Compte-rendu

Allopurinol, goutte et insuffisance rénale chronique font-ils bon ménage ?

Mots-clés

Allopurinol , Insuffisance rénale chronique , Goutte ,
Allopurinol Initiation and all-cause mortality among patients with gout and concurrent chronic kidney disease: a population-based cohort study.

J. Wei et al., Annals of Internal Medicine, 25.01.2022

DOI: 10.7326/M21-2347

Introduction

Deux études randomisées récentes (CKD-FIX et PERL) n'ont pas montré de bénéfice de l'allopurinol chez les patient.e.s insuffisants rénaux hyperuricémiques n'ayant pas de goutte. Il y avait même une tendance à la surmortalité chez les patient.e.s sous allopurinol. *Wei et al.* ont conduit une étude de cohorte au Royaume-Uni (R-U) incluant des patient.e.s avec insuffisance rénale chronique (IRC) et goutte chez qui l'allopurinol était initié.

Méthode

Étude de cohorte rétrospective utilisant la base de données de santé électronique des médecins généralistes au R-U. **Inclusion** : Patient.e.s âgé.e.s de 40 à 89 ans entre 2000 et 2018, avec diagnostic de goutte et IRC stade KDIGO G3 ou plus (filtration glomérulaire estimée <60ml/min/1.73m2), y compris patient.e.s dialysé.e.s. **Exclusion** : cancer, transplantation rénale, autre traitement hypo-uricémiant, pas d'uricémie mesurée. **Comparaison primaire :** Pour chaque initiateur/trice d'allopurinol (date index), un.e non-initiateur/trice pairé.e par score de propension. **Comparaisons secondaires :** initiateurs/trices d'allopurinol chez qui la posologie était majorée ou chez qui le taux d'urates cible (<0.36 mmol/L) était atteint vs. initiateurs/trices chez qui ce n'était pas le cas. **Issue primaire** : Mortalité toute cause à 5 ans de la date index.

Résultats

5277 participant.e.s pairé.e.s (âge moyen de **74 ans**, **39%** de femmes, IMC moyen de 30 kg/m^2 et taux d'urates moyen de 0.52 mmol/L). **96% d'IRC stade 3**. Les initiateurs/trices d'allopurinol avaient une mortalité annuelle significativement plus basse que les non-initiateurs/trices **(4.9 versus 5.8%, hazard ratio 0.85 ; IC 95%, 0.77 à 0.93)**. Les patient.e.s atteignant le taux cible d'urates à 1 an de la date index (comparé.e.s à ceux/celles ne l'atteignant pas) avaient une mortalité à 5 ans significativement plus basse (1.6% de différence). Les patient.e.s chez qui l'allopurinol était majoré (jusqu'à 300 mg/j en moyenne) avaient une mortalité à 5 ans plus basse, mais non significative (1.4% de différence).

Discussion

Étude basée sur une grande cohorte, avec bonne validité externe pour notre pratique quotidienne. On relève de potentiels biais de confusion, notamment le degré de sévérité des comorbidités ou le suivi médical possiblement plus soutenu des individus atteignant les cibles d'urates. On regrette l'absence de données sur les issues cardiovasculaires.

Conclusion

L'introduction et la titration d'allopurinol pour atteindre une cible d'urates chez les patient.e.s avec goutte et IRC modérée à sévère **paraît sûre et semble avoir un bénéfice sur la mortalité. Attention néanmoins à bien sélectionner** les patient.e.s et **d'éviter la prescription d'allopurinol** en cas d'hyperuricémie isolée chez les patient.e.s avec IRC.

Date de publication	Auteurs
28.02.2022	