

# Quel traitement d'une crise de goutte aiguë ?

**Bibliomed**

Les Analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC

Numéro 809 du 03 Mars 2016

## Contexte

La colchicine est très majoritairement prescrite en première intention, dans 90% des cas, pour une crise de goutte aiguë (CGA). L'efficacité de la molécule est mal établie avec un faible niveau de preuves et le rapport bénéfice risque est incertain. De nombreux effets aderses potentiels existent et le prescripteur ne jouit pas d'une marge thérapeutique suffisante pour la sécurité du patient. Seules existent des études contre placebo (*Bibliomed* 799). D'autres molécules sont utilisables mais disposons-nous d'essais thérapeutiques probants ? Quelle alternative choisir ? Plusieurs études apportent des éléments de réponse [1-4].

## Données de la littérature.

### Les AINS

Dans une revue Cochrane de 23 essais (2200 participants) [1] un essai (n=30) a comparé un AINS (le tenoxicam) au placebo. A 24 heures, avec un niveau de preuve limité, il y avait une réduction significative de 50% de la douleur sous AINS chez respectivement 11/15 et 4/11 participants dans le groupe tenoxicam et le groupe placebo (RR 2,75 ; IC 95% : 1,13-6,72), et une réduction de 50% du gonflement chez respectivement 5/15 et 2/15 dans chacun des deux groupes (RR 2,50 ; 0,57-10,93). Cet essai n'a pas évalué, le résultat fonctionnel, la satisfaction globale des patients, ni la qualité de vie. Il n'y avait pas d'effet aderses du tenoxicam mais des nausées et une polyurie chez deux patients sous placebo.

Dans quatre essais (n=974) de faible qualité de preuve les AINS et les COXIB avaient le même effet sur la douleur, le gonflement et la qualité de vie avec respectivement sur une échelle de 0 à 10 une différence moyenne (MD) de -0,03 (IC=-0,19-0,13), 0,13 (-0,08- 0,34) et 0,04 (-0,12-0,20). Le résultat fonctionnel n'était pas précisé.

Il y avait une réduction significative des effets aderses avec les COXIB, 38% vs 60% (RR 1,56 ; 1,30-1,86) ainsi que des arrêts de traitements, 3% vs 8% (RR 2,39 ; 1,34-4,28).

Les auteurs concluaient avec de faibles niveaux de preuve à une efficacité équivalente entre AINS et COXIB avec sans doute pour ces derniers une réduction significative des effets aderses gastro-intestinaux.

### AINS versus glucocorticoïdes per os

Dans 2 essais (n=210) de faible qualité [1] il n'y avait pas de différence significative entre AINS et glucocorticoïdes oraux sur la réduction de la douleur (MD 1,74 sur une échelle de 0 à 9 ; - 1,44 – 4,92) et l'état fonctionnel. Il n'y avait pas d'évaluation de l'inflammation ni de la qualité de vie et pas de différence en ce qui concerne les arrêts de traitement pour effets aderses.

Un autre essai randomisé contrôlé en double aveugle et en intention de traiter (n=120) [2] a comparé la prednisolone 35 mg 1fois/jour (n=60), et le naproxène 500mg 2 fois/j (n=60). Le critère principal était la baisse de la douleur évaluée sur une échelle analogique. L'équivalence allait jusqu'à une différence de 10%. Après 90 h de traitement la différence entre prednisolone et naproxène était de 44,7 et 46 mm (différence de 1,3 mm; 95% IC 9,8-7,1) pour la réduction de la douleur en faveur d'une équivalence. Il n'y avait pas non plus de différence en ce qui concerne l'incapacité fonctionnelle générale (MD 0.3 mm ; -10.5 to 9.9), la gêne à la marche (MD 0,8 ; -10,5 – 8,8) et les effets aderses.

### **Glucocorticoïdes intra articulaires**

Une Revue Cochrane en 2014 [3] n'a pas trouvé d'études contrôlées randomisées sur l'effet des glucocorticoïdes par voie intra articulaire en cas de goutte aiguë. Cependant, les essais faits sur ces molécules dans l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde suggèrent que ce traitement pourrait être utile en cas de contre-indication aux AINS et à la colchicine.

### **Quelle efficacité d'une application de glace ?**

Dans une étude randomisée de petite taille sur l'utilité des interventions sur le style de vie pour le traitement des patients atteints d'une crise de goutte aiguë [4], de la glace était appliquée une demie heure 4 fois/jour pendant une semaine sur l'articulation douloureuse associée à un traitement par prednisolone et colchicine. Avec un risque élevé de biais l'étude a montré une action sur la douleur mais pas sur l'importance de l'œdème.

### **Et les inhibiteurs de l'interleukine-1 ?**

Derniers nés des élus au traitement de la CGA, les inhibiteurs de l'interleukine-1 (canakinumab, riloncept et anakinra) modifient le système immunitaire et réduisent l'inflammation. Ils peuvent être injectés en une dose unique ou en doses répétées.

Une revue Cochrane a inclus 4 études (806 participants âgés en moyenne de 52 ans, 92 % d'hommes) [5].

Trois études comparaient une injection unique de canakinumab (10 à 150 mg) à une injection intramusculaire unique de 40 mg d'acétonide de triamcinolone (dose sous-optimale). Gonflements et douleurs ont été améliorés au prix d'effets secondaires plus importants qu'avec le glucocorticoïde : maux de dos, maux de tête, élévation de la pression artérielle, douleurs articulaires et élévation des GGT.

La dernière étude évaluait l'utilisation d'une seule injection sous-cutanée de 320 mg de riloncept comparativement à une dose maximale d'indométacine par voie orale (50 mg trois fois/jour trois jours de suite) chez des personnes souffrant de goutte aiguë. Il existe des preuves de faible qualité, issues d'une seule étude, sur le fait que le riloncept en injection peut améliorer la douleur dans une moindre mesure que l'indométacine et pourrait ne pas être associé à une augmentation des effets secondaires. Il n'existe pas d'étude comparant le canakinumab avec la colchicine ou un AINS

Il existe encore beaucoup d'inconnues sur les contre-indications et les effets indésirables des inhibiteurs de l'interleukine-1, sans parler du coût 5000 fois supérieur à celui de l'acétonide de triamcinolone (de 2 à 5 € versus 11000 à 12000€).

### **Toujours penser à l'origine iatrogène.**

Les diurétiques thiazidiques, les diurétiques de l'anse et l'acide acétylsalicylique à faibles doses peuvent provoquer une crise de goutte aiguë, sans oublier les traitements visant à normaliser l'uricémie.

---

## **Que conclure pour la pratique ?**

Des études comparant les différentes options thérapeutiques de la CGA font défaut. **Il est donc difficile de déterminer avec précision la place exacte des différentes thérapeutiques, la meilleure voie d'administration, la dose et la durée du traitement.**

L'importance et la gravité des effets indésirables secondaires à l'utilisation toujours très majoritaire de la colchicine devrait inciter à **mettre en balance efficacité probable et effets indésirables possibles de chaque option thérapeutique** au moment de rédiger l'ordonnance destinée à un patient consultant pour CGA.

Utiliser un traitement court de glucocorticoïdes oraux (30 à 40mg de prednisone/jour pendant 5j) lorsqu'un AINS est contre-indiqué peut être un traitement de première ligne raisonnable.

Il existe encore beaucoup d'inconnues concernant les inhibiteurs de l'interleukine-1 dont le coût reste en tout état de cause un obstacle majeur.

**Devant une CGA toujours penser à regarder les prescriptions en cours**

## Références.

- 1- van Durme CMPG, Wech alekar MD, Buchbinder R, Schlesinger N , van der Heijde D, Landewé RBM. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute gout. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 ;9.
- 2- Janssens HJEM, Janssen M, van de Lisdonk EH, van Riel PLCM, van Weel C. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: a double-blind, randomised equivalence trial. Lancet. 31 mai 2008;371(9627):1854-60.
- 3- Wechalekar MD, Vinik O, Schlesinger N, Buchbinder R. Intra-articular glucocorticoids for acute gout. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4.
- 4- Moi JH, Sriranganathan MK, Edwards CJ, Buchbinder R. Lifestyle interventions for acute gout. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 ;5.
- 5- Sivera F, Wechalekar MD, Andrés M, Buchbinder R, Carmona L. Interleukin-1 inhibitors for acute gout. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 ;9.

---

## Mots clés :

Goutte ; traitement médicamenteux ; anti-inflammatoires non stéroïdiens ; corticostéroïdes ; interleukine [gout ; drug therapy ; anti-inflammatory agents, non-steroidal ; corticosteroids ; interleukin].

---

## Par qui et comment est écrit Bibliomed ?

Bibliomed est une revue d'analyse critique de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC. Cette publication est disponible uniquement sur abonnement. La diffusion se fait par courrier électronique.

[Bibliomed : une revue dédiée médecine générale. Pour en savoir plus ...](#)

---

**Pour contacter les auteurs et pour toute suggestion :** [sfdrmg@gmail.com](mailto:sfdrmg@gmail.com)