

Polyarthrite Rhumatoïde: Etude de 10 Observations vues en Consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Angalla Affleck Romaric Ledier

Lamini N'Soundhat Norbert Edgard

Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo, Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, Congo

Nkouala-Kidéde Daphtone Chabel

Akoli Ekoya Ondzala

Omboumahou Bakalé Francina Eddie

Salémo Anah Précieux

Service de Rhumatologie,

Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, Congo

Ntsiba Honoré

Bileckot Richard

Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo, Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, Congo

Doi: [10.19044/esipreprint.10.2023.p405](https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2023.p405)

Approved: 16 October 2023

Posted: 18 October 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Angalla A.R.L., Lamini N.N.E., Nkouala-Kidéde D.C., Akoli E.O., Omboumahou B.F.E., Salémo A.P., Ntsiba H. & Bileckot (2023). *Polyarthrite Rhumatoïde: Etude de 10 Observations vues en Consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2023.p405>

Résumé

Objectif: Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la polyarthrite rhumatoïde à travers 10 cas vus en consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Patients et Méthodes: Etude descriptive, transversale, rétrospective menée du janvier 2022 à août 2022 (8mois) en consultation de Rhumatologie au CHU de Brazzaville, Congo. Le diagnostic

de la polyarthrite rhumatoïde a été retenu sur les critères de l'ACR 87 avec un score ≥ 4 ou ACR EULAR 2010 avec un score ≥ 6 . Résultats: Il s'agissait de 10 cas (1,53%) de sexe féminin. L'âge moyen était 51 ans (extrêmes de 34 et 68 ans). La durée moyenne d'évolution était de 27.7 mois (extrêmes de 4 mois et 8 ans). Sept patientes (70 %) avaient une polyarthrite rhumatoïde évoluait plus de 6 mois et 3 (30 %) une durée de moins de 6 mois. Dans notre série, 60 % (n=6) des cas avaient une Polyarthrite Rhumatoïde déformante. Les déformations prédominaient au de la main. La déformation en boutonnière et pouce en Z étaient les plus retrouvées dans 4 cas (40%) chacune suivie de dos de chameau (20%). Les facteurs rhumatoïdes étaient positifs dans 7 cas (70 %) et les anti-CCP dans 6 cas (60 %). Les anomalies radiographiques retrouvées chez 8 cas (80%) étaient : la déminéralisation en bande des épiphyses et l'érosion marginale (8cas), les géodes osseuses (7cas), le pincement radiocarpienne (5cas), pincement des IPP et MCP (5cas), la carpite rhumatoïde fusionnante (2cas), la tarsite et la coxite dans 1 cas. Cinq patientes (50%) étaient en forte activité (DAS 28 supérieur à 5,1). La corticothérapie par voie générale et Les antiinflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits respectivement dans 100 % et 50% des cas. Le méthotrexate était prescrit chez dans 100% des cas. La rémission a été obtenue à 6 mois chez 5 patientes. Conclusion: la polyarthrite rhumatoïde est de diagnostic tardif en phase d'état Le méthotrexate reste le traitement de fond classique le plus prescrit.

Mots-clés: Polyarthrite rhumatoïde, épidémiologie, clinique, thérapeutique, Brazzaville

Rheumatoid Arthritis: Study of 10 Observations Seen in Consultation of Rheumatology at the University Hospital Center of Brazzaville

Angalla Affleck Romaric Ledier

Lamini N'Soundhat Norbert Edgard

Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo, Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, Congo

Nkouala-Kidédé Daphtone Chabel

Akoli Ekoya Ondzala

Omboumahou Bakalé Francina Eddie

Salémo Anah Précieux

Service de Rhumatologie,

Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, Congo

Ntsiba Honoré

Bileckot Richard

Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo, Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, Congo

Abstract

Objective: Describe the epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary aspects of rheumatoid arthritis through 10 cases seen in rheumatology consultation at the University Hospital Center of Brazzaville. **Patients and Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective study conducted from January 2022 to August 2022 (8 months) in consultation of Rheumatology at the University Hospital of Brazzaville, Congo. The diagnosis of rheumatoid arthritis was retained on the criteria of ACR 87 with a score ≥ 4 or ACR EULAR 2010 with a score ≥ 6 . **Results:** There were 10 cases (1.53%) of female sex. The average age was 51 years (range 34 and 68). The average duration of evolution was 27.7 months (extremes of 4 months and 8 years). Seven patients (70%) had rheumatoid arthritis progressing for more than 6 months and 3 (30%) lasting less than 6 months. In our series, 60% (n=6) of the cases had deforming rheumatoid arthritis. The deformities predominated in the hand. Buttonhole deformity and Z thumb were the most found in 4 cases (40%) each followed by camel back (20%). Rheumatoid factors were positive in 7 cases (70%) and anti-CCP in 6 cases (60%). The radiographic abnormalities found in 8 cases (80%) were: band demineralization of the epiphyses and marginal erosion (8

cases), bone geodes (7 cases), radiocarpal pinching (5 cases), PIP and MCP pinching (5 cases), fusion rheumatoid carpititis (2 cases), tarsitis and coxitis in 1 case. Five patients (50%) were in high activity (DAS 28 greater than 5.1). Systemic corticosteroid therapy and non-steroidal anti-inflammatory drugs were prescribed in 100% and 50% of cases respectively. Methotrexate was prescribed in 100% of cases. Remission was achieved at 6 months in 5 patients. Conclusion: rheumatoid arthritis is diagnosed late in the state phase. Methotrexate remains the most prescribed classic disease-modifying treatment.

Keywords: rheumatoid arthritis, epidemiology, clinic, therapy, Brazzaville. the University Hospital Center of Brazzaville

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques (Combe et al, 2015). Comme beaucoup de maladies auto-immunes, c'est une affection polyfactorielle relevant de facteurs environnementaux, génétiques, immunologiques. Le diagnostic de la PR est parfois difficile et repose sur la confrontation de manifestations cliniques et de tests biologiques. Des critères de classification ont été révisés récemment par le Collège américain de rhumatologie (American College of Rheumatology [ACR]) et la Ligue européenne contre les rhumatismes (European League Against Rheumatism [EULAR]) (Aletaha et al, 2010). Elle est présente dans le monde entier. Certaines études ont rapporté une prévalence très élevée, Il y a de grandes variations de la fréquence de cette maladie en fonction des pays et des ethnies. Ainsi, en Europe du Nord et en Amérique du Nord, la prévalence rapportée est de l'ordre de 0,8 % de la population adulte alors qu'elle est, en Asie, de 0,3 à 0,8 % (Combe et al, 2015). En Afrique noire, il s'agit d'un rhumatisme invalidant, hétérogène dans sa sévérité et d'évolution chronique par poussées. Elle pose souvent, de difficiles problèmes diagnostiques surtout au stade précoce et des problèmes thérapeutiques. Elle était considérée comme rare en Afrique (Mijiyawa et al, 1995 ; Hijmans et al, 1964). Des études récentes estiment sa prévalence entre 0,1 à 0,9 %, semblable à celle de l'occident (Jeandel et al, 2002 ; Dowman et al, 2012). Des différences de prévalence sont observées selon la région et selon les zones rurales ou urbaines (Mijiyawa et al, 1995; Biléckot et al, 1998). Sa fréquence hospitalière est estimée à 2,18% au Burkina-Faso (Ouedraogo et al, 2011) à 0,8% au Bénin (Avimadjè et al, 2009) et à 0,45 % au Togo (Houzou et al ,2013). Au Congo, les études portant sur cette affection restent peu nombreuse d'où l'intérêt de cette étude qui avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques,

thérapeutiques et évolutifs de la polyarthrite rhumatoïde à travers 10 cas observés dans une consultation de rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale menée en consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville-Congo (CHU-B) de janvier 2022 à août 2022, soit huit mois. La Collecte des données s'est effectuée en deux temps : dans un premier temps, elle s'est faite sur les dossiers colligés des patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde. Ceux dont le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde répondait aux critères de l'ACR 87 avec un score ≥ 4 ou ACR EULAR 2010 (Fautrel et al, 2010) avec un score ≥ 6 ont été inclus dans l'étude. Dans un deuxième temps, à partir des données recueillies dans les dossiers médicaux, les patients ont été contactés individuellement par téléphone ou joints à leur domicile. Après consentement éclairé, les patients ont été vus en consultation dans le service de Rhumatologie du CHU-B, afin de recueillir les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives:

- sur le plan épidémiologiques et clinique: l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau socioéconomique, le délai diagnostique, le nombre d'articulations douloureuses et gonflées, les déformations articulaires, les atteintes extra articulaires, les facteurs de risque cardiovasculaires associés ;

-Sur le plan Paracliniques : la vitesse de sédimentation en mm à la première heure qui était considérée augmenter selon la formule de Muller ($> \text{âge} / 2$ chez l'homme et $> \text{âge} + 10 / 2$ chez la femme), la C-Protéine Réactive (CRP) qui était considérée comme augmentée si supérieure à 6 mg/l, le facteur rhumatoïde déterminé par le test ELISA et était considéré comme positif lorsque supérieure à 10 UI/ml, les auto-anticorps Anti- Peptides Cycliques Citrullinés 2 (ACPA) déterminé par ELIA CCP (Thermo Fisher Scientific) étaient considérés comme positifs pour une valeur supérieure à 10 UI/ml, les lésions radiographiques des mains-poignets, des pieds et du thorax de face ;

- Sur le plan Thérapeutique : Tous les patients avaient reçu un traitement symptomatique par les antiinflammatoires non stéroïdiens et stéroïdiens (les corticoïdes), les antalgiques. Un traitement de fond classique par les DMARDS (méthotrexate, antipaludéen de synthèse et le léflunomide.

-Sur le plan Evolutif, l'évolution et l'activité de la maladie étaient évaluées sur 28 articulations par le score du (DAS28-VS) et la réponse au traitement était appréciée par la réponse de l'Européen League Against Rheumatism (EULAR), en bon répondeur, répondeur modéré et en non répondeur (Le Loëta et al, 2010). Dix cas documentés font l'objet de cette étude. Ont été exclus de notre étude les patients ayant un rhumatisme microcristallin, une

polyarthrite infectieuse ou tout autre rhumatisme inflammatoire chronique, une polyarthrite indifférenciée et/ou insuffisamment explorés. Le logiciel SPSS 22 a permis l'analyse des données cliniques.

Résultats

Caractéristiques Sociodémographiques

Durant la période d'étude, 10 cas de polyarthrite rhumatoïde étaient recensés sur 650 patients ayant reçus en consultation de Rhumatologie. Soit une prévalence hospitalière de 1,53%. Tous de sexe féminin. L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic était 51 ans, avec des extrêmes allant de 34 et 68 ans. La répartition des patients selon les tranches d'âge a montré une fréquence estimée à 40% chez les adultes âgés entre 34 et 44 ans, à 20% entre 45 et 55 ans et à 40% chez les patients d'âge supérieur à 55 ans. 7 patientes provenaient du milieu urbain et de 3 du milieu rural. Le niveau socioéconomique de nos patients était moyen chez 6 patients, bas chez 3 cas élevé dans un cas.

Caractéristiques clinico-biologiques des patients au diagnostic

Quatre patientes avaient les antécédents d'hypertension artérielle (40 %), 2 (20%) de diabète de type 2 et une avait une dyslipidémie. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 27.7 mois (2ans et 2 mois), avec des extrêmes de 4 mois-8 ans. Sept patients (70 %) avaient une polyarthrite rhumatoïde évoluait plus de 6 mois d'évolution et 3 patients (30 %) avaient une durée de moins de 6 mois. Le mode de début chez 90 % des malades (n=9) était une polyarthrite chronique, bilatérale, fixe, additive et symétrique touchant les petites, moyennes et grosses articulations, dont 2 patients (20%) ont présenté un épanchement articulaire du genou. L'intensité de la douleur évaluée sur l'échelle visuelle analogique était intense dans 60% des malades (n=6), modérée et légère dans 20% des cas chacun (n=2). Le nombre élevé d'articulations gonflées (NAG>3) était présent chez 7 cas (70%) avec des extrêmes de [0-10], et le nombre élevé d'articulations douloureuses (NAD>3) chez 8 patients soit 80 % avec des extrêmes (2 et 16). Au moment du diagnostic, le dérouillage matinal (DM) était supérieur à 30 minutes chez 80 % des cas (n=8) et 60 % des malades (n=6) avaient des réveils nocturnes multiples (RN). Dans notre série, 60 % (n=6) des patients avaient une Polyarthrite Rhumatoïde déformante au moment du diagnostic. Elles prédominaient à la main. La déformation en boutonnière (figure 1) et pouce en Z (figure 2) étaient les plus retrouvées dans 4 cas (40%) chacune suivie de de dos de chameau (20%) (Figure 3) (Tableau I). Les manifestations abarticulaires étaient retrouvées dans 2 cas (20%). Il s'agissait d'une ténosynovites localisée respectivement au niveau de 4 extenseurs ulnaires du carpe, 2 fléchisseurs ulnaires du carpe et 2 tendons cubitiaux postérieurs. Au

plan biologique, Les manifestations extra articulaires étaient dans un cas (10%). Il s'agissait d'un syndrome sec oculobuccal. L'hémogramme était anormal dans 5 cas. Il montrait une anémie inflammatoire chez tous les patients. La vitesse de sédimentation était accélérée supérieure à 30 mm à la 1^{ère} heure chez 6 cas (60%), avec une moyenne de 46,66 mm et des extrêmes de 30 et 60 mm à la première heure. La CRP était positive, supérieure à 20 mg/l dans 9 cas (90%), avec une moyenne de 44,77 mg/l et des extrêmes de 26 et 80 mg/l. La ponction articulaire du genou a été faite dans 2 cas (30%). Le liquide articulaire était macroscopiquement citrin. Macroscopiquement, le liquide était inflammatoire, stérile et sans cristaux. La cellularité était respectivement à 2432 et 3200 éléments /mm³ et les polynucléaires neutrophiles à 56 et 64%. Sur le plan immunologique, L'étude du facteur rhumatoïde était positive chez 7 patients (70 %). Les anti-CCP étaient positifs chez 6 patientes soit 60 % des cas. Les anti-SSA et anti-SSB étaient positifs dans 1 cas (10 %) et l'anti nucléaires chez un patient (10%).

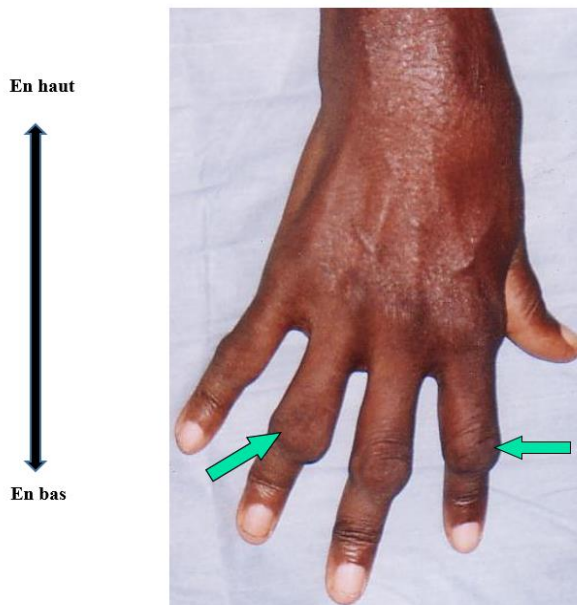


Figure 1. Déformation en boutonnière des doigts (flèche verte) au cours d'une polyarthrite Rhumatoïde (Source : Service de Rhumatologie CHU de Brazzaville)



Figure 2 Déformation Pouces en Z (flèche verte) au cours de la polyarthrite rhumatoïde. (Source : Service de Rhumatologie CHU de Brazzaville).



Figure 3: Radiographie standard de face des deux poignets, montrant une carpite fusionnante bilatérale (flèches vertes) au cours d'une Polyarthrite rhumatoïde (source : service de rhumatologie CHU de Brazzaville).

Tableau I. Répartition des patients par déformation

	Nombre	Pourcentage
Main		
Doigt en boutonnière	4	40
Pouce en Z	4	40
Coup de vent cubital	3	30
Dos de chameau	2	20
Doigt en maillet	2	20
Doigt en col de cygne	2	20
Touche de piano	2	20
Pied		
Hallux valgus	4	40
Affaissement de la voute plantaire	4	40
Quintus varus	3	30
Valgus de l'arrière pied	2	20
Subluxation des métatarsophalangiennes	1	10

Au plan d'imagerie

La radiographie standard été prescrite chez toutes les patientes. Les anomalies radiographiques retrouvées chez 8 cas (80%) étaient : la déminéralisation en bande des épiphyses et l'érosion marginale (8cas), les géodes osseuses (7cas), le pincement radiocarpienne (5cas), pincement des IPP et MCP (5cas), carpite rhumatoïde fusionnante (2cas) (figure 2), tarsite et coxite dans 1 cas. L'échographie ostéoarticulaire été faite chez 2 patientes. Elle montrait une synovite et un épanchement intra articulaire minime et des érosions.

Evaluation de la maladie

L'activité de la polyarthrite rhumatoïde était évaluée avec le score du DAS 28. 5 patientes (50%) avaient une polyarthrite rhumatoïde en forte activité avec un score de DAS 28 supérieur à 5,1. 3(30%) avaient un niveau d'activité modéré ($3,2 < \text{DAS}28 \leq 5,1$) et 2 patients (20%) avaient une faible activité ($\text{DAS}28 \leq 3,2$). L'évaluation du retentissement fonctionnel par l'indice HAQ, avait montré un retentissement fonctionnel sévère chez toutes les patientes avec un indice d'HAQ supérieur à 0,5 chez toutes les patientes avec des extrêmes allant de 1 à 3. Dans notre étude, les patientes avaient au moyenne 5 facteurs de mauvais pronostic parmi lesquels : l'activité élevée de la maladie ($\text{DAS} 28 > 3,2$) chez 7 patients soit 70 % ; le nombre élevé d'articulations gonflées ($\text{NAG} > 3$) chez 7 soit 70% ($n=7$) et d'articulations douloureuses ($\text{NAD} > 3$) chez 8 patients soit 80% ($n=8$).; l'importance du syndrome inflammatoire biologique dans 6 cas soit 60% ; La présence d'ACPA chez 6 malades soit 60% ($n=6$) ; PR érosive chez 8 malades soit 80% ($n=8$).

Au plan thérapeutique, le traitement symptomatique a été prescrit chez toutes les patientes. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits chez 50% des cas, les antalgiques du 1^{er} et 2^{er} palier dans 40% des cas. La corticothérapie par voie générale représentait 100 % des cas, dont 2 patients (20%) initialement par voie parentérale en bolus pendant 3 jours puis relais per os et 8 patients par voie orale dès le début. Le traitement de fond classique par les DMARDs (disease modifying antirheumatic drug) était prescrit chez toutes les patientes (100%). Il s'agissait d'une monothérapie au méthotrexate chez toutes les patientes, l'antipaludéen de synthèse et léfunomide dans un cas chacun.

Sur le plan évolutif

La rémission a été obtenue à 3 mois chez 3 patientes (30%) et un en faible activité. A 6 mois, 5(50%) des patientes étaient en rémission, alors que 3 étaient actives et 2 en activité faible. La réponse au traitement était appréciée selon la réponse EULAR. Ainsi, à 3 mois, 3 patients étaient en rémission et 1 en faible activité. A 6 mois, 5 patients étaient en rémission et 2 en activité faible. Selon la réponse EULAR, après 3 mois, 3 patientes étaient bons répondeurs, 3 cas étaient des répondeurs modérés et 4 n'étaient pas répondeurs. A 6 mois, 5 patients étaient des bons répondeurs.

Discussion

Données sociodémographiques :

Epidémiologie de la Polyarthrite rhumatoïde :

La Polyarthrite rhumatoïde est présente dans le monde entier. Certainement c'est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2003), la prévalence de la PR varie entre 0,3% et 1% dans les pays industrialisés. D'une manière générale, les données actuelles concernant la prévalence de la PR sont fortement fluctuantes (Minichiel et al, 2016). Dans notre étude la prévalence est de 1,53%. Cette prévalence est inférieure à celle rapportée par (Garba et al, 2020). Cette prévalence est proche aux 2,2% rapportés par Ouédraogo au Burkina Faso (Ouédraogo et al, 2011). Par contre elle est supérieure à celle rapportée au Togo (0,3%) (Kakpovi et al, 2017).

Age

L'âge moyen d'apparition se situe entre 35 et 55 ans, mais la maladie peut survenir à tout âge. Il peut exister des formes juvéniles avant 16 ans et des formes à début tardif après 65 ans. L'âge moyen de survenue de la polyarthrite rhumatoïde dans notre série était de 51 ans. Nos résultats rejoignent les données de la littérature (Andia et al, 2017 ; Ndongo et al, 2009).

Sexe

Au cours de PR, le sex-ratio mondiale est de 5,6 femmes atteintes pour 1 homme, mais cette différence se rapproche progressivement au-delà de 70 ans (Ghozlani et al, 2012). Selon la série Minnesota USA (Myasoedova et al, 2020), le sexe ratio est de 2.13 avec un pourcentage du sexe féminin à 68%. Dans notre tous les patients étaient de sexe féminin.

Caractéristiques clinico-biologiques des patients au diagnostic

Dans série, la durée moyenne d'évolution était longue (27,7mois). Expliquant la fréquence élevée des déformations. Ce même constat a été fait par Ouedraogo et al au Burkina Faso et al et par Eti et al en Côte d'Ivoire (Ouedraogo et al, 2011; Eti et al,2000). Cette durée longue de consultation pourrait s'expliquer par le faible développement de la rhumatologie en milieu africain en particulier dans notre pays (Congo), la méconnaissance de la pathologie par les médecins généralistes, par le recours aux tradipraticiens en première intention par les malades. Au début de la maladie, la PR pourrait être identifiable par le gonflement des articulations. Celles-ci seront chaudes, douces et fluctuantes au toucher donnant un aspect d'un gonflement «fusiforme». La synovite, une inflammation de la membrane synoviale, peut être confirmée à l'examen physique par le Squeeze-test (Shi et al, 2000). Notre étude, l'atteinte articulaire de nos patientes étaient caractérisés par un nombre élevé d'articulations gonflées (NAG>3) chez 7 malades (70%). contrairement aux travaux de Ndongo et al (Ndongo et al, 2009) et (Salissou et al,2002). Le mode de début chez 90 % de nos patientes (n=9) était une polyarthrite chronique, bilatérale, fixe, additive et symétrique touchant les petites, moyennes et grosses articulations. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés dans la littérature (Ouedraogo et al,2011 ; Eti et al, 2000). Dans notre série, 60 % (n=6) des patients avaient une Polyarthrite Rhumatoïde déformante au moment du diagnostic. Elles prédominaient au niveau de la main dans 60% des cas. Le siège des déformations était similaire aux résultats de (Kakpovi et al,2017), qui rapportaient 45% cas de déformations qui siégeaient au niveau de la main. La fréquence élevée des déformations dans notre série pourrait être attribuée au retard diagnostique. La principale manifestation extra articulaire retrouvée dans notre étude comme dans celle de (Salissou et al, 2002) est le syndrome sec oculo-buccal. Ces atteintes extra articulaires sont cependant moins fréquentes chez le sujet noir que dans la population caucasienne (Roux et al, 2002). Dans notre série, le syndrome inflammatoire biologique est présent chez tous les patients. Cela serait en rapport avec l'activité forte de la PR chez nos patients lors du diagnostic. (Salissou et al, et al 2002) et (Adehosi et al,2010) avaient déjà fait le même constat. Dans notre série, les facteurs rhumatoïdes étaient positifs chez 7 patients (70 %) et Les anti-CCP2 chez 6 patientes soit 60 %

des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de (Salissou et al,2002), 36% de positivité de Facteurs rhumatoïdes et de (Kakpovi et al,2017), 44,4% de positivité de facteurs rhumatoïdes et 55,5% des anti CCP2. Cependant, nos résultats sont proches des résultats de (Ndongo et al,2009) (78% de positivité de FR), de (Garba et al,2006) (81,25% de facteurs rhumatoïdes) et de ceux de (Andia et al,2016), 92% de positivité de Facteurs rhumatoïdes. Sur le plan radiologique, les lésions radiologiques intéressaient 82,14% des patients dont les principales étaient les déminéralisations en bande (70,58%). Ces résultats sont proches de ceux rapportés par (Adehosi et al,2010). Cette positivité du bilan immunologique (FR et ACPA) pour s'expliquer par l'ancienneté de nos PR avec pour conséquences une forte activité et des destructions ostéoarticulaires. Au moment du diagnostic, la polyarthrite rhumatoïde était très active chez la quasi-totalité des patientes 5 patientes (50%) avec un score de DAS 28 supérieur à 5,1. Nos résultats sont comparables à ceux de (Ouédraogo et al,2011) et (Salissou et al, 2002), qui rapportaient, respectivement des formes très actives dans 40,6% et 62,5%. Cette forte activité de la PR au moment du diagnostic pourrait s'expliquer par le retard diagnostique occasionné par un traitement médical inapproprié, une automédication ou un traitement traditionnel. Parfois agressif (scarification sur les articulations gonflées).

Au plan thérapeutique, le traitement symptomatique a été dominé par la prescription de la corticothérapie (100%) et les antiinflammatoires non stéroïdiens (50%). Nos données concordent avec celles de la littérature (Garba et al, 2020 ; Kakpovi et al,2017). Les recommandations de la Société Française de Rhumatologie confirment que le Méthotrexate doit être le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR active. Dans notre série, le méthotrexate était le traitement de fond conventionnel qui été prescrit chez toutes les patientes. Nos résultats sont concordants avec ceux de la littérature (Garba et al,2020 ; Kakpovi et al,2017) .

Au plan évolutif, une rémission à 6 mois était obtenue dans 60% de cas et 4 patientes n'étaient bon répondeur. Selon les Recommandation de la Société Française de Rhumatologie actualisée en 2019 (Daiena et al;2019), si l'objectif thérapeutique de rémission ou faible activité de la maladie n'est pas atteint après 6 mois de traitement, en présence de facteurs de mauvais pronostic, un traitement biologique peut être indiqué. Notre étude rapporte que, les patients avaient à la moyenne 5 facteurs de mauvais pronostic. Cela montre en pratique les difficultés qui demeurent dans l'indisponibilité et inaccessibilité des thérapeutiques ciblées au Congo/ Brazzaville.

Conclusion

La polyarthrite rhumatoïde représente 1,53% du rhumatisme. Elle touche la femme de la quarantaine. Le diagnostic est tardif au stade de

déformations. Une forte activité et des lésions structurales irréversibles caractérisent la polyarthrite rhumatoïde dans notre étude. Le méthotrexate reste la pierre angulaire du traitement. L'évolution est globalement satisfaisante. Intérêt du diagnostic précoce pour plus de l'efficacité thérapeutique et améliorer le pronostic fonctionnel. Ceci passera par le développement de la rhumatologie sur toute l'étendue du territoire national, la sensibilisation et la formation des médecins généralistes et la mise en place d'assurances maladie pour la disponibilité et l'accessibilité des thérapeutiques ciblées au Congo/ Brazzaville.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Études humaines : Cette recherche a respecté les principes éthiques d'Helsinki pour la recherche médicale impliquant des sujets humains. La recherche a été approuvée par l'organe institutionnel compétent.

References:

1. Combe B, Lukas C, Morel J. (2015). Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte: épidémiologie, clinique et diagnostic. EMC - Appareil locomoteur;10(3) : 14-220-A-10.
2. Aletaha D, Neogi T. (2010). rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis ;69:1580–8.
3. Mijiyawa M. (1995). Epidemiology and semiology of rheumatoid arthritis in Third World countries. Rev Rhum Engl Ed; 62(2): 121-6.
4. Hijmans W, Valkenburg HA, Muller AS, Gratama S. (1964). Rheumatoid Arthritis in Liberia with an Assessment of Serological Findings. Ann Rheum Dis; 23(1): 45-9.
5. Jeandel P, Roux H. (2002). Épidémiologie des affections rhumatologiques en Afrique subsaharienne. Rev Rhum ; 69(8): 764-76.
6. Dowman B, Campbell RM, Zgaga L, Adeloje D, Chan KY. (2012). Estimating the burden of rheumatoid arthritis in Africa: A systematic analysis. J Glob Health ; 2(2): 020406.

7. Biléckot R., Malonga, AC. (1998). La polyarthrite rhumatoïde en milieu hospitalier au Congo Brazaville à propos de 36 cas. *Rev Rhum* ; 65 : 333-7.
8. Ouédraogo, DD., Singbo, J., Diallo, O., Sawadogo, SA. Tieno, H., Drabo, YJ. (2011). Rheumatoid arthritis in Burkina Faso: clinical and serological profiles. *Clin Rheumatol* ; 30:1617-21.
9. Avimadjè, M., Gounongbé, M., Zomalhèto, Z. (2009) La polyarthrite rhumatoïde au CNHU de Cotonou. *Le Bénin Médical*; 57 (42/43): 55-7.
10. Houzou, P., Oniankitan, O., Kakpovi, K., Koffi-Tessio, VES. Tagbor KC, Fianyo, E., Mijiyawa, M.(2013). Profil des affections rhumatismales chez 13517 patients ouest-africains. *Tunis Méd*; 91 (1) : 16-20.
11. Fautrel B, Rincheval N, Combe B. (2010). Degré de concordances des critères de classification de l'ACR 1987 et l'ACR/EULAR. une analyse à partir des données de la cohorte ESPOIR. *Rev Rhum*; 77 (3) : 235-6.
12. Le Loëta X, Kozyreff Meuricea M, Lequerréa, T, Vittecoqa O. (2010). Polyarthrite rhumatoïde : définitions de la réponse, des différents niveaux d'activité et de la rémission. *Rev Rhum monographies*; 77 :22–27.
13. Minichiel E, Semerano L, Boissier M C.(2016). Time trends in the incidence, prevalence, and severity of rheumatoid arthritis: A systematic literature review *Joint Bone Spine*;83(6): 625-630.
14. Garba AA, Andia A, Taofik M, Laouali MC, Adam Abdoul Kader I Adéhossi E.(2020). Profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des premiers cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) à l'hôpital national de Zinder (HNZ). *RAFMI* ; 7 (2-1) : 7-12.
15. Kakpovi K, Koffi-TessioV, Houzou P, Fianyo E, Kolou M, Kuéviakoé M.I et al.(2017). Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). *European Scientific Journal*;13(15) :125-132.
16. Andia A, Souleymane B, Alassane S, Zakari S, Akehossi E.(2017). Evaluation de l'activité biologique et de la qualité de vie de la Polyarthrite Rhumatoïde. *RAFMI*; 4 (1-2): 21-23.
17. Ndongo S, Lekpa FK, Ka MM, Ndiaye N, Diop TM.(2009). Presentation and severity of rheumatoid arthritis at diagnosis in Senegal. *Rheumatology*; 48(9): 1111-3.
18. Ghozlani I, Achemlal L, Rezqi A, et al.(2012). Physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev mar rhum*;19:6-9.
19. Myasoedova E, Davis J, Matteson EL et al.(2020). Is the epidemiology of rheumatoid arthritis changing? Results from a

- population-based incidence study, 1985-2014. *Ann Rheum Dis*;79(4):440-444.
20. Eti, E., Sylla, M., Daboiko, JC. et al.(2000). Contribution of the study of the rheumatoid arthritis in IvorianHospitals. About 90 cases. *Rev Int Sciences Méd*; 2 : 71-8.
 21. Shi K, Tomita T, Hayashida K, Owaki H, Ochi T.(2000). Foot deformities in rheumatoid arthritis and relevance of disease severity. *J Rheumatol*; 27 (1): 84–9.
 22. Salissou GM, Kaba C, Adamou GI, Alassane S, Fanata M.(2019). Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique à Maradi, Niger. *Eur Sci J ESJ*; 15(12): 139-149.
 23. Roux H.(2002). Polyarthrite rhumatoïde en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum*; 69(8): 797-800.
 24. Akehossou E, Landais C, Souana BS, Guida S, Gbaguidi F, Toure AI, et al.(2010). Premiers cas documentés de polyarthrite rhumatoïde au Niger. *Cahier de Santé*; 20(1): 41-5.
 25. Andia A, Alassane S, Brah1S, Daou1 M, Hamadou A1, Akehossou E1, Cheour E .(2016). La Polyarthrite Rhumatoïde à l'Hôpital National de Niamey. A propos de 42 cas. *RAFMI*; 3 (2) : 29-32.
 26. Daiena C, Huac C, Gaujoux-Vialac C, Cantagrel A, Dubremetz M, Dougados M et al.(2019). Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum* ;86 (1):8-24.