

La Polyarthrite Rhumatoïde à l'Hôpital National de Niamey. A propos de 42 cas.

Rheumatoid Arthritis at The National Hospital of Niamey: A 42 cases report.

Andia A¹, Alassane²S, Brah¹S, Daou¹ M,

Hamadou A¹, Adehossi E¹, Cheour E³

⁽¹⁾ Service de Médecine Interne, Hôpital National de Niamey,

⁽²⁾ Service de Rhumatologie, Hôpital National de Niamey,

⁽³⁾ Service de Rhumatologie, Hôpital La Rabta. Tunis (Tunisie)

RESUME

INTRODUCTION. La Polyarthrite Rhumatoïde (PR), maladie auto immune, est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle se caractérise par une réponse inflammatoire exagérée de la synoviale avec un potentiel destructif ostéo-articulaire. Au Niger, les premiers cas (huit) ont été décrits il y a 5 ans. Ce travail rapporte les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques de la PR au Niger.

PATIENTS ET METHODE. Il s'agit d'une étude rétrospective transversale de dossier des patients hospitalisés dans les services de Rhumatologie et de Médecine Interne de l'Hôpital National de Niamey (HNN) pour PR du 01 Janvier 2014 au 30 Septembre 2014. Le diagnostic se réfère aux critères révisés ACR 1987.

RESULTATS. Quarante-deux dossiers de patients ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 45,9 ans [18-85] avec une prédominance féminine (83%). La durée moyenne des signes avant le diagnostic était de 51,6 mois. Les articulations de la main étaient les plus touchées (65,5%), suivies des genoux (11,5%). Les déformations articulaires souvent observées étaient : « coup de vent » cubital des doigts (14%) ; doigts en « boutonnière » (9%). Les PR séronégatives représentaient 40%. Les anticorps anti CCP étaient positifs chez 8% des patients initialement FR négatifs. Les lésions à la radiographie de la main étaient à type d'érosions (13/15 cas) et de déminéralisations osseuses (2/15 cas). Le DAS28 moyen à l'admission était de 2,6 [2,2 - 5,9] et 5% avaient une forte activité de PR. Tous les patients ont été sous DMARDS et corticothérapie orale.

CONCLUSION : la PR n'est pas rare mais reste moins sévère au Niger. Un diagnostic et un traitement précoce permet d'éviter les complications.

Mots-clés : Polyarthrite Rhumatoïde, DAS 28, DMARDS, Niger.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Rheumatoid Arthritis (AR), autoimmune disease, is the most frequent chronic inflammatory joint pathology, characterized by excessive synovial inflammatory response with osteoarticular involvements. In Niger, the eight first cases were presented 5 years ago. So we update epidemiological, clinical, para clinical and therapeutic aspects of RA in Niger.

PATIENTS AND METHOD: It is a transversal retrospective study concerning inpatients for rheumatoid arthritis according to the 1987 American College Rheumatology (ACR) criteria, collected from the Rheumatology and Internal Medicine departments of Niamey's National Hospital in a 9 months period.

RESULTS: From a total of 3368 patient, 42 were collected. The mean age was 45,9 years [18-85] and they were predominantly women (83%). The mean duration of symptoms before the diagnosis onset was 51,6 months.

The hand's joints was mostly involved (65,5%) followed by knees (11,5%). The Latex and Waaler Rose test was negative for 40% of patients. Others 8% of patients who performed Anti CCP antibodies were positive. The most joint type of deformities was: cubital strong gale (14%), buttonhole (9%). The radiographic hand abnormalities were: erosion (13/15); bones demineralization (2/15). The mean Disease Activity Score 28 was 2, 6 [2.2 - 5, 9]. Five per cent had elevated DAS 28. The entire patients were treated by Disease Modified Anti Rheumatic Drugs and oral corticosteroids.

CONCLUSION: rheumatoid arthritis is frequent but appeared to be not so severe in Niger. Early diagnosis and treatment are important in order to prevent complications.

Key words: Rheumatoid Arthritis, DAS28, DMARDS, Niger

INTRODUCTION

La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une maladie auto-immune non spécifique d'organe caractérisée par une réponse inflammatoire exagérée au niveau de la membrane synoviale avec un potentiel de destruction ostéo-articulaire et pouvant être associée à d'autres maladies auto-immunes. C'est une affection multifactorielle: environnemental, hormonal et immunologique surtout (30%) qui peuvent expliquer la disparité épidémiologique dans un pays et intra ethnique au sein d'un même pays [1]. La PR paraît rare et bénigne en Afrique occidentale [2] et cet état de fait est corrélé à son inégale répartition. Au Niger, les huit premiers cas de PR étaient colligés par E. adehossi et al il y a cinq ans [3]. L'objectif de notre étude est d'actualiser les données épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques de la PR afin de contribuer à une meilleure prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale des dossiers médicaux des patients hospitalisés pour PR selon les

Aspects cliniques et biologiques

critères révisés de l'ACR 1987 dans le service de Rhumatologie et de Médecine Interne de l'HNN du 01 Janvier 2014 au 30 Septembre 2014. Nous avons recueilli des dossiers médicaux : les caractéristiques épidémiologiques, cliniques para cliniques et thérapeutiques. Les radiographies étaient interprétées par des médecins radiologues.

RESULTATS

II.1 Caractéristiques épidémiologiques

Sur un total de 3368 patients hospitalisés durant 9 mois la période de notre étude, 42 dossiers médicaux avaient répondu aux critères de l'étude correspondant à une incidence hospitalière de 1,2%. L'âge moyen des patients était de 45,9 ans [18, 85] avec une prédominance féminine (83%), constituée majoritairement de femmes au foyer (56%) et provenant de la capitale Niamey (76%). La tranche d'âge de [20-59] ans était la plus représentée (77%). La durée moyenne des symptômes avant le diagnostic était de 51,6 mois [3-120 mois].

	Nombre	Pourcentage
Inflammations articulaires.		
. IPP	36	25,5
.MCP	31	22
.Poignets	26	18
.Coudes	13	9,5
.Épaules	3	11
.Hanches	0	0
.Genou	16	2
.Cheville	9	6,5
.MTP	7	5
Signes extra articulaires		
. Nodules rhumatoïdes (coudes)	2	4
Dérouillage matinale	40	95
Déformations articulaires		
.Coup de vent cubital des doigts	6	14
. « Pouce en Z »	3	7
.Doigts en boutonnières	4	9
.Mains en « dos de chameau »	2	4
Positivité FR	25	60
Positivité Anti CCP	2	
Positivité ANN	-	-
Moyenne du score DAS28	2,6 [2,2 - 5,9]	
Activité de la PR		
.Rémission	12	35
.Faible	8	23
.Modérée	12	35
.Forte	2	7

IPP : Inter phalangienne proximale ; MCP : Métacarpo-phalangienne ; FR : Facteur rhumatoïde ; ANN : Anticorps anti nucléaire ; DAS : Disease activity score ; CCP : Citrullin cyclic peptide.

Aspects radiographiques

Les anomalies radiographiques étaient retrouvées au niveau des mains (IPP ; MCP), à type d'érosion chez 13 patients dont 7 avec des FR négatives et deux ayant des déminéralisations osseuse diffuse tous de FR positif.

Traitement

Tous les patients recevaient des corticoïdes per os avec une dose moyenne de 20 mg/jour [5-60 mg] sur une durée moyenne de 23, 80 mois [1 -120 mois] ainsi que des DMARDS dont : Méthotrexate® (60%) par voie orale et par semaine et Plaquenil® (40%) à 200 mg/jour par voie orale.

DISCUSSION

La prévalence hospitalière de la PR dans notre étude est 1,24%. En France la prévalence suit un gradient Nord-Sud (0,13 à 0,66%) [4]. Au Canada (Ontario), elle est de 0,9 % [5] alors qu'elle est de 0,27 % en Corée du Sud [6].

La prévalence de notre étude est inférieure à celle d'Ouédraogo DD et al au Burkina Faso qui trouvent 2,85% [7]. Cette prévalence reste supérieure à la première série de PR documentée à Niamey (Niger) de E adehossi [3] soit 8 PR sur 12 mois et à celle d' Houzou P et al à Lomé (Togo) [8] qui est de 0,45% sur 192 mois. Notre étude confirme la non rareté de cette affection en Afrique de l'Ouest telle que déjà soulignée par certains auteurs [9].

Cette variation de la prévalence peut être liée au caractère hétérogène de la PR outre la croissance démographique et la création récente de ces deux services à l'HNN qui peuvent expliquer la prévalence hospitalière élevée.

La prédominance féminine avait été signalée dans plusieurs études [10, 11, 7]. Dans notre série le sexe ratio est de 4,5 femmes pour 1 homme corroborant cette prédominance et pouvant être liée aux facteurs hormonaux. L'âge moyen de notre étude est de 45,95 ans [18 - 85 ans]. Elle est proche de celle de Silmani et al en Algérie [11] qui trouve 50,1 ans \pm 14,5 mais reste supérieure à celle d'Azankpan et al [10] à Dakar qui trouve 42 ans dans la population masculine. La tranche d'âge [20- 60 ans] semble la plus touchée avec 81%, beaucoup plus jeune que celle de Sany J en Europe [12] qui trouve 40 à 60 ans. Dans notre étude la durée moyenne des signes avant le diagnostic est de 5,6 mois [3-120]. Elle est de 44 mois [5-220] dans la série d'Azankpan à Dakar [10] et 100,8 \pm 105,6 mois dans la série de Silmani et al en Algérie [11]. Notre contexte culturel est caractérisé par un retard vis-à-vis de la première consultation mais aussi les difficultés d'accès aux services spécialisés. Les mains sont les plus concernées (65,5%) [IPP (25,5%); MCP (22%); poignets (18%)] puis les genoux (11,5%). Cette topographie est proche de celle observée par Bilekhot et al au Congo Brazzaville [13].

Dans la série d'Adehossi et al [3] les articulations les plus touchées étaient les IPP, les chevilles, suivies par les poignets, les MCP et les coudes.

Dans notre étude, 40% des patients avaient une PR séronégatives. Sany J rapporte 15 à 30% de PR séronégative à la phase d'état de la maladie [12]. Elle est séropositive dans 60% dans notre série, résultats similaires au Togo [9], 70% au Congo Brazzaville [13]. La majorité était à facteur rhumatoïde (92%) et 2 patients des anticorps anti CCP (8%). Silmani et al [11] en Algérie rapporte 78,5% de facteurs rhumatoïde positif et 69% des anticorps anti CCP.

Les manifestations extra articulaires notamment les nodules rhumatoïdes avaient été retrouvés au coude chez 2 patients (4,7%) à l'instar de la série d'Adehossi [3] et al. Nos chiffres sont supérieurs à ceux de la série de Diallo S et al au Sénégal qui rapportent 1,06% [14] mais ils restent inférieurs à ceux rapportés dans la littérature (10 à 20%) [12].

Dans notre série les anomalies articulaires des mains à la radiographie (IPP et MCP) étaient à type d'érosions (13/15) et de déminéralisations osseuses (2/15). Les déformations articulaires étaient observées aux mains chez 35% des patients. Elles sont à type de : « coup de vent » cubital des doigts (14%), pouce en « Z » (7%), doigts en « boutonnière » (9%) et main en « Dos de chameau » (5%). La déformation en « coup de vent » cubital était la plus fréquente (34%) dans la série d'Azankpa et al au Sénégal [10].

Le DAS 28 moyen des patients lors de l'inclusion était de 2,6 [2.2 - 5,9]. La PR était actif dans 5% (DAS 28 > 5,1). Les PR séronégatives avaient une activité modérée moyenne de (2,06) comparativement à l'activité moyenne des PR séropositive (3,41). La moyenne du DAS 28 de la série de Silmani et al [11] était de 4,3 (4,1-4,5) à l'inclusion et 14% était en rémission (DAS28 \leq 2,6) sous traitement après 5 mois.

Dans notre étude tous les patients étaient sous DMARDS dont : 60% sous Méthotrexate® et 40% sous Plaquenil® 200 mg. Tous les patients étaient aussi sous corticoïdes voie orales Avec une dose moyenne de 20 mg/jour [5-60 mg] sur une durée moyenne de 23, 80 mois [1 -120 mois]. Dans la série de Silmani et al [11], 90% étaient sous DMARDS, 4% sous biothérapie (Rituximab), 91% étaient sous corticothérapie orale sans précision de la dose moyenne.

CONCLUSION :

La PR n'est pas aussi rare mais relativement bénigne au Niger cependant un diagnostic précoce et le traitement de fond approprié est nécessaire afin d'éviter la survenue des déformations et lésions ostéo-articulaires.



REFERENCES

1. Saraux A. Epidémiologie de la Polyarthrite Rhumatoïde. La Lettre du Rhumatologue, 2000, 1999; 253: 18-21
2. Greenwood BM. Polyarthritits in Western Nigeria. I. Rheumatoid Arthritis. Ann Rheum Dis 1969; 28:488-96
3. E. Adehossi, C Landais, B S Souna et al Cahiers Santé 2009 ; 19 : 4.
4. Biver E, Beague V, Verloop D et al. Low and stable prevalence of Rheumatoid Arthritis in Northern France. Joint Bone Spine. 2009 Oct; 76(5):497-500.
5. Widdifield J, Paterson JM, Bernatsky S et al. The epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Ontario, Canada. Arthritis Rheumatol. 2014 Apr; 66 (4):786-93.
6. Sung YK, Cho SK, Choi CB et al. Prevalence and incidence of Rheumatoid Arthritis in South Korea. Rheumatol Int. 2013 Jun; 33(6):1525-32.
7. Ouédraogo DD, Ntsiba H, Tiendrébéogo Zabsonré J et al. Clinical spectrum of rheumatologic diseases in a department of rheumatology in Ouagadougou (Burkina Faso). Clin Rheumatol. 2014 Mar; 33 :385-9.
8. Houzou P, Oniankitan O, Kakpovi K et al. Rheumatic diseases profile of 13517 West African patients]. Tunis Med. 2013 Jan; 91:16-20
9. Mijiyawa M. La Polyarthrite Rhumatoïde en Afrique noire. Rev Med Interne 1996; 17: 625-6.
10. Azankpan E, Ndongo S, Ouedraogo WB et al. 1er congrès conjoint de la SoBEMI et de la SAMI. 2014 ; 121
11. Slimani S, Abbas A, Ben Ammar A et al. Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Algeria: a multicenter study. Rheumatol Int. 2014 ; 34 :1235-9.
12. Sany J. La Polyarthrite Rhumatoïde de l'adulte. John Libbey Eurotext Ed., 2003, 298.
13. Bilekhot R, Malinga AC. La Polyarthrite Rhumatoïde au Congo Brazzaville. À propos de 36 cas. Rev Rhum 1998; 65:333-7.
14. Diallo S, Pouye A, Dangon JM et al. Syndrome de Gougerot-Sjögren Chez le Noir africain. Étude prospective de 130 observations. Rev Rhum 2001 ; 68 : 1009