

Research Article

RISQUE CARDIOVASCULAIRE AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR) : A PROPOS DE 20 CAS A BOUAKÉ

^{1,*} Traore Aissata Doucoure, ¹Koffi Enock Joseph, ²Wognin Manzan Edwige Anastasie, ¹Yao Konan Joe-Clauvis, ³Goua Jean Jacques, ⁴Kouakou Ehaulier Soh Christian, ⁵We Tia Melanie, ⁵Daboiko Felix Jean-Claude

¹Assistant chef de clinique-UAO, Service de Rhumatologie-CHU Bouaké (Côte d'Ivoire).

²Assistant chef de clinique-UAO, Service de Néphrologie-CHU Bouaké (Côte d'Ivoire).

³Interne des hôpitaux, Service de Rhumatologie-CHU Bouaké (Côte d'Ivoire).

⁴Maitre-Assistant-UAO, Service de Rhumatologie-CHU Bouaké (Côte d'Ivoire).

⁵Professeur Titulaire-UAO, Chef de service de Néphrologie-CHU Bouaké (Côte d'Ivoire).

Received 04th July 2024; Accepted 05th August 2024; Published online 30th September 2024

RÉSUMÉ

Objectif : Notre objectif était de déterminer la fréquence des facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV) au cours de la PR à Bouaké.

Patients et méthodes : Étude rétrospective à visée descriptive menée au service de rhumatologie du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bouaké sur une période de 3 ans (2018-2022) colligeant 20 patients ayant une PR. Ont été inclus les dossiers de patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'ACR 1987 et de l'ACR-EULAR 2010 avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire (FRCV). Nous avons étudié la présence des FRCV suivant : tabagisme, hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie, hyperuricémie, hypercréatininémie et obésité. **Résultats :** Le sexe-ratio H/F était 0,17 (3H et 17 F). L'âge moyen de nos patients était de 44,85 ans [18-64]. La durée moyenne d'évolution était de 42,80 mois [1-120]. Quinze patients étaient sous corticothérapie avec une dose moyenne de 10 mg/jour. L'ensemble de nos patients était sous méthotrexate (MTX) à la dose moyenne de 9,5 mg/semaine. Les FRCV déterminés au cours de la PR se répartissaient comme suit : dyslipidémie (35%), HTA (30%), obésité (25%), tabagisme (20%), surpoids (15%), hypercréatininémie (10%), diabète (5%), hyperuricémie (5%) et un cas de cachexie rhumatoïde. Six patients (30%) avaient au moins deux FRCV. Les patients ayant au moins un FRCV avaient une maladie plus active (DAS 28 VS moyen = 4,96). La présence de facteur rhumatoïde et/ou anti-CCP était mise en évidence chez (50%) 10 patients. **Conclusion :** Les FRCV sont fréquents au cours de la PR à Bouaké. Ils sont dominés par la dyslipidémie, l'HTA et l'obésité. En plus des FRCV classiques, la PR elle-même est décrite comme un FRCV indépendant. Il est donc important pour tout praticien d'évaluer ces FRCV dans le suivi des patients souffrant de PR selon les recommandations. Un meilleur contrôle de l'activité est nécessaire pour un plus faible risque CV.

Mots clés : Adolescence, Menstruation, Menstrual hygiene.

INTRODUCTION

La PR est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent dont la prévalence varie entre 0,5 à 1% [1]. Elle se complique souvent de manifestations extra-articulaires notamment cardiovasculaires, fréquemment silencieuses. Ces manifestations cardiovasculaires sont responsables d'une morbi-mortalité particulièrement importante [2]. Les dernières recommandations pour la prise en charge des FRCV dans la PR et les autres rhumatismes inflammatoires de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) de 2009 révisées en 2016 suggèrent une recherche active et régulière des FRCV traditionnels [3]. Dans les études occidentales, il est rapporté un risque d'événements cardiovasculaires accru de 48 % et une augmentation 30 % de la prévalence/incidence par rapport à la population générale [4,5]. En Afrique Subsaharienne, il existe très peu de données [6,7] particulièrement à Bouaké. Afin d'avoir des données, nous avons réalisé cette étude dans l'optique de déterminer la fréquence des facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV) au cours de la PR à Bouaké.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective et analytique au service de rhumatologie CHU de Bouaké sur une période de 3 ans

(2018-2022) colligeant 20 patients ayant une PR. Ont été inclus les dossiers de patients répondant aux critères de l'ACR 1987 et de l'ACR-EULAR 2010 avec au moins un FRCV. Nous avons étudié la présence des FRCV suivant : tabagisme, hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie, hyperuricémie, hypercréatininémie et obésité. Les dossiers incomplets (dossiers où manquent des informations capitales permettant d'étayer le diagnostic) et ceux de patients perdus de vue n'ont pas été inclus. Nous nous sommes intéressés aux :

- Paramètres sociodémographiques: fréquence hospitalière, âge et sexe
- Paramètres cliniques: la présence de FRCV suscités, les signes généraux : fièvre, altération de l'état général (AEG), le délai diagnostique ou la durée d'évolution de la maladie au moment du diagnostic, les atteintes articulaires axiales et périphériques, la raideur matinale, les déformations articulaires et les atteintes extra-articulaires
- Paramètres biologiques et immunologiques : vitesse de sédimentation (VS), C réactive protéine (CRP), créatinine, facteurs rhumatoïdes (FR), et anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP)
- Paramètre d'activité de la maladie : DAS 28 VS (DAS \leq 2,6 \Leftrightarrow PR en rémission; 2,6 < DAS \leq 3,2 \Leftrightarrow PR faiblement active; 3,2 < DAS \leq 5,1 \Leftrightarrow PR modérément active; DAS > 5,1 \Leftrightarrow PR très active)

*Corresponding Author: Traore Aissata Doucoure,

1Assistant chef de clinique-UAO, Service de Rhumatologie-CHU Bouaké, Côte d'Ivoire.

- Paramètres thérapeutiques: traitement symptomatique (corticoides) et de fond (méthotrexate, hydroxychloroquine et autres)

La collecte et l'analyse des données a été faite avec le logiciel Microsoft Office Excel 2019. Un patient pouvait avoir un ou plusieurs FRCV. Les sujets âgés étaient ceux qui avaient 60 ans et plus. Les valeurs quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et les valeurs qualitatives seront exprimées sous forme de proportion.

RESULTATS

La fréquence hospitalière des FRCV au cours de la PR était de 62,50% (20/32) des patients souffrants de PR. Le sexe-ratio H/F était 0,17 en faveur des femmes. L'âge moyen de nos patients était de 44,85 ans [extrêmes 18–64]. La durée moyenne d'évolution était de 42,80 mois [extrêmes 1–120]. Sur le plan clinique (Tableau I), la fièvre était présente dans 35,00% et associée à une AEG chez 4 patients. La majorité des patients (90,00%) avait un dérouillage matinal long au-delà une heure. Les données paracliniques (Tableau II) révélaient un syndrome inflammatoire biologique associant une VS augmentée à la première heure dans 90,00% et une CRP positive dans 85%. Les FR étaient positifs chez 10 patients et les anticorps anti-CCP chez 11 patients. L'activité (DAS 28-VS) moyenne de la maladie était de 4,96. La fréquence des FRCV (Figure 1) observés, était : dyslipidémie (35,00%), HTA (30,00%), obésité (25,00%), tabagisme (20,00%), surpoids (15,00%), hypercréatininémie (10,00%), diabète (5,00%), hyperuricémie (5,00%) et un cas de cachexie rhumatoïde. Quatorze patients (70,00%) avaient au moins un FRCV et six patients (30,00%) plus de deux FRCV. Quinze patients étaient sous corticothérapie avec une dose moyenne de 10 mg/jour. L'ensemble de nos patients était sous MTX à la dose moyenne de 9,5 mg/semaine. L'hydroxychloroquine était associée au MTX chez 2 patients.

Tableau I : caractéristiques générales

		FRCV+ N=20 (n, %)	FRCV- N=12(n, %)
Démographiques	Age moyen (année)	44,85	40,33
	Délai diagnostique moyen (mois)	42,8	39,16
	Dérouillage matinale \geq 1H	16 (80,00)	9 (75,00)
Cliniques	Fièvre	7 (35,00)	5 (41,66)
	AEG	4 (20,00)	-
	Déformations articulaires	18 (90,00)	10 (83,33)
	Atteintes extra-articulaires	17 (85,00)	9 (75,00)

*AEG : altération de l'état générale

Tableau II : données paracliniques

		FRCV+ N=20 (n, %)	FRCV- N=12(n, %)
Biologie	CRP moyenne	28,95	10,60
	VS moyenne	54,35	28,34
	Créatinine élevée	2 (10,00)	-
	FR +	10 (50,00)	5 (41,66)
	Anti-CCP +	11 (55,00)	4 (33,33)
Activité de la maladie	DAS 28 VS moyen	4,96	3,90

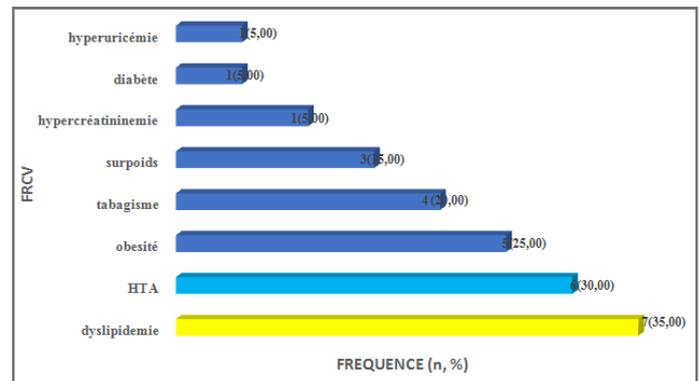


Figure 1 : FRCV identifiés

DISCUSSION

La fréquence hospitalière des FRCV au cours de la PR dans notre travail était de 62,50%. Plusieurs études ont documenté une forte prévalence des FRCV dans la PR. Elle était estimée à 55,90% à Porto Rico, 30,50% en Argentine et 60,97% en Tunisie [8-10]. Cette variabilité serait en rapport les différentes méthodologies utilisées. L'âge moyen de nos patients était de 44,85 ans avec une prédominance féminine à 85,00%. La prédominance féminine a été décrite dans la plupart des études. Nos résultats sont proches de ceux de Dodo-Siddo au Sénégal qui rapportait une majorité féminine à 89,04% et un âge moyen de 44,17% [11]. La durée moyenne d'évolution était de 42,80 mois au diagnostic de la maladie dans notre étude, en accord avec les séries africaines [6, 12, 13]. Cette durée longue de consultation pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la pathologie par les médecins généralistes au stade de début et par le recours aux tradipraticiens en première intention par les malades.

Dans notre série, on a rapporté trois principaux facteurs de risque cardiovasculaire, la dyslipidémie (35%), l'hypertension artérielle (30%) et obésité (25%). Il a été admis dans la littérature une prévalence plus élevée de syndrome métabolique chez les patients atteints de PR comparativement à la population générale [1,14]. Ce syndrome associe le plus souvent plusieurs facteurs à savoir : le surpoids/obésité, l'hypertension artérielle (HTA), la dyslipidémie et/ou l'intolérance au glucose, tous définis comme facteurs d'événements cardiovasculaires (ECV). S'agissant de la dyslipidémie, Le profil lipidique des patients atteints de PR diffère de celui classiquement retrouvé en population générale. Une étude réalisée en Inde rapportait une prévalence de la dyslipidémie à 38,50% [15]. L'HTA est significativement associée au risque de survenue d'EVC au cours de la PR. La prévalence de l'HTA varie selon les études entre 3,8% et 73% [16, 17]. Cette variabilité est imputable aux différentes caractéristiques des populations étudiées. Dans certaines études, seuls les patients traités par antihypertenseur étaient inclus, dans d'autres l'élévation des chiffres tensionnels était prise en compte. A Abidjan [7], l'HTA était la comorbidité la plus fréquente à 29% en accord avec nos données. 25% de nos malades avaient un IMC \geq 29,9 Kg/m². Nos chiffres sont similaires à ceux de Rahmouni qui rapportait une prévalence de l'obésité à 24,6%.

20% de nos patients était tabagique. Indépendamment de son statut reconnu de FRCV majeur, le tabagisme est également un facteur associé au risque de survenue d'une PR et de sa sévérité [18, 19]. La fréquence du diabète de type 2 dans notre travail était de 5%. Cette fréquence était relativement faible par rapport aux données de la littérature. Dans l'étude COMORA [20], la prévalence de diabète sucré était de 14%. Il est établi que la PR prédispose les patients à l'insulinorésistance (IR) liée au taux élevé de molécules de l'inflammation (interleukines 6, CRP) et peut exposer les patients à un

risque plus élevé de diabète sucré [21]. Le syndrome inflammatoire biologique, de même que l'activité de la maladie étaient modérées (CRP moyenne 54,35 mg, VS moyen 28,95 mm 1H, DAS 28 VS 4, 96) chez nos patients et pourrait expliquer notre faible fréquence.

Deux patients dans notre série avaient une créatinine sérique élevée au-delà de 14 mg/l. La fonction rénale est habituellement non altérée au cours de la maladie. L'amylose de type AA et les néphrites interstitielles secondaires aux thérapeutiques utilisées sont les principales complications. Nos données étaient inférieures à celles de Hajji en Tunisie dont la majorité des patients avaient une altération de la fonction rénale [22]. L'absence d'exploration rénale systématique et régulière dans notre pratique pourrait être la cause. Dans notre étude nous avons observé un cas cachexie rhumatoïde. La dénutrition et la cachexie sont des complications bien reconnues dans la PR [23, 24]. Le risque de mortalité cardiovasculaire n'est pas particulièrement lié à un Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé, mais plutôt un IMC bas [1]. Mahroug rapportait une prévalence de la cachexie rhumatoïde à 12,1% au Maroc [23]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence de dépistage systématique de la composition corporelle par absorptiométrie biphotonique à rayon X (DXA) dans notre contexte.

CONCLUSION

Les FRCV au cours de la PR sont fréquents à Bouaké. La PR reste associée à une augmentation du risque cardiovasculaire, faisant de la maladie un FRCV indépendant. Il est important pour tout praticien d'évaluer et de traiter de manière optimale les FRCV classiques des patients souffrant de PR selon les recommandations actuelles. Un meilleur contrôle précoce et soutenu de la maladie permettrait de réduire le processus inflammatoire par conséquent la survenue d'ECV au cours de la PR.

REMERCIEMENTS

A NOS MAITRES DE BOUAKÉ ET ABIDJAN. En particulier aux PROFESSEURS DABOIKO FJC, WE-TIA M. et DIOMANDE M.

BIBLIOGRAPHIE

- Gourine M. Risque cardiovasculaire et Polyarthrite Rhumatoïde. Algerian journal of health sciences 2020; 2 (1) : 52-67
- Girard C., Haroutunian G., Guerne P.A. Manifestations cardiovasculaires et pulmonaires de la polyarthrite rhumatoïde. Rev Med Suisse 2019 ; 15 : 542-8.
- Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders : 2015/2016 update. Ann Rheum Dis 2017;76:17-28.
- Aviña-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis a meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum 2008;59:1690-7.
- Heslinga M, Nielen MMJ, Smulders Y, Simsek S, Nurmohamed MT. Amplified prevalence and incidence of cardiovascular disease in patients with inflammatory arthritis and coexistent autoimmune disorders. Rheumatol Oxf Engl 2020;59:2448-54.

- Ouédraogo M., Zabsonre W.J., Zongo Y.E., Sompougou C., Sougué C., Kaboré F. et al. Évaluation de la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde : étude cas-témoins Revue du rhumatisme 2020; 87 : A140.
- Traoré A¹, Kouamé KG³, Bamba A², Yao C¹, Coulibaly H², Kouakou E. et al. Comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde : expérience du service de rhumatologie du chu de Cocody (Abidjan-côte d'ivoire). RISM 2021; 23(1) : 118-119.
- Santiago-Casas Y., González-Rivera T. C., Castro-Santana L. E. et al., "Impact of age on clinical manifestations and outcome in Puerto Ricans with rheumatoid arthritis," Ethnicity & Disease 2010; 20 (supplement 1) : S1-S191.
- Ortega-Hernandez O. D., Pineda-Tamayo R., Pardo A. L., Rojas-Villarraga A., and Anaya J. M.. "Cardiovascular disease is associated with extra-articular manifestations in patients with rheumatoid arthritis," Clinical Rheumatology 2009; 28(7) : 767-75.
- Rahmouni S., Slouma M., Dhahri R., Metoui L., Boussetta N., Gueddiche N. et al. Risque cardiovasculaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde. La Revue de Médecine Interne 2018 ; 39 (Supplément 2) : A126-A127.
- Dodo-Siddo MN., Diao M., Ndiaye MB., Ndongo S., Kane A., Mbaye A et al. Étude des paramètres échocardiographiques de la polyarthrite rhumatoïde noire africaine asymptomatique au plan cardiovasculaire : étude transversale de 73 cas sénégalais. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 2016; 65(2) : 71-6.
- Angalla Affleck RL, Lamini N'soundhat NE, Nkouala-Kidédé DC, Akoli Ekoya O, Omboumahou BF, Salémo AP et al. La Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. HealthSci. Dis 2024; 25 (1) :83-8.
- Diomandé M., Bamba A., Traoré A., Coulibaly Y., Kpami Y.N.C., Miantuasila O.R.F. et al. Étude des facteurs prédictifs à la polyarthrite rhumatoïde érosive à Abidjan. Revue du Rhumatisme 2021 ; 88 (supplément 1) A252-3.
- Rawla P. Cardiac and vascular complications in rheumatoid arthritis Reumatologia. 2019; 57(1):27-36.
- Sokka T, Abelson B, Pincus T. Mortality in rheumatoid arthritis : 2008 update. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26(5 Suppl 51): S35-61.
- Chung CP, Oeser A, Solus JF et al. Prevalence of the metabolic syndrome is increased in rheumatoid arthritis and is associated with coronary atherosclerosis. Atherosclerosis 2008;196:756-63.
- Gremese E and Ferraccioli G. The metabolic syndrome: the cross roads between rheumatoid arthritis and cardiovascular risk. Autoimmun Rev 2011; 10: 582-89.
- Karlson EW, Lee IM, Cook NR, Manson JE, Buring JE, Hennekens CH. A retrospective cohort study of cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis in female health professionals. Arthritis Rheum, 1999; 42:910-7.
- Hedström AK, Stawiarz L, Klareskog L, Alfredsson L. Smoking and susceptibility to rheumatoid arthritis in a Swedish population based case-control study. Eur J Epidemiol, 2018;33(4).
- Dougados M, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA) Ann Rheum Dis 2014;73:62-68.
- Pradhan AD, Manson JE, Rifai N, Buring JE, Ridker PM. (). C-Reactive Protein, Interleukin 6, and Risk of Developing Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2001; 286(3):327-34.

22. Hajji M., Barbouch S., Harzallah A., Gorsane I., Kaaroud H., Ben Hamida F. et al. Manifestations rénales au cours de la polyarthrite rhumatoïde : à propos de 20 cas. *Néphrologie & Thérapeutique* 2014 ; 10(5) : P. 370.
23. Mahroug M., Azzouzi H., Ichchou L. La cachexie rhumatoïde : association avec les paramètres cliniques de la polyarthrite rhumatoïde chez des patients marocains. *Revue du Rhumatisme* 2022 ; 89 (Supplément 1) : A123.
24. El Maghraoui A, Sadni S, Rezqi A, Bezza A, Achemlal L, Mounach A. Does Rheumatoid Cachexia Predispose Patients with Rheumatoid Arthritis to Osteoporosis and Vertebral Fractures? *J Rheumatol.* 2015 Aug 1. pii: jrheum.141629. [Epub ahead of print]
