



Arthrite juvénile idiopathique en Guinée
Idiopathic juvenile arthritis in Guinea

KAMISSOKO A B¹, DIALLO M L¹, ONIANKITAN S², TRAORE M¹, TOURE M¹, BARRY A¹, CONDE K¹,
ONIANKITAN O²

1. Service de rhumatologie, Hôpital national Ignace Deen (Conakry, Guinée)
2. Service de rhumatologie, CHU Sylvanus Olympio (Lomé, Togo)

Auteur Correspondant : Dr Aly Badra KAMISSOKO

Résumé

Objectifs. Déterminer le profil épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de l'AJI au service de rhumatologie de l'hôpital national Ignace Deen (Conakry).

Patients et méthodes. Il s'est agi d'une étude transversale de type descriptif allant du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2017 au service de rhumatologie de l'hôpital national Ignace Deen. Ont été inclus tous les patients âgés de moins de 16 ans reçus en consultation et/ou hospitalisés pour AJI répondant aux critères de classification de l'ILAR 2001 (International League of Associations for Rheumatology).

Résultats. Douze patients sur 1350 (0,88%) souffraient d'AJI avec une prédominance masculine (7 garçons; 58,33%). L'âge moyen des patients au moment du diagnostic était de 11,58 ans \pm 3,08 et le délai moyen de diagnostic était de 5,24 ans \pm 3,54. L'âge moyen des patients au début des symptômes était de 11,81 ans \pm 2,58. Les formes cliniques retrouvées étaient : Oligo articulaire (n=3), polyarticulaire avec facteur rhumatoïde négatif (n=3), polyarticulaire avec facteur rhumatoïde positif (n=3), arthrite avec enthésite (n=2), systémique (n=2). Un retard staturo-pondéral a été observé chez 3 patients. Le traitement comprenait les AINS (n=11), la corticothérapie associée au méthotrexate et l'hydroxychloroquine (n=6). L'évolution à 3 mois était favorable chez 7 patients, 5 patients étaient perdus de vue.

Conclusion. L'AJI n'est pas exceptionnelle en Guinée. La forme Oligo articulaire est la plus fréquente.

Mots clés : arthrite juvénile idiopathique, rhumatisme de l'enfant, Guinée.

Summary

Objectives. To determine the epidemiological, diagnostic and therapeutic profile of juvenile idiopathic arthritis (JIA) in hospital consultation at the Rheumatology Department of Ignace Deen national hospital (Conakry).

Patients and methods. This was a descriptive study from October 1, 2016 to September 30, 2017 in the rheumatology department of Ignace Deen national hospital. We included all patients less than 16 years received in consultation and / or hospitalized for JIA according to ILAR (International League of Rheumatology Associations) 2001 criteria.

Results. Twelve of 1350 (0.88%) patients presented JIA with male predominance (n = 7 or 58.33%). The mean age of the patients at the diagnosis was 11.58 years \pm 3.08 and an average diagnosis time was 5.24 \pm 3.54 years. The mean age of onset of symptoms was 11.81 years \pm 2.58. The clinical forms found were: oligoarticular (n = 3), polyarticular with rheumatoid factor negative (n = 3), polyarticular with rheumatoid factor positive (n = 3), enthesitis arthritis (n = 2), systemic form (n = 2). A failure to thrive was observed in 3 patients (25%). Treatment comprises NSAIDs (n = 11), corticosteroid therapy with methotrexate, and hydroxychloroquine (n = 6). The evolution at 3 months was favorable in 7 patients, 5 patients were lost to follow-up.

Conclusion. JIA is not exceptional in Guinea. The oligoarticular form is the most common.

Key words: Juvenile idiopathic arthritis, child's rheumatism, Guinea.



Introduction

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est un terme générique qui désigne un groupe hétérogène de rhumatismes inflammatoires de cause inconnue touchant l'enfant de moins de 16 ans [1]. Sept formes sont individualisées : la forme Oligo articulaire, la forme polyarticulaire à facteurs rhumatoïde positif, la forme polyarticulaire à facteurs rhumatoïde négatif, la forme systémique ou maladie de Still, la forme enthésitique, la forme psoriasique et les formes indifférenciées [2]. La prévalence mondiale des AJI est variable et est estimée à 1/1000 enfants [3, 4]. En Afrique, les AJI restent peu ou mal connues et nous ne disposons que de prévalences hospitalières allant de 0,03 % en Côte d'Ivoire [5] à 2,33% au Maroc [6]. L'objectif de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des AJI au service de rhumatologie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée).

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale sur des patients admis en consultation de rhumatologie à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée) du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2018. Ont été inclus, les patients de moins de 16 ans ayant présenté une AJI diagnostiquée selon les critères de classification de l'ILAR [7]. Les patients présentant des pathologies ostéoarticulaires traumatiques, infectieuses, néoplasiques et les hémoglobinopathies n'ont pas été inclus. Chaque patient a eu un dossier où nous avons

(RAFMI)

collecté les données démographiques (âge, sexe, profession), cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Les données quantitatives et qualitatives ont été résumées par la moyenne (extrême : minimum et maximum) et l'effectif (fréquence). La collecte et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel Excel.

Résultats

Parmi les 1358 patients reçus en consultation ou en hospitalisation en 18 mois, nous avons colligé 12 cas d'AJI soit une fréquence hospitalière de 0,88 %. Il y avait 7 garçons (67%) et 5 filles (33%) avec un sex-ratio de 1,4 H/F. L'âge moyen des patients au début des symptômes était de 11,81 ans ; l'âge moyen au moment du diagnostic était de $12,77 \pm 2,46$ ans avec un délai diagnostique moyen de 5,24 ans. La majorité des patients était scolarisée (88,9%). Les motifs de consultation étaient dominés par l'Oligo arthrite et la lombalgie (33,34% chacun) (**Tableau I**). Les genoux et les poignets étaient les articulations les plus touchées (**Tableau II**). Un retard staturo-pondéral était retrouvé chez 33,33%. La forme Oligo articulaire (n=3) et la forme polyarticulaire à facteur rhumatoïde négatif (n=3) étaient les formes cliniques les plus représentées. Il n'y avait aucun cas de forme psoriasique ni de forme indifférenciée (**Tableau III**). Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement médical : AINS (n=11), antalgique (n=6), corticoïde (n=4), méthotrexate (n=6), hydroxychloroquine (n=1).

Tableau I : Répartition des patients selon les motifs de consultation

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Polyarthrite	5	41,66
Lombalgie	3	25,00
Oligoarthrite	3	25,00
Polyarthralgie	2	16,66
Talalgie	1	8,33

Tableau II : Répartition des patients selon le siège des arthrites

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Genou	6	0,50
Poignet	5	41,66
Coude	4	33,33
Chevilles	4	33,33
Métacarpo-phalangiennes	2	16,66
Hanche	1	8,33



Tableau III: Répartition des patients selon le diagnostic retrouvé

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
AJI oligoarticulaire	3	25,00
AJI polyarticulaire FR-	2	16,66
AJI polyarticulaire FR +	2	16,66
AJI enthésitique	2	16,66
AJI systémique	2	16,66
Total	12	100

FR - : facteur rhumatoïde négatif ; **FR+** : facteur rhumatoïde positif

Discussion

Cette étude a trait aux premières données sur l'arthrite juvénile idiopathique en Guinée. En pratique courante, la pathologie ostéo-articulaire de l'enfant fait souvent appel à des diagnostics de drépanocytose et des

diagnostics probablement abusifs de rhumatisme articulaire aigu. La faible prévalence hospitalière de 0,88% ne peut être expliquée par l'épidémiologie de cette affection (**Tableau IV**). Il s'agit de pathologies de l'enfant, donc les patients sont orientés vers les services de pédiatrie.

Tableau IV : Prévalence de l'arthrite juvénile idiopathique dans le monde

	Période d'étude (ans)	Nombre de cas
France [3]	1	48
Oman [8]	10	107
Côte d'Ivoire [5]	8	17
Afrique du Sud [9]	1	78
Zambie [10]	5	78
Maroc [11]	--	47
Algérie [12]	15	61

La plupart des étude retrouvent une prédominance féminine [3, 6, 8]. La prédominance masculine (58,38%) pourrait s'expliquer par la faible proportion des formes polyarticulaires à FR positifs. Le même constat n'avait été fait qu'en Inde [13], en Turquie [14] et en Afrique du sud où Weakley K et al avaient expliqué cette prédominance masculine par la fréquence des formes enthésitiques [9].

L'âge moyen au diagnostic (12,77 ans) était plus élevé qu'en France [14] et en Zambie [10]. Ceci pourrait être lié à l'errance diagnostique allongeant le délai diagnostique (5,24 ans) qui est le double de celui rapporté en Côte d'ivoire. Dans notre étude, les formes Oligo articulaire et polyarticulaire à FR négatif étaient les plus représentées. Ce résultat est la même dans la plupart des séries [11, 15, 16]. Le traitement de première intention de l'AJI est basé sur les AINS. Le méthotrexate et/ les biothérapies sont les traitements de fond utilisés en cas d'échec

thérapeutique [17]. Les biothérapies ne sont pas utilisées dans notre contexte à cause de leur coût élevé.

Conclusion

L'AJI n'est pas exceptionnelle en Guinée. La forme Oligo articulaire est la plus fréquente. La prise en charge fait appel aux anti-inflammatoires et aux traitements de fond classiques.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. El Maghraoui A. Arthrite juvénile idiopathique. *Presse Med.* 2014; 43: 27–33
2. Cotten A, Mazingue F, Pruvost I, Boutry N. Arthrites juveniles idiopathiques. In: Cotton A. *Imagerie musculosquelettique: pathologies générales*; 2013; 189 – 200



3. Solau-Gervais E, Robin C, Gambert C, Troller S. Prévalence et distribution des arthrites juvéniles idiopathiques dans une région de l'Ouest de la France. *Revue du rhumatisme*. 2010; 77 : 55–58
4. Schaefferbeke T, Fautrel B, Lemelle I, Guillemain F. Prévalence et incidence de l'arthrite juvénile idiopathique : revue de la littérature. *Revue du rhumatisme*. 2014; 81 : 123-130
5. Diomandé M, Coulibaly AK, Kouakou ESCL, Yao JC. Profile of Juvenile Idiopathic Arthritis Observed in Abidjan (Cote d'Ivoire): A Report about 17 Cases. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2016; 16 (11): 1 - 6
6. Chkirate B, Jabouril F, Aïtouamar H, Rouiti A et al. Arthrite juvénile idiopathique (à propos de 70 cas). *Espérance médicale*. 2001; 8 : 256-260
7. Burgos-Vargas R, Rudwaleit M, Sieper J. The place of juvenile onset spondyloarthropathies in the Durban 1997 ILAR classification criteria of juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol*. 2002; 29:869–74.
8. Abdwani1 R, Abdalla E, Al Abrawi S, Al-Zakwani I. Epidemiology of juvenile idiopathic arthritis in Oman. *Pediatric Rheumatology*. 2015; 13: 1 – 6
9. Weakley K, Esser M, Scott C. Juvenile idiopathic arthritis in two tertiary centres in western cape, South Africa. *Pediatric rheumatology*. 2012; 10 : 1-6
10. Chipeta J, Njobvu P, Wa-Somwe S, Chintu C et al. Clinical patterns of juvenile idiopathic arthritis in Zambia. *Pediatric Rheumatology*. 2013; 11: 1 – 6
11. Mawani N, Amine B, Rostom S, El Badri D et al. Moroccan parents caring for children with juvenile idiopathic arthritis: positive and negative aspects of their experiences. *Pediatric Rheumatology* 2013; 11: 1-6
12. Duprez KA, Crance J, Lemelle I, Maalouf T. Incidence, facteurs de risque et pronostic visuel chez les enfants atteints d'uvéïtes dans le cadre d'une arthrite juvénile idiopathique. *J. Fr. Ophtalmol*. 2008 ; 31(1) : 190
13. Kunjir V, Venugopalan A, Chopra A: Profile of indian patients with juvenile onset chronic inflammatory joint disease using the ILAR classification criteria for JIA: a community-based cohort study. *J Rheumatol* 2010; 37(8):1756–1762.
14. Yilmaz M, Kendirli G, Altintas DU, Karakoc GB, et al. Juvenile idiopathic arthritis profile in turkish children. *Pediatr Int* 2008, 50:154–158.
15. Fotis L, Shaikh N, Baszis K, French A et al. Serologic evidence of gut-driven systemic inflammation in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology* 2017; 44(11): 1624-1631.
16. Olaosebikan BH, Adelowo OO, Animashaun BA, Akintayo RO. Spectrum of paediatric rheumatic diseases in Nigeria. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2017; 15(1): 7
17. Quartier P. Actualités thérapeutiques des arthrites juvéniles idiopathiques. *Rev rhum* 2010 ; 77S : A12–A17