

COMORBIDITES AU COURS DES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Jguirim M, Touzi M, Zrour S, Bejia I, Bergaoui N.

Service de Rhumatologie CHU Monastir.

Introduction

Le pronostic des patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique, comme la polyarthrite rhumatoïde (PR) ou la spondylarthrite ankylosante (SPA) a été bouleversé favorablement grâce à une meilleure prise en charge et notamment de nouvelles thérapeutiques. Une meilleure connaissance de l'évolution de ces malades a mis en exergue l'importance, à côté du rhumatisme, d'autres affections que l'on appelle couramment dans le langage médical comorbidités. Ces maladies associées peuvent exister avec la même fréquence que dans la population générale saine mais aussi parfois à une fréquence plus élevée.

Pour la prise en charge de cette comorbidité, il existe quelques spécificités chez les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique notamment en ce qui concerne la prise en charge des maladies cardio-vasculaires ou les conseils relatifs aux vaccinations. De plus, le risque de survenue de maladies cardiovasculaires est augmenté chez les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire même en tenant compte des risques cardiovasculaires classiques [1]. Ce sur-risque peut être expliqué non seulement par la maladie elle-même mais également par la prise au long cours de médicaments toxiques pour le système cardiovasculaire comme les corticostéroïdes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Les objectifs de cette revue de la littérature sont de déterminer les principales comorbidités à prendre en charge au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques et de déterminer le poids de chacune de ces comorbidités et secondairement de proposer une stratégie d'évaluation du risque surtout cardiovasculaire, métabolique, carcinologique, infectieux et de l'ostéoporose.

A. Comorbidités et polyarthrite rhumatoïde

Les sujets atteints de PR présentent un risque accru de comorbidités.

Une liste de ces affections a été établie par la SFR et l'EULAR [2]. On distingue :

- 1- Maladies cardiovasculaires : La PR est associée à un risque augmenté de maladies cardiovasculaires (CV) telles que l'infarctus du myocarde, les accidents cérébraux et l'insuffisance cardiaque [3]. Cette augmentation du risque de maladie CV observée chez les patients atteints de PR pourrait résulter d'une interaction entre les facteurs de risque traditionnels ou non et l'inflammation chronique. Parmi les facteurs de risque habituels, la plupart des études montrent une prévalence augmentée du tabagisme dans la PR, alors que la prévalence de l'hypertension, du diabète sucré et de la dyslipidémie est toujours une question débattue.

Certains facteurs de risque moins habituels, comme une dysfonction endothéliale, ou des facteurs de risque CV paradoxaux tels qu'un faible indice de masse corporelle, ont été décrits dans la PR [4]. Ainsi, le diabète de type 2 est plus fréquent dans la PR, le taux des HDL cholestérol est diminué tandis que la prévalence de l'hypercholestérolémie n'est pas différente entre les patients atteints de PR et les patients témoins.

Le taux de lipides doit être mesuré dans la PR car les dyslipidémies semblent sous estimées. Dans une étude transversale, Soubrier et al. ont montré que lorsque la PR était considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire additionnel, 20 % des patients ambulatoires atteints de PR nécessiteraient un traitement par statines [5].

La dernière recommandation de l'EULAR conseille d'évaluer le risque cardiovasculaire en utilisant l'équation de SCORE et de prescrire des statines. Si on utilise cette équation pour estimer le risque cardiovasculaire global, celui-ci devrait être multiplié par 1,5 lorsque les patients ont une PR avec deux des trois critères suivants : durée d'évolution de la maladie supérieure à dix ans, facteurs rhumatoïdes ou anticorps anti-CCP positifs et présence de manifestations extra-articulaires [2].

Intérêt score Framingham

- 2- Les maladies infectieuses : les patients atteints de PR ont 1,5 à 2 fois plus de risque de développer des infections. Les trois points à surveiller particulièrement sont la vaccination, les infections pulmonaires et des foyers dentaires [6].
- 3- les maladies cancéreuses : il existe un risque accru de survenue de cancers du sein, du col, de l'utérus, de la prostate, du colon, du rectum, de la peau et du poumon [7].
- 4- l'ostéoporose : une maladie active, un traitement par corticoïdes et une diminution de la masse musculaire sont des facteurs de risque d'ostéoporose [8].

La prise en charge optimale du patient repose donc sur la recherche et la prévention de ces maladies associées, mais également sur un suivi régulier de l'activité de la PR.

B. Comorbidités et spondylarthrite ankylosante

La présence de comorbidités au cours de la spondylarthrite ankylosante est bien documentée [9]. Kang, dans une étude comparant 11701 patients atteints de SPA à 58505 sujets sains, a conclu que les comorbidités associées à la SPA étaient l'hypertension artérielle (16,4 %), les ulcères (13,9 %) et les céphalées (10,2 %) [10].

Les données concernant la prévalence du syndrome métabolique dans la SPA sont bien établies. Deux études cas-témoins, portant sur de faibles effectifs, suggèrent une prévalence augmentée du syndrome métabolique dans la SA par rapport à des contrôles appariés selon l'âge et le sexe, respectivement 45,8 vs 10,5% (n=24) et 34,9 vs 19% (n=63) (24,25). L'une de ces études montre une corrélation entre la présence d'un syndrome métabolique et l'âge plus élevé, une ancienneté plus longue de la SPA et un indice BASDAI plus élevé [11].

C. Comorbidités et syndrome de Gougerot Sjogren primitif

Différentes comorbidités associées au syndrome de Gougerot Sjogren primitif (SGS) ont été rapportées. Kang et al s'est intéressé à évaluer 1974 patients atteints de SGS primitif par rapport à une population témoin. les différentes maladies associées étaient : hyperlipidémie (OR :1,42), arythmie cardiaque (OR :1,32), céphalées (OR :1,47),,, migraine (OR :1,86),,, fibromyalgie (OR :1,71), asthme (OR :1,54) HTAP (OR :1,42),,, hypothyroïdie (OR :2,37), atteinte hépatique (OR :1,89), ulcère (OR :1,88), hépatite B (OR :2,34), anémie ferriprive (OR :1,42),,, dépression (OR :2,57), et psychose (OR :2,15) [12]..

D. Co-morbidité et rhumatisme psoriasique :

Les études récentes ont montré que le psoriasis et notamment le rhumatisme psoriasique est associé à un risque accru de comorbidités incluant le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, la stéatose hépatique et le tabagisme. Ce risque accru de comorbidités est indépendant des facteurs de risque surajoutés, en particulier les troubles addictifs et la sédentarité. Les données concernant la morbidité cardiovasculaire sont plus controversées et semblent intéresser la population jeune avec psoriasis sévères. L'impact des traitements systémiques sur les comorbidités cardiométaboliques reste cependant incertain. La détection et la prévention des comorbidités, et si besoin leur traitement précoce par des mesures avant tout hygiéno-diététiques, doivent rester au centre de la prise en charge thérapeutique des malades atteints de psoriasis et rhumatisme psoriasique.

Des recommandations simples ont été ainsi établies et publiées en 2008 sous l'égide de la National Psoriasis Foundation aux USA. Ces dernières reprennent pour l'essentiel les

recommandations de l'American Heart Association [13]. Une surveillance au minimum tous les 2 ans de l'index de masse corporelle, du périmètre abdominal, de la pression artérielle, du pouls, et le contrôle au minimum tous les 5 ans (et tous les 2 ans en cas de facteur de risque) du taux sérique de cholestérol total et HDL, et de la glycémie à jeun, sont recommandés.

Conclusion

Afin d'améliorer encore le devenir des patients souffrant de rhumatisme inflammatoire, il est donc nécessaire, à côté du traitement de la maladie, de prévenir ces maladies associées ou comorbidités et de les traiter et de les traiter.

Bibliographie

- 1- I Roifman and al. Chronic Inflammatory Diseases and Cardiovascular Risk: A Systematic Review. Canadian Journal of Cardiology; 2011: 174–182.
- 2-Peters MJ, Symmons DP, McCarey D, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis 2010; 69:325–31.
- 3- Solomon DH, Karlson EW, Rimm EB, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. Circulation. 2003; 107:1303–7.
- 4- J Frédéric Boyera, P A Gourraudc, A Cantagrela, J L Davignonb. Méta-analyse des facteurs de risque traditionnels cardiovasculaires dans la polyarthrite rhumatoïde. [Revue du rhumatisme 78 \(2011\) 245–250.](#)
- 5- Soubrier M, Bruckert E. Should rheumatologists prescribe statins? Joint Bone Spine 2010; 77:93–5.
- 6- Doran MF, Crowson CS, Pond GR, et al. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. Arthritis Rheum. 2002;46:2287-93.
- 7- Nannini C, Cantini F, Niccoli L, et al. Single-center series and systematic review of randomized controlled trials of malignancies in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis receiving anti-tumor necrosis factor alpha therapy: is there a need for more comprehensive screening procedures? Arthritis Rheum 2009;61:801-12.
- 8- Lodder MC, de Jong Z, Kostense PJ, et al. Bone mineral density in patients with rheumatoid arthritis: relation between disease severity and low bone mineral density. Ann Rheum Dis 2004; 63:1576-80.
- 9-Bremander A, Petersson IF, Bergman S, Englund M. Population-based estimates of common comorbidities and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis. Arthritis Care

Res. 2011; 63:550-6. 10-Kang JH, Chen YH, Lin HC. Comorbidity profiles among patients with ankylosing spondylitis: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis*. 2010 Jun; 69:1165-8.

11- Papadakis JA., Sidiropoulos PI.,Karvounaris SA. et al.High prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk factors in men with ankylosing spondylitis on anti-TNF alpha treatment: correlation with disease activity. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27:292-8.

12- Kang JH, Lin HC. Comorbidities in patients with primary Sjogren's syndrom : a registry-based case-control study. *J Rheumatology*.2010; 37: 1188-94.

13-Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM et al.National Psoriasis Foundation. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol*, 2008; 58: 1 031-1 042.