



Polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : étude de 13 observations en Guinée

Rheumatoid arthritis in the elderly: a study of 13 cases in Guinea

Condé K^{1,*}, Garba MS², Sylla K³, Touré M¹

¹Service de rhumatologie, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée

²Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Régional de Maradi, Niger

³Service des maladies infectieuses CHU Donka, Conakry, Guinée

* **Auteur correspondant:** Service de rhumatologie, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée

Email: condekba95@yahoo.fr

Tel:

Reçu le 14 juin 2017, accepté le 01 décembre 2017 et mise en ligne le 31 août 2021

et article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

Introduction: l'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé au service de rhumatologie CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée.

Matériels et méthodes: il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen (Guinée) entre novembre 2016 et novembre 2018. Le diagnostic de PR était retenu en accord avec les critères de l'ACR/EULAR 2010.

Résultats: durant la période d'étude, nous avons colligé 13 observations de polyarthrite rhumatoïde chez le sujet âgé, soit 15,8% de l'ensemble des polyarthrites rhumatoïdes (n=82). L'âge moyen de ces patients était de 69 ± 5 ans (extrêmes 66 et 80 ans). Le nombre moyen d'articulation douloureuse et gonflée étaient respectivement de 8 (extrêmes 4 et 22) et 3 (extrêmes 0 et 8) associée à une fièvre et une altération de l'état générale dans 4 cas (30%). Le début était rhizomélique dans 10 cas (77 %). Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire dans tous les cas, les facteurs rhumatoïdes étaient positifs dans 10/13 cas et les anti-CCP dans 11/13 cas. Le traitement était basé sur le méthotrexate dans 11 cas. Le HAQ (Health Assessment Questionnaire) moyen était de 27/60 et le DAS-28 CRP moyen était 4.

Conclusion: la PR est une maladie fréquente chez le sujet âgé. Sa présentation clinique est différente, son pronostic n'est pas meilleur et les objectifs thérapeutiques sont les mêmes que chez le sujet jeune.

Mots-clés: Polyarthrite rhumatoïde, Sujet âgé, Guinée.

Background and Purpose: the objective of our study was to describe the characteristics of rheumatoid arthritis (RA) in elderly subjects at the CHU Ignace Deen Rheumatology Department in Conakry, Guinea.

Methods: this was a retrospective study conducted in the Rheumatology Department of Ignace Deen University Hospital (Guinea) between November 2016 and November 2018. The diagnosis of RA was retained in accordance with the criteria of the ACR/ EULAR 2010

Results: during the study period, we collected 13 cases of rheumatoid arthritis in the elderly, representing 15.8% of all rheumatoid arthritis (n = 82). The average age of these patients was 69 ± 5 years (range 66 to 80 years). The average number of painful and swollen joints was respectively 8 (range 4 and 22) and 3 (range 0 to 8) associated with fever and impairment of general condition in 4 cases (30%). The beginning was rhizomelic in 10 cases (77%). The biological assessment showed an inflammatory syndrome in all cases, rheumatoid factors were positive in 10/13 cases and anti-CCP in 11/13 cases. The treatment was based on methotrexate in 11 cases. The average HAQ (Health Assessment Questionnaire) was 27/60 and the average DAS-28 CRP was 4.

Conclusions: RA is a common disease in the elderly. Its clinical presentation is different, its prognosis is not better and the therapeutic objectives are the same as in the young subject.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Elderly, Guinea

1. Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé se définit habituellement par un début au-delà de 60 ans [1]. Si classiquement on considère qu'il s'agit d'une maladie de la femme jeune, la prévalence est encore plus forte après 60 ans, à près de 2% [1, 2, 3]. La présentation clinique est différente de celle du sujet jeune par une distribution plus égale du sexe, une fréquence plus élevée d'apparition aiguë avec des caractéristiques systémiques, une implication plus fréquente de l'épaule et une activité plus élevée de la maladie [2, 4]. La PR du sujet âgé est associée à HLA-DRB1*01 et non à HLA-DRB1*04 comme chez les sujets jeunes [5,6]. Les objectifs du traitement sont les mêmes que dans la PR du sujet jeune [7, 8]. Notre étude avait pour objectif de décrire les caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé au service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée.

2. Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Déen (Guinée) entre novembre 2016 et novembre 2018. Le diagnostic de PR était retenu en accord avec les critères de l'ACR/EULAR 2010 [9]. La PR du sujet âgé était considérée comme au-delà de 60 ans. Pour chaque patient les données suivantes ont été colligées : démographiques (âge, âge de début de la maladie, sexe, le tabagisme), cliniques (nombre d'articulation douloureuse et gonflée, présence de déformation articulaire ou non, l'atteinte rhizomélique, cervicale), les signes généraux (fièvre, altération de l'état général), le bilan biologique (vitesse de sédimentation (VS), protéine C reactive (CRP), facteurs rhumatoïdes (FR) , anticorps anti peptides cycliques citrullinés (anti-CCP), anticorps antinucléaires (FAN), l'imagerie (radiographie des mains et pieds). Les comorbidités (ostéoporose, diabète, hypertension artérielle). Le traitement était basé sur la corticothérapie et les DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drug) : méthotrexate, salazopyrine, leflunomide. Les indices de qualité de vie et d'activité de la maladie ont été évalués par le HAQ (Health Assessment Questionnaire), le DAS-28 (Disease Activity Score 28).

3. Résultats

Durant la période d'étude, nous avons colligé 13 observations de polyarthrite rhumatoïde chez le sujet âgé (tableau 1), soit 15,8% de l'ensemble des polyarthrites rhumatoïdes (n=82 cas). L'âge moyen de ces patients était de 69 ± 5 ans (extrêmes 66 et 80 ans). L'âge moyen de début de la maladie était de 67 ± 2 ans (extrêmes 65 et 72 ans), 7 (53,8) étaient des femmes. Le nombre moyen d'articulation douloureuse et gonflée étaient respectivement de 8 (extrêmes 4 et 22) et 3 (extrêmes 0 et 8) associée à une fièvre et une altération de l'état générale dans 4 cas (30%). Le début était rhizomélique dans 10 cas (77 %). Les déformations articulaires ainsi que les érosions étaient présentes dans 10 cas (77 %). Les comorbidités : l'ostéoporose dans 8 cas, hypertension artérielle (HTA) dans 4 cas, et le diabète dans 3 cas. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire dans tous les cas, les FR étaient positifs dans 10/13 cas et les anti-CCP dans 11/13 cas. Le traitement était basé sur le méthotrexate (MTX) dans 11 cas, une association MTX – leflunomide dans 5 cas et MTX – salazopyrine dans 3 cas. La corticothérapie à dose variable de 4 à 8 mg par jour était utilisée dans 11 cas (84,6%). Le HAQ moyen était de 27/60 et le DAS-28 CRP moyen était 4 (tableau 2).

4. Discussion

Dans notre étude, la polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé représentait 15,8% de l'ensemble des PR avec une légère prédominance féminine (53,8). Malgré la taille de notre (n=82), ce résultat est en accord avec les données de la littérature ou elle représente 10 à 33 % de l'ensemble des PR [10] et la maladie touche autant les hommes que les femmes [3,10, 11]. Cependant Kakpovi et al au Togo [12], dans une série de 92 patients atteints de PR, 10 patients (10,9%) avaient un âge supérieur ou égal à 65 ans. L'âge moyen de début de la maladie était de 67 ± 2 ce qui correspond à la définition de la PR du sujet âgé [1]. Dans notre étude l'atteinte rhizomélique était retrouvée dans 77 % des cas et des symptômes généraux dans 30% de cas. En effet, la PR du sujet âgé est caractérisée par un début souvent brutal, une atteinte très rhizomélique avec plus d'atteintes des grosses articulations [13, 14]. On note également plus de symptômes généraux, de type fièvre, perte pondérale ou fatigue, et une tendance à une VS plus haute et plus de séro-négativité [14,15], comme rapportée dans notre étude. Toutefois cette présentation clinique pose des difficultés diagnostiques en l'absence de caractéristiques cliniques, radiologiques ou immunologiques spécifiques de PR, en particulier pour les PR séro-négatives [16,17]. Un diagnostic différentiel doit être fait avec certaines maladies comme la

pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR), la synovite symétrique séronégative résolutive avec œdèmes prenant le godet (RS3PE), les arthropathies microcristallines, un syndrome paranéoplasique [17]. Dans notre étude, le traitement était basé sur la corticothérapie et le MTX. Dans la PR du sujet âgé, le traitement est rendu plus difficile par la présence de pathologies associées et par l'augmentation des effets secondaires médicamenteux [2,15]. La place de la corticothérapie reste controversée. Ses effets symptomatiques à court terme sur l'activité clinique et probablement à moyen terme sur l'aggravation structurale sont contrebalancés par ses effets secondaires [18]. L'efficacité du MTX a été confirmée par l'analyse des essais cliniques et par les études observationnelles, les patients âgés n'ont pas plus d'effet secondaire que les sujets jeunes si leur fonction rénale est normale [2,19, 20]. Le pronostic de la PR du sujet âgé n'est pas meilleur dû à la présence des comorbidités associées à l'âge comme l'HTA, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale [16, 21].

5. Conclusion

La PR est une maladie fréquente chez la personne âgée. sa présentation clinique différente, son pronostic n'est pas meilleur. De nouvelles études sont nécessaires pour mieux caractériser ce groupe de patient en Afrique noire et à court terme l'utilisation des biothérapies pour améliorer le pronostic.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

1. Rasch EK, Hirsch R, Paulose-Ram R, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older in the United States: effect of different methods of case classification. *Arthritis Rheum* 2003;48:917–26.
2. Soubrier M, Mathieu S, Payet S, Dubost J-J et al. La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé. *Revue du rhumatisme* 2010 ; 77 : 326–332.
3. Tutuncu Z, Kavanaugh A. Rheumatic disease in the elderly: Rheumatoid arthritis. *Clin Geriatr Med* 2005;21: 513-25.
4. Van Schaardenburg D, Breedveld FC. Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1994 Jun ; 23(6): 367-78.
5. Gonzalez-Gay MA, Hajeer AH, Dababneh A, et al. Seronegative rheumatoid arthritis in elderly and polymyalgia rheumatica have similar patterns of HLA association. *J Rheumatol* 2001; 28: 122–5.
6. Pease CT, Bhakta BB, Devlin J, et al. Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype?: a prospective study of outcome and prognostic factors. *Rheumatology* 1999;38:228–34.
7. Villa-Blanco JI, Calvo-Alen J. Elderly onset rheumatoid arthritis : Differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. *Drugs Aging.* 2009;26: 739-50.
8. Calvo-Alen J, Corrales A, Sanchez-Andrada S, et al. Outcome of late-onset rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2005;24:485-9.
9. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:1580–8.
10. Olivieri I, Palazzi C, Peruz G, et al. A. Management issues with elderly-onset rheumatoid arthritis: an update. *Drugs Aging.* 2005;22:809–22.

- 11 Symmons D, Turner G, Webb R, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom : New estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford)*. 2002; 41:793-800.
- 12 Kakpovi K, Koffi-TessioV, Houzou P, Fianyo E, Kolou M et al. Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). *European Scientific Journal* . 2017 ; 13 : 1857- 7431.
- 13 Cho SK, Sung YK1, Kim D1, Won S, Choi CB et al. Drug retention and safety of TNF inhibitors in elderly patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016; 17:333.
- 14 Villa-Blanco JI, Calvo-Alen J. Elderly onset rheumatoid arthritis : Differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. *Drugs Aging*. 2009;26: 739-50.
- 15 Ranganath VK, Furst DE. Disease-modifying antirheumatic drug use in the elderly rheumatoid arthritis patient. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007;33:197-217.
- 16 Calvo-Alen J, Corrales A, Sanchez-Andrada S, et al. Outcome of late-onset rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2005;24: 485-9.
- 17 Pease CT, Haugeberg G, Montague B, et al. Polymyalgia rheumatica can be distinguished from late onset rheumatoid arthritis at baseline : Results of a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)*. 2009; 48:123-7.
- 18 Blackburn D, Hux J, Mamdasni M. Quantification of the risk of corticoid-induced diabetes mellitus among the elderly. *J Gen Inter Med*. 2002; 17: 717–20.
- 19 Rheumatoid Arthritis Clinical Trial Archive Group. The effect of age and renal function on the efficacy and toxicity of MTX in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1995;22:218–23.
- 20 Pavy S, Constantin A, Pham T, et al. MTX therapy for rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2006;73:388–95.
- 21 Naz SM, Farragher TM, Bunn DK, Symmons DP, Bruce IN. The influence of age at symptom onset and length of follow up on mortality in patients with recent- onset inflammatory polyarthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 58:985-9