

# Manifestations articulaires de début de la polyarthrite rhumatoïde



**Pr Houria AYED,**  
Faculté de médecine d'Annaba,  
CHU d'Annaba,

## Résumé

**Introduction :** La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle est présente dans le monde entier. La prévalence générale de la PR varie selon les pays entre 0,3 à 0,8 % de la population adulte dans les deux sexes. La PR peut survenir à tout âge mais elle est plus fréquente entre 40 et 60 ans. Le diagnostic de la PR doit être fait aussi précocement que possible car, au stade de début, le traitement a plus de chances d'être efficace, les lésions sont réversibles et les traitements « de fond » actuels peuvent limiter la progression de la maladie.

**Objectif :** Décrire les manifestations articulaires de début de la polyarthrite rhumatoïde des patients suivis à la consultation de rhumatologie du CHU d'Annaba.

**Patients et méthodes :** Étude longitudinale descriptive monocentrique ayant concerné les patients suivis en consultation de rhumatologie du CHU d'Annaba pour PR répondant aux critères ACR 1987 et ACR/EULAR 2010 de la classification des PR récentes.

**Résultats :** Notre étude a concerné 247 patients, 216 (87%) femmes et 31 (13%) hommes avec un sex ratio= 0.15. L'âge moyen de début de la PR était de 39 ans +/-12.8 ans avec des extrêmes allant de 15 à 78 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 15+/-9.9. La notion de facteur déclenchant de la PR est retrouvée dans 21% des cas.

La PR est survenue dans le post partum chez 21 patientes (8%), après un stress chez 8 patients (3%), en peri-ménopause chez 6 patientes (2%), d'autres facteurs sont aussi retrouvés tel qu'un effort physique, une infection et une intervention chirurgicale. La notion de PR familiale est retrouvée chez 17 patients (7%). La PR a débuté par une inflammation articulaire (arthrites) dans n=202 (82%) et par des arthralgies de type inflammatoire chez 45 patients (18%). Il s'agissait d'une polyarthrite chez 95 patients (37%), d'une oligoarthrite chez 69 patients (28%), d'une monoarthrite chez 38 patients (15%) et d'arthralgies inflammatoires chez 45 patients (18%). Le facteur rhumatoïde et les anti CCP étaient respectivement positifs dans 80% des cas.

**Conclusions :** La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie chronique invalidante, elle est la forme la plus courante des rhumatismes inflammatoires chroniques et elle pose un réel problème de santé publique. Le diagnostic de la PR est avant tout clinique et repose sur un faisceau d'arguments. Le diagnostic précoce doit être un souci pour le clinicien et doit faire discuter le diagnostic devant toute arthrite ou arthralgie de type inflammatoire qui persiste au-delà de 6 semaines. La précocité d'un bon diagnostic repose sur l'étroite collaboration entre le médecin généraliste et le rhumatologue.

>>> **Mots-clés :**

Polyarthrite Rhumatoïde. Début

## Abstract

**Introduction :** Rheumatoid arthritis (RA) is the most common form of chronic inflammatory rheumatism. It is present all over the world. The general prevalence of RA varies between 0.3 to 0.8% of the adult population in both sexes. RA may occur at any age but is more common between 40 and 60 years of age. The diagnosis of RA should be made as early as possible because, at the onset stage, treatment is more likely to be effective because the lesions are reversible and current «background» treatments may limit the progression of the disease.

**Goal :** To describe the joint manifestations of the beginning of rheumatoid arthritis of the patients followed at the rheumatology consultation of Annaba University Hospital.

**Patients and methods :** Longitudinal, monocentric, descriptive study involving patients attending the Rheumatology Clinic of the Annaba University Hospital for RA meeting the ACR 1987 and ACR / EULAR 2010 criteria for the classification of recent RA.

**Results :** Our study concerned 247 patients, 216 (87%) women and 31 (13%) men with a sex ratio = 0.15. The mean age of onset of RA was 39 +/- 12.8 years with extremes ranging from 15 to 78 years. The mean duration of RA progression was 15 +/- 9.9. The notion

of triggering factor of RA is found in 21% of cases. RA occurred in postpartum in 21 patients (8%), stressed in 8 patients (3%), perimenopause in 6 (2%) patients, other factors were also found, such as physical exertion, Infection and surgery. The notion of familial RA was found in 17 patients (7%). RA started with joint inflammation (Arthritis) in n = 202 (82%) and inflammatory arthralgia in 45 patients (18%). Arthritis was observed in 95 patients (37%), oligoarthritis in 69 patients (28%), monoarthritis in 38 patients (15%) and inflammatory arthralgia in 45 patients (18%). Rheumatoid factor and anti-CCP were respectively positive in 80% of cases.

**Conclusion :** Rheumatoid arthritis is a chronic, debilitating condition and is the most common form of chronic inflammatory rheumatism and poses a real public health problem. The diagnosis of RA is primarily clinical and is based on a set of arguments. Early diagnosis should be a concern for the clinician and should be discussed with any arthritis or inflammatory arthralgia that persists beyond 6 weeks. The precocity of a good diagnosis rests on the close collaboration between the general practitioner and the rheumatologist.

**>>> Key words :** Rheumatoid arthritis, beginning

## Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle est présente dans le monde entier. La prévalence générale de la PR varie selon les pays entre 0,3 à 0,8 % de la population adulte dans les deux sexes. La PR peut survenir à tout âge mais elle est plus fréquente entre 40 et 60 ans. Le diagnostic de la PR doit être fait aussi précocement que possible car, au stade de début, le traitement a plus de chances d'être efficace, les lésions sont réversibles et les traitements « de fond » actuels peuvent limiter la progression de la maladie<sup>[1-2]</sup>.

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]*)<sup>[1]</sup>. Ayant été développés à partir de cohortes et de cas d'arthrites débutantes, ils peuvent aider le clinicien pour le diagnostic des cas difficiles (tableau 1)<sup>[1-2]</sup>.

### Atteinte articulaire (0-5)

1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations (grosses articulations non comptées)	2
4-10 petites articulations (grosses articulations non comptées)	3
> 10 articulations (au moins 1 petite articulation)	5

### Sérologie (0-3)

FR négatif et ACPA négatif	0
FR faiblement positif (1 à 3 × normale) ou ACPA faiblement positif (1 à 3 × normale)	2
FR fortement positif (> 3 × normale) ou ACPA fortement positif (> 3 × normale)	3

### Durée des symptômes (0-1)

< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1

### Biologie inflammatoire (0-1)

CRP normale et VS normale	0
CRP anormale ou VS anormale	1

Tableau 1 : Critères ACR/EULAR 2010 de classification de la PR. Un score supérieur à 6 permet de classer le patient comme PR<sup>[1]</sup>

## Objectif :

Décrire les manifestations articulaires de début de la polyarthrite rhumatoïde dans une population de patient suivi au CHU d'Annaba.

## Patients et méthodes :

Étude descriptive longitudinale monocentrique comportant 247 patients, 216 femmes et 31 hommes sex-ratio (H/F)= 0.14.

## Critères d'inclusion :

Patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères ACR 1987 ou les critères ACR/ EULAR 2010 pour les polyarthrites rhumatoïdes récentes. L'âge  $\geq$  à 16 ans au moment de l'étude.

## Critères d'exclusion :

Âge  $<$  à 16 ans au moment de l'étude. D'autres rhumatismes inflammatoires. Arthrites indifférenciées.

## Résultats :

Notre étude comportait 247 patients, 216 (87%) femmes et 31(13%) hommes, sex-ratio= 0.14. l'âge moyen de début de la PR était de 39 ans  $\pm$ 12.8 ans avec des extrêmes allant de 15 à 78 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 15 $\pm$ 9.9. La notion de PR familiale est retrouvée dans 7% des cas. La PR est survenue entre 30 et 50 ans dans 56% des cas (tableau 2).

Âge (ans)	<20	[20-30[	[30-40[	[40-50[	[50-60[	$\geq$ 60
N	20	36	71	67	40	13
%	8	14	29	27	16	5

Tableau 2 : Âge de début de la PR

Un facteur déclenchant est retrouvé dans 21% (n=52) des cas. La PR est survenue dans le post partum dans 40% des cas, après stress dans 15 % des cas, en préménopause dans 11% des cas, après un effort dans 7% des cas, après une infection dans 5.6% des cas et après une intervention chirurgicale dans 2% des cas.

## Mode de début de la PR :

La PR a débuté par une arthrite dans 82 % des cas et des arthralgies de type inflammatoire dans 18% des cas (Tableau 3). La PR a débuté par un tableau de polyarthrite dans 37% des cas, les mains et les poignets sont atteints respectivement dans 87% et 57% des cas dans cette forme. Un début par une oligoarthrite est retrouvé dans 28% des cas, les mains sont atteintes dans 56.7% des cas et les poignets sont atteints dans 18% des cas. Le début par une monoarthrite est retrouvé dans 15% des cas, les articulations concernées étaient comme suit : l'épaule dans 18%, le coude dans 5% des cas, les poignets et les mains respectivement dans 16% des cas, le genou dans 23% des cas, la cheville dans 10% des cas et les pieds dans 5% des cas. Les autres articulations (la hanche, les temporo-maxillaires et le rachis cervical) n'étaient pas atteintes dans la forme monoarticulaire. L'atteinte rhizomélique a concerné principalement les épaules sans les hanches dans la forme oligoarticulaire dans 8% des cas et dans la forme monoarticulaire dans 18% des cas. L'âge moyen des patients dans cette dernière forme était de 34 ans avec des extrêmes allant de 17 à 56 ans.

Le facteur rhumatoïde et les anti-CCP étaient positifs dans 80% des cas.

Arthrites n=202 (82%)			Arthralgies n=45 (18%)
Polyarthrite n=95 (37%)	Oligoarthrite 69 (28%)	Monoarthrite 38 (15%)	

Tableau 3 : manifestations articulaires au début de PR

## Discussion :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique de l'adulte le plus fréquent et le plus grave. La PR est source potentielle d'un handicap important, dans les formes sévères notamment, qui peut également mettre en jeu le pronostic vital. La PR retentit globalement sur la qualité de vie, sur la capacité de travail et à long terme sur l'espérance de vie [1-2].

L'âge moyen de début de la PR dans notre étude est de 39 $\pm$ 12.8 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 15 $\pm$ 9.9 ans, ce qui se rapproche des études algériennes [3-4] (Tableau 4). Dans la cohorte espoir, l'âge moyen de début de la PR était de 50.3 ans [5].

Auteurs	Pays	Année	Étude	Âge moyen de début (ans)	Femmes (%)	Durée d'évolution
Sany Y et al [6]	France	1998	Transversale	47±14	//	10±9
Combe B [7]	France	2007	Longitudinale	48,1 ± 12,5	76.7	
Mansouri S [8]	Maroc	2013	Rétrospective	49±11	//	8±7
Acheli D [3]	Algérie	2014	Prospective	38.3±13.2	82.6	11.5±
Slimani S [4]	Algérie	2014	Rétrospective	40.9	//	
Krams T et col [5]	France	2017	Longitudinale	50,3 ans)	//	
Notre étude	Algérie	2017	Longitudinale	39±12.8	87	15±9.9

Tableau 4 : Âge de début de la PR et la durée d'évolution dans la littérature

Les tableaux cliniques inaugurant une PR sont multiples ; ils sont loin d'être toujours évocateurs de la maladie [9]. La polyarthrite rhumatoïde débute le plus souvent par une arthrite, oligo ou polyarthrite bilatérale, symétrique et « nue » [1-2], retrouvées dans 82% dans notre étude. Le tableau clinique est celui d'un rhumatisme inflammatoire, il s'agit de synovites dont le diagnostic est essentiellement clinique, par la présence d'un gonflement articulaire rénitent et tendu (arthrite) plutôt acroméliques, et touchant les petites articulations des mains et des pieds.

Cependant, il est parfois difficile de les mettre en évidence et, dans ce cas, l'échographie et l'IRM peuvent être d'un grand apport [10]. La PR peut débiter par une polyarthrite aiguë fébrile dans 10 à 15 % des cas [2], retrouvée dans 1.6% des cas dans notre étude. Il s'agit d'une polyarthrite aiguë fébrile avec altération de l'état général et fièvre supérieure à 38,5 °C.

D'autres manifestations cliniques peuvent être révélatrices [1-2-9] :

- Des arthralgies inflammatoires, mais sans signe clinique objectif ;
- Atteinte rhizomélique (atteinte prédominante de la ceinture scapulaire et du bassin) : plus fréquente après soixante-cinq ans. Dans notre étude, l'atteinte de l'épaule est retrouvée dans 5 % des cas des sujets jeunes (âge moyen est égal à 34 ans).
- Monoarthrite du poignet ou du genou ou ténosynovite isolée [A], dans notre étude la monoarthrite a concerné toutes les articulations sauf les hanches, les articulations temporo-maxillaires et le rachis cervical.
- Rhumatisme intermittent, non retrouvé dans notre étude, avec poussée monoarticulaire, très inflammatoire, d'évolution spontanément régressive en vingt-quatre à quarante-huit heures sans séquelle.

## Examens complémentaires :

### Données biologiques :

#### Syndrome biologique inflammatoire.

Il existe dans 90 % des cas un syndrome inflammatoire non spécifique, avec augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire (VS), et/ou de la C reactive protein (CRP). La normalité de ces examens n'élimine toutefois pas le diagnostic [1-10].

#### Facteur rhumatoïde

Le FR est présent dans 80 à 85 % des cas. La spécificité du FR varie en fonction du contexte clinique ; elle est forte en présence d'un tableau de polyarthrite, faible en son absence.

#### Anticorps anti peptides citrullinés (*anti-citrullinated peptides antibodies*)

Ce sont les anti-citrullinated peptides antibodies (ACPA). Ils sont retrouvés dans environ 70 % des PR séropositives pour le FR et 20 à 45 % des PR séronégatives. Au cours de la PR, la sensibilité de ce test varie de 20 à 90 % et la spécificité de 73 à 99 %. Les anticorps anti-CCP ont une sensibilité de l'ordre de 60 à 70 %, meilleure que les tests d'immunofluorescence. Les anticorps anti-CCP ont également une valeur pronostique [1].

#### Anticorps antinucléaires

La recherche des anticorps antinucléaires (AAN) doit être systématique au cours de la PR au début, notamment pour éliminer une éventuelle maladie lupique. On trouve dans la PR des AAN dans 15 à 30 % des cas, à un titre généralement assez faible.

#### Examen radiographique [1-2]

Le bilan radiographique initial est utile comme point de référence. Il n'y a pas à ce stade, sauf exception, de modifications radiographiques spécifiques.

L'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) articulaires apparaissent plus sensibles que l'examen clinique pour détecter précocement la synovite articulaire et plus sensible que la radiographie standard pour détecter les premières érosions osseuses. De plus, l'IRM précoce pourrait avoir un intérêt pronostique. L'œdème articulaire pourrait prédire la destruction articulaire ultérieure. Les images observées nécessitent cependant encore d'être validées notamment dans les arthrites débutantes pour pouvoir être recommandées en pratique courante. De plus, l'échographie ostéo-articulaire est très opérateur-dépendant et nécessite un appareillage performant, et l'accessibilité de l'IRM reste encore difficile.

## Conclusion :

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie chronique invalidante, elle est la forme la plus courante des rhumatismes inflammatoires chroniques et elle pose un réel problème de santé publique.

Le diagnostic de PR doit être évoqué devant certains signes cliniques tels qu'un gonflement articulaire (arthrite clinique), une raideur matinale de plus de 30 min, une douleur à la pression transverse des mains ou des avant-pieds ; confirmé par des examens biologiques (vitesse de sédimentation, C-réactive protéine, anticorps anti-protéines citrullinés (ACPA), facteurs rhumatoïdes) et d'imagerie (radiographies ± échographie), après avoir éliminé les diagnostics différentiels<sup>[15]</sup>.

Faire un bon diagnostic précoce de la PR est une nécessité pour traiter au plus vite les patients susceptibles d'évoluer péjorativement sur le plan articulaire et fonctionnel. Les nouveaux critères de classification établis en 2010 ont pour objectif de cibler les patients à traiter au plus vite<sup>[16]</sup>.

La précocité d'un bon diagnostic repose sur l'étroite collaboration entre le médecin généraliste et le rhumatologue.

## Bibliographie :

1. Combe. B, Lukas. C, Morel. J. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte : épidémiologie, clinique et diagnostic. Le Manuel du Résident Rhumatologie, édition tsunami, 2017,
2. COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie, « Polyarthrite rhumatoïdes », Université Médicale Virtuelle Francophone ,2010-2011,p.2-30.
3. Achueli D et all. Les anticorps anti-protéines citrullinés et la et la polyarthrite rhumatoïde : quelles sont les caractéristiques de la PR avec ACPA chez les patients algériens. Douera- Algérie 2012
4. Slimani S, A. Abbes, A. Ben Ammar, D. Kebaili, El Hadi Ali, F. Rahal, M. Choukri Khamari, A. Baltache, I. Khider, R. Chiheub, K. Khelif, S. Akbi, S.Rahmani, C. Dahou, N. Brahimi Mazouni, S.Benmadi, A.Ladjouze Rezig. «Characteristics of rheumatoid arthritis in Algeria: a multicenter study », 2014,p.1-5.
5. Krams T et al. Effet de l'âge d'apparition de la polyarthrite rhumatoïde sur l'évolution clinique, radiographique et fonctionnelle : la cohorte ESPOIR. Revue du Rhumatisme, Available online 5 April 2017,
6. Sany
7. Combe B et al. / Revue du Rhumatisme 74 (2007) 838-844
8. Mansouri S. Prévalence du syndrome métabolique au cours de la polyarthrite rhumatoïde et son association avec l'activité et la sévérité de la maladie, Mémoire pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine. Faculté de médecine et pharmacie de Fès, Maroc 2013.
9. Bezza A, Imad Ghoulani, Asmaa Rezqi, Lahsen Achemlal, Aziza Mounach, Abdellah El Maghraoui. Diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde récente. Rev Mar Rhum 2012;19:10-3.
10. Rahal F et al. Batna J Med Sci 2014;1:12-17
11. Visser H. Early diagnosis of rheumatoid arthritis. Best Prac Res Clin Rheumatol 2005;19:55-72.
12. Combe B. Faut-il traiter de façon agressive une polyarthrite débutante? Rev Rhum 2004;71:854-9.
13. S. Slimani, et al. Characteristics of rheumatoid arthritis in Algeria: a multicenter study »,2014,p.1-5.
14. Sany J. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte : conception actuelle. John Libbey Eurotex, 2003 pp298.
15. C. Gaujoux-Viala et al. / Revue du rhumatisme 81 (2014) 303-312
16. Badot V. Diagnostic précoce de la polyarthrite rhumatoïde Rev Med Brux 2014 ; 35 : 215-22

# Abonnez-vous !

Inscription **gratuite\*** sur le site

**www.el-hakim.net**

(\*) : exclusivement réservé aux professionnels de la santé

# destination you™

Une nouvelle voie  
en perspective

Plus de souplesse  
et d'agilité

Moins de douleurs  
et de symptômes

NWAHUR170270

## Les résultats sont là, les rêves redeviennent possibles

**Spondyloarthrite axiale - Spondylarthrite ankylosante (SA) :** Humira® est indiqué pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. **Spondyloarthrite axiale sans signes radiographiques de SA :** Humira® est indiqué dans le traitement de la spondyloarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

abbvie

 **HUMIRA**<sup>®</sup>  
adalimumab  
destination you™