

Evaluation de l'activité biologique et de la qualité de vie de la Polyarthrite Rhumatoïde

Diseases activity score and life quality of Arthritis Rheumatoid at the Niamey National Hospital

Andia A¹, Souleymane B¹, Alassane S², Zakari S¹, Adehossi E¹

1) Service de Médecine Interne de l'Hôpital National de Niamey (NNH)

2) Service de Rhumatologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN)

Résumé

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent dans le monde, responsable d'un handicap fonctionnel avec altération de la qualité de vie. Notre objectif est d'évaluer l'activité biologique de la maladie ainsi que la qualité de vie des patients.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive de patients suivis aux services de médecine interne et de Rhumatologie de l'Hôpital National de Niamey pour PR, recensés sur une période de 3 mois.

Résultats

Sur un total de 42 patients déjà suivis, 9 avaient été recensés dans cette étude. L'âge médian était de 52,8 ans [29-72]. Le sexe féminin était le plus représenté avec un sex-ratio de 0,13. Les femmes au foyer prédominaient ainsi que les fonctionnaires avec un effectif de 4/9. La durée médiane d'évolution était de 4 ans [1-17]. Les valeurs médianes du DAS28 initial et final, du RAPID3 et du RAPID4 étaient respectivement 4,8 ; 4,2 ; 3,5 ; 3,07. La moyenne du score HAQ à M0 est de 2,13, et 1,12 à M3. L'activité était « faible à modérée » chez presque tous nos patients. Une amélioration du DAS28 final par rapport au DAS28 initial de 0,6 a été trouvée dans cette étude. Presque toutes les patientes et tous les patients étaient sous immunosuppresseurs incluant le Méthotrexate (8/9). L'Hydroxychloroquine était administrée à 4 patients. Trois patients sur neuf étaient sous bithérapie immunosuppressive.

Conclusion

La PR est une maladie inflammatoire chronique dont l'activité biologique moyenne était modérée avec une meilleure qualité de vie sous traitement au Niger.

Mots clés : Polyarthrite rhumatoïde, DAS28, HAQ, DMARD, Niger.

Summary

Introduction

Rheumatoid arthritis (RA) is very common throughout the world and leads to both functional handicap and change of the quality of life. We aim to evaluate biological activity, as well as wellbeing of 9 patients known for this disease, in Niger.

Patients and Methods

This is a prospective descriptive study of patients followed in internal medicine and rheumatology of the Niamey National Hospital PR about 9 cases reported in 3 months.

Results

Among 42 patients in the initial cohort, 9 were identified. The mean age of those patients was 52.8 years [29-72] with a peak between 41-50 years and 51-60 years. Female gender was the most represented with sex ratio is 0.13. They were mainly housewives (4/ 9) and state employees (2/9). Mean disease duration was 4 years (1-17). The mean DAS28 initial and final score and the RAPID3 RAPID4 were respectively: 4, 8-4, 2-3, 5-3, 07. The mean HAQ score at M0 is 2.13, and 1.12 to M3. The activity was "weak to moderate" in almost all patients. Improved final DAS28 compared to DAS 0.6 was found in this study. Almost all patients were on Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs (DMARD): Methotrexate (8/9) and Hydroxychloroquine (4/9). Only 3/9 were under dual therapy DMARD.

Conclusion

RA is an inflammatory chronic disease with moderate DAS associated of best life quality under DMARD in Niger.

Keywords: Rheumatoid arthritis, DAS28, DMARD, HAQ, Niger

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune ; la plus fréquente parmi les rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle est caractérisée par une exagération de la réaction inflammatoire de la synoviale avec un potentiel de destruction ostéo-articulaire engageant le pronostic fonctionnel et constituant un facteur de risque cardiovasculaire indépendant grâce à l'activité biologique inflammatoire chronique [1,2,3]. La conséquence est une altération de la qualité de vie et la médiane de survie peut être réduite de 10 ans pour les hommes et de 11 ans pour les femmes par rapport à la population générale [4].

A notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée au niveau national, sur le monitoring de l'activité biologique par le Disease Activity Score 28 (DAS28) ; le Rapid Assesment of Patient Inde Dada (RAPID) et de la qualité de vie par le Health Assesment Quality (HAQ). Toutefois, les premiers cas de PR au Niger ont été rapportés par ADEHOSSI [5] en 2010 et ANDIA [6]. Ainsi, nous nous sommes intéressés à ce sujet afin de mettre en exergue l'efficacité de la prise en charge médicale à travers les marqueurs biologiques et l'appréciation du bien-être de ces patients.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, réalisée dans les services de médecine interne et de rhumatologie de l'Hôpital National de Niamey durant la période du 01 Décembre 2015 au 01 Mars 2016 (ou) où les patients étaient revus à M0 (premier mois) puis à M3. L'étude avait concernée 9 patients issus d'une cohorte de 42 patients diagnostiqués PR selon les critères de l'ACR 87, recensés sur une durée d'un an (01 janvier au 31 décembre 2014) et mis sous traitement. Ainsi tout patient diagnostiqué PR selon les critères de l'ACR 87, figurant dans la cohorte, et ayant accepté de remplir la fiche d'enquête était inclus dans l'étude. Les patients perdus de vue et ceux n'ayant pas consenti à participer à l'étude n'étaient pas inclus.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients et d'une fiche d'enquête préétablie. Celle-ci, comportait un DAS28 initial, évalué au diagnostic initial puis un DAS28 final évalué au début de notre étude et des auto-questionnaires tels que le HAQ, RAPID 3 et 4, et l'état actuel du patient. La fiche d'enquête avait été remplie par chaque patient après un consentement éclairé oral. Il faut noter que seule la qualité de vie avait été évaluée à M0 puis à M3. Une assistance avait été fournie à tous les patients pour le remplissage des auto-questionnaires, soumis à domicile ou lors des consultations.

Nous avons procédé concomitamment à un prélèvement sanguin pour la réalisation de la VS, comme marqueur biologique de l'inflammation. Une EVA de Likert, allant de 0 à 10 a été utilisé pour l'évaluation de l'activité globale de la maladie. Enfin le DAS 28-VS, le HAQ, et les RAPID avait été calculés manuellement pour chaque patient.

Résultats
Epidémiologie

L'âge moyen des patients était de 52,88 ans [29-72ans]. La tranche d'âge comprise entre [41-50 ans], et celle comprise entre [51-60 ans] 51 étaient les plus représentées avec un effectif de 3 patients chacune. Huit patients sur neuf étaient de sexe féminin contre 1/9 de sexe masculin avec un sex-ratio est de 0,12.

Cliniques et paracliniques

La durée d'évolution médiane de la PR dans notre série est de 4 ans [1-17 ans] Concernant l'activité biologique de la maladie et le handicap fonctionnel, la moyenne de d'activité mesurée par le DAS28 est de 4,8 pour le DAS28 initial, et de 4,2 pour le DAS28 final, correspondant à une activité modérée de la maladie pour chacun. Aussi, la moyenne des scores de l'activité de la maladie par le RAPID3 et RAPID4 est respectivement de 3,5 et 3,07 correspondant à une activité modérée. Le score médian du HAQ à M0 est de 2,5 et 1,25 à M3.

Tableau I : Répartition des patients selon le seuil d'activité de la maladie mesurée à partir des différents scores.

Activité de la maladie	DAS28 initial	DAS28 final	RAPID3	RAPID4
Rémission	-	-	-	-
Faible	2	1	-	2
Modérée	5	7	8	6
Elevée/Sévère	2	1	1	1
Total	9	9	9	9

DAS : Disease Activity Score ; RAPID : Rapid Assesment of Patients Index Data

Seuils d'activité des différents scores
Critère de réponse thérapeutique ACR/EULAR

Dans notre série, la moyenne du DAS28 initial est de 4,8 ; celle du DAS28 final mesurée un an après chez ces mêmes patients, est de 4,2. On note une amélioration du DAS28 final par rapport au DAS28 initial de 0,6 correspondant au « répondeur modéré » selon les critères de réponse thérapeutique de l'EULAR. Evaluer séparément, nous avons retrouvé une baisse de l'activité >1,2 chez 4/9 patients.

Traitement

Revus à M0, les patients ont notifié le traitement en cours, 3/9 patients étaient sous Méthotrexate (MTX), 2/9 sous hydroxychloroquine. Il faut noter que le traitement de certains patients a été modifié lors de cette consultation, en dose et/ou en molécule. Notre étude a considéré le traitement modifié à M0.

Traitement antalgique

Dans notre série, 8/9 patients sont sous Anti Inflammatoire Stéroïdien (AIS), et 1/9 sous association paracétamol/tramadol.

Traitement de fond

Dans notre série, 8/9 patients sont sous MTX, 4/9 patients sous hydroxychloroquine. L'association MTX et hydroxychloroquine est retrouvée chez 4/9 patients.

Discussion et commentaires

L'âge moyen des patients était de 52,88 ans avec une médiane de 54 ans. ANDIA A et coll.[6] avaient rapporté quant à eux une moyenne d'âge de 49,5 ans. Des résultats similaires aux nôtre ont été rapportés par OTTAVIANI S et coll. [7] en France qui a rapporté dans sa série une médiane de 53,5 ans. Par contre, notre moyenne d'âge est inférieure à celle obtenue par LE SAUX J en France qui trouvait une moyenne d'âge de 57 ans [8] et supérieures à celle obtenue par ADEHOSSI E et coll. [5] qui trouvent une moyenne de 38 ans. La disparité de l'espérance de vie ainsi que le plateau technique médical différent entre le Nord et le Sud pouvaient expliquer l'inégalité de la moyenne d'âge. Dans notre série, les tranches d'âge comprises entre 41-50 et 51-60 ans sont les plus représentées. Nos résultats sont conformement aux données de la littérature qui stipulent que le pic de fréquence d'apparition de la maladie se situe entre 40 et 70 ans [9]. Le sexe féminin prédomine dans notre série, avec un ratio de 0,13, ANDIA A et coll. [6] avaient rapporté cette même prédominance. ADEHOSSI E et coll. [5] rapportaient un sexe ratio proche du nôtre de 0,14. LE SAUX J [8] en France retrouvait aussi une même tendance. La PR est plus fréquente chez le sujet de sexe féminin, tel qu'il avait été rapporté dans la littérature [10,11,12]. Les moyennes du DAS28 initial et final, du RAPID3 et 4 étaient respectivement de 4,82 ; 4,18 ; 3,53 ; 3,07 dans notre étude, correspondant à une activité modérée. BOSSERT M [13] en France trouve des moyennes similaires aux nôtre qui étaient de 3,61 pour le DAS28 ; 3,45 pour le RAPID3, correspondant à une activité modérée. Nous avons retrouvé une baisse de l'activité biologique de la maladie passant d'une médiane du DAS28 de 4,9 à une médiane de 4, après 1 an de traitement. Cette baisse du DAS28 pourrait s'expliquer par le fait que la quasi-totalité (7/9) de nos patients ont reçu un traitement à base

de MTX, dont les résultats ont été jugés satisfaisants, seul ou en association. cette baisse pourrait en plus s’expliquer par le fait que la PR serait moins sévère chez l’africain[14]. ZUFFEREY P et coll.[15] avaient retrouvé pour la même durée, une baisse plus importante que la nôtre soit d’une médiane du DAS28 de 4,4 à une médiane de 3,3. Cette différence pourrait s’expliquer par le fait que les patients de la cohorte de ZUFFEREY P et coll.[15] étaient sous biothérapie. Toutefois nous ne pourrions tirer de conclusion, du fait de la faible représentativité de notre échantillon.

Le handicap fonctionnel était élevé à M0, avec un HAQ moyen de 2,13. A M3 le HAQ réévalué est de 1,13 en moyenne, témoin d’une amélioration de la qualité de vie des patients. ZUFFEREY P et coll. [15] et LE SAUX J[8] avaient retrouvé un HAQ moyen respectif de 1,1 et 1,06.

Cette différence pourrait s’expliquer par les moyens médicamenteux très efficaces dont disposent ces pays, améliorant ainsi la qualité de vie des patients.

Ce niveau de handicap fonctionnel de notre série, pourrait s’expliquer par le retard de la première consultation et du diagnostic. En effet, les patients font d’abord recours, très souvent au traitement traditionnel, ou sont mal orientés lors des tris. ADEHOSSI E et coll. [5] avaient rapporté les mêmes raisons concernant le retard au diagnostic.

Nous n’avions pas pu rechercher une corrélation a proprement dite entre les différents indices d’activité de la PR du fait de la taille de notre échantillon. Toutefois une corrélation significative entre les HAQ et l’indice composite DAS 28, avait été rapportée dans plusieurs études[13-16].

Les AIS avaient été utilisés chez 8/9, préférentiellement la prednisone. Un patient sur neuf avait reçu un traitement antalgique palier II, en particulier l’association paracétamol/tramadol. Le MTX avait été utilisé chez 8/9 des patients, l’APS chez 4/9. Aucun patient n’avait bénéficié d’une biothérapie. ANDIA A et coll. [6]. avaient retrouvé une prescription de corticoïde chez tous les patients et 60% sous MTX. Dans notre série, 4/9 patients sont sous bithérapie de fond. Cependant, certains auteurs qui disposent de tous les examens biologiques, immunologiques, génotypiques et d’imagerie préfèrent un traitement agressif (trithérapie DMARD) qui doit être instauré le plus tôt possible [17-18].

Conclusion

La PR est une maladie inflammatoire chronique dont l’activité biologique moyenne était modérée avec une amélioration de la qualité de vie sous traitement au Niger. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat peuvent concourir à une meilleure qualité de vie. Cependant, pour atteindre cet objectif, en plus du monitoring du DAS 28 et HAQ, il est nécessaire de disposer des examens biologiques, génotypiques, immunologiques et d’imagerie, pour poser précocement le diagnostic.

REFERENCES

1- Firestein, G. S. 2003. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature* 423:356-361. [1-1] [SEP]

2- Pham T, Gossec L, Constantin A, Pavy S, Bruckert E, Cantagrel A, Combe B et al. Cardiovascular risk and rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2006 Mar 29; [Epub ahead of print] [1-1] [SEP]

3- Combe B, “Polyarthrite rhumatoïde : Clinique et Diagnostic”, in *Etudes approfondies des polyarthrites et des maladies systémiques*, 2009; Service d'immuno-rhumatologie, CHU Lapeyronie.

4- Minaur NJ, Jacoby RK, Cosh JA, et al. Outcome after 40 years with rheumatoid arthritis: a prospective study of function, disease activity, and mortality. *J Rheumatol Suppl* 2004; 69:3–8

5- Adehossi E, Landais C, Souna BS, Guida S, Gbaguidi F, Toure AI, Parola P.

[First documented cases of rheumatoid arthritis in Niger]. *Santé*. 2010 Jan-Mar;20(1):41-5.

6- Andia A, Alassane S, Brah S, Daou M, Hamadou A, Adehossi E, Cheour E . La Polyarthrite Rhumatoïde à l’Hôpital National de Niamey. A propos de 42 cas. *RAFMI* 2016; 3 (2): 29-32

7- Gardette A, Ottaviani S, Tubach F, Roy C, Nicaise-Roland P, Palazzo E, et coll. “Un titre élevé d’anticorps anti-CCP est prédictif d’une bonne réponse au rituximab chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde active” *Rev. Rhum.*, 2015:5.

8- Le Saux J, “Validation de scores d’auto-évaluation de l’activité de la polyarthrite rhumatoïde en médecine générale,” Montpellier I, 2013.

9- Fadia R, Abdessemed A, Chetouane R, et coll. “Diagnostic d’une polyarthrite rhumatoïde récente” 2014 :12-17.

10- Kahn M-F, “Histoire de la polyarthrite rhumatoïde,” *Rhumatologie Pratique* I, Journée d'histoire des maladies des os et des articulations, 2009 :18–20, chapitre 2. Paris, Descartes.

11- Pillon F, Michiels Y, “Épidémiologie et physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde,” *Actualités Pharmaceutiques*. 2013 (52) :1-2.

12- Sany J, *La polyarthrite rhumatoïde de l’adulte*. John Libbey Eurotext, 1999

13- Bossert M “Evaluation des auto-questionnaires dans la polyarthrite rhumatoïde : Etude transversale sur 200 patients avec le RAPID3 et le RADAIS et évaluation de la poussée,” Société de Médecine de Franche Comté, 18-Nov-2010.

14- Mijiyawa M. La Polyarthrite Rhumatoïde en Afrique noire. *Rev Med [1-1] [SEP] Interne* 1996; 17: 625–[1-1] [SEP]

15- Zufferey P, Dudler J, Scherer A, Finckh A “Évaluation de l’activité de la maladie chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde avant et après un ans de traitements ciblés. Données issues du registre suisse SCQM,” *Rev. Rhum.*, 2012 ;80 :137-141.

16- Castrejón I, Pincus T “Assessing remission in rheumatoid arthritis on the basis of patient reported outcomes--advantages of using RAPID3/MDHAQ in routine care,” *Bull. Hosp. Jt. Dis.* 2013, 2014; 72(2):136-141.

17- Quinn M, “The therapeutic approach of early intervention for rheumatoid arthritis: what is the evidence?” *Rheumatology*, 2001; 40(11):1211-1220.

18- Kharrat O, Lebib S, Miri L, Aloulou I, Othmani I, Ben Souilah R, et coll. “Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde en médecine physique réadaptation: expérience en Tunisie,” *Journal de réadaptation médical*, 2013:54-64.