

Caractères généraux de la polyarthrite rhumatoïde au Sénégal

M. SANKALÉ, A. M. SOW, B. DIOP, Y. I. TOURE ET H. RUSCHER

M. Sankale, Université de Dakar, Senegal

Résumé

Notre série de quarante trois cas de P.R., tous évolués, observés chez l'Africain à Dakar, comporte une nette prédominance féminine (1 homme pour 3 femmes) avec une moyenne d'âge de 35 ans. Les hommes sont affectés par la maladie à un âge relativement plus avancé que les femmes.

Comme ailleurs, l'atteinte des articulations distales des membres supérieurs (poignet et main) est nettement plus fréquente (74.41%) que celle des articulations des membres inférieurs (cheville, orteils). En dehors des nodosités sous-cutanées, retrouvées dans 9.3% de nos cas, notre série ne comporte pas d'atteinte extra-articulaire.

A la radiographie, le pincement articulaire est constant tandis que la décalcification s'observe huit fois sur dix et les encoches deux fois sur cinq.

Sur le plan sérologique, 31 cas (72.1%) sont positifs à la réaction de Waaler Rose et/ou au test au latex; 12 (27.9%) sont négatifs. Une comparaison entre les formes séro-positives et séro-négatives tend à montrer dans ce dernier groupe, une prédominance masculine et une évolution plus favorable.

Au total cette affection ne présente aucune réelle originalité chez le Noir africain.

Rhumatisme inflammatoire chronique évoluant par poussées vers des déformations ankylosantes et invalidantes, la polyarthrite rhumatoïde (P.R.) était encore récemment tenue pour rare en Afrique Noire (Gelfand, 1957).

C'est seulement à partir de 1962 que des cas autochtones sont rapportés par Harries à Nairobi (cité par Kanyerezi, 1969), par Anumonye (1964), Greenwood & Herrick (1970) et Mohamed (1966) au

Nigéria, par Cave *et al.*, (1965) au Sénégal, et par Kanyerezi (1969) en Ouganda.

D'après nos constatations, il s'avère que l'affection est loin d'être exceptionnelle chez l'africain. Le présent travail est consacré à 43 cas observés à Dakar entre 1967 et 1975.

Travaux antérieurs consacrés à la polyarthrite rhumatoïde chez le noir africain

A propos de sa série qui en 1964 concerne 4 cas infantiles (2 garçons et 2 filles) diagnostiqués en Ibadan entre 1957 et 1962, Anumonye (1964) insiste sur les causes d'erreur que représentent chez le Noir la drépanocytose, la brucellose et la tuberculose. Ces 4 cas représentent des formes évoluées de P.R. "certaine".

Cave *et al.* (1965) à Dakar l'incidence relativement peu élevée de la P.R. (17 cas sur 530 observations d'arthralgies chroniques soit 3.2%) et son dépistage toujours tardif.

Mohamed (1966) rencontre en Ibadan en 1966, 26 cas de 'polyarthrite symétrique' comparables à la P.R. décrite dans les pays tempérés; l'étude attentive de 20 malades montre sur le plan étiologique l'absence d'affections parasitaires chroniques ou de collagénose et sur le plan biologique l'absence de facteur rhumatoïde. Ces constatations conduisent par prudence cet auteur à parler de "polyarthrite symétrique séro-négative de type rhumatoïde".

Kanyerezi (1969), d'après 39 cas diagnostiqués à Kampala de Janvier 1964 à Décembre 1967 (13 hommes et 26 femmes), signale en 1969 la relative fréquence de la P.R. en Ouganda; il dénonce le dépistage toujours trop tardif et considère comme vraisemblable que l'affection est aussi répandue à travers tout le continent noir qu'en Ouganda. Il s'agit de 6 formes 'classiques' (2 hommes et 4 femmes),

Correspondence Professeur M. Sankalé, Université de Dakar, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Dakar, Sénégal.

19 formes 'certaines' (6 hommes et 13 femmes) et 14 formes 'probables' (5 hommes et 9 femmes).

Herrault *et al.* (1970) rapportent à Dakar en 1970, un cas de P.R. séro-positif associée à une atteinte polynévritique sensitivo-motrice chez une femme de 40 ans. Le rôle du facteur nutritionnel dans la survenue de la polynévrite n'est pas écarté de façon certaine.

La série de Greenwood & Herrick (1970) comporte 53 cas nigériens (31 hommes et 22 femmes), observés en Ibadan et répartis entre 2 formes 'classiques', 22 formes 'certaines' et 29 formes 'probables'; ils sont appariés à des témoins. Ceux-ci, comme les malades, se révèlent porteurs, aux mêmes taux, du facteur rhumatoïde et d'auto-anticorps; pour cette raison, les auteurs s'interrogent sur l'authenticité de leurs cas.

Critères nosologiques

La présente étude est basée sur 43 dossiers de malades, hospitalisés de Janvier 1967 à Mars 1975 (un peu plus de huit ans) dans le service de Médecine Interne du C.H.U. de Dakar. Ils ont été sélectionnés en fonction des onze critères établis par 'l'American Rheumatism Association' (A.R.A.) en 1958 (1959): (1) raideur matinale; (2) douleur à la mobilisation d'au moins une articulation; (3) gonflement des parties molles d'au moins une articulation, (4) gonflement d'au moins une autre articulation (les intervalles d'accalmie entre 3 et 4 ne doivent pas dépasser trois mois), (5) gonflement articulaire bilatéral et symétrique; (6) nodules sous-cutanés; (7) altérations radiologiques typiques; (8) présence du 'facteur rhumatoïde', (9) faible précipité de la mucine dans le liquide synovial; (10) altérations histologiques caractéristiques de la membrane synoviale, (11) présence de nodules 'rhumatismaux' dans les nodosités sous-cutanées à l'examen histologique.

Ainsi se trouvent identifiés successivement six critères cliniques, un critère radiologique, deux critères biologiques et deux critères histologiques.

Cette liste n'est pas exempte de critiques (ainsi la maladie peut débiter par d'autres signes) et les divergences des différentes écoles ont conduit, au Congrès de Rome en septembre 1961, à abandonner les trois derniers critères qui manquent dans les formes précoces et ne sont d'ailleurs pas de recherche courante.

La P.R. est dite 'classique' ou typique si sept critères au moins se trouvent réunis depuis 6 semaines;

elle est dite 'certaine' si cinq critères coexistent depuis 6 semaines; elle est dite 'probable' avec trois critères évoluant depuis 6 semaines; enfin elle est tenue pour 'possible', si pendant au moins trois semaines, deux des critères suivants sont réunis: (1) raideur matinale; (2) douleur et sensibilité du mouvement articulaire; (3) notion du gonflement d'une articulation; (4) nodosité sous-cutanée; (5) taux élevé de la vitesse de sédimentation ou protéine réactionnelle-C positive; (6) uvéite.

Dans notre série, 26 cas (5 hommes et 21 femmes) sont 'certains' et 17 (7 hommes et 10 femmes) 'probables'.

Facteurs étiologiques

Sexe et âge de début

La prédominance féminine, classique ailleurs (Bitar, 1975), est retrouvée en Afrique, puisque notre série comporte un homme pour trois femmes et celle de Kanyerezi (1969) en Ouganda un homme pour deux femmes. La proportion dans la série de Ravault & Vignon (1956) à Lyon est d'un homme pour quatre femmes.

L'âge moyen de l'ensemble de nos malades au moment où débute leur affection est de 35 ans, avec des extrêmes compris entre 17 et 60 ans. Cette constatation concorde avec celle de Kanyerezi (1969) en Ouganda: 19 de ses 39 patients, soit près de 50%, sont âgés de 30 à 50 ans.

Dans notre série, l'âge moyen au moment où débute la maladie est plus élevé chez les hommes (43 ans) que chez les femmes (31 ans). En d'autres termes, les femmes seraient plus précocement atteintes; ce qui est à l'opposé de la constatation de Ravault & Vignon (1956) pour qui, à Lyon, les secondes en début d'affection (âge moyen entre 35 et 60 ans) seraient nettement plus âgées que les hommes (30 ans en moyenne).

Antécédents

Les antécédents pathologiques signalés par nos malades n'offrent rien de particulier. Un de nos patients cependant est un homme, antérieurement atteint d'hépatite icterique et porteur d'antigène Australia; la transaminasémie est élevée (SGPT: 205 mU/ml, SGOT: 195 mU/ml); la ponction-biopsie du foie n'a pas été pratiquée; le facteur rhumatoïde est absent chez lui et nous nous sommes demandé si la

polyarthrite ne relevait pas d'une hépatite chronique simulant une P.R. (1-6).

Six autres sujets ont eu une angine érythémateuse 1 ou 2 ans auparavant. Certes la P.R. débute assez fréquemment par une angine streptococcique et dans ces cas le diagnostic de maladie de Bouillaud ou bien celui d'un rhumatisme post-streptococcique curable peuvent, théoriquement du moins, être soulevés. En fait la clinique ne laissait pas de doute chez nos malades.

Cinq autres patients ont eu un écoulement urétral et trois d'entre eux avaient une sérologie rhumatoïde négative. Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter comme la gonococcie pourraient là aussi être responsables du syndrome polyarthritique, mais l'absence de passé de conjonctivite ou de diarrhée et la netteté du tableau clinique, l'évolution post-thérapeutique enfin ne laissent aucun doute. Sankalé & Baylet (1967) signalent à Dakar 2 ou 3 cas de syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter par an sur 2-500 malades hospitalisés. Sa fréquence de survenue serait de 0.1% au cours des shigelloses pour Verdaguer *et al.* (1965) à Bordeaux, 3% pour Dulac *et al.* (1966) à Marseille et de 4.6% pour Fiessinger et Leroy cités par Armengaud (1973).

A noter que les grandes affections endémiques en Afrique (parasitoses, drépanocytose etc. . .) ne jouent aucun rôle favorisant.

Clinique

Mode de début

Pour la plupart de nos malades (69.76%), la manifestation inaugurale de l'affection est l'apparition insidieuse de douleurs articulaires. Dans 20.93% des cas seulement, les manifestations initiales sont extra-articulaires et générales faites d'asthénie, d'amaigrissement, de "mal partout" et de fièvre. Chez les autres patients (9.31%), le début est à la fois articulaire et général.

En cas de localisation articulaire, l'atteinte symétrique des petites articulations des mains et des pieds inaugure le tableau. Le début dans ces cas, dans l'esprit des malades, est d'emblée subaigu; il n'est ni insidieux comme dans les cas de Ravault & Vignon (1956) ou de Francon (1966), qui notent des troubles vaso-moteurs ou sudoraux, ni bruyant comme a pu le constater Lussier (1975) au Canada.

Chez aucun de nos patients le tableau inaugural n'a été marqué par une atteinte viscérale (splénomégalie, pleurésie, etc.) qui en fait est déjà une com-

plication. Cependant, Anumonye (1964) rapporte une anémie initiale associée aux atteintes articulaires.

Période d'état

La raideur articulaire est retrouvée chez tous nos malades au niveau des poignets, des chevilles et des doigts mais l'ankylose seulement dans 19 cas soit 44.18% (18 fois au niveau des doigts et des poignets et 1 fois au niveau du genou droit chez une femme).

Comme dans d'autres séries tant africaines (5-15) qu'européennes (8-19), les signes d'arthrite inflammatoire sont nets lors des poussées évolutives, et les articulations de la main sont les plus atteintes (74.41%) qu'il s'agisse de raideur, de sensibilité ou de douleur, de gonflement unilatéral ou bilatéral, symétrique ou non.

Les déformations typiques ('coup de vent cubital' ou 'coup de vent péronier') sont observées après 1 ou 2 ans d'évolution dans 69.76% des cas. Cependant, chez un homme de 60 ans, aucune déformation typique n'est notée malgré onze ans d'évolution alors que cinq critères de l'A.R.A. sont présents. Cave *et al.* (1965) signalent en 1965 à Dakar, à propos de leur série de 17 cas, deux sujets qui ne présentent pas non plus les aspects typiques en 'coup de vent' des doigts ou des orteils.

Les épanchements articulaires, critère objectif, nous semblent relativement plus fréquents chez les hommes (6 cas sur 12) que chez les femmes (12 sur 31); l'articulation du genou est en cause 14 fois sur les 18 cas d'hydarthrose. La possibilité d'épanchements articulaires est signalée par la majorité des auteurs qui relatent généralement son caractère non abondant en dehors du genou (11-76-24).

Les nodosités sous-cutanées sont notées dans 4 cas (2 hommes et 2 femmes) soit 9.30%. Kanyerezi (1969) et Mohamed (1966) les relatent respectivement dans 7.69% et 3.74% alors que pour Francon (1966) leur fréquence est de 10 à 20%. Nos taux sont donc voisins de ceux des autres séries.

Comme Dresch *et al.* (1972) à Paris, nous relevons une grande fréquence des cas d'anémie hypochrome et hyposidérémique. Cependant, contrairement à eux, nous ne notons aucun cas d'anémie par hypersplénisme au cours de la P.R. Sans écarter le rôle des facteurs associés dans notre série, il n'est pas exclu qu'il s'agisse d'anémies liées à la non réutilisation du fer de l'hémoglobine des hématies détruites dans le système réticulo-endothélial et qui se retrouve dans tout état inflammatoire prolongé.

Les autres localisations viscérales ne sont pas présentes dans notre série, à l'opposé d'études qui rapportent notamment des atteintes cardiaques (Anumonye, 1964 au Nigéria), des nerfs périphériques (Herrault, 1970 à Dakar) et des altérations hépatiques ou glandulaires (Villiaumey & Larget-Piet, 1975 à Paris).

Evolution sous traitement

Nos patients, présentant tous des formes évoluées, n'offrent aucune particularité. L'évolution se fait comme ailleurs par poussées, améliorées sur le plan fonctionnel pendant la durée du traitement en milieu hospitalier.

Notre série ne comporte pas les complications cachectiques signalées par Francon (1966); le délai de surveillance de nos malades n'a jamais excédé 4 ans, portant le recul depuis les premiers signes d'apparition jusqu'au moment où nous perdons les malades de vue entre 4 et 17 ans.

Aucun d'entre eux n'a pu bénéficier des traitements modernes (D-pénicillamine, immunosuppresseurs, synovectomies, synoviorthèse, arthroplasties).

En somme le dispositif sanitaire actuel ne permet ni le diagnostic précoce de l'affection, ni son traitement curatif lorsque les patients se présentent à la période d'état.

Radiologie

Parmi nos malades, dont le dossier radiologique est complet, comme parmi ceux de Cave *et al.* (1965) ou de Villiaumey & Larget-Piet (1975), le pincement articulaire est constant. La décalcification est fréquente et retrouvée dans 72.7% de nos cas. Les encoches relevées dans 9 cas (40.9%) ainsi que les géodes (8 cas) viennent ensuite sensiblement dans le même ordre de fréquence que dans les études de Cave *et al.* (1965), Franconi (1966), Kanyerezi (1969), Ravault & Vignon (1956), mais témoignent déjà d'un stade plus avancé.

Biologie

Dans 31 cas sur 43, soit 72.1%, la sérologie est positive pour la réaction de Waaler Rose et/ou le test au latex. Les cas positifs sont un peu plus nombreux chez les femmes (24 cas sur 31) que chez les hommes (7 cas sur 12) soit respectivement 77.4% et 58.3% des cas.

Dans le groupe séro-négatif figurent 5 hommes et

7 femmes (41.67% des hommes et 22.59% des femmes). La prédominance masculine que nous relevons dans ce groupe a été signalée par Rubens-Duval (1969), Villiaumey & Larget-Piet (1975), à l'inverse des constatations rapportées par Bitar (1975).

Nous relevons 72.1% de formes séro-positives. Nos taux sont voisins de ceux de Kanyerezi (1969) (80%), de Robecchi *et al.* (1958) (63.9%), de Bitar, (1975) (60 à 90%) et de Villiaumey & Larget-Piet (1975) (85%).

Par ailleurs, la négativité des tests n'a pas pour corollaire une discrétion des signes inflammatoires biologiques dans notre série, à l'opposé des constatations de Rubens-Duval (1969). Pour cet auteur, les tests inflammatoires biologiques sont moins prononcés dans les P.R. séro-négatives. Toutefois, sur le plan fonctionnel, il apparaît pour nous que la récupération articulaire est plus rapidement obtenue dans le groupe des sérologies négatives, même en dehors de toute corticothérapie, comme dans la série de Rubens-Duval (1969).

Nous regrettons de n'avoir pu effectuer la recherche systématique du facteur rhumatoïde dans la population présumée indemne de P.R. De même nos conditions de travail ne nous ont pas permis d'avoir recouru aux nouvelles techniques immunologiques qui placent la maladie à l'avant scène de l'actualité: tests des rosettes rhumatoïdes, mise en évidence de facteurs antinucléaires, étude des groupes H.L.A.

Bibliographie

- ANDRÉ, A. (1970) Les hépatites virales. *Cahiers Médecine (Assises de Médecine)*, **15**, 971.
- ANUMONYE, A. (1964) Juvenile rheumatoid arthritis in Nigeria children. *W. Afr. Med. J.* **13**, 95-104.
- ARMENGAUD, M. (1973) Dysenterie bacillaire (shigellose, bacillary dysentery). *Encycl. méd. chir. Paris, Estomac*, 9061 A10.
- BITAR, E. (1975) Les problèmes épidémiologiques et économiques posés par la polyarthrite rhumatoïde. *40ème Congrès Français de Médecine, Dakar* 30 Nov.-5 Déc. 1975. In: *Les polyarthrites rhumatoïdes*, 1 vol. Masson et Cie éd., pp. 133-152.
- CAVE, L., SANKALE, M., BOBO, J. & MOULANIER, M. (1965) Considérations sur les aspects radiologiques des rhumatismes chroniques chez le Noir africain. (A propos de 530 examens pour arthralgies chroniques pratiqués à Dakar). *Rhumatologie*, **17**, 153-156.
- CLAUDE, R. (1974) Les hépatites virales. *Cahiers de Médecine (Assises de Médecine)*, **15**, 987.
- COMMITTEE OF THE AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION. (1959) Diagnostic criteria for Rheumatoid Arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* **18**, 49-53.
- COSTE, F. (1955) Main polyarthritique. *Sem. Hôp. (Paris)*, **31**, 3261-3272.

- DRESCH, C., NAJEAN, Y., BAUCHET, J. & BERNARD, J. (1972) Anomalies hématoïdologiques des polyarthrites chroniques évolutives. Exploration isotopique. *Nouv. Presse Méd.* 1, 163-170.
- DULAC, P., BERENI, J., ANDRE, J.L., PAILLET, R. & SIROL, J. (1966) A propos d'une épidémie locale de syndrome de Fiesinger-Leroy-Reiter. Rôle du bacille de Flexner. *Marseille méd.* 103, 231-234.
- FRANCON, J. (1966) Polyarthrite rhumatoïde. *E. M. C. app. locomot.* 14225 A20.
- GELFAND, M. (1957) *The Sick African. A Clinical study*, pp. 866, 3rd edn. Juta & Co., Capetown, Wynberg, Johannesburg, South Africa.
- GREENWOOD, B.M. & HERRICK, E.M. (1976) The low incidence of rheumatoid factor arthritis. *Brit. Med. J.* 1, 71-73.
- HERRAULT, L., DUMAS, M., GIRARD, P.L. & LEMDENEEN, A. (1976) Polyarthrite rhumatoïde et polyuvérite (à propos d'un cas). *Bull. Soc. Méd. Afr. Nre. Lgue. fr.* 15, 683-689.
- KANYEREZI, B.R. (1969) Rheumatoid arthritis in Uganda. *E. Afr. Med. J.* 46, 71-76.
- LUSSIER, A. (1975) Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde au début. Evidences, énigmes, espoirs de solution. 40^{ème} Congrès Français de Médecine, Dakar, 30 Nov.-5 Dec. 1975. In: *Les polyarthrites rhumatoïdes*, 1 vol., 1975, Masson et Cie éd., 17-32.
- MOHAMED, S. (1966) Rheumatoid-factor-like globulins and tropical parasitic infections. *Lancet*, i, 1378.
- PILLE, G. & LINHARD, J. (1966) Quelques standards biologiques du Noir de l'Ouest africain. *Cliniques Africaines*, 1 vol. 1975, Gauthier-Villars édit. Paris, 1966, 505p.
- RAVAULT P.P. & VIGNON, G. (1956) La polyarthrite chronique évolutive. In: *Rhumatologie clinique*, pp. 150-203. Masson édit. Paris, France.
- ROBECCHI, A., DANEI, V. & EINAUDI, O. (1958) Studi sul comportamento della reazione di Waaler-Rose nelle malattie reumatiche. *Minerva Med.* 49, 774-782.
- RUBENS-DUVAL, A. (1969) Les polyarthrites séro-négatives. *J. Med. Lib.*, 22, 271-280.
- SANKALE, M. & BAYLET, R.J. (1967) Les infections intestinales à Dakar. *Etudes Médicales. Alexandrie*, 2, 1-26.
- SANKALE, M., SOW, A.M., B. DIOP, TOURE, Y.I. & RUSCHER, H. (1976) La polyarthrite rhumatoïde chez le Noir africain (A propos de 43 cas observés à Dakar). *Bull. Soc. Méd. Afr. Nre lgue frse*, 21, (à paraître).
- VERDAGUER, S., GAUBERT, Y., PHELIPPON, M. & JEANNETON, CH. (1965) Dysenterie bacillaire et syndrome de Fiesinger-Leroy-Reiter. (A propos d'une épidémie métropolitaine). *Presse Méd.* 73, 961-962.
- VILLIAUMEY, J. & LARGET-PIET, B. (1975) Polyarthrite chronique évolutive (Polyarthrites rhumatoïdes et polyarthrites séro-négatives). *E. M. C. App. locomot.* 14220 A 10-14220 A 20.