

Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque	N°:	OC-139
	Page :	1 de 5
	Émise le:	2010-04-06
	Révisée le :	2017-11-27
	Prochaine révision :	2020

Professionnels habilités
Pharmaciens et pharmaciennes

Secteurs d'activité visés
Cardiologie

Clientèle visée
Usager inscrit à la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque pour lequel un traitement pour la goutte doit être initié.

Indications
<ul style="list-style-type: none"> Traitement d'une crise aiguë de goutte <u>lorsque le diagnostic de goutte a déjà été établi au moins une fois avant l'initiation du le traitement</u> ; Prévention de la récurrence des crises.

Contre-indications
<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation d'un médicament pour lequel l'utilisateur est allergique ; Colchicine : <ul style="list-style-type: none"> CICr inférieure à 10 mL/min ; Prise d'un inhibiteur du CYP3A4 ou de la P-glycoprotéine P (ex. : clarithromycine, verapamil, diltiazem, ketoconazole, voriconazole, cyclosporine, etc.). Allopurinol : <ul style="list-style-type: none"> Usager recevant une thérapie immunosuppressive à base d'azathioprine. Febuxostat : <ul style="list-style-type: none"> CICr inférieure à 30 mL/min ; Usager recevant une thérapie immunosuppressive à base d'azathioprine.

Interventions diagnostiques ou thérapeutiques
<p>Crise aiguë</p> <p>En présence d'une récurrence de crise de goutte, choisir entre les traitements de première ligne suivants en fonction des contre-indications relatives à chaque produit, de la préférence du patient, de l'agent utilisé dans le passé pour traiter la première crise et de l'efficacité de celui-ci et du temps écoulé depuis le début des symptômes. Si un usager reçoit un traitement hypo-uricémiant au moment d'initier la colchicine ou la prednisone, il doit être poursuivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Colchicine <ul style="list-style-type: none"> Ne pas utiliser si le début des symptômes date de plus de 36 heures (risque d'inefficacité); Posologie : 1,2 mg immédiatement suivi de 0,6 mg 1 heure après. Poursuivre à 0,6 mg id jusqu'à résolution des symptômes : <ul style="list-style-type: none"> Si prise de tacrolimus : Donner seulement 50 % de la dose. Ajustement selon la fonction rénale : <ul style="list-style-type: none"> CICr 10 à 30 mL/min : 0,6 mg à 1,2 mg immédiatement suivi de 0,6 mg 1 heure après. Poursuivre à 0,3 mg id (ou 0,6 mg aux 2 jours) jusqu'à résolution des symptômes.

Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque	N°:	OC-139
	Page :	2 de 5
	Émise le:	2010-04-06
	Révisée le :	2017-11-27
	Prochaine révision :	2020

Interventions diagnostiques ou thérapeutiques (suite)

- Prednisone
 - Traitement de choix chez les patients greffés ;
 - À privilégier chez patient dont les symptômes datent de plus de 36 heures, insuffisance rénale sévère ou interaction médicamenteuse avec la colchicine ;
 - Posologie : 30 mg id x 5 jours (ou environ 0,5 mg/kg) puis 15 mg id x 5 jours (ou environ 0,25 mg/kg) si symptômes non résolus.

Traitement préventif

- L'initiation d'un traitement visant à réduire le taux d'acide urique est indiquée si :
 - Goutte associée à des tophi ;
 - Goutte récurrente (2 crises aiguës ou plus par année) ;
 - Urolithiase.
- Le traitement hypo-uricémiant peut être introduit rapidement après la crise aiguë à condition d'être associée à une prophylaxie adéquate des récurrences (« flare-up »).
- Il est recommandé de doser le taux d'acide urique en début de traitement puis aux 2 à 4 semaines par la suite en vue d'atteindre un taux inférieur à 360 µmol/L. Un taux de 300 µmol/L peut être visé en présence de goutte sévère (tophi, atteinte polyarticulaire, crises fréquentes). Il n'est pas recommandé de maintenir un taux d'acide urique inférieur à 150 µmol/L à long terme.
- Changer l'antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARA) que prend actuellement l'utilisateur pour le losartan, car cet agent possède des propriétés uricosuriques que ne possèdent pas les autres agents de cette classe de médicament.

Agents hypo-uricémiants

- Allopurinol :
 - Posologie de départ : 50 à 100 mg id ;
 - Titration aux 2 à 4 semaines de 50 à 100 mg par jour jusqu'à l'atteinte du taux d'acide urique ciblé ;
 - Dose maximale : 800 mg/jour. Des doses de plus de 300 mg devraient être divisées en deux prises par jour ;
 - Insuffisance rénale :
 - ClCr inférieure à 30 mL/min : débiter à 50 mg id et augmenter de 50 mg id aux 4 semaines ;
 - ClCr inférieure à 20 mL/min : dose maximale de 200 mg/jour.
- Febuxostat
 - À utiliser seulement si antécédent de réaction d'hypersensibilité à l'allopurinol (médicament d'exception RAMQ) ;
 - Posologie de départ : 40 mg id ;
 - Titration après 2 à 4 semaines jusqu'à 80 mg ;
 - Insuffisance rénale :
 - Contre indiqué si ClCr inférieure à 30 mL/min.

Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque	N°:	OC-139
	Page :	3 de 5
	Émise le:	2010-04-06
	Révisée le :	2017-11-27
	Prochaine révision :	2020

Interventions diagnostiques ou thérapeutiques (suite)

Prophylaxie concomitante

- Une prophylaxie doit être initiée lors du début de l'allopurinol ou du febuxostat et poursuivie jusqu'à :
 - un minimum de 6 mois ; **ET**
 - 3 mois après l'atteinte du taux d'acide urique cible **OU** 6 mois après l'atteinte du taux d'acide urique si présence de tophi.
- Prednisone
 - À privilégier chez greffés ou si interaction médicamenteuse avec la colchicine ;
 - Posologie : 5 à 10mg id (si utilisation de la prednisone sur plus de 3 mois, prévoir un sevrage de 2,5 mg aux 1-2 semaines).
- Colchicine
 - Posologie : 0,6 mg id :
 - Si prise de tacrolimus : 0,6 mg x 1 dose puis 0,3 mg aux 2 jours, à débiter 3 jours après la dose de 0,6 mg.
 - Ajustement selon la fonction rénale :
 - Clcr 10 à 30 mL/min : 0,3 mg id (ou 0,6 mg aux 2 jours) ou 50 % de la dose si prise de tacrolimus.

Surveillance

- Si initiation d'un traitement préventif :
 - Dosage de l'acide urique lors de la crise puis 2 à 4 semaines après l'initiation ou un ajustement de dose d'allopurinol ou de febuxostat ;
 - Bilan hépatique 3 mois après l'initiation d'allopurinol, febuxostat ou colchicine.
- Aviser l'utilisateur de cesser immédiatement l'allopurinol si présence d'éruptions cutanées puis de nous contacter ou de se présenter à l'urgence.
- Aviser l'utilisateur de nous contacter si :
 - Traitement aigu inefficace 3 ou 4 jours après le début du traitement ;
 - Présence de diarrhée lors de la prise de colchicine ;
 - Prise de poids lors de la prise de prednisone (plus de 1,4 kg [3 lbs]).

Activités réservées

Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées.

Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque	N°:	OC-139
	Page :	4 de 5
	Émise le:	2010-04-06
	Révisée le :	2017-11-27
	Prochaine révision :	2020

Références

Outils cliniques : s/o

Bibliographie :

Dugré N, Orlup G, Carreau S. RPE en première ligne de l'APES. La goutte. [En ligne]. https://www.apesquebec.org/sites/default/files/services-membres/groupes-travail/rpe/20150210_capsule_goutte.pdf (site consulté le 10 mai 2017)

Stamp LK, O'Donnell JL, Zhang M, et al. Using allopurinol above the dose based on creatinine clearance is effective and safe in patients with chronic gout, including those with renal impairment. *Arthritis Rheum.* 2011;63:412-421

Thurston MM, Phillips BB, Bourg CA. Safety and efficacy of allopurinol in chronic kidney disease. *Annals of Pharmacotherapy* 2013;47:1507-16.

Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castañeda-Sanabria J et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis* 2016;0:1-14.

Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T et al. 2012 American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout. Part 1: Systematic Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapeutic Approaches to Hyperuricemia. *Arthritis Care & Research* 2012; 64 :1431-46.

Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T et al. 2012 American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout. Part 2: Therapy and Antiinflammatory Prophylaxis of

Acute Gouty Arthritis. *Arthritis Care & Research* 2012; 64 :1447-61.

Qaseem A, Harris RP, Forciea MA. Management of Acute and Recurrent Gout: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians *Ann Intern Med.* 2017;166:58-68.

Terkeltaub RA. Colchicine Update: 2008. *Semin Arthritis Rheum* 38:411-419

Sullivan P, William A, Tichy EM. Hyperuricemia and gout in solid-organ transplant:update in pharmacological management. *Progress in Transplantation.* 2015;25:263-270

Wilson L, Saseen JJ. Gouty arthritis A review of acute management and prevention. *Pharmacotherapy* 2016;36:906-22

Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque	N°:	OC-139
	Page :	5 de 5
	Émise le:	2010-04-06
	Révisée le :	2017-11-27
	Prochaine révision :	2020

Révisée par (lors de la mise à jour) :

M. Vincent Leclerc, pharmacien

Personnes consultées (dernière version) :

M^{me} Julie Boisvert, pharmacienne

D^r Bernard Cantin, chef du Service de cardiologie

M^{me} Nathalie Châteauvert, pharmacienne

M. Sylvain Gilbert, pharmacien

M^{me} Émilie Guérin, pharmacienne

M^{me} Isabelle Taillon, pharmacienne

Validée par (dernière version) :

D^r Robert De Larochellière

Chef du Département multidisciplinaire de cardiologie

2017-11-27

Date

M^{me} Julie Racicot

Chef du Département de pharmacie

2017-11-27

Date

Approuvée par :

D^r Bruno Raby

Président du CMDP

2017-11-27

Date

Date d'entrée en vigueur : le 28 novembre 2017

Révisions antérieures : aucune