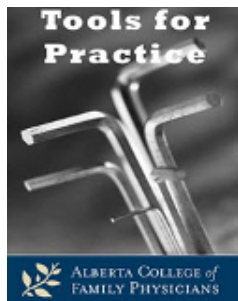


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

19 mai 2020



La goutte qui fait déborder... Cibler les taux d'acide urique dans le traitement de la goutte?

Question clinique : Pour prévenir la récurrence de la goutte, devrions-nous doser les thérapies de réduction de l'urate (comme l'allopurinol) en fonction de taux d'acide urique cibles?

Conclusion : Les meilleures données probantes montrent que l'augmentation des doses d'allopurinol pour atteindre une uricémie cible particulière (p. ex. moins de 360 $\mu\text{mol/l}$) ne réduit pas les crises de goutte, la douleur ou la fonction, comparativement au dosage standard d'allopurinol. Le fébuxostat augmente la mortalité cardiovasculaire et globale et ne doit pas être utilisé chez la plupart des patients souffrant de la goutte.

Données probantes

- Un essai clinique randomisé (ECR) a évalué 183 patients traités par allopurinol (dose moyenne d'environ 270 mg par jour) pour la goutte accompagnée d'une uricémie constamment élevée (moyenne de 430 $\mu\text{mol/l}$) et de plus de trois crises au cours de l'année écoulée¹. Les patients ont été randomisés pour recevoir une dose croissante d'allopurinol visant l'atteinte d'une uricémie cible de moins de 360 $\mu\text{mol/l}$ ou pour maintenir la dose d'allopurinol en cours. Après 12 mois :
 - Dose quotidienne moyenne d'allopurinol : 390 mg pour le groupe expérimental, 290 mg pour le groupe témoin.
 - Une crise de goutte ou plus : 54 % pour le groupe expérimental, 59 % pour le groupe témoin : pas de différence sur le plan statistique.
 - Le groupe expérimental atteignait plus souvent une uricémie de moins de 360 $\mu\text{mol/l}$: 69 % versus 32 %.
 - Résolution des tophus, état fonctionnel, douleur : aucune différence.
 - Aucune différence en ce qui concerne les événements indésirables, les éruptions cutanées ou les troubles gastro-intestinaux.
- Une revue systématique a permis de constater ce qui suit :

- 10 ECR (6 100 patients) sur les thérapies de réduction de l'urate n'ont signalé aucun lien entre les patients atteignant une uricémie de moins de 360 µmol/l et le risque d'une crise de goutte².
- Les études de cohorte portant sur les thérapies de réduction de l'urate ont trouvé un lien entre une diminution des crises de goutte et :
 - Une augmentation de la durée des thérapies de réduction de l'urate;
 - Une uricémie de moins de 360 µmol/l.

Contexte

- La plupart des lignes directrices³ recommandent un traitement visant une uricémie cible, mais une récente ligne directrice⁴ a conclu que les données probantes sont insuffisantes pour recommander un tel traitement.
- Comparativement à l'allopurinol, le fébuxostat augmente :
 - La proportion de crises de goutte (jusqu'à un an)⁵ : 44 % pour le fébuxostat versus 38 % pour l'allopurinol; nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=19.
 - Mortalité cardiovasculaire⁶ : 4,3 % versus 3,2 % pour l'allopurinol, NNN=91.
 - Mortalité toutes causes confondues⁶ : 7,8 % versus 6,4 % pour l'allopurinol, NNN=72.
 - Santé Canada a fait une mise en garde contre l'utilisation du fébuxostat chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire⁷.
- L'administration simultanée d'allopurinol et de colchicine pendant une crise de goutte ne prolonge ni n'aggrave la crise⁸.

Auteurs

Joey Ton, B. Sc. (pharm.), Pharm. D., et Michael Kolber, M. Sc., M.D.

Divulgations

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Stamp LK, Chapman PT, Barclay ML, *et al.* Ann Rheum Dis. 2017 Sep; 76(9):1522-28.
2. Stamp L, Morillon MB, Taylor WJ, *et al.* Semin Arthritis Rheum. 2018 Oct; 48(2):293-301.
3. Li Q, Li X, Wang J, *et al.* BMJ open. 2019; 9(8):e026677.
4. Qaseem A, Harris RP, Forciea MA, *et al.* Ann Intern Med. 2017 Jan 3; 166(1):58-68.
5. Faruque LI, Ehteshami-Afshar A, Wiebe N, *et al.* Semin Arthritis Rheum. 2013; 43:367-75.
6. White WB, Saag KG, Becker MA, *et al.* N Engl J Med. 2018 Mar 29; 378(13):1200-10.
7. Santé Canada. [consulté le 26 mars 2020]. Disponible : <https://canadiensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2019/71511a-fra.php>
8. Hill EM, Sky K, Sit M, *et al.* J Clin Rheumatol. 2015 Apr; 21(3):120-5.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.