

CORTICOSTEROIDES EN CAS DE CRISE DE GOUTTE

Une étude randomisée récente apporte de bons arguments pour affirmer que les corticostéroïdes et les AINS peuvent être considérés comme des premiers choix équivalents dans la crise de goutte.

Lors d'une crise de goutte, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont généralement utilisés; la colchicine et les corticostéroïdes sont considérés comme alternatives en cas de contre-indication ou d'intolérance aux AINS [voir Fiche de transparence « Prise en charge de la goutte », avec mises à jour]. L'usage des corticostéroïdes dans la crise de goutte a surtout été étudié dans des études non contrôlées ayant inclus des patients chez lesquels l'emploi d'AINS était contre-indiqué. Une étude randomisée en double aveugle, publiée récemment, apporte à présent de bons arguments pour admettre qu'un traitement pendant 5 jours par des corticostéroïdes par voie orale est aussi efficace qu'un traitement par des AINS, et qu'il n'entraîne pas plus souvent des effets indésirables. L'étude a été réalisée en première ligne chez 120 patients présentant une crise de goutte (principalement des hommes, âge moyen de 57 ans, présence avérée de cristaux d'urate de sodium); les patients pré-

sentant des facteurs de risque d'effets indésirables avec les AINS étaient exclus (p. ex. antécédents d'affections gastro-intestinales, traitement anticoagulant). La diminution de la douleur (mesurée sur une Echelle Visuelle Analogique de 100 mm jusqu'au 4^{ème} jour de traitement) était aussi prononcée chez les patients qui avaient reçu de la prednisolone* à raison de 35 mg 1 x p.j. (de 61,5 mm à 16,8 mm) que chez les patients ayant reçu du naproxène à raison de 500 mg 2 x p.j. (de 58,9 mm à 12,9 mm). La douleur diminuait avec la même rapidité dans les deux groupes. Les effets indésirables ne différaient pas entre les deux groupes (surtout douleurs gastro-intestinales, étourdissements, démangeaisons, palpitations, dyspnée). Selon les investigateurs et les auteurs de l'éditorial se rapportant à cette étude, les corticostéroïdes et les AINS peuvent être considérés comme des premiers choix équivalents en cas de crise de goutte [*The Lancet* 2008;371:1854-60, avec un éditorial 1854-6].

* La prednisolone n'est pas disponible en spécialité mais elle peut être préparée en magistrale; en pratique, l'emploi de comprimés à base de méthylprednisolone, en doses équivalentes (p. ex. 1 comprimé de 32 mg par jour), peut être une alternative.

En bref

– **L'hormone de croissance** est parfois utilisée « off label » (c.-à-d. en dehors des indications de la notice) **chez l'adulte en bonne santé** dans l'espoir de lutter contre les signes de vieillissement. Les indications d'un traitement par l'hormone de croissance chez l'adulte ont déjà été discutées dans les Folia de mai et novembre 1999, et de juin 2003. On y concluait que, dans l'attente de données à long terme, notamment sur la mortalité, le traitement par l'hormone de croissance chez l'adulte devrait

être réservé aux patients avec une déficience sévère en cette hormone. Les résultats d'une revue systématique récente indiquent qu'un traitement par l'hormone de croissance chez des adultes en bonne santé n'entraîne que de faibles modifications dans la composition corporelle et est fréquemment associé à des effets indésirables. Ces résultats confirment donc que l'hormone de croissance n'est pas recommandée pour lutter contre le vieillissement [*Ann Intern Med* 2007;146:104-15].