

## Évaluation des données épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la polyarthrite rhumatoïde en Guinée : Données du registre 2018 - 2022

### Evaluation of epidemiological, clinical and paraclinical data of Rheumatoid arthritis in Guinea: Registry year 2018 - 2022

Kaba Condé<sup>1</sup>, Florent Adjakou<sup>1</sup>, Abdoulaye Barry<sup>1</sup>, Adama Bah<sup>1</sup>, Moriba Touré<sup>1</sup>, Aly Badra Kamissoko<sup>1</sup>, Fodé Abass Cissé<sup>2</sup>

1. Service de rhumatologie, CHU Ignace-Deen, université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.
2. Service de neurologie, CHU Ignace-Deen, université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

#### RÉSUMÉ

**Introduction:** La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique, destructeur qui est rapportée chez les populations d'origine africaine. C'est une pathologie multifactorielle dont l'étiologie est inconnue. Sa prévalence et son incidence varient selon la répartition géographique. Ainsi, l'objectif de cette étude était d'évaluer les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la PR en Guinée avec un registre de 2018 à 2022.

**Méthode:** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les registres de cas de PR entre janvier 2018 et décembre 2022 dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry. Ont été inclus dans cette étude, tous les cas reportés dans le registre, diagnostiqués de PR pendant la période d'étude et dont le diagnostic a été retenu selon les critères de l'ACR et EULAR 2010. Pour chaque patient, nous avons colligé les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R (version 4.4.2). Une approbation du protocole d'étude par le comité d'éthique du CHU Ignace Deen a été obtenue avant la mise en place de l'étude.

**Résultats :** Pendant la période d'étude nous avons colligé 528 cas de PR sur 4213 observations soit une fréquence hospitalière de 12,5%. On notait 433 (82%) femmes avec un âge moyen de 47,3 ans. Le nombre d'articulations douloureuses était en moyenne de 8 [4-28] et celui des articulations gonflées étaient de 2 [2-20]. Les facteurs rhumatoïdes étaient positifs dans 396 cas (75%) tandis que les anticorps anti-CCP étaient positifs chez 380 cas (72%). Avec le DAS28, la rémission a été notée chez 53 patients (10%), l'activité était faible dans 137 cas (26%), modérée dans 259 cas (49%) et forte dans 79 cas (15%). La qualité de vie a été évaluée par le score HAQ dont la valeur moyenne était de 48 sur 60 [0-60].

**Conclusion :** La PR touche majoritairement les femmes avec un âge moyen de 47 ans. Le délai diagnostique est long, l'activité modérée est prédominante, et les facteurs rhumatoïdes ainsi que les anticorps anti-CCP sont fréquemment positifs. Ces résultats soulignent la nécessité d'une détection précoce et d'une meilleure prise en charge des patients.

**Mots clés :** Epidémiologie, Polyarthrite rhumatoïde, Rhumatisme chronique, Impact fonctionnel, Guinée

#### ABSTRACT

**Introduction:** Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, destructive inflammatory rheumatic disease reported in populations of African origin. The aim of this study was to evaluate the epidemiological, clinical and paraclinical data of RA in Guinea with a registry from 2018 - 2022.

**Method:** This was a longitudinal, retrospective study conducted in the rheumatology department of CHU Ignace Deen between January 2018 and December 2022. The diagnosis of RA was based on the ACR and EULAR 2010 criteria.

**Results :** During the study period we collected 528 cases of RA out of 4213 observations (12.5%). There were 433 (82%) women with an average age of 47.3 years. The average number of painful joints was 8, ranging from 4 to 28, and the average number of swollen joints was 2 (ranging from 2 to 20). Rheumatoid factors were positive in 396 (75%) of cases, while anti-CCP antibodies were positive in 380 (72%) of patients. With DAS28, remission was noted in 53 (10%) of our patients, activity was low in 137 (26%) of cases, moderate in 259 (49%) and high in 79 (15%). Quality of life was assessed by the HAQ score, the mean value of which was 48 out of 60 (range 0 to 60).

**Conclusion:** Rheumatoid arthritis is the most common form of arthritis in Guinea. It mainly affects housewives, with significant functional repercussions.

**Key words :** Rheumatoid arthritis, Register, Guinea

#### Correspondance

Kaba Condé

Service de rhumatologie, CHU Ignace-Deen, université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

Email: Condekba95@yahoo.fr

## INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune inflammatoire évoluant par poussées et caractérisée par une réponse inflammatoire exagérée au niveau de la membrane synoviale avec un potentiel de destruction ostéoarticulaire [1–3]. C'est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques [1]. C'est une pathologie multifactorielle dont l'étiologie est inconnue [4–6]. Des études ont rapporté que plusieurs facteurs notamment génétiques, environnementaux, hormonaux sont impliqués dans le processus d'apparition de la PR [2,5]. Cette maladie affecte préférentiellement les femmes que les hommes, en péri-ménopause d'âge moyen entre 35 et 55 ans avec une altération de la qualité de vie [1,7,8].

Les données sur l'épidémiologie de la PR restent variables selon sa répartition géographique. Sa prévalence et son incidence à travers le monde sont controversées. L'incidence annuelle de la PR dans la population européenne et nord-américaine est estimée entre 25 et 50/100 000 habitants et la prévalence à 0,5 à 1,0 % [5,9]. En France cette prévalence a été estimée à 0,31 % avec une prévalence de 0,51 % chez les femmes et 0,09 % chez les hommes [10].

Quelques études épidémiologiques rapportent une fréquence moins élevée de la PR dans les populations d'origine africaine [10,11]. Au Niger, Garba et al dans une étude en 2020 avaient rapporté une prévalence de 2,17% [7]. En Guinée, la prévalence de la PR dans une étude antérieure était de 0,09% [12]. Ainsi, l'objectif de cette étude était d'évaluer les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques de la PR en Guinée avec un registre de 2018 à 2022.

## METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen entre janvier 2018 et décembre 2022. La Guinée est un pays de l'Afrique de l'ouest, constitué d'un seul service de rhumatologie et de cinq rhumatologues pour une population de 13.000.000 d'habitants. L'étude a porté sur les données du registre hospitalier où tous les patients atteints de PR ont été répertoriés. Ont été inclus dans cette étude, tous les cas répertoriés dans le registre, diagnostiqués de PR pendant la période d'étude et dont le diagnostic a été retenu selon les critères de l'ACR et EULAR 2010. N'ont pas été inclus les patients diagnostiqués d'autres pathologies rhumatismales et notifiés dans le registre. Les cas de PR décédés pendant la période d'étude, ont été exclus de l'étude.

Pour chaque observation, les données suivantes ont été analysées :

→ Sociodémographiques : le sexe, l'âge, la provenance en fonction des 8 régions de la Guinée (Conakry, Kindia, Boké, Mamou, Labé, Faranah, Kankan, N'zérékoré) (Figure 1), la profession (ménagère, fonctionnaire, commerçant, élève/étudiant, cultivateur, ouvrier), le niveau d'étude (école coranique, primaire, secondaire, supérieur, non

scolarisé, non précisé), les habitudes (tabagisme, alcool) les comorbidités (notion de rhumatisme familial, diabète, HTA)

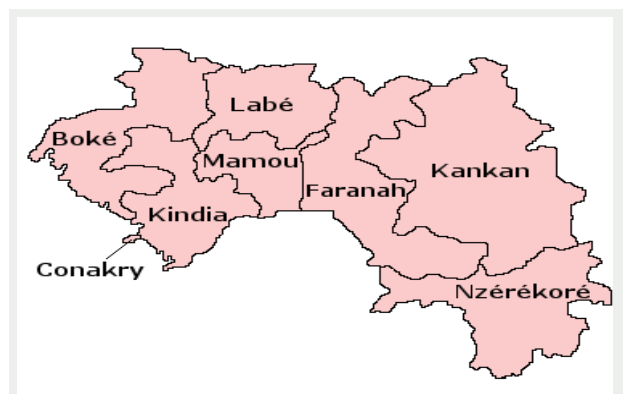
→ Données cliniques : le délai diagnostique (représentant le délai entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic de la maladie), le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations gonflées, le dérouillage matinal, le nombre de réveils nocturnes, la présence de déformations articulaires (coup de vent cubital, boutonnière, pouce en Z, col de cygne, doigts en maille, nodules rhumatoïdes), l'intensité de la douleur évaluée par l'EVA (faible : 0 à 3, modérée : 4 à 5, intense : 6 à 7, forte : supérieur à 7), les manifestations extra-articulaires (cutanées, digestives, pulmonaires, rénales, ophtalmiques), les complications, l'association à d'autres maladies rhumatismales (goutte, arthrose, Sjogren, spondylarthrite ankylosante, lupus, syndrome des anti phospholipides, vitiligo...), l'activité de la maladie a été évaluée par le DAS-28 (Disease Activity Score) tandis que l'impact de la maladie a été évalué par le RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease) (Tableau 1).

**Tableau 1.** Score d'évaluation de l'activité de la maladie (DAS 28) et de l'impact sur la qualité de vie des patients (RAID)

Score DAS 28	Score RAID
< 2,6 : Rémission	0-3 : Impact faible de la maladie
Entre 2,6 et 3,2 : Activité faible de la maladie	4-6 : Impact modéré de la maladie
Entre 3,2 et 5,1 : Activité modérée de la maladie	7-10 : Impact élevé de la maladie
> 5,1 : Activité élevée de la maladie	

→ Données paracliniques :

- Biologies: Vitesse de sédimentation (VS), C Reactive Proteine (CRP)
- Immunologies: facteur rhumatoïde (FR), anticorps anti peptide cyclique citrulliné, anticorps antinucléaire (anti-CCP), anticorps anti-extractable calf thymus (anti ECT).
- Les données radiologiques: radiographie standard des mains/poignets (face, profil), avant-pieds (face, profil ¾). Les signes radiologiques ont été utilisés en fonction de la classification de SHARP modifiée par Van Der Heijden.



**Figure 1.** Carte des huit régions de la Guinée.

Pour l'analyse de ces données, nous avons effectué une analyse univariée et bivariée de l'ensemble des données. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme

de proportion et celles quantitatives sous forme de moyenne, médiane, +/- écart type. Nous avons utilisé à cet effet le logiciel R (version 4.4.2).

Tous les patients ont signé un formulaire de consentement éclairé avec l'accord du comité d'éthique du CHU Ignace Deen et l'anonymat des patients a été conservé.

## RÉSULTATS

Pendant la période d'étude nous avons colligé 528 cas de PR sur 4213 patients hospitalisés soit une fréquence hospitalière de 12,5%. On notait 433 femmes (82%) et 95 hommes (18%), d'âge moyen de 47,3 ans [21-86]. La tranche d'âge la plus touchée était de 38 à 55 ans (45%). La majorité de nos patients provenait des régions de Conakry (41%), Labé (33%) (Figure 2).

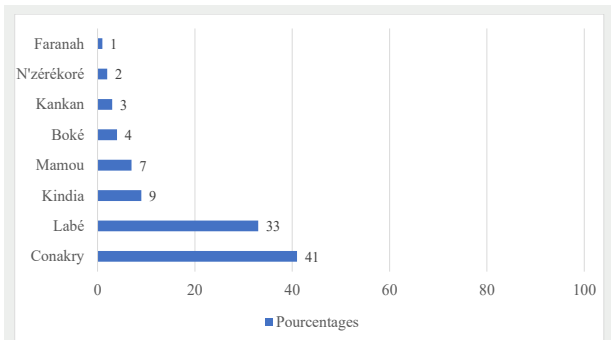


Figure 2. Répartition géographique des patients

Les ménagères (45,5%) et les patients non scolarisés (39,3%) étaient les plus représentés (tableau 2).

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Variables	N(%)
<b>Age moyen</b>	47,3 ans [21-86]
<b>Sexe</b>	
Homme	95(18)
Femme	433(82)
<b>Professions</b>	
Ménagère	239(45,3)
Fonctionnaire	80(15,2)
Commerçant	51(9,6)
Elève/Étudiant	34(6,4)
Cultivateurs	25(4,7)
Ouvrier	98(18,6)
<b>Niveau d'étude</b>	
Non scolarisé	208(39,3)
Niveau secondaire	68(12,8)
Niveau supérieur	72(13,7)
Niveau primaire	70(13,3)
Coranique	13(2,4)
Non précisé	98(18,5)
<b>Habitudes</b>	
Tabac	69(13)
Alcool	21(4)

Parmi les comorbidités, on notait une prédominance de l'HTA (222 cas) et du diabète (121 cas). Le délai diagnostique moyen était de 7 ans [1-11]. Le nombre

d'articulations douloureuses était en moyenne de 8 [4-28] et celui des articulations gonflées étaient de 2 [2-20]. Le dérouillage matinal moyen était de 45 min [30 minutes-2 heures]. On notait un réveil nocturne chez 516 patients qui était en moyenne de 2 fois [0 à insomnie]. Les déformations en boutonnières étaient les plus retrouvées dans 296 cas (56%) suivies des déformations en coup de vent cubital dans 169 cas (32%) (Tableau 3).

Tableau 3. Description de la symptomatologie articulaire

Arthrites	Effectifs (%)	Moyenne
Polyarthrite	502 (95)	
Déformante	396 (75)	
Symétrique	491 (93)	
Nombre d'articulations douloureuses	518	8 [4-28]
Nombre d'articulations gonflées	502	2 [2-20]
Dérouillage matinal	525	45min [30min-2h]
Réveil nocturne	516	2 fois [0-insomnie]
<b>Déformations</b>		
Dos de chameau	63 (12)	
Aspect fusiforme	32 (6)	
Coup de vent cubital	169 (32)	
Col de Cygne	148 (28)	
Boutonnière	296 (56)	
Maillet	111 (21)	
Pouce en Z	100 (19)	
Orteils en griffe	2 (11)	
Hallux valgus	3 (16)	
Flessum	53 (10)	

La douleur était intense chez 68% des patients avec une EVA moyenne de 6,5 [3-10]. Les manifestations extra-articulaires étaient dominées par les nodules rhumatoïdes dans 79 cas (15%). Parmi les complications, la PR était responsable d'une ankylose dans 253 cas (48%), d'alopécie dans 63 cas et de myalgies dans 53 cas (tableau 4).

Tableau 4. Manifestations extra-articulaires et complications de la PR

Manifestations extra-articulaires et complications	N (%)
<b>Manifestations extra-articulaires</b>	
<b>Cutanéo-muqueuses</b>	
Nodules rhumatoïdes	79 (15)
<b>Manifestations cardiaques</b>	
Myocardite	1(0,2)
<b>Manifestations vasculaires</b>	
Phénomène de Raynaud	3(0,6)
<b>Manifestations pleuropulmonaires</b>	
Pneumopathie interstitielle	11 (2,1)
Fibrose pulmonaire	2 (0,4)
<b>Manifestations ophtalmologiques</b>	
Sclérite	1 (0,2)
Episclérite	3 (0,6)
<b>Complications</b>	
Alopécie	63 (12)
Myalgie	53 (10)
Hématurie	1 (0,2)
Maladie rénale chronique	1 (0,2)
Polyneuropathie	5 (1)
Accident vasculaire cérébral	1 (0,2)

Les pathologies associées étaient dominées par le syndrome de Gourgerot Sjrögen dans 253 cas (48%) suivis de l'arthrose dans 116 cas (22%) (Figure 3).

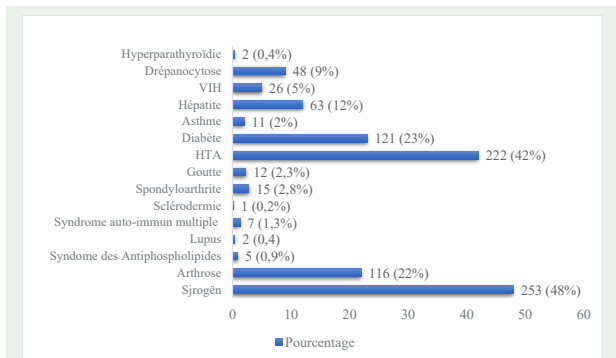


Figure 3. Comorbidités et pathologies associées

L'activité et l'impact de la maladie ont été évalués respectivement par le DAS28 et le questionnaire RAID. Avec le DAS28, la rémission a été notée chez 53 patients (10%), l'activité était faible dans 137 cas (26%), modérée dans 259 cas (49%) et forte dans 79 cas (15%) (Figure 4).

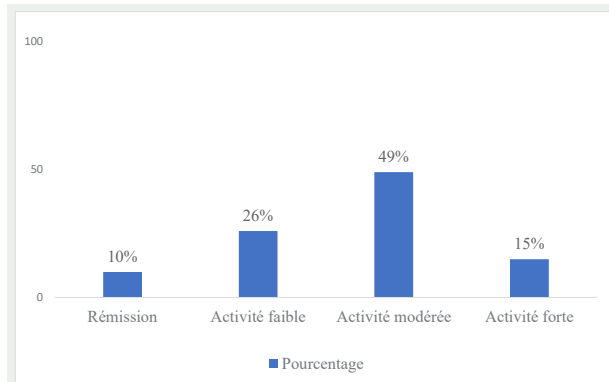


Figure 4. Evaluation de l'activité de la PR par le DAS 28

Le score moyen du questionnaire RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) était de 4,25 avec un maximum de 8,75. La qualité de vie a été évaluée par le score HAQ dont la valeur moyenne était de 48 sur 60 [0 à 60].



Figure 5. Radiographie mains et poignets de face montrant des érosions des os du carpe (carpite) et un pincement avec érosion radio-carpien

A la biologie, on notait un syndrome inflammatoire biologique avec une VS moyenne à 78 [34-120] et une

CRP moyenne à 48 [12 -150]. Les facteurs rhumatoïdes étaient positifs dans 396 cas (75%). Les anticorps anti-CCP étaient positifs dans 380 cas (72%). D'autres anticorps étaient positifs notamment les anticorps anti-ECT dans 53 cas (10%). Sur le plan radiographique, le Sharp pincement global était en moyenne de 56,4 [0-175]. Le Sharp érosion était en moyenne de 7,2 [0-68]. Le Sharp global était en moyenne de 62 avec un maximum de 180. La présence d'érosion a été notée chez 216 patients soit 41% et 98% avait au moins un pincement articulaire.



Figure 6. Photographie mains/poignets montrant une déformation en boutonnière au niveau inter phalangien proximal 3 et 4 droits avec un coup de vent cubital bilatéral

## DISCUSSION

Notre étude repose sur les données du registre du service de rhumatologie du CHU Ignace Deen, qui est la seule structure spécialisée en Guinée. Centraliser tous les cas de PR au niveau national dans ce service permettrait d'assurer la fiabilité des données nécessaires pour estimer précisément la prévalence. Malgré ses points forts, cette étude présente certaines limites méthodologiques. Des biais de sous-estimation peuvent survenir en raison de l'inclusion restreinte aux cas diagnostiqués et pris en charge au sein de la structure étudiée, excluant ainsi les patients suivis dans des cliniques privées, des centres de santé périphériques ou dans le cadre de pratiques traditionnelles. De même, les patients n'ayant pas consulté ou ayant échappé au diagnostic restent non représentés. Le caractère rétrospectif de l'étude rend les résultats dépendants de la qualité des données consignées dans le registre hospitalier, et toute incomplétude ou erreur dans la documentation constitue une potentielle source d'imprécision. Par ailleurs, bien que la période d'observation de cinq ans permette une évaluation cumulative des cas diagnostiqués, elle ne permet pas d'estimer une prévalence ponctuelle, faute de données précises sur les patients vivants atteints de PR à une date donnée. En outre, l'absence de groupe témoin ou comparatif limite la capacité à établir des relations causales robustes entre les facteurs de risque et les caractéristiques évolutives de la maladie. Néanmoins, cette étude constitue une contribution importante à



l'épidémiologie de la polyarthrite rhumatoïde en Guinée, grâce à l'ampleur de l'échantillon étudié et à la richesse des données collectées sur une période prolongée.

Durant notre période étude, nous avons reçu un total de 528 cas de PR sur 4213 patients hospitalisés soit une fréquence de 12,5% pour la période d'étude. La PR touchait les femmes (82%) et essentiellement les ménagères (45%) avec une tranche d'âge entre 38 et 55 ans. La fréquence de la PR dans notre étude était supérieure à celle de Andia et al à Niamey qui avaient rapporté 1,2% [3] et celle de Brunier et al en Martinique qui avaient trouvé une fréquence de 0,098 % [IC 95 % : 0,089 % à 0,107 %] après standardisation selon l'âge à la population mondiale [10]. Cette fréquence était inférieure à celle de Kaboré et al au Burkina-Faso qui avaient trouvé 53,62% [13] et celle de Diomandè et al en Côte d'Ivoire qui avaient rapporté 56,46% [14]. Cette variation de la fréquence pouvait être due aux caractères hétérogènes et multifactorielles de la maladie. Plusieurs études ont rapporté également une prédominance féminine [4,7,12,15,16]. En effet, les facteurs hormonaux liés à l'apparition de la maladie pourraient expliquer la prédominance chez les femmes [2,17,18]. La tranche d'âge de notre étude corroborait celle de la littérature [4,10], illustrant que la PR est fréquente chez des populations jeunes et adultes.

Le délai diagnostique moyen dans notre étude était de 7 ans. Ce résultat était proche de celui de Salissou et al au Niger [19] et celui de Brunier et al en Martinique [10] qui avaient rapporté respectivement un délai de 6 ans et 9,9 ans mais supérieur aux données de Zomalhèto et al [8] au Bénin et Ouédraogo et al [4] au Burkina qui avaient trouvé respectivement 4 ans et 3,89 ans. Ce délai long d'évolution de la maladie avant le diagnostic peut s'expliquer par un retard de consultation qui peut être dû au faible développement de la rhumatologie en Afrique subsaharienne surtout en Guinée, ce qui pousse les patients à un recours aux tradipraticiens. Les patients de notre étude présentaient un nombre modéré d'articulations douloureuses, avec une moyenne de 8, et un nombre réduit d'articulations gonflées, avec une moyenne de 2 ; contrairement aux données de Garba et al dont les patients présentaient un nombre élevé d'articulations douloureuses (en moyenne 24) et gonflées (en moyenne 18) [7]. Le dérouillage matinal moyen de la maladie était de 45 min et est inférieur à celui de Ouédraogo et al [4]. Dans notre étude, les déformations en boutonnières (56%), en coup de vent cubital (32%), en col de cygne (28%) étaient les plus retrouvées. Kakpovi et al au Togo avaient rapporté une prédominance des déformations en coup de vent cubital (22,8%), en dos de chameau (13,0%), en doigt de boutonnière (12,0%) [20]. Andia et al, avaient rapporté les déformations en coup de vent cubital (14%), des doigts en boutonnières (9%) et des mains en dos de chameau (4%) [3]. Même si ces déformations sont communes dans les différentes études, les taux élevés des déformations observées dans notre étude peuvent s'expliquer d'une part par le retard diagnostique et d'autre part par notre taille d'échantillon relativement élevée par rapport à celles des études de Kakpovi et al et de Andia et al.

Les manifestations extra-articulaires dans notre étude, étaient dominées par les nodules rhumatoïdes (15%), tandis que l'alopecie (11,9%) et des myalgies (10%) étaient les complications les plus retrouvées. Garba et al avaient retrouvés le syndrome sec oculo-buccal (52,94%), les manifestations hématologiques (47,05%) et les nodules rhumatoïdes (41,17%) [7]. Salissou et al avaient rapporté les nodules chez un patient (3,1%), un cas de syndrome de Felty (3,1%), une pneumopathie interstitielle diffuse (PID) dans deux cas (6,25%) [19]. Diallo et al au Sénégal avaient rapporté dans leur étude 1 % de neuropathies ; 1,3 % de nodules sous-cutanés, 1 % d'atteinte cardiaque, 8 % de pneumopathie interstitielle diffuse et 53,3 % de syndrome sec, en faveur d'un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire [21]. En effet, la PR peut avoir des répercussion extra-articulaire puisqu'il s'agit d'une pathologie systémique [22,23]. Les atteintes peuvent être pleuropulmonaires (pleurésie, nodule rhumatoïde, pneumopathie interstitielle évoluant jusqu'à la fibrose), cardio-vasculaires (péricardite, vascularite), neurologiques (névrite, neuropathie, syndrome du canal carpien), ophtalmologiques (xérophtalmie, xérostomie, sclérite), musculaires (myosite, amyotrophie) et hématologiques (adénopathie, splénomégalie). L'apparition de nodules rhumatoïdes (sur le dos des mains, mais aussi au niveau des coudes et des tendons d'Achille) est fréquente [1,2,24,25]. Ces atteintes extra-articulaires sont cependant moins fréquentes chez le sujet noir que dans la population caucasienne [11].

Les pathologies associées étaient dominées par le syndrome de Gougerot Sjrögen (48%), l'arthrose (22%). Ces résultats corroborent les données de la littérature [1,17,26].

Par ailleurs, l'évaluation de l'activité de la maladie par le DAS28, a montré une rémission chez 10% de nos patients, une activité faible chez 26% des patients, une activité modérée chez 49% et forte chez 15%. Ces observations sont contraires aux données de la littérature. Brunier et al avaient noté une rémission chez 55,4% de leurs patients [10]. Salissou et al avaient rapporté une activité modérée chez 37,5% et forte chez 62,5% des patients [19]. Andia et al avaient retrouvé une rémission chez 35% des patients, une activité faible chez 23%, modérée chez 35% et forte chez 7% [3]. Ces différentes variations de l'activité de la maladie dépendent de la phase d'initiation du traitement car prise en charge très tôt, le pronostic se voit meilleur et évolue vers une rémission [2,27,28]. Dans notre étude, les caractéristiques biologiques étaient définies par les résultats du dosage des anticorps. Ainsi, on notait les facteurs rhumatoïdes positifs dans 75% des cas et les anticorps anti-CCP positifs dans 72% des cas. Ces résultats varient dans les différentes études en Afrique subsaharienne. En effet, au Niger, Salissou et al avaient rapporté la présence de facteurs rhumatoïdes chez 9 patients sur 25 soit 36% et les anticorps anti CCP chez 3 patients sur 7 soit 42,9% [19]. Dans une autre étude au Niger, Garba et al avaient rapporté la présence de facteur rhumatoïde dans 64,70% et la présence d'anticorps anti-CCP chez tous les patients (100%) [7]. Au Togo Kakpovi et al au Togo avaient noté la présence de facteur rhumatoïde chez 44,4% des cas et des anticorps anti-CCP

chez 55,5% des patients [20]. Au Sénégal, Niasse et al avaient trouvé le facteur rhumatoïde positif dans 282 cas (58 %) et les anti-CCP positif dans 383 cas (78,8) [16]. Même si la présence de ces anticorps à la biologie varie d'une étude à l'autre, il n'en est aucun doute de leurs rôles dans l'activité de la maladie. Cette variation peut s'expliquer aussi par la taille des échantillons et la durée des différentes études.

A la radiographie, les lésions ont été évaluées selon la classification de SHARP modifiée par Van Der Heijden. Le Sharp pincement global était en moyenne de 56,4 avec des extrêmes de 0 et 175. Le Sharp érosion était en moyenne 7,2 avec des extrêmes 0 et 68. Le Sharp global était en moyenne de 62 avec un maximum de 180. On notait la présence d'érosion chez 216 patients soit 41% et 98% avait au moins un pincement articulaire. Bien que la PR est un rhumatisme inflammatoire chronique fréquent en Afrique, les critères de classification des lésions radiologiques diffèrent dans les études retrouvées dans la littérature. Certaines études font cas des lésions radiologiques utilisant la classification de Steinbrocker et de Larsen. Ainsi dans l'étude sénégalaise, les auteurs avaient retrouvé à la radiographie des lésions érosives dans tous les cas dont des lésions sévères de stade III ou IV de Steinbrocker [24]. Au Niger, Salissou et al avaient retrouvé le stade I chez 7 patients (23,3%), les stades II et III de Steinbrocker chez respectivement 6 patients (20%) et le stade IV chez 11 patients (36,7%) [19]. Tandis que Zomalhèto et al au Bénin avaient utilisé le score de Larsen pour la classification des lésions radiologiques et avaient retrouvé une PR destructrice chez 56,9% des patients avec un score de Larsen supérieur à 40 [8].

## CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire le profil épidémiologique des patients atteints de PR en Guinée. Elle souligne d'une part une fréquence croissante de la PR en Guinée, touchant préférentiellement les femmes ménagères et d'autre part l'importance d'une prise en charge précoce de la maladie, en mettant en évidence les défis liés au diagnostic tardif et à l'impact fonctionnel de la maladie. Elle appelle à des stratégies renforcées pour améliorer le dépistage et la prise en charge des patients atteints.

## RÉFÉRENCES

- Pillon F, Michiels Y. Épidémiologie et physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. *Actual Pharm* 2013;52:1–2. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.09.018>.
- Malbos D. La polyarthrite rhumatoïde. *Actual Pharm* 2022;61:39–42. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.12.025>.
- Andia A, Alassane S, Brah S, Daou M. La Polyarthrite Rhumatoïde à l'Hôpital National de Niamey. A propos de 42 cas. *Rev Afr Médecine Interne* 2016;3:29–32.
- Ouédraogo NCJ, Zabsonré/Tiendrébéogo WJS, Traoré S, Kaboré F, Guira O, Ouédraogo DD, et al. Particularités de la polyarthrite rhumatoïde masculine au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo. *Rhumatol Afr Francoph* 2020;3:19–25.
- Minichiello E, Semerano L, Boissier M-C. Incidence, prévalence et sévérité de la polyarthrite rhumatoïde au XXI<sup>e</sup> siècle. *Rev Rhum Monogr* 2017;84:303–10. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2017.07.002>.
- Ledier AAR, Lamini NNE, Nkouala-Kidédé DC, Akoli EO, Omboumahou BFE, Salémo AP, et al. Polyarthrite Rhumatoïde: Etude de 10 Observations vues en Consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *ESI Prepr* 2023;22:405–405.
- Garba AA, Andia AK, Taoufik M, Laouali MC, Adam IAK, Adehossi E. Profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des premiers cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) à l'hôpital national de Zinder (HNZ). *Rev Afr Médecine Interne* 2020;7:7–12.
- Zomalheto Z, Biaou O, Yekpe-Ahouansou P, Gounongbe M, Avimadje M. Aspects radiologiques de la polyarthrite rhumatoïde au Bénin. *J Afr Imag Médicale* 2015:39–46.
- Li D-P, Han Y-X, He Y-S, Wen Y, Liu Y-C, Fu Z-Y, et al. A global assessment of incidence trends of autoimmune diseases from 1990 to 2019 and predicted changes to 2040. *Autoimmun Rev* 2023;22:103407. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2023.103407>.
- Brunier L, Bleterry M, Merle S, Derancourt C, Polomat K, Dehlinger V, et al. Prévalence de la polyarthrite rhumatoïde aux Antilles françaises : résultats de l'étude EPPRA en Martinique. *Rev Rhum* 2018;85:346–52. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2017.07.052>.
- Roux H. Polyarthrite rhumatoïde en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum - REV RHUM* 2002;69:797–800. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(02\)00387-3](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(02)00387-3).
- Kamissoko AB, Eloundou P, Traoré M, Diallo ML, Mendo G, Diallo MF, et al. Profil et qualité de vie de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en Guinée Conakry et au Cameroun. *Pan Afr Med J* 2021;38:379. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.379.20098>.
- Kaboré F, Zabsonre Tiendrebéogo WJ, Sougué C, Zombré DMAF, Sompougou C, Ouédraogo M, et al. Panorama des rhumatismes inflammatoires chroniques au Burkina Faso : bilan de 14 ans de pratique de la rhumatologie. *Rev Rhum* 2021;88:A318–9. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2021.10.549>.
- Diomandé M, Bamba A, Traoré A, Coulibaly Y, Kpami YNC, Miantuasila ORF, et al. Étude des facteurs prédictifs à la polyarthrite rhumatoïde érosive à Abidjan. *Rev Rhum* 2021;88:A252–3. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2021.10.420>.
- Sabounji MM, Lissimo H, Deme A. Childhood-onset rheumatoid arthritis at a tertiary hospital in Senegal, West Africa. *Pediatr Rheumatol Online J* 2023;21:98. <https://doi.org/10.1186/s12969-023-00889-6>.
- Niasse M, Ndongo S, Ndao AC, Diallo R, Diaw CAB, Diouf C, et al. PE.Ma-027 - Polyarthrite rhumatoïde : étude de 486 observations au Sénégal. *Rev Rhum* 2016;83:A286. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(16\)30665-2](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(16)30665-2).
- Miguel-Lavariaga D, Elizarrarás-Rivas J, Villarreal-Ríos E, Baltiérrez-Hoyos R, Velasco-Tobón U, Vargas-Daza ER, et al. [Epidemiological profile of rheumatoid arthritis]. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc* 2023;61:574–82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316427>.
- Ruyssen-Witrand A. La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé. *Rev Rhum Monogr* 2019;86:183–9. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2019.01.006>.
- Salissou GM, Kaba C, Adamou GI, Alassane S, Fanata M. Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique à Maradi, Niger. *Eur Sci J ESJ* 2019;15:139–139. <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n12p139>.
- K K, V K-T, P H, E F, M K, M.i K, et al. Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). *Eur Sci J ESJ* 2017;13:125–125. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n15p125>.
- Diallo S, Niasse M, Diédhiou I, Ndao AC, Diouck FS, Guèye YAN, et al. La polyarthrite rhumatoïde (PR) au Sénégal : épidémiologie, gravité et prise en charge, à propos de 750 observations. *Rev Rhum* 2023;90:A151. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2023.10.229>.
- M DEKADCP. La polyarthrite rhumatoïde en milieu ivoirien : a propos de 103 cas observés aux CHU de Cocody et de Yopougon 2001:150–150.
- Ouédraogo A, Kabore F, Zabsonré/Tiendrebéogo WJS, Nonguierma V, Savadogo B, Abassiri KAE, et al. Polyarthrite rhumatoïde: la rémission sans biothérapie? L'expérience du Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). *Pan Afr Med J* 2024;47. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.379.20098>.

pamj.2024.47.12.37537.

24. Diallo S, Diallo R, Niasse M, Diaw C a. B, Diouf C, Ndongo S, et al. Formes familiales de polyarthrite rhumatoïde : étude de 17 familles multiplex au Sénégal. *Rhumatol Afr Francoph* 2018;1:28–35. <https://doi.org/10.62455/raf.v1i2.9>.
25. Dudler J. Polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : présentation clinique et prise en charge. *Rev Med Suisse* 2010;240:542–6.
26. Pavlov-Dolijanovic S, Bogojevic M, Nozica-Radulovic T, Radunovic G, Mujovic N. Elderly-Onset Rheumatoid Arthritis: Characteristics and Treatment Options. *Med Kaunas Lith* 2023;59:1878. <https://doi.org/10.3390/medicina59101878>.
27. Adehossi E, Landais C, Souna BS, Guida S, Gbaguidi F, Toure AI, et al. Premiers cas documentés de polyarthrite rhumatoïde au Niger. *Cah Détudes Rech Francoph Santé* 2010;20:41–5. <https://doi.org/10.1684/san.2009.0173>.
28. Kemta Lekpa F, NDONGO S, Zabsonré Tiendrebeogo J, Ndao A, Daher A, Pouye A, et al. Rheumatoid arthritis in Senegal: A comparison between patients coming from rural and urban areas, in an urban tertiary health care center in Senegal. *Clin Rheumatol* 2012;31. <https://doi.org/10.1007/s10067-012-2054-9>.