



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mise au point

L'observance dans la goutte[☆]

Gérard Reach

Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques, université Paris 13, hôpital Avicenne, AP-HP, EA 3412, CRNH-IdF, 125, route de Stalingrad, 93000 Bobigny, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 8 novembre 2010

Disponible sur Internet le 31 mai 2011

Mots clés :

Goutte

Hyperuricémie

Observance

Persistance

Éducation thérapeutique

Alcool

Mésures hygiéno-diététiques

RÉSUMÉ

Le but du traitement de la goutte est, d'une part, de traiter les crises aiguës, d'autre part, d'éviter à long terme les complications de la maladie, grâce à un traitement de fond reposant sur la prescription de médicaments, le plus souvent des agents hypo-uricémiants et sur le respect de règles hygiéno-diététiques. L'analyse de la littérature révèle que l'observance des patients en ce qui concerne la prise des médicaments est particulièrement mauvaise dans la goutte, puisque lorsqu'on se base sur les données recueillant les achats des médicaments, le pourcentage de patients ayant acheté au moins 80 % des médicaments prescrits (ce qui est considéré comme une observance satisfaisante) varie selon les études entre 18 et 44 %. Par comparaison, une étude dans laquelle ce pourcentage était de 36,8 % a montré qu'il était de 72,3 et 65,4 % dans des populations de patients traités respectivement pour une hypertension artérielle et un diabète de type 2. Par ailleurs, on manque de données concernant l'observance des règles hygiéno-diététiques dont l'importance a pourtant été soulignée au cours des dernières années. La non-observance a des conséquences clairement démontrées en ce qui concerne l'échec du traitement et l'évolutivité de la maladie. Ces données suggèrent que la goutte est une cible importante de l'éducation thérapeutique du patient.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

Dans la prise en charge des maladies chroniques, la non-observance des traitements suscite de plus en plus l'intérêt de la communauté médicale [1]. Cette question concerne toutes les maladies, notamment les maladies chroniques, et implique toutes les composantes du traitement : non seulement la prise médicamenteuse, mais aussi le suivi des mesures hygiéno-diététiques, le fait de faire pratiquer les examens complémentaires demandés, l'abstention de comportements à risque comme l'alcoolisme, le tabagisme etc.

La goutte a la caractéristique de n'imposer un traitement médicamenteux que lorsqu'elle s'accompagne de manifestations cliniques [2]. Elle représente donc une situation particulière lorsqu'on s'intéresse au problème de l'observance : c'est en général pour éviter « la rechute » de crises douloureuses aiguës (la maladie elle-même) que l'on institue le traitement de ce qui est, dans la chronicité, essentiellement une anomalie biologique. Si le caractère silencieux d'une maladie était en soi responsable de la non-observance des patients, on devrait s'attendre à ce que l'observance soit bonne dans la goutte puisque le traitement n'est en général institué qu'à la suite de la survenue de crises pouvant être atrocement douloureuses. Or on verra que ce n'est pas le cas ; au contraire, la goutte est, parmi les maladies chroniques, celle dans

laquelle l'observance est *la plus mauvaise* [3]. Quels sont alors les déterminants de la non-observance dans la goutte ? On verra par ailleurs qu'on insiste actuellement sur les mesures hygiéno-diététiques dans la goutte, qui devraient être importantes notamment au stade asymptomatique de la maladie. Sont-elles suivies ? Le but de cet article est de faire une revue de la littérature sur l'observance dans la goutte aux recommandations médicales dont on commença par présenter le rationnel.

1. Le « rationnel » du traitement de la goutte

La goutte se manifeste lorsque la concentration d'acide urique dépasse la concentration saturante, conduisant à la formation de cristaux d'urate de sodium qui déclenchent la réaction inflammatoire intense, caractéristique de la crise de goutte [4]. L'hyperuricémie est due dans 90 % des cas à une insuffisance de l'élimination urinaire de l'acide urique et dans 10 % des cas à une hyperproduction endogène ou une combinaison des deux [5], ces anomalies ayant une composante génétique [6], mais aussi environnementale : ainsi, l'existence d'une hypertension artérielle, l'utilisation de diurétiques thiazidiques, l'obésité, la prise d'alcool, une alimentation riche en protéines animales aggravent l'hyperuricémie.

2. Traitement médicamenteux

Le but du traitement est de diminuer l'uricémie en dessous de 50–60 mg/L (300–360 µmol/L) : en effet, une étude rétrospective

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* (doi:10.1016/j.jbspin.2011.05.010).

Adresse e-mail : gerard.reach@avc.aphp.fr

montre qu'une réduction de la récurrence des crises de goutte est associée à la prise d'un hypo-uricémiant et à la réduction de l'uricémie en dessous de ce seuil [7]. Ces valeurs d'uricémie sont définies par le seuil de solubilité de l'acide urique [8]; elles correspondent au seuil d'apparition du premier épisode de goutte dans une population d'hommes normaux [9]. Le seuil de 60 mg/L est débattu par certains auteurs, qui préfèrent 50 mg/L [10]. Le traitement doit être accompagné pendant les premiers mois par une prescription par un agent anti-inflammatoire pour éviter la survenue d'une crise de goutte, ces crises de rebond représentant l'effet secondaire le plus fréquent du traitement de la goutte, et pouvant, presque paradoxalement, avoir, on le reverra, un effet fâcheux sur l'observance au traitement de fond.

3. Mesures hygiéno-diététiques

Certains des facteurs qui contribuent à l'hyperuricémie sont modifiables, ce qui explique que le traitement de la goutte n'est pas seulement médicamenteux, mais repose aussi sur des recommandations concernant le style de vie. En effet :

- la prévalence du syndrome métabolique est proportionnelle au niveau de l'uricémie [11], sans doute en raison de l'effet inhibiteur de l'hyperinsulinémie sur l'excrétion urinaire de l'acide urique [12]; cela explique au moins en partie l'association de l'hyperuricémie [13] et de la goutte [14] à la maladie coronarienne et à la mortalité, suggérant que les recommandations thérapeutiques d'un patient hyperuricémique doivent s'intégrer dans la prévention du risque cardiovasculaire [15];
- l'impact de la nutrition sur l'hyperuricémie explique l'augmentation actuelle de l'incidence de l'hyperuricémie et de la goutte [16,17].

Ainsi, une étude récente réalisée en Chine [18] a montré que l'augmentation de la prévalence de l'hyperuricémie et de la goutte est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural et se voit davantage dans les villes les plus développées, où l'on note également une consommation plus importante de viande et de poisson, suggérant qu'elle pourrait être, comme celle de l'obésité et du diabète, une rançon du développement économique.

Ces données forment la base rationnelle de mesures hygiéno-diététiques dans la prise en charge de l'hyperuricémie et de la goutte [2], d'une manière analogue à ce qui existe par exemple dans le diabète, et on a parlé d'un *triumvirat* incluant la perte de poids, une modification de la prise alimentaire de purines et d'alcool [19]. Une publication récente [20] insiste sur l'importance toute particulière de la lutte contre l'obésité puisque, en diminuant l'insulinorésistance qui l'accompagne, on s'attaque alors à l'effet hypo-uricosurique de l'insuline, ce qui devrait avoir un effet plus soutenu que les mesures traditionnelles qui visent à diminuer seulement de manière davantage aiguë la charge en purines. En fait, l'ingestion de certains aliments considérés comme tabous, car riches en purines, comme les noix, les légumes et les protéines végétales pourraient ne pas avoir l'effet délétère attendu : les individus qui consomment de grandes quantités de protéines végétales sont au contraire protégés par leur effet bénéfique sur l'insulinorésistance. De plus, les régimes traditionnellement hypo-uricémiants pourraient avoir l'inconvénient d'être moins palatables, donc d'être davantage à risque de non-observance [21].

4. L'observance des patients aux prescriptions médicales dans la goutte

Une étude rétrospective montre que la prévalence de la goutte tophacée a diminué de manière remarquable, passant de 14 % en

1949 à 11 % en 1959, 8 % en 1969 et 3 % en 1972 [22]. Ces données soulignent l'efficacité des traitements modernes de la goutte et suggèrent que cette maladie devrait pouvoir être contrôlée chez une majorité de patients, la prise en charge pouvant néanmoins être limitée par les effets secondaires du traitement par l'allopurinol. Cependant, on peut craindre qu'en raison de l'augmentation de la fréquence de la goutte due à son association à l'obésité, la prévalence de la goutte tophacée augmente à nouveau [23].

En fait, la principale limite du traitement, conduisant à la récurrence des crises de goutte et au développement de la goutte tophacée et de la lithiase urique, est liée à la non-observance de la part des patients. De manière peut-être unique, une mauvaise observance provoque la survenue de crises de goutte, sans doute en raison de variations vers le bas et vers le haut de l'hyperuricémie. Cela peut conduire les patients à avoir l'impression que le traitement est inefficace ou même néfaste [24] : il a été prescrit pour éviter les crises de goutte et en fait il les provoque ! Il est donc important d'expliquer au patient que les crises de goutte survenant lors de la mobilisation de l'acide urique au démarrage du traitement peuvent être le prix à payer pour guérir la maladie, mais que le risque peut être réduit par l'observance du traitement prophylactique [25].

4.1. Fréquence de la non-observance dans la goutte

Par rapport à d'autres maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle, l'observance a fait dans la goutte l'objet d'un nombre très limité de publications. En 2009, une revue systématique de la littérature par Harrold et Andrade [26] consacrée à l'observance dans quelques affections rhumatologiques a retrouvé seulement trois publications concernant la goutte [27–29]. Parmi les affections rhumatologiques considérées, c'était dans la goutte que l'observance était la moins bonne : par exemple, dans l'étude de Sarawate et al. [29], seulement 26 % des 2405 patients traités par allopurinol avaient un *medication possession ratio* (MPR) égal ou supérieur à 80 % (un index qui divise le nombre de jours pour lesquels le médicament a été acheté par le nombre de jours de la période considérée, un rapport de 1 étant optimal, mais ne prouvant pas que le médicament acheté a été pris ; un patient est considéré comme « observant » si le rapport MPR est égal ou supérieur à 80 %). Dans cette étude, la durée moyenne de traitement non interrompu était seulement de trois mois. Dans l'étude de Riedel et al. [28], 5597 patients ont été suivis sur une durée de 24 mois : seulement 18 % avaient un rapport MPR égal ou supérieur à 80 %. Enfin, chez 12 patients commençant un traitement par colchicine et 17 patients un traitement par agent hypo-uricémiant, de Klerk et al. ont réalisé une étude de l'observance en utilisant un système électronique permettant de monitorer la prise du médicament [27] : l'ouverture des flacons (qui ne prouve pas, également, que le médicament a été effectivement pris) n'a eu lieu que dans 44 % de ce qui était recommandé pour la colchicine et dans 74 % pour les agents hypo-uricémiants (le fait que l'observance semble meilleure que dans les études précédentes pouvant s'expliquer par le fait que le seul fait d'utiliser un tel système de surveillance est susceptible d'améliorer l'observance) (Tableau 1).

Quatre autres études récentes ont confirmé cette très grande fréquence de la non-observance médicamenteuse dans la goutte.

- dans une étude portant, chez plus de 700 000 patients, sur sept maladies chroniques [3], un index MPR égal ou supérieur à 80 % a été observé chez seulement 36,8 % de 9715 patients goutteux. Chez 24,2 % des patients, cet index était inférieur à 20 %. Ces chiffres traduisent une observance particulièrement mauvaise si on les compare à ceux observés dans six autres maladies chroniques (Tableau 2) ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387641>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387641>

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