



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

L'ACTH comme traitement de première intention dans la goutte aiguë chez 181 patients hospitalisés[☆]

Dimitrios Daoussis^{*,1}, Ioannis Antonopoulos¹, Georgios Yiannopoulos, Andrew P. Andonopoulos

Unité de rhumatologie, service de médecine interne, hôpital universitaire de Patras, école de médecine de la faculté de Patras, 26504 Rion, Patras, Grèce

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 19 septembre 2012

Disponible sur Internet le 1^{er} juillet 2013

Mots clés :

Goutte

ACTH

Comorbidités

Acide urique

Arthrite à microcristaux

Patients hospitalisés

RÉSUMÉ

Objectif. – Nous avons évalué l'efficacité et la tolérance de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) dans le traitement de la crise de goutte chez des patients hospitalisés.

Méthodes. – Nous avons revu rétrospectivement nos données de consultation externe et avons identifié 181 cas de crises de goutte traitées par l'ACTH en première intention. Les données des dossiers d'hospitalisations ont été revues et analysées. Un total de 181 patients était traité par 1 mg d'ACTH synthétique en intramusculaire.

Résultats. – Une réponse favorable a été notée chez 77,9% des patients et a été évidente dès le jour suivant l'injection d'ACTH. La majorité des non-répondeurs (87,5%) était traitée par une dose ultérieure d'ACTH le jour suivant la première injection ; 82,8% de ces patients avaient répondu. Un petit pourcentage de répondeurs (11,3%) avait souffert d'une seconde crise après la crise initiale, avec une médiane de survenue de quatre jours. La pression artérielle et les taux sanguins de potassium étaient stables à 24 et 48 heures suivant l'injection d'ACTH. Les patients diabétiques avaient une augmentation de leur glycémie, 24 heures après l'injection comparée à leur glycémie avant l'injection, mais à 48 heures il n'y avait plus d'évidence d'augmentation de celle-ci.

Conclusions. – Nos données indiquent que l'ACTH est efficace et bien tolérée dans le traitement de la goutte chez des patients hospitalisés. L'ACTH est une modalité intéressante pour les patients hospitalisés puisque l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des corticoïdes et de la colchicine pourrait être problématique dans cette catégorie de la population.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

La goutte est la pathologie articulaire inflammatoire la plus fréquemment retrouvée en pratique quotidienne. Elle est induite par les dépôts de cristaux d'urates monosodiques et est fortement associée à l'hyperuricémie chronique. Le traitement de la crise de goutte peut être simple dans plusieurs cas, et très problématique dans d'autres cas. Les recommandations actuelles préconisent l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de colchicine comme traitement de première intention [1–3]. Ces agents représentent la base du traitement de la crise et ont été utilisés pendant des décennies avec une efficacité certaine. Cependant, les patients gouteux possèdent typiquement des comorbidités qui entravent souvent la prescription de ces traitements. Dans

une étude récente, il a été rapporté une prévalence respective de 90% et de 50% de l'hypertension artérielle (HTA) et de la maladie rénale chronique (MRC), en appliquant les critères de la National Kidney Foundation [4], ces deux pathologies constituant une contre-indication à l'utilisation d'AINS et de colchicine [5]. Dans une autre étude récente, l'HTA et la MRC ont été retrouvées chez 54% et 43% des gouteux respectivement [6]. La prise en charge de la goutte peut même être plus difficile en milieu hospitalier. Les patients hospitalisés ont des comorbidités, sont souvent instables et reçoivent plusieurs traitements qui pourraient contre-indiquer les traitements habituels de la crise de goutte. En plus des contre-indications, les interactions médicamenteuses sont à prendre en considération ; par exemple, les patients sous anticoagulants ne sont pas de bons candidats au traitement par AINS. Les corticoïdes sont considérés comme une bonne alternative thérapeutique, particulièrement ceux qui sont « difficiles » à traiter, comme c'est le cas pour les patients hospitalisés. Cependant, ils possèdent des effets immunosuppresseurs et métaboliques et donc leur emploi peut facilement poser problème.

L'hormone adrénocorticotrope (ACTH) a été utilisée depuis longtemps dans la goutte ; [7]. L'ACTH a eu un regain d'intérêt au milieu des années 1990 avec plusieurs études ayant montré qu'elle

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2012.09.009>.

[☆] 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 : jimdaoussis@hotmail.com (D. Daoussis).

¹ Contributeurs égaux.

était efficace et dans certains cas, d'action plus rapide que les AINS [8] et les corticoïdes [9] avec un excellent profil de tolérance.

Il a été stipulé que l'action anti-inflammatoire de l'ACTH provenait de ses propriétés stéroïdes. Si cela était le cas on aurait supposé qu'il n'y avait pas de supériorité de l'ACTH par rapport aux corticoïdes par voie systémique. Cependant, des données expérimentales vont à l'encontre de cette supposition ; il a été démontré que l'ACTH agisse de façon indépendante des corticoïdes [10]. Nous avons employé l'ACTH dans le traitement de la crise de goutte chez les patients hospitalisés depuis 1995. L'efficacité de l'ACTH chez cette catégorie de patients n'a pas été étudiée jusqu'à présent. Dans cette étude, nous avons revu rétrospectivement notre expérience avec l'ACTH et rapporté sa bonne efficacité avec un minimum d'effets secondaires.

2. Méthodes

Cette étude a été menée à l'hôpital universitaire de Patras, un hôpital tertiaire de 600 lits, situé au sud-ouest de la Grèce et approuvé par le comité éthique. Nous avons revu rétrospectivement nos données de consultation entre janvier 1999 et février 2011 ; dans notre politique interne nous gardons une copie de chaque consultation de patient. Durant cette période, le service de rhumatologie avait reçu 3625 consultants. Nous avons identifié 245 cas diagnostiqués comme goutte, satisfaisant aux critères de l'ACR [11]. Dans 196 cas, l'ACTH a été utilisée comme traitement de première intention. Nous avons ensuite retiré et analysé les dossiers d'hospitalisation de ces patients ; dans 15 cas les dossiers de patients n'avaient pas été trouvés ou bien avaient beaucoup de données manquantes, et donc 181 cas ont été retenus pour l'étude. Parmi les 181 cas : d'une part, 64 cas avaient eu une ponction du liquide articulaire objectivant un liquide synovial riche en cristaux d'urate monosodique en microscopie à lumière polarisée, d'autre part, cinq patients avaient des tophus prouvés en microscopie à lumière polarisée et enfin, 112 satisfaisaient à au moins six critères de l'ACR. Nous avons utilisé un CRF standard afin de recueillir les données des patients. Les données extraites étaient : l'âge, le sexe, le diagnostic d'entrée et de sortie, les principales comorbidités pouvant constituer une contre-indication aux traitements de la goutte, présence d'une hyperuricémie et les sites de l'atteinte articulaire. Les comorbidités enregistrées étaient : l'HTA définie par une pression artérielle supérieure ou égale à 140 mmHg en systolique et/ou supérieure ou égale à 90 mmHg en diastolique et/ou recevant un traitement antihypertenseur, une cardiopathie définie par la présence d'une coronaropathie/infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et pathologie vasculaire périphérique, une MRC stade 3, 4 ou 5 (le taux de filtration glomérulaire a été mesuré avec la formule *modification of diet in renal disease* [MDRD] [12], un diabète sucré [DS] défini par une glycémie à jeun supérieure à 126 mg/dl et/ou l'utilisation de traitements hypoglycémisants ou l'insuline). Les patients étaient traités par 1 mg (100 UI) d'ACTH synthétique en intramusculaire ; seul traitement donné aux patients durant la crise. Aucun patient n'a reçu de corticoïdes, d'AINS ou de colchicine au moment de la crise ; cependant, un petit pourcentage (11,1 %) recevait des antalgiques (paracétamol ou opioïdes). La réponse au traitement a été définie par, d'une part, une atténuation des signes inflammatoires pendant l'hospitalisation ou pendant le suivi en consultation, d'autre part, l'absence d'utilisation d'AINS, de corticoïdes, de colchicine ou d'antalgiques pendant deux jours après la crise. Les effets secondaires potentiels étaient enregistrés à partir du dossier médical et des données de suivi en consultation. Afin d'évaluer avec plus de détail les effets secondaires potentiels cardiovasculaires et métaboliques sous ACTH, nous avons enregistré les taux de glycémie et de potassium (en cas de disponibilité)

Tableau 1

Principale comorbidité et antécédents d'hyperuricémie/goutte.

	n (%)
Hypertension artérielle	146 (80,6)
Maladie cardiovasculaire	99 (54,6)
Infarctus du myocarde	31 (17,1)
Maladie rénale chronique (stade 3, 4 et 5)	63 (34,8)
Diabète sucré	42 (23,2)
Traitement anticoagulant	21 (11,6)
Fibrillation auriculaire	19 (10,4)
Hyperuricémie	164 (90,6)
Goutte	152 (83,9)

et la pression artérielle 24 et 48 heures après l'administration de l'ACTH.

L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel GraphPad Prism version 5. Les données sont présentées en moyennes \pm DSM ou en pourcentages, si approprié. Un test *t* païré a été réalisé quand nécessaire.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques démographiques et cliniques et comorbidités de la cohorte

Les patients avaient un âge moyen \pm DMS de $74,2 \pm 3,38$ ans et étaient majoritairement de sexe masculin (78,4%). Les comorbidités sont présentées dans le **Tableau 1** ; la plus fréquente était l'HTA (80,6%) suivie par la pathologie cardiovasculaire (54,6%). Plusieurs patients (11,6%) recevaient des anticoagulants oraux, essentiellement pour une fibrillation auriculaire. Une proportion significative de patients avait une MRC stade 3–5 (34,8%). La plupart des patients avaient une hyperuricémie (90,6%) et avaient au moins une crise de goutte précédente (83,9%). Les patients étaient essentiellement admis en médecine interne (67,9%), puis en chirurgie (8,8%), en cardiologie (7,7%), en neurologie (5,5%), en hématologie (4,9%) et en dermatologie (4,9%). Les motifs d'hospitalisation (basés sur le diagnostic de sortie) sont présentés dans le **Tableau 2**. Les patients souffraient essentiellement d'infections (37,01 %, la plus fréquente étant l'infection du tractus respiratoire), d'une hémorragie digestive (9,9%) ou étaient admis pour un traitement chirurgical (8,8%). À noter, chez 7,1% des patients le motif d'hospitalisation était la goutte ; dans ces cas la goutte était oligo-articulaire et associée à

Tableau 2

Diagnostic de sortie.

	n (%)
Infections	67 (37)
Du tractus respiratoire bas	23 (12,7)
Du tractus urinaire	19 (10,4)
Du tractus gastro-intestinal et biliaire	11 (6)
Hémorragie digestive	18 (9,9)
Procédures chirurgicales	16 (8,8)
Goutte	13 (7,1)
Infarctus du myocarde	11 (6)
Cancer	9 (4,9)
Accident vasculaire cérébral	9 (4,9)
Hémopathies malignes	7 (3,8)
Pancréatite	6 (3,3)
Exacerbation de BPCO	6 (3,3)
Insuffisance cardiaque congestive	4 (2,2)
Anémie ferriprive	4 (2,2)
Embolie pulmonaire	2 (1,1)
Acidocétose diabétique	2 (1,1)
Péricardite	2 (1,1)
Cirrhose	2 (1,1)
Myasthénie gravidique	1 (0,5)
Épilepsie	1 (0,5)
Urticaire	1 (0,5)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387527>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387527>

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