

La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : A propos de dix observations

Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Lilia Baili, Samir Kochbati, Lilia Rokbani

Service de médecine interne. Hôpital Habib Thameur. Tunis. Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

B. Ben Dhaou, F. Boussema, Z. Aydi, L. Baili, S. Kochbati, L. Rokbani

B. Ben Dhaou, F. Boussema, Z. Aydi, L. Baili, S. Kochbati, L. Rokbani

La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : A propos de dix observations

Rheumatoid arthritis in the elderly: ten cases report

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°06/07) : 442 - 445

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°06/07) : 442 - 445

R É S U M É

Prérequis : La survenue d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) chez un sujet âgé est fréquente. Si la réalité d'une vraie différence dans la présentation clinique entre sujets jeunes et âgés est discutée, le point central reste que le pronostic n'est pas meilleur pour le sujet âgé. Finalement, les traitements de fond conventionnels sont aussi efficaces et sûrs que chez le sujet jeune, et les mêmes objectifs stricts de prise en charge de la PR utilisés pour le sujet jeune doivent être appliqués chez la personne âgée.

But : Etudier les particularités de la PR du sujet âgé dans ses aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, évolutifs et thérapeutiques.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur la PR du sujet âgé de 65 ans et plus, nous en avons colligé dix cas hospitalisés, sur une durée de 4 ans et demi, dans le service de médecine interne de l'Hôpital Habib Thameur (Tunis).

Résultats : Il s'agit de 10 patients, dont 8 femmes et 2 hommes. L'âge moyen était de 70,6 ans. Le début de la maladie était poly articulaire et progressif dans sept cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans sept cas. Le facteur rhumatoïde était positif dans huit cas. Cinq patients étaient classés stade III et IV selon la classification des patients selon les radiologie de Steinbrocker. Le traitement était basé sur les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans tous les cas. Un traitement de fond a été instauré chez sept patients. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : La PR à début tardif est un cadre hétérogène dans lequel plusieurs formes cliniques méritent d'être individualisées, et il faut tenir compte de cette diversité plutôt que d'approcher de manière trop globale le problème de la PR après 60 ans.

S U M M A R Y

Background: The occurrence of rheumatoid arthritis (RA) in elderly is frequent. If the reality of a real difference in clinical presentation between younger and older subjects is discussed, the central point remains that the prognosis is not better for the elderly. Finally, conventional treatment is as effective and safe as in younger patients, and the same stringent targets for management of the PR used for young subjects must be applied in the elderly.

Aim: To identify the characteristics of RA in the elderly in its epidemiological, clinical, radiological, evolutive and therapeutic.

Methods: We conducted a retrospective study of RA in the elderly aged 65 and over, we've compiled ten cases hospitalized over a period of 4 1/2 years in the service of Internal Medicine, Habib Thameur Hospital (Tunis).

Results: There were 8 women and 2 men. The average age was 70.6 years. The onset of arthritis and the disease was progressive in seven cases. An inflammatory syndrome was present in seven cases. Rheumatoid factor was positive in eight cases. Five patients were classified as stage III and IV according to the radiological classification of Steinbrocker. The treatment was based on painkillers and anti-inflammatory drugs in all cases. Long-term treatment was initiated in seven patients. The outcome was favorable in all cases.

Conclusion: Late-onset RA is a heterogeneous framework in which multiple clinical forms deserve to be individualized and should reflect this diversity, rather than approach to the problem of global RA after 60 years.

Mots - clés

Polyarthrite rhumatoïde – sujet âgé – traitement

Key - words

Rheumatoid arthritis - the elderly – treatment

Bien que le pic de fréquence de la polyarthrite rhumatoïde (PR) se situe vers 55 ans, en fait elle peut apparaître à tout moment de la vie. Un début tardif après 60 ans pourrait être à l'origine de particularités sémiologiques ou évolutives, et pour certains auteurs, la PR à début tardif représenterait une entité différente de la forme classique.

Le but de notre travail est de dégager les particularités de la PR du sujet âgé dans ses aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, évolutifs et thérapeutiques.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur la PR du sujet âgé de 65 ans et plus, nous en avons colligé dix cas hospitalisés, sur une durée de 4 ans et demi, dans le service de médecine interne de l'Hôpital Habib Thameur (Tunis). Tous nos patients ont été retenus selon les critères de l'ARA de 1987 et ont présenté au moins 4 critères. Nous avons éliminé de notre étude les patients âgés de plus de 65 ans mais dont la PR a débuté avant l'âge de 65 ans (il s'agit en fait de PR vieillie). Nous avons étudié les paramètres cliniques suivants : âge, sexe, antécédents personnels et familiaux et pathologies associées, âge et mode de début de la maladie, topographie et nombre des atteintes articulaires initiales, Données de l'examen articulaire au moment de l'hospitalisation et manifestations extra-articulaires. Nos patients ont bénéficié d'un bilan biologique (bilans inflammatoire, rénal, hépatique et immunologique), un bilan radiologique (radiographies des deux mains, des poignets, des pieds ; nous avons classé nos malades selon les stades radiologiques de Steinbrocker) et pour certains un bilan complémentaire en fonction de l'atteinte extra-articulaire. Nous avons étudié l'aspect thérapeutique et évolutif. Nous avons retenu 10 PR du sujet âgé.

Les données ont été saisies au moyen du logiciel Excel et analysées au moyen du logiciel SPSS version 11.5.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques :

Fréquence : 52 patients ont été hospitalisés pour PR pendant la période d'étude, parmi ces cas : 10 cas concernaient des sujets âgés dont la maladie a débuté à partir de l'âge de 65 ans soit une fréquence de 19,25%.

Age : L'âge de nos patients au moment de l'hospitalisation variait entre 65 et 73 ans avec une moyenne d'âge de 70,6 ans.

Sexe : Nos patients se répartissaient en 8 femmes et 2 hommes.

Incidence familiale de la maladie : Dans notre groupe de sujets âgés aucun cas familial n'a été enregistré. Le typage HLA n'a pas été pratiqué chez nos patients.

Antécédents pathologiques et maladies associées : digestifs : un kyste hydatique du foie opéré et 1 cas de gastrite, rhumatologiques : cinq gonarthroses, un cas d'arthrose cervicale, Ophtalmologiques : trois cataractes, ORL : une tumeur maligne mandibulaire opérée, 2 cas d'hypoacousie, Cardiologiques : cinq HTA, 1 cas d'insuffisance coronarienne et diabète : deux diabètes type 2, un diabète cortico-induit.

Données cliniques

Délai d'hospitalisation : La durée moyenne d'évolution de la maladie avant la première hospitalisation était de 26,55 mois avec des extrêmes de un mois et demi et 5 ans.

Mode de début : Il était aigu dans 3 cas et progressif dans 7 cas. L'atteinte articulaire initiale était mono ou oligoarticulaire dans 3 cas et polyarticulaire dans 7 cas. Quant à la topographie des atteintes articulaires initiales, il s'agissait d'une atteinte du rachis cervical dans deux cas, des épaules dans 5 cas, des coudes dans 4 cas, des poignets dans 9 cas, des métacarpo-phalangiennes dans 7 cas, les hanches dans 3 cas, les genoux dans 9 cas, les chevilles dans 6 cas et le pied dans un cas. Les déformations articulaires sont retrouvées dans sept cas. Quant aux manifestations péri- et extra-articulaires, nous avons noté un cas de bursite, Un nodule rhumatoïde dans un cas par contre aucun cas de ténosynovite n'a été retrouvé. Un syndrome de Sjögren a été noté dans 4 cas et un syndrome interstitiel dans trois cas.

Données biologiques

La vitesse de sédimentation était comprise entre 50 et 90 mm la première heure dans sept cas et supérieure à 100 la première heure dans trois cas. Quant à la C-réactive protéine (CRP) elle était inférieure à 15 mg/l dans 3 cas et supérieure à 15 mg/l dans 7 cas.

Le facteur rhumatoïde était positif dans 8 cas.

Données radiologiques

Selon les stades radiologiques de Steinbrocker, un patient était au stade I, 2 au stade II, 4 au stade III et 1 au stade IV.

Evolution

La durée moyenne d'hospitalisation était de 22,1 jours avec des extrêmes de 8 jours et 56 jours. Dans le service, nous avons noté une amélioration clinique avec une amélioration des signes fonctionnels chez tous nos patients ainsi qu'une normalisation du syndrome inflammatoire biologique (SIB). Huit patients ont été suivis à la consultation après leur sortie. La durée de suivi variait entre 3 et 94 semaines. Des poussées articulaires variant entre une et cinq poussées ont été notées chez 7 patients. Des complications à type d'atteinte interstitielle pulmonaire a été notée dans un cas et une tuberculose pulmonaire dans un autre cas.

Traitement

Les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) constituaient le traitement de première intention ; En effet presque tous les patients ont été mis sous paracétamol et/ou anti-inflammatoires principalement l'indométacine (8 patients). La prednisone par voie générale est la plus utilisée à la posologie moyenne de 10 mg/j le plus souvent en association avec les AINS en cas d'inefficacité ou lors d'une poussée de la maladie. Neuf patients ont bénéficié de ce traitement. Sept patients ont bénéficié d'un traitement de fond.

Les autres n'ont pas été mis sous traitement de fond vu leur âge et la non sévérité de leur maladie. La salazopyrine par voie orale était la plus utilisée dans notre groupe (3 patients) avec

une tolérance et une efficacité satisfaisantes. Le méthotrexate n'a été prescrit que pour un patient de même que l'hydroxychloroquine. La D-pénicillamine (Artamine) a été prescrite pour deux patients. Nous n'avons relevé aucun effet indésirable nécessitant l'arrêt du traitement.

DISCUSSION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé se définit habituellement par un début au-delà de 60 ans. Dans notre étude, certaines données étaient différentes de celles de la littérature en particulier la prédominance féminine, le début progressif, la bonne tolérance du traitement et l'évolution favorable dans la moitié des cas. La prévalence de la PR du sujet âgé est approximativement de 2 % (1). Elle représente 10 à 33 % de l'ensemble des PR (2). Dans notre étude parmi les PR hospitalisées, 19,25% sont des PR du sujet âgé. La moyenne d'âge était de 70 ans dans notre étude. La prépondérance féminine est moins marquée que chez les sujets jeunes (ratio femme sur homme 1,5-2 : 1 versus 4-4,5 : 1) (2, 3). Dans notre étude nous avons noté une prédominance féminine (8 femmes et 2 hommes). Le début est volontiers brutal associé à des signes généraux (fièvre, perte de poids, asthénie) (2, 3). Dans notre étude le début était progressif dans sept cas sur 10. L'altération de l'état général était notée dans cinq cas avec asthénie et/ou anorexie et/ou amaigrissement et/ou fièvre. La distribution rhizomélisque des manifestations articulaires plus particulièrement aux épaules, est retrouvée dans la plupart des séries (3). Dans notre étude, l'atteinte est poly articulaire touchant les grosses articulations dans 7 cas sur 10. L'atteinte rhizomélisque est notée dans 6 cas sur 10. Dans un cas, la PR était à début rhizomélisque isolé avec atteinte des ceintures scapulaires et pelvienne. Un tableau de RS3PE est le mode de présentation initial chez 11 % des patients, ce qui n'est jamais observé dans les PR du sujet jeune (3). La polyarthrite est habituellement plus active avec un plus grand nombre d'articulations gonflées et douloureuses, un dérouillage matinal plus long et un indice de qualité de vie plus altéré (2, 3). Les nodules sous-cutanés sont à l'inverse moins souvent observés. En effet, dans notre étude un seul patient avait un nodule rhumatoïde. Les paramètres inflammatoires biologiques apparaissent plus élevés au cours de la PR à début tardif, et ce dès le début de la maladie. Dans notre série la vitesse de sédimentation est supérieure à 50 mm à la première heure dans sept cas et dans trois cas elle est supérieure à 100 mm. La présence de facteurs rhumatoïdes est très variable (30-89 %) selon les études (2-4).

Pour notre groupe, nous avons relevé huit PR séropositives. La présence de facteurs rhumatoïdes, d'un Health assessment questionnaire (HAQ) élevé au diagnostic sont corrélées à un pronostic fonctionnel défavorable (3).

Bien que biaisée par les anomalies dégénératives pouvant cadrer avec des scores radiologiques initiaux plus élevés, la PR du sujet âgé semble moins destructrice et se révèle plus radiologiquement au niveau des poignets, MCP et IPP. Dans notre étude, cinq patients sont aux stades III et IV selon la

classification de Steinbrocker et les lésions radiologiques touchent essentiellement les poignets et les genoux.

Le pronostic des PR du sujet âgé est difficile à dégager au vu des données de la littérature (4). Certaines font état d'un meilleur pronostic, d'autres d'un pronostic identique ou défavorable (4). Les rares études longitudinales comportant un suivi sur deux à trois ans et comportant un groupe témoin de PR à début précoce ont montré en fait que le pronostic était moins bon au cours de la PR à début tardif ou identique par rapport au groupe à début plus précoce (4). Dans notre groupe, cinq patients âgés ont présenté une évolution favorable aussi bien sur le plan clinique que biologique. En fait, la PR à début tardif est une affection hétérogène où l'on peut schématiquement distinguer trois formes (5). La forme identique à la PR classique séropositive et érosive, la plus fréquente (70 % des cas), dont le pronostic apparaît plus sévère que celui de la PR du sujet jeune. La forme à début rhizomélisque qui représente 25 % des cas. Elle a habituellement un début aigu et est séronégative. Son évolution est habituellement favorable sans érosion. Elle pose le problème du diagnostic différentiel avec la PPR, ce d'autant qu'une polyarthrite asymétrique non érosive est présente dans 25 % des cas de PPR (6). La présence d'anti-CCP pourrait permettre d'apporter des éléments au diagnostic de PR à début rhizomélisque puisque leur spécificité a été évaluée entre 92 et 100 % selon les séries (7, 8). L'existence d'une bursite bilatérale sous-acromio-deltaïdienne a été considérée comme étant spécifique de la PPR (9). Toutefois, cela n'a pas été confirmé dans les travaux ultérieurs (9). Pour Pease et al., l'existence d'une atteinte rhizomélisque avec arthrite du poignet et MCP et/ou IPP est prédictive d'une PR séronégative (7). La troisième forme « œdémateuse » est proche du RS3PE avec lequel elles partagent de nombreux points communs dans la présentation clinique et dans le profil évolutif. En dehors de la PPR, d'autres affections doivent être éliminées : arthrites microcristallines, spondylarthropathie à début tardif, polyarthrose, connectivites, hépatite C, arthrites paranéoplasiques, sarcoïdose, arthrites infectieuses (5).

Les objectifs thérapeutiques dans la PR du sujet âgé ne sont pas différents de ceux de la PR du sujet plus jeune : contrôler les manifestations cliniques, prévenir les dégâts structuraux, éviter le handicap fonctionnel, réduire la surmortalité. Le traitement est rendu plus difficile par la présence de pathologies associées (comorbidité) et par l'augmentation des effets secondaires médicamenteux (10). Dans notre travail, le traitement symptomatique à base d'antalgiques (Paracétamol) et d'AINS (Indométacine essentiellement) constituait le traitement de première intention. La corticothérapie et essentiellement la Prédnisone a été souvent prescrite chez nos patients avec une bonne tolérance. Pour le traitement de fond la salazopyrine était la plus utilisée chez nos patients âgés avec la D-Pénicillamine. La tolérance était excellente.

La pertinence du Disease activity score (DAS), pour suivre l'évolution de la PR du sujet âgé a été soulevée, en raison de l'augmentation de la vitesse de sédimentation avec l'âge (10). À partir d'une cohorte de 553 patients suivis pendant 20 ans, Radovits et al. ont étudié l'influence de l'âge, du sexe et la part de la vitesse de sédimentation dans les variations du DAS chez

les sujets de moins de 45 ans, de 45 à 65 ans et de plus de 65 ans. La vitesse de sédimentation (VS) augmente avec l'âge. Cette augmentation est plus importante chez les hommes que chez les femmes. La part de la VS dans l'augmentation du DAS n'est cependant significative que chez les hommes âgés ayant une PR de faible activité (DAS < 3,2). Lorsque le DAS est supérieur à 3,2, celui-ci n'est pas influencé par l'âge, le sexe, ni par l'augmentation de la VS. Ainsi, le DAS, fiable chez le sujet âgé pour suivre l'activité de la polyarthrite, et la réponse au traitement à l'exception des PR de l'homme, de faible activité où la fréquence de la rémission peut être sous-estimée. Les essais thérapeutiques des traitements symptomatiques et des traitements de fond dans la PR ont inclus un faible pourcentage de patients âgés de plus de 65 ans et ceux-ci ont un taux de sortie prématuré plus important en raison des effets secondaires (11, 12). Ils rendent imparfaitement compte de l'efficacité et de la tolérance des traitements chez les sujets âgés en pratique quotidienne. Les registres surtout développés depuis l'avènement des biothérapies permettent mieux de répondre à ce problème. Avant d'aborder les traitements symptomatiques et les traitements de fond de la PR du sujet âgé, nous rappellerons que la pharmacocinétique des traitements

(absorption, distribution, métabolisme et élimination) est modifiée par l'âge (13) et que la fonction rénale doit être appréciée en calculant la clairance de la créatinine selon l'équation de Cockcroft-Gault ou du Modification of Diet in Renal Disease Study (MDRD) (14). En effet, chez le sujet âgé, la créatininémie n'est pas un bon marqueur d'évaluation de la fonction rénale car la masse musculaire diminue avec l'âge (14).

CONCLUSION

La PR à début tardif est un cadre hétérogène dans lequel plusieurs formes cliniques méritent d'être individualisées, et il faut tenir compte de cette diversité plutôt que d'approcher de manière trop globale le problème de la PR après 60 ans. La sévérité de la PR à début tardif pourrait dépendre de ces sous-groupes. Le pronostic fonctionnel et les atteintes radiologiques observés au cours de la PR à début tardif justifient une approche thérapeutique identique à ce qui est proposé dans la PR classique.

Références

1. Rasch EK, Hirsch R, Paulose-Ram R, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older in the United States: effect of different methods of case classification. *Arthritis Rheum* 2003;48: 917-26.
2. Olivieri I, Palazzi C, Peruz G, et al. Management issues with elderly-onset rheumatoid arthritis: an update. *Drugs Aging* 2005;22:809-22.
3. Pease CT, Bhakta BB, Devlin J, et al. Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype? a prospective study of outcome and prognostic factors. *Rheumatology* 1999;38: 228-34.
4. Tutuncu Z, Kavanaugh A. Rheumatic disease in the elderly: rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2007; 33:57-70.
5. Villa-Blanco JI, Calvo-Alén J. Elderly onset rheumatoid arthritis: differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. *Drugs Aging* 2009;26: 739-50.
6. Salvarini C, Cantini F, Boiardi L, et al. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *N Engl J Med* 2002; 347: 261-71.
7. Lopez-Hoyos M, Ruiz de Alegria C, Blanco R, et al. Clinical utility of anti-CCP antibodies in the differential diagnosis of elderly-onset rheumatoid arthritis and polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43: 655-7.
8. Ceccato F, Roverano S, Barrionuevo A, et al. The role of anticyclic citrullinated peptide antibodies in the differential diagnosis of elderly-onset rheumatoid arthritis and polymyalgia reumática. *Clin Rheumatol* 2006;25: 854-7.
9. Soubrier M, Dubost JJ, Ristori JM. Polymyalgia rheumatica: diagnosis and treatment. *Joint Bone Spine* 2006;73:599-605.
10. Radovits BJ, Fransen J, van Riel PL, et al. Influence of age and gender on the 28- joint Disease Activity Score (DAS28) in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2008;67:1127-31.
11. Dahl SL, Samuelson CO, Williams HJ, et al. Second-line anti rheumatic drugs in the elderly with rheumatoid arthritis: a post hoc analysis of three controlled trials. *Pharmacotherapy* 1990;10:79-84.
12. Rochon PA, Fortin PR, Dear KB, et al. Reporting of age data in clinical trials of arthritis. Deficiencies and solutions. *Arch Intern Med* 1993;153: 243-8.
13. Ranganath VK, Furst DE. Disease-modifying antirheumatic drug use in the elderly rheumatoid arthritis patient. *Rheum Dis Clin North Am* 2007;33: 197-217.
14. Karie S, Grandjakhch F, Janus N, et al. Kidney disease in RA patients: prevalence and implication on RA-related drugs management: the MATRIX study. *Rheumatology* 2008; 47: 350-4.