle (HTA), le diabète non insulino-dépendant (DNID), les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale chronique (IRC), la lithiase urique, était recherchée après l'instauration du THU, et ce à chaque visite de suivi. L'IRC était définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) de moins de 60 mL/min/1,73 m² estimé selon la formule du MDRD (*modification of diet in renal disease*). La crise de goutte aiguë était définie

par la présence d'au moins trois des critères parmi les suivants : inflammation d'une/des articulation(s) rapportée par le patient, gonflement d'une/des articulation(s) rapportée par le patient, douleur au repos (>3) rapportée par le patient sur une échelle de 0–10, et attaque d'arthrite rapportée par le patient ou diagnostiquée directement par le médecin [10].

2.3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée au moyen du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – version 19.0 ; SPSS Inc., Chicago, IL, États-Unis). Les moyennes avec les déviations standard (DS) et les pourcentages étaient utilisées pour décrire les caractéristiques cliniques des participants. L'analyse de la variance permettait de déterminer les différences statistiquement significatives observées entre les caractéristiques initiales des deux groupes : âge, IMC, AUs et durée de la goutte en années. Le test *t* et le test du Chi² servaient à comparer toutes les autres variables qualitatives de référence. Le seuil de signification était fixé à 0,05.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques démographiques et cliniques

Les patients du groupe 1 étaient majoritairement des hommes (96,7%), avec un âge moyen de 44,5 ± 6,5 ans et un IMC moyen de 32,2 ± 6,1 kg/m². La durée moyenne de la goutte était de 6,3 ± 2,1 ans. Les patients du groupe 2 étaient majoritairement de sexe masculin (97,4%), d'âge moyen 52,9 ± 7,2 ans et d'IMC moyen 30,5 ± 5,6 kg/m². La durée moyenne de la goutte était de 8,9 ± 3,3 ans. Les patients du 1er groupe étaient significativement plus âgés que ceux du groupe 2. De plus, on observait une différence importante de la durée de la maladie goutteuse entre ces deux groupes. Les autres caractéristiques démographiques et cliniques étaient généralement similaires entre ces deux groupes (Tableau 1).

3.2. Traitement hypo-uricémiant (THU)

Il n'existait aucune différence significative concernant le taux initial moyen d'acide urique sérique (AUs, respectivement de 7,8 ± 1,4 mg/dL vs 7,9 ± 1,9 mg/dL). Aucune différence significative dans le dosage de l'allopurinol n'était observée entre les deux groupes (respectivement 235 ± 87,6 mg/jour vs 241 ± 98,2 mg/jour). (Tableau 1).

3.3. Traitement à la valeur cible

Le taux d'uricémie <6,0 mg/dL (taux cible d'acide urique sérique) a été atteint dans 66,7 et 65,6% des cas lorsque le THU était débuté respectivement pendant et à distance de la crise aiguë. Bien qu'il n'y ait aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'efficacité du THU, le temps écoulé entre l'instauration du THU et l'obtention de l'uricémie cible était inférieur dans le groupe 1 à celui du groupe 2 (Tableau 1).

3.4. Taux de crises aiguës

La fréquence des crises aiguës était comparable chez les patients. Parmi les patients pour lesquels le THU était administré pendant une attaque goutteuse, les taux de récurrences au cours des 4 premières semaines et aux semaines 4–8, 8–12 et 12–16 étaient respectivement de 51, 38, 31 et 27%. Les valeurs correspondantes dans le groupe 2 étaient respectivement de 35, 31, 29 et 23%. Le nombre de crises récidivantes après la fin du THU diminuait dans les deux groupes. Au cours des 12 premières semaines, les patients du groupe 1 rapportaient une fréquence d'accès aigus plus élevée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387227>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387227>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)