

PANORAMA DES ARTHROPATHIES INFLAMMATOIRES A LIBREVILLE

Analyse d'une série de 57 observations

J.R. NZENZE, E. BELEMBAOGO, C. MAGNE, A. S. SANOU, S. CONIQUET, J. R. MOUSSAVOU-KOMBILA,
J.B. BOGUIKOUA

RESUME

Buts : A partir d'une série rétrospective de 57 observations colligées sur une période de 5 ans et concernant des patients hospitalisés, nous avons pour la première fois voulu établir un panorama diagnostique des arthrites au Gabon.

Résultats : Les arthropathies inflammatoires représentent 2,34% des hospitalisations. Elles touchent surtout les hommes (70%), avec une moyenne d'âge de 42,6 ans. Le genou était l'articulation la plus fréquemment atteinte, toutes étiologies confondues. Les arthrites métaboliques avec la goutte représentaient la première cause (31,6%), suivies des maladies de système (17,5%), des arthrites réactionnelles (16%) et des arthrites septiques (12,25%). 7% d'arthrites étaient non étiquetées.

L'amélioration des outils de diagnostic paraclinique devrait aider à une meilleure identification de cette pathologie caractérisée par sa grande diversité.

Mots clés : arthrites , diagnostic, Gabon.

INTRODUCTION

Au Gabon comme dans nombre de pays subsahariens les arthropathies inflammatoires restent assez peu étudiées au contraire de l'occident où ces affections suscitent de nombreux travaux notamment en recherche fondamentale (1, 2, 3). Le déficit en moyens d'investigation sous nos latitudes pourrait en être une explication mais non exclusive.

Le but de ce travail était de rapporter à travers l'analyse rétrospective de 57 observations, le profil épidémiologique des arthrites dans notre pays en précisant leur fréquence, les étiologies retrouvées dans le cadre d'un service de médecine polyvalente.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons revu de façon rétrospective tous les dossiers de patients hospitalisés dans le service de médecine A du Centre Hospitalier de Libreville pour arthrite d'évolution aiguë ou chronique. Cette étude concernait une

période de 5 ans allant de janvier 1992 à décembre 1997.

Ont contribué à l'identification des arthrites :

- l'aspect clinique des articulations et les données anamnestiques.
- les données biologiques (vitesse de sédimentation, élévation des autres protéines de l'inflammation lorsque disponibles : fibrine, crp, alpha 2 globulines).

Le diagnostic étiologique faisait appel à la confrontation clinico-bio-radiologique.

Les tests immunologiques tels : facteurs rhumatoïdes, anticorps antinucléaires, antistreptolysines, sérologies virales (VIH, VHB, chlamydiae) étaient pris en compte de même que l'analyse du liquide articulaire lorsqu'une ponction avait été réalisée. L'ensemble des paramètres diagnostiques étaient répertoriés sur fiche de recueil de données comportant divers items (état civil, délai diagnostique, topographie des atteintes, signes systémiques associés, durée d'hospitalisation).

Le diagnostic d'arthrite infectieuse était retenu sur une anamnèse évocatrice, la notion d'une porte d'entrée, la réponse favorable à une antibiothérapie probabiliste faute de bactériologie fiable.

Travail du service de médecine interne A, (Pr J B Boguikouma)
Centre hospitalier de Libreville - B.P. 228 - GABON

Panorama des arthropathies...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (10)

Pour les arthrites réactionnelles, les critères d'AMOR étaient utilisés. En faveur d'une arthrite métabolique on notait le passé goutteux, l'habitus, l'hyperuricémie. Le diagnostic des connectivites répondait aux critères de l'ACR (American College of rheumatology) pour chacune d'entre elles.

RESULTATS

A) Données épidémiologiques

Prévalence incidence : sur 2434 patients hospitalisés dans le service pour la période de l'étude, 65 (2,67 %) l'étaient pour une arthropathie inflammatoire. Seuls 57 dossiers ont pu être analysés. L'incidence était de 11,5 nouveaux cas par an.

Age, sexe : l'âge moyen des patients était de 42,6 ans pour des extrêmes de 12 et 78 ans. On dénombrait 40 hommes pour 17 femmes soit de 0,43.

Origine géographique : 52 patients (94%) vivaient en zone urbaine.

Conditions socio-économiques : la grande majorité des patients étaient de condition modeste (81 %). Habitus : un éthyisme chronique concernait 26 patients (36 %) et était souvent associé à une alimentation riche en gibier.

B) données cliniques

Délai diagnostique : la durée moyenne entre le début des symptômes et le diagnostic était de 10 mois avec des extrêmes de 3 jours à 7 ans.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 23,5 jours.

Mode évolutif et topographie des atteintes : 39 patients avaient une arthrite aiguë (68,5%) et 18 (31,5%) une arthrite chronique.

Les monoarthrites concernaient 11% des patients, les oligoarthrites 35%, les polyarthrites 54%.

Quelle que fut la présentation clinique, le site inflammatoire le plus souvent touché était le membre inférieur et singulièrement le genou (61% des cas). L'atteinte de l'axe pelvirachidien était retrouvée chez 1% des patients.

Les signes systémiques associés comportaient : des

trophie 6 patients (10,5%), une fièvre prolongée; 17 patients (30 %), des nodules rhumatoïdes ; 1 patient, un phénomène de Raynaud; 1 cas, une parotidite bilatérale ; 1 cas, une pulpite des doigts et un vitiligo chez 2 patients.

C) Aspects étiologiques

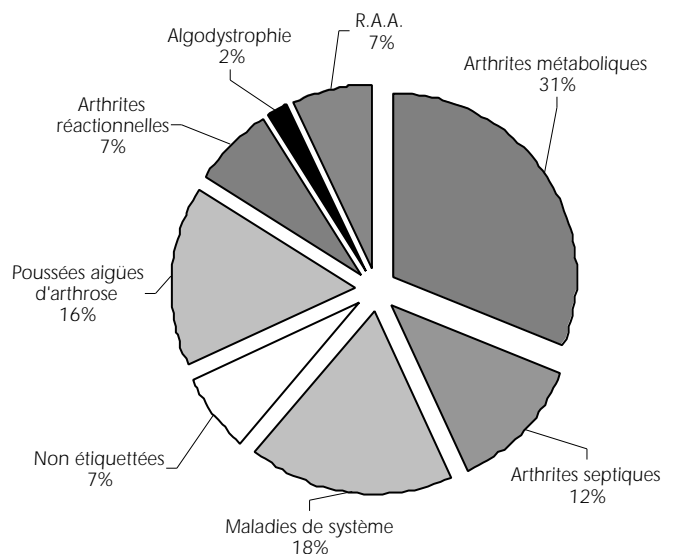
Pour les monoarthrites on dénombrait : 2 cas de goutte, 2 cas de poussée aiguë d'arthrose, 1 cas de spondylodiscite communautaire, 1 cas de monoarthrite septique. Pour ces deux derniers patients le germe n'avait pu être identifié.

Pour les oligoarthrites on retrouvait : la goutte : 7 cas (12,5%) ; arthrites réactionnelles : 6 cas (10,5%) dont un sujet VIH positif; arthrites septiques : 3 cas (5%) dont 2 fois le staphylocoque doré ; 1 cas de mal de Pott ; une poussée aiguë d'arthrose. Dans 2 cas, l'arthrite était indéterminée.

Pour les polyarthrites on notait : 9 cas de goutte polyarticulaire (16%) ; 7 cas de polyarthrite rhumatoïde (12,5%) ; 7 cas de polyarthrite d'allure réactionnelle ; 2 syndromes de Gougerot Sjogren primitifs; 2 cas d'arthrite indéterminée.

La figure n°1 indique la répartition des arthrites selon leurs étiologies.

Figure n°1 : Répartition des arthrites selon leur étiologie



DISCUSSION

En dépit de quelques biais méthodologiques liés à l'effectif réduit de notre série, à la sélection hospitalière, au sous-équipement de nos laboratoires, il apparaît que les arthropathies inflammatoires représentent un motif d'hospitalisation relativement faible dans notre série (2,34%) comparativement aux régions voisines (16% au Cameroun) 5.

La prédominance masculine (70 %) est retrouvée par d'autres auteurs d'Afrique centrale et de l'ouest (6,7) alors que l'âge moyen (42,6 ans) de nos patients semblait plus élevé. Dans notre étude, près de 2/3 des patients avaient un âge compris entre 20 et 50 ans. Cette jeunesse relative n'est que le reflet de la démographie générale d'un pays en voie de développement. Au plan clinique, le long délai diagnostique observé (10 mois), témoigne du retard à la consultation et s'explique par nombres de raisons par ailleurs retrouvées pour d'autres pathologies. Il s'agit principalement du recours fréquent à la médecine traditionnelle où la maladie porte une forte charge mystico-religieuse ; du manque de moyens financiers limitant l'accès aux soins ; du mauvais aiguillage des patients vers des services inadéquats facteur d'errance diagnostique. Plus de la moitié des patients présentait une atteinte polyarticulaire, le genou étant souvent touché (61 %) toutes étiologies confondues.

Au plan étiologique, les arthrites métaboliques, notamment la goutte, représentait la première cause (31,6%). La fréquence de cette affection a été également rapportée dans d'autres régions d'Afrique noire (7, 8, 9), ce qui, à l'instar de Rosenberg (10), nous montre qu'il ne s'agit plus d'une «maladie de riche». Dans notre série, la goutte touchait surtout l'homme d'âge mur (48 ans). La présentation volontiers oligo ou polyarticulaire pourrait s'expliquer par le retard diagnostique (9). Une hyperuricémie contemporaine du diagnostic était quasi-constante alors que la recherche de cristaux d'acide urique dans le liquide articulaire lorsqu'elle était pratiquée (14% des cas) n'était pas contributive. L'intérêt de la ponction articulaire dans ce contexte est également d'éliminer une arthrite septique dont l'association n'est pas rare (11).

Pour notre part, la goutte doit rester un diagnostic d'élimination du fait de l'implication possible d'arthropathies de mécanismes différents (12, 13, 14). Les arthrites des maladies systémiques représentaient 10 patients. Pour 7 d'entre eux, il s'agissait de polyarthrite rhumatoïde chez des patients d'âge moyen de 42 ans. La rareté de la PR en Afrique noire nous paraît être une notion relative (15, 16, 17, 18), le diagnostic pouvant rester longtemps méconnu avec par ailleurs une grande disparité géographique (7). Sa présentation clinique et radiologique dans notre pratique n'offre pas de spécificité, les malades étant souvent vus au stade de destruction articulaire. Dans ces conditions, la sérologie rhumatoïde perd de son utilité (19). La rareté des autres connectivites a été également retrouvée dans notre série (20, 21). Les arthrites réactionnelles aux maladies sexuellement transmissibles étaient plus fréquentes par rapport à la porte d'entrée digestive plus documentée en Afrique de l'ouest (22). Le caractère rétrospectif de ce travail n'a pas permis de préciser la part de l'infection à VIH dans cette étiologie. La fréquence élevée des arthrites septiques dans notre sous-région Afrique centrale (5,9) n'est pas retrouvée dans notre série. De même que la rareté relative du rhumatisme articulaire aigu (7%) nous paraît tenir surtout d'un biais de recrutement. Seuls 4 patients présentaient une arthropathie inflammatoire d'étiologie indéterminée, des chiffres plus élevés ont été notés dans d'autres séries (9,5).

CONCLUSION

Les arthropathies inflammatoires représentent un groupe d'affections hétérogènes relativement fréquentes dans notre pratique mais vraisemblablement sous-estimées. La prédominance masculine et la jeunesse des patients ne sont pas sans conséquence socio-économique. Le diagnostic doit avant tout se baser sur une rigueur d'analyse clinique compte tenu de nos limites en outils d'investigations complémentaires. Si la goutte semble dominer les étiologies, elle ne doit pour autant pas masquer et faire négliger d'autres pathologies de façon à mieux cerner l'épidémiologie de ces affections dans notre pays.

Panorama des arthropathies...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (10)

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - GUERNE P A
Rôle de l'interleukine 1 dans l'arthrose.
Rev. prat, 1998 ; 48 : 13-15.
- 2 - GUERNE P A
Les mécanismes de l'inflammation microcristalline.
Rev. prat. 1994 : 161-167.
- 3 - HEINRICH P, CASTELL J V, ANDUS T
Interleukine 6 and the acute phase response.
Biochem j. 1990 ; 265 : 621-636.
- 4 - MEIGNANT F, CUNET T, CHAPALAIN J C, VION
Mise en évidence de l'étiologie infectieuse des arthrites réactionnelles : techniques et résultats.
Médecine et Armées 1992 ; 20 : 567-571
- 5 - FABRESSE F, NDAM, OBOUNOU A.
Le point sur les affections rhumatologiques à l'hôpital central de Yaoundé - Cameroun.
Monographie réalisée par les Laboratoires Pfizer 1989.
- 6 - BLANCBE P, SARAUX A, TAE LMAN H, SICARD B, MENKES C J.
Arthrites au cours de l'infection par le VIH étude rétrospective menée au RWANDA sur 76 cas.
Press. méd 1993 ; 22 : 1128-1132.
- 7 - MIJAWA MEKOUÉVI K, ADETCHESSI T, AMEDEGNATO D M, WEIL B
Etiologies des polyarthrites chroniques à Lomé (Togo).
Rev. rhum. 1994 ; 61 : 29-35.
- 8 - JEANDEL P, SANGA P, FANKAM R, KOUADAZEH A.
Les arthropathies inflammatoires au Cameroun. Etude prospective de 122 observations.
Med. Afr Noire 1988 ; 35 : 836-845.
- 9 - BILECKOT R, NTSIBA H, OKONGO D, OGNAMI J B.,
Le diagnostic des arthrites en Afrique noire. A propos de 473 cas au Congo.
Rev. rhum. 1994 ; 61 : 260-265.
- 10 - ROZENBERG S, BOURGEOIS P.
Que reste-t-il de la goutte en 1993 ?
Rev. Prat, 1994 ; 44 : 2.
- 11 - GHEZAH M, DUMONT D, BOISSIER M C
Les pièges cliniques du diagnostic des arthrites microcristallines.
Rev. Prat 1994 ; 44(2) : 171-173.
- 12 - BAER P, TENEN J, FAM A G, LITTLE H
Coexistent septic and crystal arthritis report of four cases and literature review.
J Rheumatol 1986 ; 13 : 604-607.
- 13 - DIEDP P A, DOYLE D V, HUSKINSSON E C, WILLOV GABY, CROKER P R :
Mixed crystal deposition disease and osteoarthritis.
Br. med J. 1972 ; 150 : 125-127.
- 14 - GOOD A E, RAPP R .
Chondrocalcinosis of the knee with foot and rheumatoid arthritis.
N. Eng. J. med. 1967 ; 277 : 286-290.
- 15 - BILECKOT R, NTSIBA A, MBONGO J A, MASSON C, BREGEON C.
Les affections rhumatismales en milieu hospitalier au Congo.
Sem. Hôp Paris 1992 ; 58 : 282-285.
- 16 - HOLLIGAN S, BIRREL F, ADEBAJO W.
Low prevalence of rheumatoid arthritis in a rural population (abstract)
Br J Rheumatol 1991 ; 30(suppl 1).
- 17 - GREENWOOD B M
Polyarthritides in western Nigeria Rheumatoid arthritis.
Ann. Rheum. Dis. 1969 ; 28 : 488-496.
- 18 - LELEU J P, DEXEMPLE P, SOUBEYRAND J, BEDA Y B.
La polyarthrite rhumatoïde de l'adulte en Afrique tropicale. A propos de 50 observations en Côte d'Ivoire.
Rev. Rhum. Mal. Ostéoartic. 1983 ; 50 : 195-203.
- 19 - DOUGADOS M.
Diagnostic de la PR au début.
Rev. Prat 1997 ; 47:1998-2004
- 20 - KA M M, DIALLO S, POUYE A, BA M, DIOP T M, BAO O.
Manifestations révélatrices et retard diagnostic au cours du lupus systémique : à propos d'une série dakaroise de 30 observations.
Sem. Hôp. Paris 1997 ; 73 : 1057-1061.
- 21 - MISIJAWA M, AMANGA K, ONIANKITAN O I, PITCHE P, TCHANGAI-WALLA
Les connectivites en consultation hospitalière à Lomé (Togo).
Rev. Méd. Inteme 1999 ; 20 : 13-17.
- 22 - KOFFI ETCHUA E.
Contribution à l'étude des arthrites réactionnelles en milieu hospitalier ivoirien à propos de 21 cas.
Thèse de Doctorat en médecine 1990 ; n°1098 - Abidjan (Côte d'Ivoire)