

Comment améliorer l'application des recommandations de l'Eular auprès des cliniciens ?

RÉSUMÉ : Des recommandations pour la prise en charge de la goutte ont été publiées par l'Eular en 2006. Elles sont claires et confortent globalement les rhumatologues dans leur attitude. Leur diffusion est néanmoins faible et a probablement été peu faite en médecine générale. Une synthèse et une proposition de standardisation de leur utilisation devraient améliorer la prise en charge de la goutte, qui n'est actuellement pas optimale.



→ **A. SARAUX**
Service de Rhumatologie,
CHU de la Cavale Blanche,
BREST.

De nouvelles recommandations pour la prise en charge de la goutte ont été publiées par l'Eular [1, 2] en 2006. Si on ne peut que féliciter nos instances européennes de cette publication, il importe de se poser la question des chances de leur mise en pratique au cours des années à venir.

La goutte étant une des maladies rhumatologiques les plus communes et volontiers prises en charge en première ligne par les médecins généralistes, nous proposons de regarder l'utilisation qui est habituellement faite des recommandations dans ce contexte, indépendamment de la pathologie rhumatologique puis dans le cadre de la goutte, pour estimer les chances qu'elles ont d'être utilisées en pratique.

Les recommandations sont-elles généralement appliquées ?

1. L'application en médecine générale : l'exemple des lombalgies

Dans les lombalgies chroniques, des recommandations pour la pratique de

soins en médecine générale ont été publiées en 2004 et une équipe australienne [3] a évalué leur impact sur la prise en charge. Quelque 3 533 patients vus en visite par des médecins généralistes pour un nouvel épisode de lombalgie basse ont été évalués pour savoir si les recommandations édictées étaient appliquées. Pour cela, leur application entre 2005 et 2008, après que des recommandations ont été diffusées, a été comparée à la prise en charge faite entre 2001 et 2004. En dépit des recommandations sur la non-utilisation d'imagerie, un quart des patients ont eu des radiographies. De même, alors que les recommandations conseillent de limiter le traitement aux conseils d'hygiène de vie et aux antalgiques, seulement 20,5 et 17,7 % ont eu respectivement cette prise en charge, sans modification avant et après publication des recommandations.

La grande discordance entre les recommandations de prise en charge des lombalgies étant démontrée dans d'autres pays européens [4, 5], il paraît vraisemblable que les effets des recommandations ne sont pas beaucoup plus efficaces dans ces pays si un processus efficace de diffusion et de vérification

de leur application n'est pas développé parallèlement à la publication de recommandations.

Néanmoins, c'est la reconnaissance de la validité des recommandations, notamment au travers de l'implication des représentants d'une communauté médicale, qui fait que les recommandations sont acceptées et diffusées.

2. Importance du panel d'experts qui édicte les recommandations : l'exemple de l'arthrose

Une des explications de la mauvaise application des recommandations par les généralistes tient au fait que les recommandations sont édictées seulement par des rhumatologues. Il est démontré que chaque recommandation de l'arthrose n'est pas considérée comme applicable de la même façon par les rhumatologues, les orthopédistes ou les généralistes [6]. Dans le cas de l'arthrose, les infiltrations intra-articulaires sont nettement plus conseillées par les rhumatologues de la *task force* qui a mené l'élaboration des recommandations que par les autres spécialistes ou médecins généralistes, alors que la physiothérapie est plus volontiers prônée par les autres spécialités. Chaque spécialiste conseille en fait plus volontiers les outils qu'il maîtrise que ceux des autres spécialités.

Cela explique pourquoi des instances telles que la HAS demandent qu'un grand nombre de spécialistes différents participent à l'élaboration de recommandations dès lors que plusieurs acteurs de santé sont impliqués.

Le problème alors soulevé par le consensus est parfois, en l'absence de médecine basée sur les preuves, que personne ne se reconnaît dans un compromis. Il est donc parfois plus logique de faire des recommandations au sein d'une spécialité à condition que l'accès au spécialiste soit accepté par les autres membres du corps médical.

3. L'accès des patients au rhumatologue : l'exemple des polyarthrites débutantes

Si la question posée n'est pas l'application de *guidelines* au sens propre mais le fait d'adresser un patient au rhumatologue dans un contexte tel que la polyarthrite débutante, le problème reste difficile. Dans la cohorte ESPOIR, il est clair que si les recommandations actuelles sont d'adresser un patient le plus vite possible devant une suspicion diagnostique, idéalement avant 6 semaines, seulement 46,2 % des patients sont vus dans les délais, soit du fait d'un retard à la demande de consultation, soit du fait d'un délai d'attente pour avoir un rendez-vous [7]. Mais ne croyons pas pour autant que le fait de voir un rhumatologue permet aussitôt d'être en conformité avec les recommandations, puisque seulement 58 % des patients de cette cohorte adressés aux rhumatologues ont été traités selon les recommandations édictées à peu près en même temps que sa constitution par le groupe STPR (stratégie de traitement de la PR) [8].

Les recommandations sont-elles efficaces ?

Un exemple de pathologie proche de la goutte est l'arthrose au cours de laquelle il est proposé des conseils d'hygiène de vie, notamment sur la perte de poids et l'activité. Les médecins généralistes essaient dans la majorité des cas de les conseiller, mais ils considèrent que la plupart de ces conseils sont prodigués avec un succès modeste sur le long terme, ce qui peut expliquer leur faible efficacité [9].

Pourtant, il existe des exemples d'efficacité de l'application de telles recommandations en soins primaires, grâce à une standardisation du suivi. Par exemple, dans l'arthrose, il a été montré que l'application d'une façon standardisée d'une prise en charge de l'arthrose de genou permet de clairement faire perdre du poids et d'augmenter l'exercice physique [10].

Les recommandations de l'Eular

Les recommandations de l'Eular sont accessibles uniquement aux abonnés de la revue *Annals of Rheumatic Diseases* et nous n'avons pas réussi à trouver une version française validée. Nous avons fait une traduction non validée et un peu écourtée de ces recommandations pour permettre aux rhumatologues français qui ne les avaient pas lues d'en avoir un aperçu. Il n'y a pas de surprise par rapport à la connaissance qu'ont les rhumatologues de la prise en charge de la goutte, mais certains aspects (nécessité d'analyse du liquide ou du tophus pour une certitude diagnostique, par exemple) peuvent paraître peu applicables aux médecins généralistes.

Les recommandations dans la goutte

Ce qui différencie le plus souvent l'application des recommandations par les rhumatologues et les généralistes, c'est probablement que leur pratique est plus proche des recommandations créées par d'autres rhumatologues. Pour l'exemple de la goutte [11], une étude rétrospective a montré que les patients ayant été vus par un rhumatologue ont eu plus souvent une application des critères ACR et des recommandations Eular pour le diagnostic de la goutte que lorsqu'ils n'avaient été vus que par leur médecin généraliste. Cette différence rhumatologue-médecin généraliste a été confirmée par l'étude GOSPEL [12].

Une analyse multivariée a montré que l'utilisation des traitements dans la goutte était associée à un traitement proposé en externe, à un suivi rhumatologique et à une faible comorbidité [13].

Conclusion

Au total, à l'échelon du médecin, l'application des recommandations est

Propositions de recommandations du diagnostic de la goutte

- La crise de goutte se caractérise par une douleur importante, un gonflement, une douleur à la palpation qui atteint son maximum en 6-12 heures, avec un érythème évocateur quoique non spécifique.
- En cas de présentation typique, un diagnostic clinique seul est possible mais pas formel en l'absence de confirmation des cristaux.
- La démonstration de cristaux d'urate dans le liquide ou un tophus permet un diagnostic certain.
- Une recherche de microcristaux est recommandée sur tout liquide articulaire d'arthrite indifférenciée.
- L'identification de cristaux dans une articulation asymptomatique peut permettre un diagnostic en période intercritique.
- Goutte et arthrite septique peuvent coexister, ce qui justifie un examen direct, et une culture sur une infection est évoquée, même en présence de microcristaux.
- L'uricémie ne confirme ou n'exclut pas une crise de goutte, certains patients hyperuricémiques n'ayant jamais de crise de goutte, et certains patients ayant une uricémie normale durant une crise de goutte.
- L'uraturie doit être évaluée chez certains patients, notamment en cas d'histoire familiale, de début précoce, de calcul rénal.
- Même si la radiographie est utile au diagnostic différentiel et peut montrer des aspects typiques de goutte chronique, elle n'est pas utile pour confirmer le diagnostic de goutte aiguë ou récente.
- Les facteurs de risque de goutte et les comorbidités associées doivent être évalués, y compris le syndrome métabolique (obésité, hyperglycémie, hyperlipémie et HTA).

Propositions de recommandations du traitement de la goutte

- Le traitement optimal est non pharmacologique et doit être adapté selon les facteurs de risque spécifique, le caractère clinique (aiguë, intercritique, tophacée chronique) et les facteurs de risque généraux.
- L'éducation des patients et les conseils d'hygiène de vie sur la perte de poids en cas d'obésité, le régime, la diminution de la consommation d'alcool (notamment de bière), sont au centre de la prise en charge.
- Les comorbidités et les facteurs de risque tels que l'hyperlipémie, l'HTA, l'hyperglycémie, l'obésité et le tabagisme font partie de la prise en charge.
- La colchicine orale et/ou les AINS sont les traitements de première ligne de la crise de goutte : en l'absence de contre-indications, les AINS conviennent et sont bien adaptés.
- Les fortes doses de colchicine ont des effets secondaires, et de petites doses (par ex. 0,5 mg trois fois par jour) peuvent être suffisantes pour beaucoup de patient en cas de crise de goutte.
- Les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes sont efficaces et bien tolérées dans la crise de goutte.
- La baisse de l'uricémie est indiquée chez les patients ayant des crises de goutte, une arthropathie, des tophus, ou des atteintes radiographiques.
- Le but du traitement hypo-uricémiant est de dissoudre les cristaux et d'empêcher leur formation.
- L'allopurinol est approprié pour diminuer au long cours l'uricémie (débuté à 100 mg, il est augmenté progressivement toutes les 2 à 4 semaines, en ajustant chez l'insuffisant rénal).
- Les uricosuriques sont utilisés comme alternative à l'allopurinol.
- La prophylaxie des crises durant le premier mois de traitement hypo-uricémiant repose sur la colchicine (0,5-1 mg) ou un AINS (avec gastroprotection si nécessaire).
- Quand la goutte est associée à un traitement par diurétique, son arrêt est préférable si c'est possible. Pour l'HTA et l'hyperlipémie, on doit envisager losartan et fénofibrate respectivement (les deux ont un faible effet uricosurique).

plus facile dès le début de leur mise en place par les rhumatologues, leur attitude avant même la diffusion des recommandations étant plus proche de celle-ci que celle des médecins généralistes.

A l'échelon du patient, le suivi des recommandations est ensuite plus facile si les

patients ont peu de comorbidités et sont régulièrement suivis par le rhumatologue.

Néanmoins, si on souhaite une efficacité à grande échelle de recommandations, il importe qu'elles ne soient pas appliquées seulement par les rhumatologues mais aussi par les médecins généralistes

qui voient le plus grand nombre de ces patients. Il est important pour eux de connaître les discordances de prises en charge avec les rhumatologues.

L'application des recommandations passe alors certainement par une meilleure diffusion des recommandations,

mais surtout par une standardisation de leur application, facilement accessible pour les généralistes.

Bibliographie

1. ZHANG W, DOHERTY M, PASCUAL E *et al.* EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*, 2006; 65: 1301-1311. Epub 2006 May 17. Review.
2. ZHANG W, DOHERTY M, BARDIN T *et al.* EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*, 2006; 65: 1312-1324. Epub 2006 May 17.
3. WILLIAMS CM, MAHER CG *et al.* Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med*, 2010; 170: 271-277.
4. FULLEN BM, MAHER T, BURY G *et al.* Adherence of Irish general practitioners to European guidelines for acute low back pain: a prospective pilot study. *Eur J Pain*, 2007; 11: 614-623. Epub 2006 Nov 27.
5. GONZALEZ-URZELAI V, PALACIO-ELUA L, LOPEZ-DE-MUNAIN J. Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J*, 2003; 12: 589-594. Epub 2003 Nov 6.
6. MAZIERES B, SCMDILY N, HAUSELMANN HJ *et al.* Level of acceptability of EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis by practitioners in different European countries. *Ann Rheum Dis*, 2005; 64: 1158-1164. Epub 2005 Feb 11.
7. FAUTREL B, BENHAMOU M *et al.* Early referral to the rheumatologist for early arthritis patients: evidence for suboptimal care. Results from the ESPOIR cohort. *Rheumatology* (Oxford), 2010; 49: 147-155. Epub 2009 Nov 23.
8. BENHAMOU M, RINCHEVAL N *et al.* The gap between practice and guidelines in the choice of first-line disease modifying anti-rheumatic drug in early rheumatoid arthritis: results from the ESPOIR cohort. *Rheumatol*, 2009; 36: 934-942. Epub 2009 Mar 13.
9. CONROZIER T, MARRE JP, PAYEN-CHAMPENOIS C *et al.* National survey on the non-pharmacological modalities prescribed by French general practitioners in the treatment of lower limb (knee and hip) osteoarthritis. Adherence to the EULAR recommendations and factors influencing adherence. *Clin Exp Rheumatol*, 2008; 26: 793-798.
10. RAVAUD P, FLIPO RM, BOUTRON I *et al.* ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 2009; 338: b421. doi: 10.1136/bmj.b421.
11. BARBER C, THOMPSON K, HANLY JG. Impact of a rheumatology consultation service on the diagnostic accuracy and management of gout in hospitalized patients. *J Rheumatol*, 2009; 36: 1699-1704. Epub 2009 Jun 30.
12. LIOTE F, EA H, SARAUX A *et al.* A prospective survey of 1003 patients with gout: comparison between general practitioners and rheumatologists. Concordance of EULAR gout diagnosis criteria, The GOSPEL 1000 STUDY, Communication orale, Annual European Congress of Rheumatology EULAR 2010 Rome, Italy, 16-19 June 2010.
13. SINGH JA, HODGES JS, ASCH SM. Opportunities for improving medication use and monitoring in gout. *Ann Rheum Dis*, 2009; 68: 1265-1270. Epub 2008 Aug 13.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.