

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 30 janvier 2018

Hôpital cantonal de Genève

AINS versus corticostéroïdes dans la goutte

Prof P.A. Guerne

Le papier du jour c'est... « Corticosteroid or Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs for the Treatment of Acute Gout: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Christy Amanda Billy, jrheum.170137; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.170137> ».

Cette méta-analyse n'amène pas grand-chose car elle contient peu d'études et arrive un peu tard.

La prévalence de la goutte augmente à cause du vieillissement, de l'obésité et de la consommation croissante de fructose.

C'est l'arthropathie la plus fréquente aux USA et en GB... moins en Europe et en Suisse.

Elle contribue à mettre les personnes atteintes 5 jours par an à l'arrêt de travail et coûtent 3165 \$ par an et par personne concernée.

Les guidelines recommandaient jusqu'il y a peu les AINS en 1^{ère} ligne, bien que la goutte soit souvent associée aux néphropathies, à l'obésité, à l'hyperglycémie, à l'HTA aux hyperlipidémies et aux maladies cardiovasculaires...

Mais depuis 2016 de nouvelles guidelines ont été émises recommandant la colchicine en 1^{ère} ligne si la crise datait de moins de 12 heures, ou d'AINS ou de corticostéroïdes (CS) oraux ou en injection intra-articulaire...

Donc on peut dire que ce papier arrive un peu tard...et on nous recommande en passant que si on veut faire un papier de ce style, il ne faut pas trop traîner, si l'on espère participer à l'élaboration de nouvelles guidelines...

Au départ 529 études sur le sujet ont été identifiées sur le net, mais à la fin seules 5 études randomisées et 1 quasi randomisée ont été retenues...

Parues entre 1993 et 2016, elles sont de qualités variables mais acceptables...

Les doses de CS tournent aux alentours de 30-35 mg de prednisone ; celle d'AINS sont souvent maximales avec 3x50 mg d'Indocid ou 60 mg d'Arcoxia®...

Pour ce qui est de la douleur, pas de différence à 7 jours entre les AINS et les CS, à plus long terme léger avantage non significatif pour les CS.

Pour ce qui est de la réponse au traitement (impotence, enflure, etc...) discret avantage en faveur de CS mais non significatif.

Moins de vomissements avec les CS qu'avec les AINS ; pas de diminution des hémorragies digestives avec les CS...Juste un peu plus de rashes cutanés avec les CS qu'avec les AINS (pas plus d'hyperglycémies, ni d'insomnies avec les CS).

En conclusion pas de grandes différences entre les CS et les AINS... Les effets rénaux des AINS n'ont pas été étudiés dans ce travail.

On insiste sur les Guidelines 2016 qui recommandent en 1^{ère} intention pour une crise de goutte de moins de 12 heures de commencer par la Colchicine 1 mg p.os, auquel on peut rajouter 0.5 mg si ça ne va pas mieux.

Sinon, les AINS avec IPP éventuellement à dose submaximale.

Et finalement les CS entre 30-35 mg de prednisone/j pendant 3-5 jours...

On peut aussi faire une injection intra-articulaire de CS (voire im, certaines études ont montré que ça marchait aussi...).

Lors de poussées fréquentes et de contre-indications aux AINS et/ou aux CS on peut donner des anti-L1 comme l'Anakinra avec un traitement hyper-uricémiant associé (Allopurinol ou Febuxostat : Adenuric®) avec les précautions d'usage.

Toujours clair...

