

Présentation du Volume 12 de la Revue Africaine de Médecine Interne *Overview of Volume 12 of the RAFMI (Revue Africaine de Médecine Interne)*

Pr Madoky Magatte DIOP
Rédacteur en Chef

Ce volume couvre une variété de sujets essentiels dans le vaste domaine de la Médecine Interne, y compris, donc, les maladies auto-immunes, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires et d'autres conditions médicales spécifiques à divers contextes africains. Il est structuré en deux numéros, contenant des articles originaux et également des parcours diagnostiques trompeurs, d'une riche diversité géographique. Ces cas cliniques se concentrent sur des étiologies complexes et des défis médicaux. Ainsi, les pays concernés par ces productions scientifiques sont le Cameroun, le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée (Conakry), le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo.

Les thèmes concernent principalement des anomalies du métabolisme glucidique et leur impact sur le risque cardiovasculaire, sur la sphère ORL (avec le pernicious SAOS ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil), la survenue de l'insuffisance rénale, et par conséquent l'opportunité de l'éducation thérapeutique et de la contraception dans leur cadre. Les hémorragies périnatales et l'anémie ont été traitées, ainsi que la problématique des néoplasies et infections. Les articles ont également impliqué le contexte de travail libéral, ainsi que la qualité de vie des patients ayant d'autres problèmes endocriniens.

En résumé, le volume 12 de la *Revue Africaine de Médecine Interne* illustre l'engagement croissant des chercheurs et praticiens africains pour relever les défis sanitaires au niveau continental. Les travaux présentés offrent une plateforme cruciale pour le partage des connaissances et l'amélioration des pratiques cliniques en Afrique.

BONNE LECTURE

This volume covers a variety of essential topics in the broad field of internal medicine, including autoimmune diseases, metabolic disorders, cardiovascular diseases, and other medical conditions specific to various African contexts. It is structured in two issues, featuring original articles and diagnostic case studies with a rich geographical diversity. These clinical cases focus on complex aetiologies and medical challenges. The countries covered by these scientific publications are Cameroon, Senegal, Benin, Burkina Faso, Guinea (Conakry), Mali, Ivory Coast, Niger, and Togo.

The topics mainly concern carbohydrate metabolism abnormalities and their impact on cardiovascular risk, ENT issues (including the harmful OSAS or obstructive sleep apnea syndrome), the onset of kidney failure, and therefore the opportunity for therapeutic education and contraception within their framework. Perinatal haemorrhages and anaemia were addressed, as well as the issue of neoplastic and infectious conditions. The publications also covered the context of private practice, as well as the quality of life of patients with other endocrine problems.

In summary, volume 12 of the RAFMI illustrates the growing commitment of African researchers and practitioners to addressing continental health challenges. The presented studies offer a crucial platform for knowledge sharing and improvement of clinical practices in Africa.

HAPPY READING

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Anomalies du métabolisme glucidique et risque cardiovasculaire chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun** 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. **Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis** 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. **Effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'évolution du diabète de type 2 chez les patients suivis à Parakou en 2023** 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. **Anémie sévère en Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. **Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal** 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. **Evaluation du profil tensionnel par mesure ambulatoire de la pression artérielle chez une population apnéique** 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. **Dyslipidémie chez les patients diabétiques de type 2 à Conakry** 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. **Covid Long : Aspects cliniques et paracliniques** 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goïta IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. **Association entre maladies rénales et parodontites : revue systématique de la littérature de 2010 à 2022** 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. **L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie** 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. **Facteurs de décompensations aiguës du diabète à l'Hôpital Régional de Conakry** 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. **Early experience of penile prosthesis for erectile dysfunction in Senegal** 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CAS CLINIQUES

13. **Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature** 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. **Tuberculose péritonéale simulant une néoplasie avancée ovarienne chez la femme : difficulté diagnostique et apport de la coelioscopie : à propos de 5 observations** 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébégo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. **Quand l'histologie fait défaut : deux cas de cancer papillaire de la thyroïde révélés huit ans après thyroïdectomie** 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. **Cancer thyroïdien sur un goitre plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas** 118-125
Kouassi L, Toure KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. *Glucose metabolism abnormalities and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus followed at the Yaoundé Central, Cameroon* 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. *Evaluation of cardiovasculaire risk and subclinical athrosclerosis during rheumatoid arthritis in Saint-Louis* 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. *Effects of a therapeutic education program on the outcome of type 2 diabetes in patients monitored in Parakou in 2023* 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. *Severe anemia in Internal Medicine at the Ouahigouya Regional University Hospital Center* 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. *Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal* 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. *Evaluation of blood pressure profile by ambulatory blood pressure measurement in a population with sleep apnea* 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. *Dyslipidemia in type 2 diabetic patients in Conakry* 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. *Long Covid: clinical and paraclinical aspects* 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goita IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. *Association between kidney disease and periodontitis: systematic review from 2010 to 2022* 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. *Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life* 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. *Factors of acute decompensation of diabetes at the Conakry Regional Hospital* 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. *Expérience initiale de la prothèse pénienne pour dysfonctionnement érectile au Sénégal* 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CLINICAL CASES

13. *Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature* 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. *The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia* 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébéogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. *When histology is lacking: two cases of papillary thyroid cancer revealed eight years after thyroidectomy* 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. *Thyroid cancer on a dipping goiter in an age subject: about a case* 118-125
Kouassi L, Touré KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B



Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis

Evaluation of cardiovascular risk and subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis in Saint-Louis

Dia DG¹, Nguer CB¹, Dia AD¹, Niang FG¹, Ngouamba BM², Séné M²

1. UFR des Sciences de la Santé, Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal

2. Centre Hospitalier Régional, Saint-Louis, Sénégal

Auteur correspondant : Pr Diatou Guèye DIA / E-mail : diatou-gueye.dia@ugb.edu.sn

Résumé

Introduction : La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une affection inflammatoire chronique associée à une morbidité et mortalité cardiovasculaire accrue. L'inflammation systémique qui caractérise cette maladie joue un rôle central dans le développement accéléré de l'athérosclérose, souvent infraclinique. L'objectif de cette étude était de décrire le profil clinico-biologique de la PR, déterminer la prévalence de l'athérosclérose infraclinique (AIC) et identifier les facteurs qui lui sont associés.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique réalisée chez 41 patients répondant aux critères ACR/EULAR 2010. Les données comprenaient des paramètres cliniques, biologiques et cardiovasculaires. L'AIC a été évaluée par écho-Doppler des troncs supra-aortiques (mesure de l'IMT, détection de plaques et sténoses).

Résultats : L'âge moyen était de 47,83 ans, avec une prédominance féminine. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 64,85 mois. Des facteurs de risque cardiovasculaires (sédentarité 100%, HTA 14,6%, diabète 9,8%, IMC moyen de 28,07) étaient fréquents. La fréquence de l'AIC était de 7,3%. L'évaluation par le *SCORE modifié* a montré que 23,3% des patients étaient à très haut risque cardiovasculaire.

Seule la durée d'évolution de la PR était significativement associée à la présence de plaques carotidiennes ($p = 0,03$).

Conclusion : Les patients atteints de PR présentent une forte prévalence de facteurs de risque cardiovasculaires et une fréquence non négligeable d'athérosclérose infraclinique. L'évaluation systématique du risque cardiovasculaire, incluant l'exploration des TSA, devrait être intégrée à leur prise en charge.

Mots-clés : polyarthrite - athérosclérose - cardiovasculaire - Saint-Louis - Sénégal.

Summary

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease associated with increased cardiovascular morbidity and mortality. The systemic inflammation that characterizes this disease plays a central role in the accelerated development of atherosclerosis, often subclinical. The objective of this study was to describe the clinical and biological profile of RA, determine the prevalence of subclinical atherosclerosis (SCA), and identify factors associated with it.

Methods: We conducted a cross-sectional, descriptive, and analytical study in 41 patients meeting the ACR/EULAR 2010 criteria. Data included clinical, biological, and cardiovascular parameters. SCA was assessed by Doppler ultrasound of the supra-aortic trunks (IMT measurement, plaque and stenosis detection).

Results: The mean age was 47.83 years, with a female predominance. The mean duration of RA was 64.85 months. Cardiovascular risk factors (100% sedentary lifestyle, 14.6% hypertension, 9.8% diabetes, and mean BMI of 28.07) were common. The incidence of SCA was 7.3%. Assessment using the modified SCORE showed that 23.3% of patients were at very high cardiovascular risk.

Only the duration of RA was significantly associated with the presence of carotid plaques ($p = 0.03$).

Conclusion: Patients with RA have a high prevalence of cardiovascular risk factors and a significant incidence of subclinical atherosclerosis. Systematic cardiovascular risk assessment, including screening for ASD, should be integrated into their care.

Keywords: polyarthrititis - atherosclerosis - cardiovascular - Saint-Louis - Senegal.



Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques [1]. D'origine multifactorielle, elle implique des facteurs environnementaux sur un terrain génétique à risque, et entraîne des destructions articulaires responsables d'un handicap fonctionnel important [2].

Le diagnostic de la PR est parfois difficile et repose sur la confrontation de manifestations cliniques et de tests biologiques (autoanticorps, biologie inflammatoire). Des critères de classification ont été révisés récemment par le Collège américain de rhumatologie et la Ligue européenne contre les rhumatismes.

La PR est le rhumatisme inflammatoire chronique qui a bénéficié des plus importants progrès au cours de ces dernières années, que cela soit dans les domaines de la physiopathologie, du diagnostic ou des traitements. Ceci a permis d'améliorer considérablement la prise charge et le pronostic de la PR.

Les principes qui accompagnent le traitement tels que diagnostiquer tôt pour traiter tôt et traiter avec un contrôle étroit pour adapter au plus tôt la stratégie doivent maintenant être appliqués en pratique courante.

Le dépistage et la prise charge des comorbidités associées à la PR sont maintenant reconnus comme un problème majeur comme dans toute maladie chronique (diabète, cardiopathies, insuffisance respiratoire, etc.) [3].

La PR est reconnue comme un facteur de risque cardiovasculaire aussi important que le diabète. En effet, la pathologie cardiovasculaire est responsable de 50% de l'augmentation de la mortalité au cours de la PR [4].

La détection précoce de l'athérosclérose, en plus de la recherche des FDRCV classiques, affine et optimise la stratification du risque cardio-vasculaire global. Ceci permet de mieux cibler la prévention et d'évaluer de façon plus précise l'action des traitements.

Au Sénégal, très peu d'études se sont intéressées à l'évaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infra clinique au cours de la PR. L'objectif de notre travail est d'évaluer le risque

cardiovasculaire des patients atteints de PR.

Les objectifs spécifiques sont :

- Etudier le profil épidémioclinique et immunologique des patients ;
- Evaluer l'athérosclérose infraclinique par la mesure de l'épaisseur intima média ;
- Déterminer les facteurs associés à l'athérosclérose infraclinique au cours de la PR.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique durant la période du 1er Mars 2024 au 30 Mars 2025 dans le service de médecine interne du CHR de Saint-Louis. Tous les patients dont le diagnostic de PR a été posé selon les critères de l'ACR /EULAR de 2010.

Les données comprenaient des paramètres cliniques, biologiques et cardiovasculaires. L'athérosclérose infra clinique a été évaluée par écho-Doppler des troncs supra-aortiques (mesure de l'épaisseur intima-média, détection de plaques et sténoses).

La saisie des données s'est faite grâce au logiciel R.

Résultats

Nous avons retenu 41 patients. L'âge moyen des patients étudiés était de 47,83 ans [43,21 - 52,45] avec un écart-type de 14,65 ans et une médiane de 53 ans. Les extrêmes étaient entre 21 et 70 ans. Le sex-ratio H/F était de 0,11. La durée d'évolution moyenne de la maladie chez les patients étudiés était de 64,85 mois [49,37 – 80,34]. Le nombre moyen de critères de l'ACR observé était de 7,80 [7,47 – 8,14]. Le délai diagnostique moyen (entre l'apparition des signes et le diagnostic) était de 24,37 mois.

Parmi les patients étudiés, 12,2% présentaient des antécédents familiaux de rhumatisme. Des déformations ont été observées chez 31,7%, tandis que des érosions ou géodes ont été retrouvées chez 7,3%. La carpite ou tarsite était présente chez 9,8%. Enfin, des signes extra-articulaires ont été notés chez 7,3%.

Le score moyen DAS 28 chez les patients étudiés était de 5,28.

La figure 1 montre la répartition selon le DAS 28.

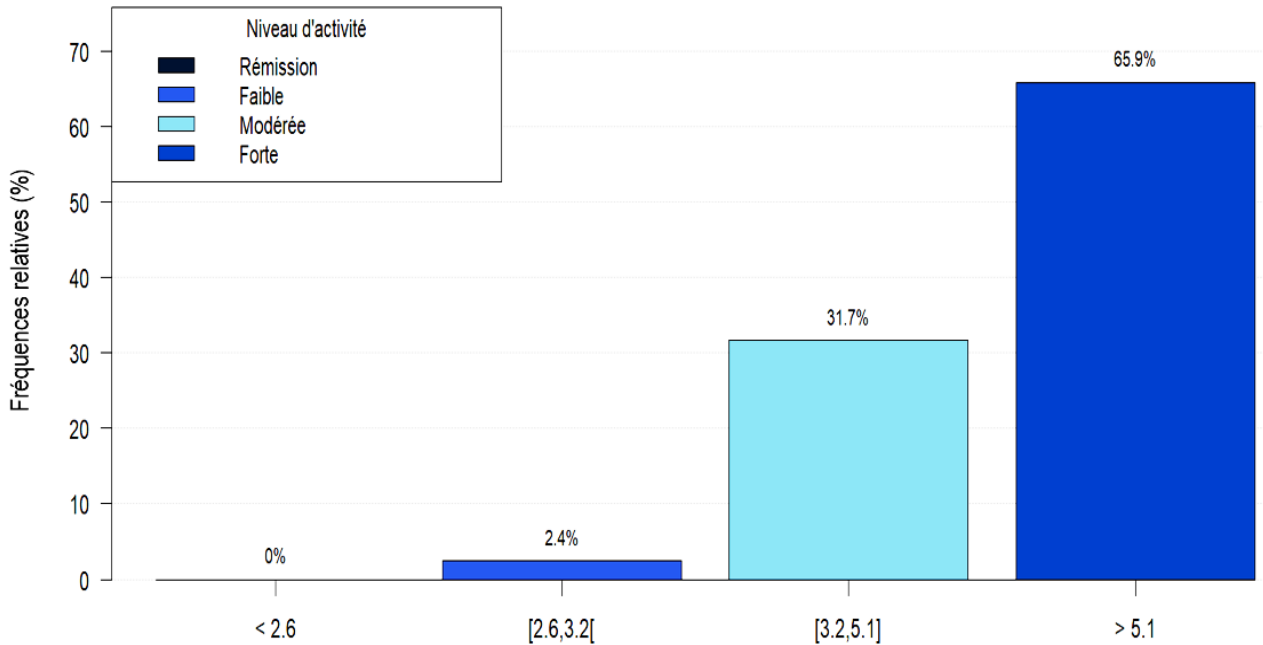


Figure 1 : Répartition des patients selon le score DAS 28

Parmi les patients étudiés, 14,6% étaient hypertendus, tandis que 9,8% présentaient un diabète. Au plan lipidique 19,5% présentait une hypoHDL cholestérol et 9% avait un cholestérol LDL élevé.

Tous les patients (100,0%) étaient sédentaires selon

la définition de l'OMS. Aucun cas de tabagisme actif ou récent (moins de 3 ans) ni de consommation excessive d'alcool n'a été rapporté. Enfin, une obésité a été observée chez 19,5% des patients (Tableau I).

Tableau I : Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires

Facteurs cardiovasculaires	Pourcentage
HTA	14,6
DIABETE	9,8
OBESITE	19,5
SEDENTARITE	100
ALCOOLISME	0
TABAGISME	0
DYSLIPIDEMIE	19,5
HYPERURICEMIE	4,9

Parmi les patients étudiés, 73,2% présentaient un facteur rhumatoïde (FR) positif. Les anticorps anti-CCP étaient positifs chez 58,5% des patients.

Une anémie a été retrouvée chez 61% des patients, dont 41,4% présentaient une anémie normochrome normocytaire et 19,5% une anémie hypochrome microcytaire.

L'analyse des traitements utilisés chez nos 41 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) a révélé une prédominance du méthotrexate (65,9%),

suivi des antipaludéens de synthèse (26,8%) et de la salazopyrine (7,3%). Une corticothérapie était présente dans environ 65% des cas. Nous avons comparé ces résultats aux données issues de la littérature africaine, européenne et américaine.

Parmi les patients étudiés, 33,3% (10 patients) présentaient un score faible, 36,7% (11 patients) un score modéré, 6,7% (2 patients) un score élevé, et 23,3% (7 patients) un score très élevé (Figure2).

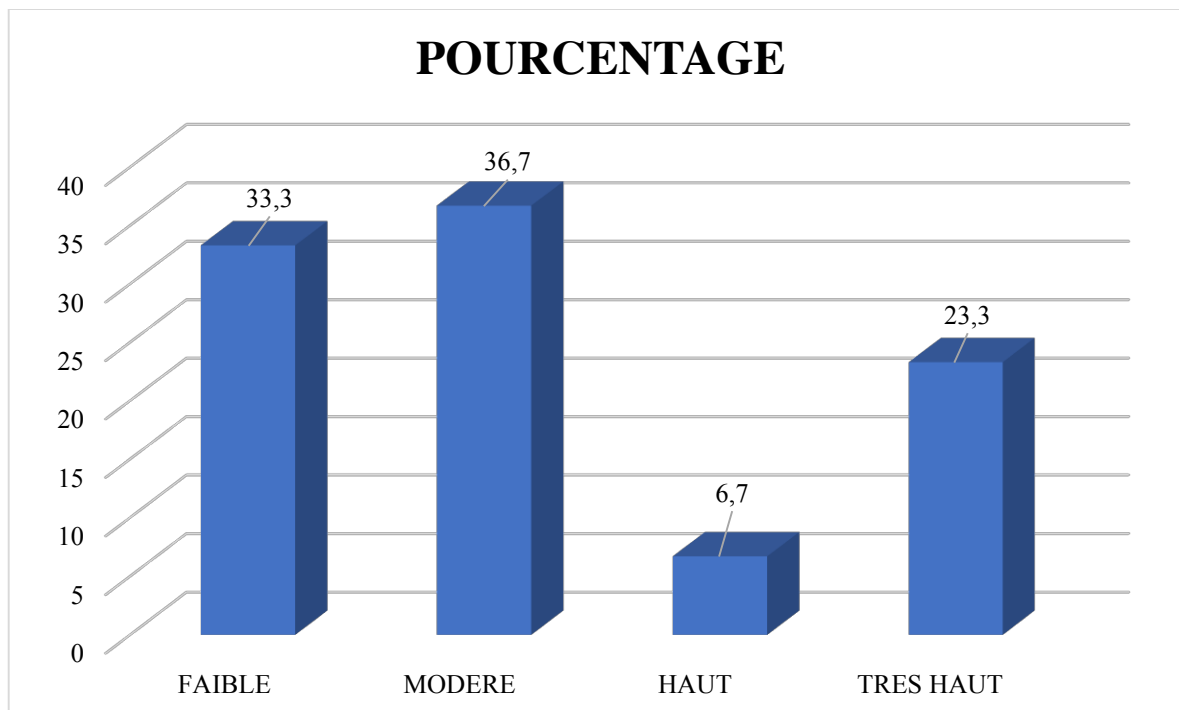


Figure 2 : Répartition des patients selon les niveaux de SCORE modifié

L'épaisseur intima-média (EIM) moyenne à gauche était de 0,46 mm [0,41 – 0,51], avec un écart-type de 0,16mm et une médiane de 0,42mm.

Les valeurs observées variaient entre 0,28 et 0,90mm. À droite, l'EIM moyenne était de 0,44mm [0,39 – 0,49], avec un écart-type de 0,14 mm, une médiane de 0,40 mm, et des valeurs allant de 0,27 à 0,90mm.

La moyenne de la valeur moyenne de l'épaisseur intima-média était de 0,556 chez les hommes et de 0,437 chez les femmes.

Parmi les patients étudiés, l'AIC était retrouvée chez seulement 4,9% des patients (2 patients).

Concernant l'âge, aucun patient de moins de 50 ans n'avait d'AIC, tandis que deux patients de plus de 50 ans en présentaient, sans différence significative ($p = 0,49$).

La durée de la maladie (<5 ans ou >5 ans) n'était pas non plus associée à la présence d'une AIC ($p = 0,67$).

En analysant la sévérité par l'existence de déformations, 50% des patients avec AIC avaient des déformations contre 30,8% parmi ceux sans AIC ; cependant, cette association n'était pas significative (OR = 2,25 ; IC95% [0,13 – 39,05] ; $p = 1,00$).

L'existence de géodes (érosions osseuses) n'était pas associée à l'AIC ($p = 1,00$).

Les niveaux moyens de CRP et de score DAS28 étaient comparables entre patients avec et sans AIC, sans différence significative (p respectivement à 0,75 et 0,37).

La moyenne de l'âge était plus élevée chez les patients présentant une athérosclérose infraclinique (59,5 ans) que chez ceux sans AIC (47,23 ans). La durée moyenne de la maladie était également plus longue chez les patients avec AIC (162 mois contre 59,87 mois). La valeur moyenne de CRP était plus faible chez les patients avec AIC (20,15 mg/l) comparée à ceux sans AIC (27,21 mg/l). Le score moyen de DAS28 était plus élevé chez les patients atteints d'AIC (5,77 contre 5,25), suggérant une activité inflammatoire articulaire plus marquée.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les moyennes des groupes selon la présence ou l'absence d'athérosclérose infraclinique (AIC) pour les variables suivantes : l'âge ($p = 0,2889$), la CRP ($p = 0,86$) et le score DAS28 ($p = 0,29$), toutes ayant des p -values supérieures au seuil de 0,05. En revanche, une différence statistiquement significative a été observée pour la durée de la maladie ($p = 0,03$), suggérant une association entre l'ancienneté de la maladie et la présence d'une AIC (Tableau II).

Tableau II : Comparaison des valeurs moyennes des caractéristiques cliniques et biologiques selon la présence ou non d'athérosclérose

Paramètres	AIC Absente	AIC Présente	P value
Age	47,23	59,5	0,2889
Durée de la maladie	59,87	162	0,03
CRP	27,21	20,15	0,86
DAS 28	5,25	5,77	0,29



Parmi les patients étudiés, 24,4% (10 patients) recevaient une corticothérapie à une dose de 20 mg. Une corticothérapie à une dose de 10 mg ou de 5 mg était retrouvée chacune chez 14,6% des patients (6 patients pour chaque dose).

Parmi les patients étudiés, 26,8% recevaient un antipaludéen de synthèse. Le méthotrexate était utilisé chez 65,9% des patients, tandis que la salazopyrine était administrée chez 7,3% des patients. L'association APS + MTX était retrouvée chez 14,6% des patients, et l'association APS + Salazopyrine chez 2,4% des patients.

L'utilisation de statines, d'antidiabétiques et d'antihypertenseurs concernait respectivement 7,3% (pour les 2 premiers) et 9,8% (pour le dernier). Enfin, un traitement par antiagrégant était rapporté chez 2,4% des patients.

Discussion

Notre étude a inclus 41 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, avec une nette prédominance féminine (90,2%) et un âge moyen de 47,8 ans.

Ces chiffres concordent avec les données de la littérature. Une série française a retrouvé cette prédominance féminine à 79% de femmes et un âge moyen de 48 ans [5]. D'autres travaux français et américains abondent également dans le même sens [6, 7].

La PR reste une pathologie à prédominance féminine dans toutes les régions du monde. L'âge moyen autour de 45-50 ans souligne que la PR touche souvent les sujets jeunes ou d'âge actif, exposant à un double enjeu fonctionnel et cardiovasculaire.

La durée moyenne de la PR était de 162 mois chez les patients présentant une AIC contre 59,9 mois chez ceux sans, avec une valeur p significative ($p = 0,03$).

Ce résultat est en accord avec del Rincón et al. (USA) : l'ancienneté de la maladie prédit l'épaississement de l'IMT [8].

Cela suggère un effet cumulatif de l'inflammation chronique sur la paroi vasculaire, renforçant l'intérêt du dépistage vasculaire après 5-10 ans d'évolution de la PR.

Un DAS28 moyen de 5,28 indique une PR active, voire sévère. Dans COMORA, la moyenne était de 4,2, traduisant une meilleure maîtrise de la maladie. Cela confirme que les patients de notre cohorte arrivent souvent en consultation à un stade avancé, avec une inflammation persistante [6].

Notre étude montre une prévalence élevée de FDRCV : sédentarité (100%), obésité (19,5%), HTA (14,6%), diabète (9,8%). Ces taux sont inférieurs à

ceux rapportés dans COMORA dont l'évaluation systématique des comorbidités dans cette étude a permis de détecter des anomalies des signes vitaux, telles qu'une hypertension artérielle chez 11,2%, et d'identifier des pathologies se manifestant par des anomalies des analyses de laboratoire, telles qu'une hyperglycémie chez 3,3% [6].

NHANES (USA) retrouvait une prévalence de l'HTA élevée chez les patients PR comparables au diabète [9].

L'EIM moyenne était de 0,46mm à gauche, 0,44mm à droite. Bien qu'inférieures au seuil pathologique de 0,9mm, ces valeurs sont associées à la présence de plaques d'athérome chez 7,3% des patients.

Dans une étude de González-Juanatey C et al, 34 % des patients PR présentaient des plaques carotidiennes, même en l'absence de FDRCV classiques [10].

La durée de la maladie était significativement associée à l'AIC ($p = 0,03$), ce qui confirme les résultats de Del Rincón I et al. [11]. Ce lien s'explique par l'effet cumulatif de l'inflammation chronique sur la paroi vasculaire.

Malgré un score cardiovasculaire modifié élevé chez 23,3% des patients, seuls 7,3% recevaient une statine, 9,8% un antihypertenseur, et 2,4% un antiagrégant.

Dans l'étude COMORA, plus de 35% des PR à haut risque recevaient une statine [6]. Les recommandations EULAR 2010 insistent sur une prise en charge proactive des facteurs de risque CV dans la PR [12, 13, 14, 15]. Notre étude met en évidence un retard de traitement préventif cardiovasculaire.

Conclusion

Un dépistage cardiovasculaire systématique et précoce est requis chez tous les patients PR, intégrant à la fois l'échographie doppler des troncs supra aortiques et le calcul du SCORE modifié, en plus d'une prise en charge multidisciplinaire adaptée. Il est également nécessaire, en plus d'intégrer cette prévention cardiovasculaire dans les protocoles de soins, d'améliorer l'accès aux traitements de fond, de structurer un suivi longitudinal des patients PR, pour réduire la morbidité et mortalité associée à cette pathologie.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.



REFERENCES

1. Kane BS et al. Maladies systémiques en médecine interne « contexte africain » : aspects épidémiologiques et classification. EM-Consulte. 2025
2. Philips É. La polyarthrite rhumatoïde et les thérapies non conventionnelles : la place de la phytothérapie. Sciences du Vivant. 2019. ffdumas-02417777
3. Cherif N, Miladi S, Hamdi O et al. E. Évaluation du risque cardiovasculaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde : quel degré d'implication des rhumatologues ? [Internet]. EM-Consulte. 2025
4. Bouzerda A, Sabry M, Benyas A, Moustaghfir A, Zbir E, Makhouki Boukili A et al. Nouveaux facteurs du risque cardiovasculaire dans la Polyarthrite Rhumatoïde [Internet]. [cité 4 mai 2025]
5. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO et al. 2010 rheumatoid arthritis criteria: classification an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2010; 69: 1580-8
6. Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: international, results cross-sectional of an study (COMORA). Ann Rheum Dis. 2014; 73: 62-8
7. Stein JH, Korcarz CE, Hurst RT, Lonn E, Kendall CB, Mohler ER et al. Use of carotid ultrasound to identify subclinical vascular disease and evaluate cardiovascular disease risk: a consensus statement from the American Society of Echocardiography Carotid Intima-Media Thickness Task Force. Endorsed by the Society for Vascular Medicine. J Am Soc Echocardiogr. 2008; 21: 93-111; quiz 189-90
8. del Rincón I, Battafarano DF, Restrepo JF, Erikson JM, Escalante A. Glucocorticoid dose thresholds associated with all-cause and cardiovascular mortality in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheumatol. 2014; 66: 264-72
9. Wang P, Wang D, Sui J, Liu S, Kong Y, Lei H et al. The comprehensive relationship between combined anti-inflammatory and healthy diets and all cause mortality in rheumatoid arthritis: results from NHANES 2003–2018. Arthritis Research & Therapy. 2024; 26: 226
10. Gonzalez-Juanatey C, Llorca J, Testa A, Revuelta J, Garcia-Porrúa C, Gonzalez Gay MA. Increased Prevalence of Severe Subclinical Atherosclerotic Findings in Long-Term Treated Rheumatoid Arthritis Patients Without Clinically Evident Atherosclerotic Disease. Medicine [Internet]. 2003; 82: 407
11. del Rincón ID, Williams K, Stern MP, Freeman GL, Escalante A. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. Arthritis Rheum. 2001; 44: 2737-45
12. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis. 2017; 76: 960-77



13.Suarez-Almazor ME, Belseck E, Shea B, Homik J, Wells G, Tugwell P. Antimalarials for treating rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2000; CD000959 19

14.Caplan L, Wolfe F, Russell AS, Michaud K. Corticosteroid use in rheumatoid arthritis: prevalence, predictors, correlates, and outcomes. J Rheumatol. 2007; 34: 696-705

15.Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, Dijkmans Ba.C, Nicola P, Kvien TK et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2010; 69: 325-31