

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2022 - 2023

Thèse N°/

THEME

**Etiologie de la polyarthrite du sujet âgé dans le
Service de Rhumatologie du CHU Point G.**

Présentée et Soutenue publiquement le 04/01/2024 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Mme Fanta Dao KANE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Mr. Hamar Alassane TRAORE, *Professeur Honoraire*

Membre(s) : Mr. Djibril SY, *Maître de conférences*

Mr. Nagou TOLO, *Interniste*

Co-Directeur/trice : Mr. Sidi TOURE, *Médecin*

Directeur/trice : Mr Idrissa Ah. CISSE, *Maitre de Conférences*

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

ADMINISTRATION

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 7. Mr Boulkassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 21. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 24. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 25. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 26. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 27. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 28. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 30. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 31. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 32. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 33. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 35. Mme TRAORE J. THOMAS | Ophtalmologie |
| 36. Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| 37. Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| 38. Mr Yeya Tiémoko TOURE | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 39. Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie Traumatologie |
| 40. Mr Adama SANGARE | Orthopédie Traumatologie |
| 41. Mr Sanoussi BAMANI | Ophtalmologie |
| 42. Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie-Diabetologie |
| 43. Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 44. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique |
| 45. Mr Bakary Y. SACKO | Biochimie |
| 46. Mr Moustapha TOURE | Gynécologie/Obstétrique |
| 47. Mr Boubakar DIALLO | Cardiologie |
| 48. Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |

49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie/Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
68. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
70. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71. Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale et éthique en Santé
72. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73. Mr Youssef SOW	Chirurgie Générale
74. Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssef COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
18. Mr Youssef TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
12. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
13. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
14. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
15. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
16. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
17. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
18. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
20. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
21. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
22. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
23. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
24. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
25. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
26. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
27. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
28. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
29. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
30. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
31. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
32. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
33. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
34. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
35. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
36. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
37. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
38. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée
41. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
42. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
46. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
49. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
50. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
55. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
56. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophthalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
14. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
15. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
16. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
17. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------



D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DÉR
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
5. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
7. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
13. Mr Sanoukho COULIBALY	Toxicologie
14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
15. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
2. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
4. Mr Saïdou BALAM	Immunologie

5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
6. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche
	Biomédicale
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
8. Mr Adama DAO	Entomologie médicale
9. Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY	Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO	Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidy BANE	Immunologie
14. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBÀ	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssouf Mamoudou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phthisiologie Chief de DER
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
6. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
7. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8. Mr Massama KONATE	Cardiologie
9. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
10. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
11. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
12. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
14. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
15. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
16. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
17. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
18. Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-entérologie
19. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
20. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
21. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
22. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie

23. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr DiakaliaSiaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO Epidémiologie
4. Mr Abdourahmane COULIBALY Anthropologie de la Santé
5. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bioinformatique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
3. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
4. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
6. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
7. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
9. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/Communautaire
10. Mr Samba DIARRA Anthropologie de la Santé
11. Mr Birama Apho LY Santé Publique

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
5. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
6. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
7. Mr Ilo DICKO Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahamoudou TOURE Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
6. Mr Brahima DICKO Médecine Légale
7. Mr Bah TRAORE Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE Parodontologie
12. Mme Rokia SANOGO Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO Economie de la santé



27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
43. Mr Ibrahima FALL	OCE
44. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
45. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / 21 / 12 / 2023

Le Secrétaire Principal



Df Monzon TRAORE

DEDICACES

Au nom d'Allah le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Louange à Allah, l'Unique, le Créateur, nous le louons, demandons pardon, et cherchons refuge contre nous même, et nos mauvaises actions. C'est à lui qu'appartient toutes les louanges et les plus beaux noms.

Certes c'est lui qui facilite les choses difficiles « A côté de la difficulté, est certes, une facilité S94.V5 et 6 ». Je remercie ALLAH mon créateur de m'avoir accordé la santé et la force nécessaire dans l'élaboration de ce travail.

Je dédie ce travail à

➤ A feu mon père Baba Dan Kané

Dieu seul sait comment, son départ m'a laissée un grand vide. Aucune dédicace ne pourrait exprimer tout l'amour que je lui porte. Ce travail est le fruit de tous ses sacrifices. Qu'Allah t'accorde le plus haut degré au paradis.

➤ A ma mère Mama Mariko

Merci pour tes encouragements, tes conseils, et tes bénédictions qui n'ont jamais fait défaut. Merci d'avoir pris soin de nous. Et saches que notre objectif serait toujours de te rendre fière et heureuse. Qu'Allah t'accorde une longue vie pieuse en bonne santé.

REMERCIEMENTS

➤ A mes frères et sœurs Kamory, Salimata, Yacouba, Mariam

Merci de remplir le rôle de père et mère que vous faite à la perfection. Ce travail est le fruit de vos encouragements et conseils. Qu'Allah exauce tous vos vœux et vous bénisse.

➤ A mon mari Mouekié Koné

Mon cœur, merci pour ton accompagnement, ton soutien et ton amour dans les bons comme les mauvais moments de ma vie. Trouves ici l'expression de mon amour et de ma gratitude. Qu'Allah te guide toujours vers ce qu'Il agrée.

➤ A mes enfants Oumar, Ibrahim, Youssoufa, Baba Abdallah

Mes chéris, vous êtes ma fierté. Aucune dédicace ne pourrait exprimer tout l'amour que je vous porte. Qu'Allah vous bénisse.

➤ A mes belles-sœurs et beaux-frères N'Gnolagné Togola et Saran Dombia, Bréhima Fomba, Abdoul Karim Dao

Merci pour les encouragements et pour tout l'amour que vous me portez. Merci à vous de me supporter.

➤ A mon oncle Bamè Kané,

Vous ne m'avez jamais laissé sentir l'absence de mon père. Votre aide financière, vos conseils surtout votre amour n'ont jamais fait défaut. Qu'Allah vous accorde une longue vie

➤ A ma tante Salimata Kané et son mari Samou Magané

L'affection que j'ai pour vous est sans mesure, que Dieu vous accorde santé et longue vie.

➤ **A ma belle-famille**

Merci de m'accepter au sein de notre famille et pour tout l'amour que vous me portez.

➤ **A mon beau père Youssoufa Maïga**

Votre gentillesse et votre générosité font de vous un beau-père exceptionnel. Qu'Allah vous accorde santé et longue vie

➤ **A mes oncles, tantes, cousins et cousines, neveux et nièces**

Trouvez ici l'assurance de mon amour, de mon profond respect et de mon attachement. Que ce travail soit pour vous un témoignage de mon affection.

➤ **A ma meilleure amie Mme Aminata Tangara et son époux Abdramane Coulibaly**

Avec vous s'aimer en Allah prend tout son sens. Merci pour votre soutien inconditionnel. Qu'Allah nous unisse au paradis.

➤ **Aux nounous de mes enfants Aïcha, Mariam, Aminata, Ada, Djeneba**

L'accomplissement de ce travail serait difficile sans votre aide. Soyez remerciez pour tout l'amour avec lequel vous avez pris soin de mes enfants. Que Dieu accomplisse vos vœux.

➤ **A tous mes enseignants**

Merci pour l'encadrement reçu. Trouvez ici l'assurance de mon amour et profond respect et de mon attachement.

➤ **A mes amies Dr Berthé Binta, Dr Aminata Sangaré, Dr Djelika Coulibaly, Dr Mariama Bako, Mme Ouolèguème Rokia Sympara, Mme Sacko Mariam Keita**

Merci pour votre soutien inconditionnel. Je remercie Dieu de m'avoir donnée des perles rares comme vous. Trouver en ce travail le symbole de mon affection. Que Dieu vous bénisse davantage.

➤ **A mes frères et sœurs de la LIEEMA**

Merci de m'avoir accueilli au sein de cette grande famille. Que ce travail soit pour vous un témoignage de mon affection.

➤ **A mes amis du groupe d'exposé** (Karim Diarra, Ibrahim Traoré, Pamela Larissa Touré).

Soyez assurés de mon affection et de ma gratitude. Que Dieu vous récompense.

➤ **A mes amis et camarades de promotion de Dioïla**

Que ce travail soit pour vous un témoignage de mon affection.

➤ **A mon frère en islam Moussa Tchoukoua**, merci pour ton soutien et de m'avoir fait découvrir le Service de Rhumatologie. Qu'Allah exauce tes vœux les plus chers.

➤ **Au Dr San Junior Godagan**

Mon binôme. Tu m'as toujours encouragé et aidé inlassablement. Que ce travail te témoigne ma profonde gratitude. Qu'Allah te guide toujours vers ce qu'IL agréée.

➤ **A Djonh minétou Dagnon**,

Ce fut un agréable moment de partage, de soutien et de convivialité. Trouve en ce travail mon profond respect.

➤ **Au Dr Drissa Berthé**

Votre présence quotidienne à n'importe quelle heure au service nous a procuré sécurité et quiétude durant l'élaboration de ce travail. Trouve en ce travail mon profond respect.

➤ **Aux médecins rhumatologues du service** Dr Sory Ibrahim Pamanta, Dr Seydou Diallo, Dr Fanta Sangaré, Dr Sidi Touré

Votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et votre disponibilité suscitent mon admiration. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

➤ **A mon co-Directeur Dr Sidi Touré**

Votre gentillesse, votre humilité, votre disponibilité, votre générosité immense. Votre amour pour le travail bien fait et pour votre prochain font de vous un cher Maître hors pair.

➤ **Au Chef du service Pr Idrissa Ah Cissé**

Votre professionnalisme, votre simplicité, votre empathie, votre amour pour le travail bien fait, font de vous un cher Maître hors pair. Vous êtes une figure paternelle et une source d'inspiration pour nous. Merci pour toutes les valeurs que vous nous aviez inculquées.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Hamar Alassane TRAORE

- ❖ Professeur Honoraire de Médecine Interne à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- ❖ Ancien Chef de du service de Médecine Interne du CHU Point G
- ❖ Ancien Directeur et Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine Interne au Mali
- ❖ Ancien président de la Société Africaine de Médecine Interne du Mali (SOMIMA)
- ❖ Président d'honneur de la Société Malienne de Rhumatologie (SMRh)
- ❖ Membre de l'Académie des Sciences du Mali (ASM)
- ❖ Chevalier de l'Ordre National du Mali

Honorable Maître,

Grand est l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Nous avons été séduits par, votre simplicité, votre ponctualité et votre amour du travail bien fait. Recevez ici l'expression de notre estime et de notre profond respect. Qu'Allah vous accorde une longue vie en bonne santé.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Nagou TOLO

- ❖ Maître de recherche en Médecine Interne
- ❖ Spécialiste en Médecine Interne
- ❖ Spécialiste en gériatrie et en gériatrie
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Bocar Sidy Sall de Kati

Cher Maître,

Nous avons beaucoup apprécié votre disponibilité et vos qualités humaines. Nous avons été marqués par la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez rassuré de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

DR Djibril Sy

- ❖ Maître de conférences en Médecine Interne à la FMOS
- ❖ Diplômé en Médecine gériatrique de l'université de Rouen et de Paris VI en France
- ❖ Praticien hospitalier au CHU du Point G
- ❖ Membre de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMOIMA)
- ❖ Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako

Cher Maître,

Malgré vos occupations, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de siéger parmi les membres de jury.

Votre humilité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.

Recevez cher Maître nos considérations les plus distinguées.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Sidi TOURE

- ❖ Praticien hospitalier dans le service de Rhumatologie au CHU du Point-G
- ❖ Spécialiste en Rhumatologie
- ❖ Secrétaire Général de la Société Malienne de Rhumatologie (SMRh)
- ❖ Membre International de la Société Française de Rhumatologie (SFR)
- ❖ Membre de la Société Africaine de Rhumatologie (SARh)
- ❖ Diplômé en Acupuncture, Moxibustion et massage TUINA
- ❖ Secrétaire de la Commission Médicale d'Établissement (CME) au CHU du Point G.

Cher Maître

C'est une immense joie de vous avoir eu comme co-Directeur de thèse. Votre gentillesse, votre simplicité, votre grandeur d'âme, votre générosité immense ont forcé notre admiration et rendu cette expérience agréable. Nous saisissons cette occasion, cher maître pour vous exprimer notre profond respect et nos sincères remerciements.

Qu'Allah vous accorde le succès ici-bas et dans l'au-delà.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Idrissa Ah. CISSE

- ❖ Maître de conférences de Rhumatologie à la FMOS ;
- ❖ Diplômé en Médecine Tropicale et Parasitaire ;
- ❖ Diplômé en Endoscopie Digestive ;
- ❖ Diplômé en Maladies Systémiques ;
- ❖ Chef du Service de Rhumatologie au CHU du Point-G ;
- ❖ Membre International de la Société Française de Rhumatologie (SFR)
- ❖ Membre de l'African League of Associations for Rheumatology (AFLAR) ;
- ❖ Vice-Président de la Société Ouest-Africaine de Gériatrie et de Gériatologie (SOAGG) ;
- ❖ Secrétaire général du Réseau Ouest-Africain des Myopathies (ROAMY) ;
- ❖ Membre de la Société Burkinabè de Rhumatologie (SBR) ;
- ❖ Président de la Société Malienne de Rhumatologie (SMRh) ;
- ❖ Membre fondateur de la Société Africaine de Rhumatologie (SARh) ;
- ❖ Vice-Président de la Société Africaine de Rhumatologie (SARh) ;
- ❖ Ancien Directeur Général du CHU Point-G.
- ❖ Ancien Secrétaire Principal de la FMOS.

Cher Maître,

Durant notre séjour dans votre Service, nous avons toujours été admiratif devant votre professionnalisme, votre simplicité, votre empathie, votre amour pour le travail bien fait, qui font de vous un cher Maître hors pair. Merci pour toutes les valeurs que vous nous aviez inculquées. Recevez ici l'expression de notre estime et de notre profond respect. Qu'Allah vous accorde une longue en bonne santé.

LISTE DES ABREVIATIONS

γ GT	: Gamma Glutamyl Transferase
ACR	: American College of Rheumatology
ALAT	: Alanine Aminotransférase
AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
AIS	: Anti-inflammatoire stéroïdien
ANA	: Antinuclear antibody
Anti CCP/ACPA	: Anti peptides anti citrullinés
Anti DNA	: anti-désoxyribonucléid anticorps
Anti Sm	: anticorps anti muscle lisse
APS	: Anti Paludique de synthèse
ASAT	: Aspartate Aminotransférase
BAAR	: bacilles acido-alcool-résistants
CA (Ca 15.3; Ca 19.9 ; Ca 125)	: Carbohydate (Ca 15.3 antigène utilisé dans le cancer du sein, Ca 19.9 antigène utilisé dans les cancers digestifs en particulier pancréatique, Ca 125 antigène utilisé dans les cancers ovariens,)
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CRP	: C reactive protein
CPK	: Créatine phosphokinase
DAS	: Disease activity score
DCI	: Dénomination commune internationale
DFG	: Débit de filtration glomérulaire
EOG	: Electro-oculogramme
ERG	: Electro-rétinogramme

EULAR	: European League Against Rheumatism
EVA	: Echelle visuelle analogique
EVD	: Echelle verbale de la douleur
F	: Féminin
FR	: Facteurs rhumatoïdes
HTA	: Hypertension artérielle
IL-1	: Interleukine 1
IL-6	: Interleukine 6
IMC	: Indice de masse corporelle
IPP	: Inter phalangienne proximale
IRF 5	: Interferon regulatory factor 5
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
LS	: Lupus Systémique
M	: Masculin
MCP	: Métacarpo phalangienne
MTP	: Metatarso phalangienne
N	: Normal
NAD	: Nombre d'articulations douloureuses
NAG	: Nombre d'articulations gonflées
PAC	: Pension artérielle couchée
PAD	: Pension artérielle debout
PAL	: Phosphatases Alcalines
PAN	: Périartérite noueuse

PCR	: Réaction de polymérisation en chaîne
PNN	: Polynucléaire neutrophile
PPR	: Pseudo polyarthrite rhizomélique
PR	: Polyarthrite Rhumatoïde
RI	: Rhumatisme indifférencié
RIC	: Rhumatismes inflammatoires chroniques
R3SPE	: Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis pitting
SGS	: Syndrome de Goujerot-Sjögren
SMRh	: Société Malienne de Rhumatologie
SPSS	: Statistical package for social science
SSA/SSB	: Sica syndrome A/Sica syndrome B
TNF-α	: Tumor necrosis factor alpha
UGD	: Ulcère gastro-duodéal
VS	: Vitesse de sédimentation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: critères de classification de PR selon l'ACR/EULAR 2010	9
Tableau II : Critères de classification du collège américain de rhumatologie de la maladie de Horton	15
Tableau III : Critères pour le diagnostic de pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) de Jones–Hazleman	16
Tableau IV : Critères d'aide au diagnostic d'une polyarthrite paranéoplasique.....	24
Tableau V: Répartition des patients selon la profession.....	32
Tableau VI : Répartition des patients selon la résidence.	33
Tableau VII : Répartition des patients selon les motifs de consultation.....	33
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'horaire de la douleur.....	34
Tableau IX : Répartition des patients selon le nombre d'articulations douloureuses.....	34
Tableau X : Répartition des patients selon le nombre d'articulations gonflées.....	34
Tableau XI: Répartition des patients selon la durée du dérouillage matinal	35
Tableau XII: Répartition des patients selon le début des symptômes.....	35
Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de déformation	37
Tableau XIV: Répartition des patients selon les antécédents médicaux.....	38
Tableau XV: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux	39
Tableau XVI: Répartition des patients selon leur IMC.....	39
Tableau XVII: Répartition des patients selon les manifestations extra-articulaires	40
Tableau XVIII: Répartition des patients selon la Protéine C Réactive (CRP).....	41
Tableau XIX: Répartition des patients selon la vitesse de sédimentation (VS).....	41
Tableau XX: Répartition des patients selon l'atteinte rénale.....	41
Tableau XXI: Répartition des patients selon le type d'anémie.....	42
Tableau XXII : Répartition des patients selon la gammopathie.....	42
Tableau XXIII : Répartition des patients selon les germes isolés à l'Uroculture	42
Tableau XXIV: Répartition des patients selon les anticorps retrouvés.	43
Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu	43
Tableau XXVI : Répartition des patients selon la radiographie du thorax de face.....	44
Tableau XXVII : Répartition des patients selon la radiographie des extrémités	44
Tableau XXVIII : diagnostic retenu selon les anomalies des extrémités à la radiographie.....	45
Tableau XXIX: diagnostic retenu et anomalies à la radiographie du thorax de face.....	46
Tableau XXX : Association entre les diagnostics retenus et les signes rénaux	47

Tableau XXXI : Association entre les diagnostics retenus et les signes hématologiques	48
Tableau XXXII : Association entre les diagnostics retenus et les manifestations pulmonaires ...	49
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le traitement symptomatique	50
Tableau XXXIV: Répartition des patients selon le traitement de fond instauré.....	50
Tableau XXXV: Répartition des patients selon l'évolution	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Les impacts du vieillissement.....	7
Figure 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge.	31
Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe.....	32
Figure 4: Répartition des patients selon la déformation articulaire	36
Figure 5 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents médicaux.....	38

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
1. GENERALITES.....	3
1.1. Définitions.....	3
1.2. Aspects épidémiologique et social.....	3
1.3. Immunité du sujet âgé.....	4
1.4. Mécanisme de l'inflammation.....	5
1.5. Signes généraux et biologiques de l'inflammation.....	6
1.6. Particularité de l'inflammation du sujet âgé.....	6
1.7. Principaux rhumatismes inflammatoires chroniques du sujet âgé.....	8
2. METHODOLOGIE.....	26
2.1. Cadre d'étude.....	26
2.2. Type et période d'étude.....	27
2.3. Population d'étude.....	28
2.4. Les critères d'inclusion :.....	28
2.5. Les critères de non inclusion.....	28
2.6. Les variables.....	28
2.7. Collecte des données.....	29
2.8. Traitement et analyse des données.....	29
2.9. Ethique.....	30
3. RESULTATS.....	31
3.1. Résultats globaux.....	31
3.2. Données sociodémographiques :.....	31
3.3. Données cliniques :.....	33
3.4. Données paracliniques.....	41
3.5. Traitement.....	50

3.6. Evolution.....	51
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	52
4.1. Limites	52
4.2. Données épidémiologiques.....	52
4.3. Clinique.....	53
4.4. Traitement et Évolution	56
CONCLUSION	57
RECOMMANDATIONS	58
REFERENCES	60
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

La polyarthrite du sujet âgé est une atteinte inflammatoire de quatre (04) articulations ou plus chez une personne de 65 ans ou plus. L'âge moyen de début étant 60 ans [1].

Il y a une difficulté diagnostique de la polyarthrite à cet âge, accrue par l'existence fréquente d'affections associées, l'aspect souvent trompeur des rhumatismes à début tardif et l'existence de maladies articulaires propres au sujet âgé [2].

Bien que la polyarthrite rhumatoïde soit prépondérante à cet âge, une cause infectieuse doit d'emblée être évoquée en présence d'une polyarthrite fébrile, même si la monoarthrite ou l'oligoarthrite sont peu fréquentes.

L'évolution sur ce terrain particulier est tributaire d'une prise en charge précoce et des comorbidités. La prise en charge est fonction de l'étiologie.

Le manque de données sur les causes de la polyarthrite du sujet âgé à Bamako a motivé cette étude.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les étiologies de la polyarthrite du sujet âgé dans le Service de Rhumatologie au CHU du Point G.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la polyarthrite chez le sujet âgé
- Décrire les caractéristiques cliniques.
- Décrire les anomalies (signes) biologiques et radiographiques
- Déterminer les étiologies

1. GENERALITES

1.1. Définitions

La polyarthrite du sujet âgé est une atteinte inflammatoire de plus de quatre (04) articulations chez une personne de 65 ans ou plus. L'âge moyen de début supposé à 60 ans [1].

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), un sujet âgé est une personne dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la « vieillesse » de 55 à 60 ans [3].

Le vieillissement peut être défini comme « l'ensemble des mécanismes qui font baisser la capacité de l'organisme de s'adapter aux conditions variables de l'environnement » [4].

1.2. Aspects épidémiologique et social

La population mondiale vieillie, notamment dans les pays industrialisés. La population âgée de plus de 60 ans a triplé au cours des 50 dernières années et triplera encore à l'horizon 2050. D'après les estimations, 10% de la population européenne aura plus de 80 ans en 2050 et les centenaires seront 3.2 millions à travers le monde, soit 18 fois plus qu'en 2000 [5].

Cette évolution, liée à la diminution de la mortalité et de la natalité, pose de réelles questions sociétale, économique, médicale, scientifique et éthique.

Au Mali, le recensement général de la population de 2020, a dénombré 20.250.834 d'habitants. Les sujets âgés représentaient 2,5 % de la population totale dont 1,1% d'hommes et 1,4 % de femmes soit un sexratio de 0,85. [6]

Les maladies de l'appareil locomoteur des personnes âgées sont la principale cause d'incapacité fonctionnelle dans les pays développés. Leurs conséquences sont étroitement liées à leur prévalence mais aussi à leur impact sur le système de santé en termes de coût direct et indirect [7].

Une enquête transversale publiée en 2014 qui concernait tous les patients vus en consultation ou hospitalisés pour un rhumatisme inflammatoire en France montrait que la PR et la PPR sont les deux rhumatismes le plus souvent diagnostiqués après 60 ans pendant que la proportion de spondylarthrite et de connectivite, qui représentent près de 10 % des rhumatismes, diminuait légèrement avec l'âge [8].

En Guinée, quarante-cinq cas de rhumatisme inflammatoire et de connectivite (dominées par la polyarthrite rhumatoïde) ont été rapportés par Kamissoko lors d'une étude sur le profil des maladies rhumatismales du sujet âgé [9].

En Côte d'Ivoire, une étude sur le profil des affections ostéoarticulaires des sujets âgés noirs africains à propos de 157 cas estimait le rhumatisme paranéoplasique à 28,9 % [10].

1.3. Immunité du sujet âgé

L'espérance de vie va crescendo en raison de progrès importants dans la prévention ou la guérison de diverses maladies normalement rencontrées lors du troisième âge. Cependant, les progrès scientifiques et médicaux sont encore nécessaires pour comprendre la cause sous-jacente de l'occurrence disparate des comorbidités avec le vieillissement :

- d'une part, le vieillissement altère profondément le système immunitaire ; il est caractérisé par de nombreux changements de l'hématopoïèse, des systèmes adaptatifs et innés, associés à un environnement pro-inflammatoire.
- d'autre part, les événements stressants (aigus ou chroniques) peuvent aussi avoir un impact sur le système immunitaire par la sécrétion d'hormones, qui sont également altérées par le vieillissement.

Le domaine de la psycho-neuro-immunologie fournit maintenant des preuves que, dans les conditions médicales aiguës, les personnes âgées ne sont pas égales dans leurs réponses aux facteurs de stress. Des paramètres (extrinsèques et

intrinsèques) pourraient interférer avec la capacité des personnes âgées à monter une réponse immunitaire efficace [11].

Le vieillissement est associé à un déclin des compétences du système immunitaire, appelé immunosénescence, touchant aussi bien le compartiment inné qu'adaptatif [12]. Il s'y associe un second phénomène appelé « inflammaging » caractérisé par une production accrue de cytokines pro-inflammatoires. L'ensemble de ces modifications diminue les capacités du patient âgé à produire une réponse immune efficace contre les antigènes étrangers.

1.4. Mécanisme de l'inflammation

L'inflammation est un ensemble de réactions vasculaires, chimiques et cellulaires d'étiologie diverse : traumatismes, agents physiques, microbes, cristaux, complexes immuns etc. Elle est bénéfique en assurant la destruction de certains agents offensants et l'élimination des tissus nécrosés, mais elle participe à la symptomatologie de plusieurs maladies et la manifestation la plus dominante de certaines. Les arthropathies caractérisées principalement par une inflammation de la synoviale sont appelées arthrites.

Les arthrites se reconnaissent par la présence des signes cardinaux de l'inflammation, la douleur, le gonflement, la rougeur (aspect violacée sur peau noire) et la chaleur locale qui peuvent manquer à la hanche et à l'épaule qui sont des articulations profondes.

Elle peut se manifester aussi par une limitation des amplitudes articulaires et/ou une forte douleur à la mobilisation.

a. L'inflammation aiguë :

Evolue schématiquement en trois phases : une phase vasculaire, une phase cellulaire et une phase de réparation.

La phase vasculaire comprend une vasodilatation artériolaire, capillaire et veinulaire (en grande partie par élargissement des jonctions entre les cellules endothéliales) ayant pour effet une extravasation de liquide plasmatique. Ce liquide contient des grosses molécules : globulines, fibrinogènes, qui à l'état

normal sont confinées dans les vaisseaux. L'épanchement intra-articulaire des arthrites provient aussi de cette extravasation plasmatique, la cavité articulaire étant en continuité avec les espaces intercellulaires de la membrane synoviale [13].

b. Dans les inflammations chroniques :

L'infiltrat cellulaire est composé le plus souvent de macrophages, de lymphocytes et de plasmocytes.

Il en est ainsi notamment dans l'inflammation chronique de pathogénie immunitaire. La réaction inflammatoire chronique dite à corps étrangers, comme celle que suscite dans la synoviale un tophus goutteux, un dépôt cristallin de pyrophosphate de calcium, un débris cartilagineux, une épine végétale..., est caractérisée par une couronne d'histiocytes, de fibroblastes et cellules géantes autour du matériel causal. Certaines inflammations chroniques ont des granulomes, habituellement composés surtout d'histiocytes, avec cellules géantes, et dont le centre est nécrosé ou non tel que : la tuberculose, la brucellose, la sarcoïdose, la maladie de Crohn, la maladie de Wegener... [13].

1.5. Signes généraux et biologiques de l'inflammation

Quelle qu'en soit la cause, l'inflammation, si elle est vive, s'accompagne souvent de fièvre, qui provient de diverses substances : substance pyogène lysosomiale, prostaglandines, cytokines. Une leucocytose sanguine avec neutrophilie est souvent fréquente. Les inflammations chroniques entraînent très souvent une anémie. L'inflammation entraîne une augmentation de la VS (proportionnelle à l'âge), le fibrinogène et de la CRP. Les syndromes inflammatoires sont fréquents et souvent prolongés chez le sujet âgé. Ils sont définis par l'augmentation de la VS et par l'élévation des protéines de l'inflammation en particulier la CRP [14].

1.6. Particularité de l'inflammation du sujet âgé

Le vieillissement s'accompagne d'un état inflammatoire systémique chronique de bas grade appelé « inflamm-aging »

Il se caractérise par la production accrue de cytokines pro-inflammatoires telles que l'IL-1, l'IL-6, le « tumor necrosis factor alpha » (TNF- α) ainsi que la production de C-Réactive Protéine (CRP).

Le niveau de cet état pro-inflammatoire est associé à un plus mauvais pronostic chez le patient âgé : augmentation de la morbi-mortalité, sarcopénie et fragilité

L'origine de cet état pro-inflammatoire n'est pas complètement comprise à l'heure actuelle. Cette complexité tient au fait que de nombreux tissus et organes participent à la production de stimuli inflammatoires. Ceci inclut le système immunitaire mais aussi le tissu adipeux, le muscle squelettique, le foie et l'intestin. L'intestin pourrait avoir un rôle prépondérant puisqu'il constitue l'organe immunitaire le plus large de l'organisme et qu'il comporte des milliards de bactéries qui peuvent relarguer des stimuli inflammatoires dans la circulation. En dépit de son importance, les mécanismes fins (cellulaires et moléculaires) conduisant à ces sécrétions chroniques de bas bruit ne sont pas élucidés mais plusieurs hypothèses ont été émises incluant le stress, le stress oxydatif [15].

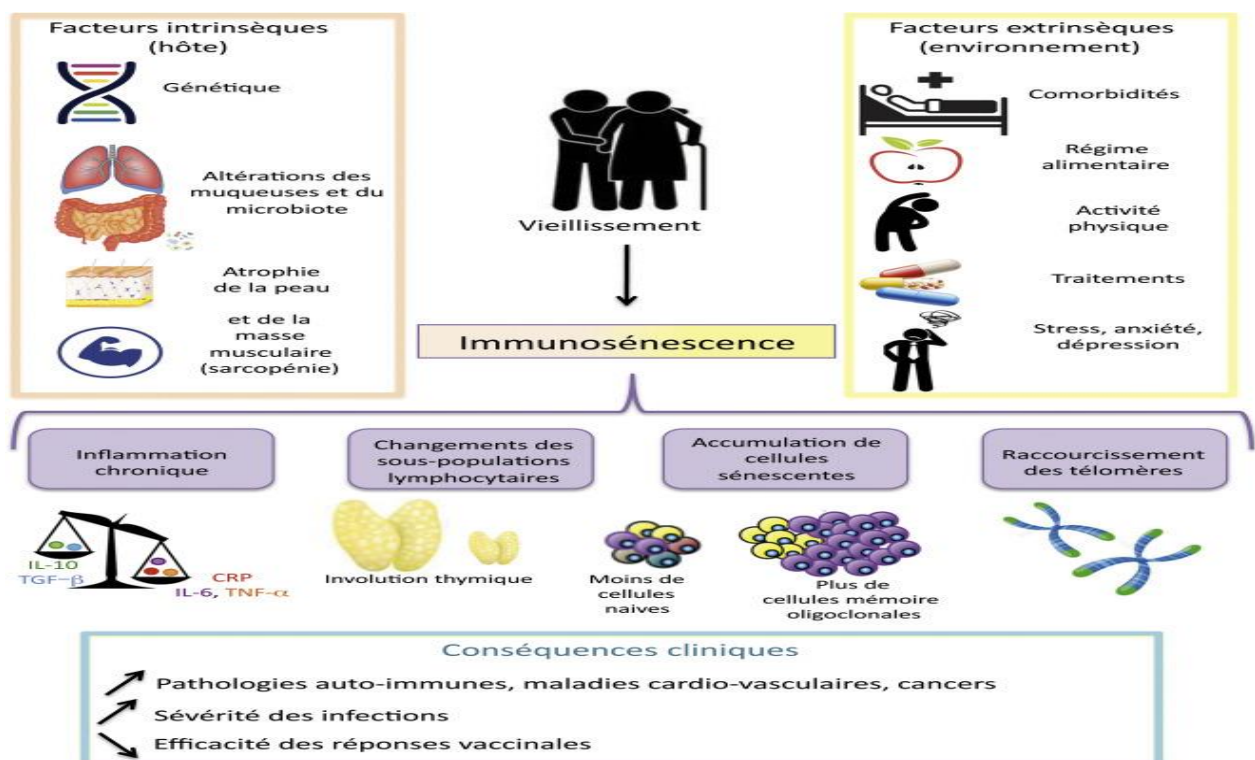


Figure 1: Les impacts du vieillissement [15].

1.7. Principaux rhumatismes inflammatoires chroniques du sujet âgé

- La Polyarthrite Rhumatoïde
- La PPR/Horton
- Les rhumatismes infectieux
- Les arthropathies microcristallines
- Les connectivites
- Les vascularites
- Les Polyarthrites paranéoplasiques
- Les Spondylarthropathies

1.7.1. La Polyarthrite Rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire chronique, auto-immune et poly-synoviale, destructrice et handicapante.

La polyarthrite rhumatoïde se manifeste par une atteinte inflammatoire bilatérale, fixes, le plus souvent symétrique et « nue » dans 70% des cas. Elle touche particulièrement les mains, les poignets, les pieds et les genoux.

La synovite au poignet ou aux doigts (les déformant en fuseau) est très évocatrice à la phase de début. L'examen clinique des mains et pieds douloureux retrouve un " squeeze test " positif. Il s'agit d'une polyarthrite aiguë fébrile avec altération de l'état général qui oblige à éliminer tout d'abord une polyarthrite infectieuse. L'atteinte rhizomélisque (dans 10% des cas) est plus fréquente chez les personnes âgées après 65 ans. Les critères de classification les plus utilisés sont ceux de l'ACR/EULAR 2010 (Tableau I) qui aident à faire un diagnostic et une prise en charge précoce avant les déformations irréversibles et invalidantes [16].

Tableau I: critères de classification de PR selon l'ACR/EULAR 2010

Un score supérieur à 6 permet de classer le patient comme PR

Atteinte articulaire (0-5)	
1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations (grosses articulations non comptées)	2
4-10 petites articulations (grosses articulations non comptées)	3
>10 articulations (au moins 1 petite articulations)	5
Sérologie (0-3)	
FR négatif et ACPA négatif	0
FR faiblement positif (1à 3× normale) ou ACPA faiblement positif (1à 3× normale)	2
FR fortement positif (> 3× normale) ou ACPA fortement positif (> 3× normale)	3
Durée des symptômes (0-1)	
< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1
Biologie inflammatoire (0-1)	
CRP normale et VS normale	0
CRP anormale ou VS anormale	1

✓ FR : Facteur Rhumatoïde ; ACPA ou anti-CCP : anticorps anti-peptides citrullinés ; CRP : protéine C réactive ; VS : vitesse de sédimentation

La détection des FR par néphélométrie laser ou par la technique d'ELISA est plus répandue et plus sensible (seuil : 20UI/ml). Elle est positive dans 50-60% des cas au début de la PR et un taux significatif présage d'un mauvais pronostic. La présence de FR n'est ni synonyme de PR, ni suffisante pour affirmer le diagnostic. Sa spécificité est de 75-85% et sa sensibilité de 70-80% [16].

Les anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CCP ou ACPA) sont des anticorps avec une spécificité supérieure à 95% pour le diagnostic la PR. Il peut être positif dans d'autres maladies inflammatoires chroniques : notamment le syndrome de Goujerot-Sjögren (5% des cas). Sa présence présage d'une maladie érosive [17].

Il est très fréquent que la PR s'accompagne, surtout lorsqu'elle est active, mal contrôlée ou lors d'une poussée, d'une élévation des paramètres biologiques de l'inflammation comme la vitesse de sédimentation (VS) et la C-reactive protein (CRP). Ces paramètres seront d'ailleurs utilisés dans les mesures d'activité de la maladie [18], [19].

L'atteinte des mains est souvent inaugurale. Les déformations retrouvées sont La déviation ulnaire des doigts en "coup de vent", les doigts en "col de cygne", en "boutonnière" en "maillet" ou en "marteau", le pouce en "Z", liée à une arthrite de la MCP. L'atteinte des poignets caractérisée par la luxation de la styloïde ulnaire (aspect en "touche de piano") et l'arthrite radiocarpienne aggravant le "coup de vent".

L'atteinte des pieds est très invalidante et survient dans 90% des cas. Il s'agit le plus souvent d'une atteinte des MTP, aboutissant rapidement à un avant-pied plat puis rond, avec luxation des métatarsiens. Il s'y associe un pied valgus. Les déformations du pied peuvent être très sévères avec risque d'hyperkératose, de durillons plantaires, de fistule avec risque infectieux.

L'atteinte des épaules est fréquente et souvent méconnue ; les coudes sont touchés dans 40% des cas, aboutissant rapidement à une attitude vicieuse en flessum [20]. La coxite rhumatoïde doit être systématiquement recherchée ; elle est présente chez environ 15% des patients et grève le pronostic fonctionnel. L'atteinte du rachis cervical est caractérisée par une érosion de la charnière cervico-occipitale avec arthrite occipito-atloïdienne et atlo- atloïdienne (diastasis C1, C2), et risque d'impression basilaire. Cette lésion peut entraîner une compression médullaire haute. Toute manifestation douloureuse cervicale ou atypique au niveau des membres supérieurs chez un patient souffrant de PR doit faire redouter une névralgie d'Arnold et motiver une radiographie du rachis cervical de face, bouche ouverte et de profil avec clichés dynamiques, mieux, une IRM pour rechercher une compression médullaire. La PR nécessite une prise en charge pluridisciplinaire qui peut faire intervenir, outre le médecin généraliste et le

rhumatologue, le chirurgien orthopédiste, le psychologue, l'assistante sociale, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, le médecin de rééducation fonctionnelle.

L'information et l'éducation du patient sont fondamentales et nécessaires à tous les stades de la maladie.

Le traitement de la PR a trois objectifs principaux :

- ✓ Soulager les douleurs
- ✓ Stopper l'évolution de la maladie
- ✓ Prévenir le handicap fonctionnel

Le repos est préconisé uniquement en cas de poussée inflammatoire de la maladie.

La prescription des antalgiques palier I et II est courante, le recours aux antalgiques morphiniques est exceptionnel. Les AINS sont un moyen thérapeutique qui nécessite une surveillance étroite à cause de leur toxicité digestive et rénale [21].

La corticothérapie ne doit être utilisée qu'en alternative ou en complément des autres traitements et en cas de PR active invalidante, insuffisamment soulagée par les AINS. On recourt habituellement à une posologie inférieure à 10mg par jour d'équivalent prednisone, de l'ordre de 5 à 7 mg. De fortes doses de cortisone, dénommées bolus cortisonique (variant entre 500 mg et 1 g de méthylprednisolone par jour, 1 à 3 jours de suite), peuvent être utilisées en cas de poussées sévères. Les ponctions évacuatrices-infiltrations de dérivés cortisoniques ont un effet local important pour compléter le traitement général.

Des mesures adjuvantes à la corticothérapie sont systématiques :

- ✓ Education thérapeutique
- ✓ La supplémentation en calcium (1-1,5g/jour) et en vitamine D3
- ✓ La supplémentation en potassium, une à deux bananes par jour.
- ✓ Ivermectine 200µg
- ✓ Vaccinations (**Anti COVID19, les vaccins vivants sont contre indiqués**)

L'ergothérapie et la rééducation fonctionnelle font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de la PR. Le traitement de fond vise à réduire la fréquence, la durée,

l'intensité des poussées afin d'obtenir une rémission clinique. Un recours précoce à ce traitement a un impact favorable sur la progression radiologique de la PR. Sa prescription doit répondre aux règles de tolérance et d'efficacité. Le méthotrexate est la pierre angulaire des traitements de fond. Elle est prescrite seule ou en association des autres immunosuppresseurs. Elle est souvent substituée par le Léflunomide qui a les mêmes propriétés. La biothérapie est proposée actuellement dans les polyarthrites sévères, réfractaires mais également pour certains, en première intention, en fonctions des facteurs pronostiques. L'hydroxychloroquine est prescrite dans les PR potentiellement bénignes ou en cas de doute entre une PR et un autre rhumatisme, le lupus systémique par exemple.

❖ **Spécificité chez le sujet âgé**

La survenue d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) chez un sujet âgé est fréquente, et surtout plus commune que chez le sujet jeune. On estime que les plus de 65 ans représentent près d'un tiers des cas de PR dans la population occidentale vieillissante. On peut schématiquement différencier deux types de présentation clinique. Il y'a bien sûr la PR qui vieillit, souvent avec plusieurs décennies de maladie, de multiples traitements de fond conventionnels ou biologiques plus ou moins bien supportés, une atteinte destructrice pathognomonique et des antécédents de chirurgie prothétique. Classiquement, la PR du sujet jeune touche des femmes avec une atteinte articulaire très périphérique et symétrique, un début insidieux ; alors que chez le sujet âgé, la maladie touche autant les hommes que les femmes avec un début souvent beaucoup plus brutal, une atteinte très rhizomélique avec plus d'atteintes des grosses articulations.

On note également plus de symptômes généraux, de type fièvre, perte pondérale ou fatigue, et une tendance à une vitesse de sédimentation plus haute et plus de séronégativité. Le point le plus crucial est qu'il est classiquement considéré que le pronostic est bien plus favorable dans la PR du sujet âgé [22].

Dans la PR du sujet jeune, 80% des patients ont le FR positif, mais une fréquence plus faible chez le sujet âgé. La valeur des anti-CCP est encore plus élevée chez les patients ayant une présentation atypique ou ceux qui ont un FR négatif.

Les érosions articulaires de base sont présentes dans une proportion similaire dans les deux cas.

La polyarthrite rhumatoïde d'apparition âgée a été considérée comme une forme bénigne de la PR. Le pronostic de ces patients n'est pas différent de celui des autres patients atteints de cette maladie. Cependant, certains cas avec un facteur rhumatoïde négatif et des symptômes de type polymyalgie semblent être un sous-ensemble distinct avec une base génétique différente et une évolution plus bénigne [23].

Les mêmes objectifs stricts de prise en charge de la PR utilisés pour le sujet jeune doivent être appliqués chez la personne âgée. Le traitement nécessite de la prudence en raison de la présence de pathologies associées et par l'augmentation des effets secondaires médicamenteux [24].

Aucun groupe de molécules habituellement utilisées dans le traitement de la PR du sujet jeune ne peut être exclu à priori chez le sujet âgé. Néanmoins, le rapport bénéfique/risque lié à leur utilisation doit être évalué pour chaque patient.

Les traitements de fond, qu'ils soient conventionnels ou biologiques, sont tout aussi efficaces et sûrs chez une personne âgée alors que les corticoïdes représentent probablement l'approche la plus dangereuse et la plus toxique dans cette population. Ces patients doivent bénéficier d'une prise en charge adéquate et l'âge n'est certainement pas une excuse pour ne pas utiliser tous les moyens et modalités thérapeutiques à disposition [22].

1.7.2. La PPR/Horton

La maladie de Horton est une vascularite systémique primitive correspondant à une panartérite, segmentaire et focale des artères de grand et moyen calibre. Elle affecte de façon préférentielle les branches de la carotide externe (mais toutes les

artères à destinée viscérale peuvent être atteintes). C'est la plus fréquente des vascularites après 50 ans. La PPR est un rhumatisme inflammatoire très fréquent après 60 ans. C'est un syndrome rhizomélique qui doit systématiquement faire rechercher une maladie de Horton (en raison des risques de complications vasculaires graves).

On trouve des similitudes épidémiologiques entre PPR et maladie de Horton. En effet, 15 à 20 % des patients ayant une PPR ont une maladie de Horton (même sans signe clinique) et l'évolution de la PPR non traitée se fait vers une maladie de Horton dans 20 à 40% des cas. La maladie de Horton aussi s'accompagne de signes de PPR dans 50% des cas [25]. Les arthromyalgies au cours de la PPR sont inflammatoires, bilatérales et symétriques, de topographie rhizomélique avec une raideur matinale prolongée (plus de 45 minutes). Une asthénie, un amaigrissement, une anorexie et une fièvre sont souvent retrouvées. Un syndrome inflammatoire biologique est quasi présent. Le diagnostic de la maladie de Horton repose sur l'association de signes vasculaires (surtout crâniens/céphaliques ou ophtalmologiques dont la céphalée nocturne inhabituelle) et la présence d'un syndrome inflammatoire. En plus, le patient présente un syndrome clinique de PPR. Le diagnostic repose donc sur un faisceau d'arguments évocateurs regroupés en critères de classification (Tableau II).

Tableau II : Critères de classification du collège américain de rhumatologie de la maladie de Horton [26].

1. Début des premiers symptômes après 50 ans
2. Céphalées récentes, nouvelles, localisées
3. Anomalies cliniques d'une artère temporale. Sensibilité de l'artère temporale à la palpation, ou diminution du pouls temporal, non liées à l'artériosclérose
4. Vitesse de sédimentation (VS) supérieure ou égale à 50mm à la première heure par la méthode Westergren
5. Anomalies histologiques définies à la biopsie d'une artère temporale. Biopsie artérielle révélant une vascularite nécrosante caractérisée par une prédominance d'infiltrats de cellules mononucléées ou un granulome avec des cellules géantes multinucléées

Interprétation : les cinq critères ont un poids identique. Le patient vérifiant au moins trois des cinq critères est classé comme ayant une artérite géantocellulaire avec une sensibilité de 93,5 % et une spécificité de 91,2 %.

Tableau III : Critères pour le diagnostic de pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) de Jones–Hazleman [27].

Douleur des ceintures scapulaire et pelvienne essentiellement musculaire en l'absence de faiblesse musculaire vraie
Raideur matinale
Durée d'au moins deux mois sauf si traitement
Vitesse de sédimentation (VS) > 30mm à la première heure ou C-réactive protéine (CRP) > 6mg/l
Absence de polyarthrite rhumatoïde ou d'arthrite inflammatoire ou d'une maladie maligne
Absence de signes objectifs d'une maladie musculaire
Rapide et nette réponse aux corticoïdes par voie générale (prednisone 10–15 mg/j)

Interprétation : la présence de tous les critères donne un diagnostic de certitude de PPR.

Pour certains auteurs, la biopsie de l'artère temporale (BAT) n'est pas indispensable au diagnostic de la maladie de Horton mais elle est nécessaire en cas de doute. Elle n'est pas nécessaire devant un tableau de PPR et ne doit pas retarder la corticothérapie qui ne modifie pas l'histologie avant plusieurs semaines. L'échographie doppler des artères temporales, en montrant le signe du Halo (œdème de la paroi artériel évocateur) et/ou de thrombose/sténose artérielle, peut aider à diriger une biopsie de l'artère temporale. Cependant, cet examen est techniquement difficile et son résultat est influencé par l'expérience de l'opérateur. Le caractère focal de l'artère justifie un prélèvement de bonne taille, d'au moins 1,5 à 3 cm (à analyser en totalité par le pathologiste). L'examen anatomopathologique trouve une panartérite segmentaire et focale, qui s'associe à un infiltrat inflammatoire des tuniques artérielles prédominant au niveau de la média et composé de lymphocytes, d'histiocytes, de polynucléaires

neutrophiles et de plasmocytes ; une destruction des cellules musculaires lisses de la média ; une destruction de la limitante élastique interne et un épaississement fibreux de l'intima. On retrouve fréquemment associés des granulomes contenant des cellules géantes multinucléées et des thrombus.

La corticothérapie (véritable test thérapeutique et bien codifiée) sera débutée le plus tôt possible pour diminuer le risque de complications vasculaires liées à la maladie et diminuer les symptômes. La durée totale du traitement s'échelonne de 1 à 3 ans, en fonction des formes cliniques. Le méthotrexate peut aider pour une épargne cortisonique chez les patients corticodépendants. Il n'y a cependant aucune preuve scientifique définitive de l'efficacité du méthotrexate dans cette indication. Le tocilizumab (anticorps monoclonal anti-IL-6 récepteur) est efficace dans le traitement de la maladie de Horton et de la PPR. Il a obtenu une autorisation de mise sur le marché en 2017 dans la maladie de Horton. Sa prescription est réservée actuellement aux spécialistes du domaine, plutôt dans un but d'épargne cortisonique chez des patients ayant des comorbidités (ex. : ostéoporose fracturaire sévère, diabète décompensé, troubles psychiatriques) [28].

1.7.3. Les rhumatismes infectieux

Une étiologie infectieuse doit être d'emblée évoquée devant une polyarthrite fébrile bien que le tableau classique soit celui d'une mono- ou d'une oligoarthrite. L'urgence de la mise en route d'un traitement antibiotique adapté est encore renforcée chez le sujet âgé reconnu fragile. La présence d'une fièvre oscillante, d'un foyer infectieux profond, d'une forte augmentation de la CRP, d'une hyperleucocytose ($50\,000$ éléments/mm³ à prédominance neutrophile) et d'une éosinopénie, du liquide synovial, d'une positivité de la procalcitonine sérique sont autant d'éléments en faveur d'une étiologie bactérienne. La preuve sera facilement apportée par les divers prélèvements bactériologiques (liquide synovial, hémocultures) avec ou sans PCR.

Le *Staphylococcus aureus* est le plus souvent responsable mais d'autres germes peuvent être impliqués dans la survenue de ces polyarthrites septiques (*Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*). Elles sont aussi favorisées par la comorbidité, comme la présence d'un diabète, d'une immunosuppression, ou d'une arthropathie préexistante plus fréquente sur ce terrain [29]. Enfin sur ce terrain particulier, la découverte d'une arthrite à pneumocoque doit faire rechercher un myélome, même en l'absence d'anémie ou de lésions osseuses évocatrices [30].

1.7.4. Les arthropathies microcristallines

Les rhumatismes microcristallins sont des maladies articulaires potentiellement destructrices. La goutte, la chondrocalcinose et le rhumatisme apathique affectent souvent le sujet âgé. Ils sont secondaires à la cristallisation anormale de molécules (urate pour la goutte, calcique pour les deux autres). Leurs physiopathologies sont similaires, les manifestations cliniques inflammatoires aiguës ou chroniques très proches et les traitements symptomatiques communs [31]. Des antécédents d'arthrites aiguës dans un contexte d'hyperuricémie orientent le diagnostic dès l'interrogatoire qui repose sur l'absence d'anomalies immunologiques, ou leur discrétion (en rapport avec l'âge) et la mise en évidence de cristaux dans le liquide synovial ; la découverte de calcifications intra articulaire. En l'absence de cette preuve, le diagnostic reste un défi, notamment dans les formes chroniques de la goutte et surtout dans les formes avec atteintes des métacarpo-phalangiennes et des interphalangiennes de la chondrocalcinose articulaire.

Plusieurs circonstances pathologiques peuvent favoriser l'apparition de ces arthropathies microcristallines :

- ✓ L'insuffisance rénale, la déshydratation, les diurétiques pour la goutte
- ✓ L'âge avancé, la présence d'une hyperparathyroïdie pour la chondrocalcinose
- ✓ Les traumatismes, les interventions chirurgicales, les infections déclenchent les poussées aiguës des arthropathies microcristallines.

La prise en charge repose sur des traitements conventionnels que sont la colchicine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes. Ces médicaments présentent des précautions d'emploi et des contre-indications chez le sujet âgé. Seule la goutte possède pour l'instant un traitement de fond mais des stratégies peuvent revêtir des présentations très polymorphes [32].

1.7.5. Les connectivites

Les connectivites sont un ensemble de maladies auto-immunes, systémiques connues auparavant sous le terme de collagénose. La plupart des connectivites peuvent débuter après 60 ans même si, dans l'ensemble, il s'agit d'affections touchant préférentiellement la femme.

▪ Le syndrome de Goujerot-Sjögren (SGS)

Une polyarthrite symétrique, intermittente, touchant surtout les petites articulations des mains accompagnées d'une hyposialie souvent gênante ou de douleurs buccales évoque un *syndrome de Goujerot-Sjögren (SGS)*. Toutefois ces symptômes manquent de spécificité chez le sujet âgé avec des organes séniles. Un diabète ou une polymédication peuvent aussi modifier la fonction exocrine. Un syndrome inflammatoire biologique, la forte positivité des anticorps antinucléaires, la présence concomitante d'anticorps anti-Ro (SSA) et anti-La (SSB) en faveur d'un SGS, le différencie du « syndrome sec du vieillard ». La biopsie des glandes salivaires accessoires à la recherche d'une sialadénite lymphoplasmocytaire focale reste l'élément clé du diagnostic. Le caractère primitif ou secondaire du SGS est établi en fonction du contexte [33].

▪ Une myopathie inflammatoire :

Souvent associée au syndrome des antisynthétases est envisagée à l'origine d'une polyarthrite du sujet âgé s'il existe des myalgies, une hyperthermie, une élévation des enzymes musculaires, des lésions de dermatomyosite, une hyperkératose palmaire, une pneumopathie interstitielle et un syndrome de Raynaud. Une myopathie inflammatoire est associée à une néoplasie dans 10% des cas avant l'âge de 65 ans voire 50% après 65 ans [34].

Les AAN positifs à taux habituellement faible, la présence d'anticorps anti-Jo-1, l'électromyogramme et la biopsie musculaire sont les différents éléments du diagnostic [35].

▪ **Le Lupus Systémique à révélation tardive :**

Il est rare chez le sujet âgé son incidence est proche de 5 % dans les différentes cohortes rapportées [36]. Les éléments qui orientent vers ce diagnostic sont souvent défaut : la prépondérance féminine est moins marquée, l'érythème malaire, la photosensibilité, la glomérulonéphrite sont beaucoup plus rares. L'insidieux tableau clinique se résume donc à une altération de l'état général associé aux signes articulaires avec son corollaire de retard de diagnostic. La difficulté tient aussi à l'interprétation du bilan biologique avec une diminution de la sensibilité à la recherche d'AAN (4% après 65 ans contre 11% dans la population générale) [37] et une augmentation de la spécificité amenant à prendre en compte seulement les résultats très positifs. La prudence s'impose également pour les anticorps anti-phospholipides (augmentation des anticorps anti-cardiolipine avec l'âge, fréquence des anticoagulants circulants). Rappelons enfin que la prévalence de la lymphopénie augmente avec l'âge et que les critères de l'ACR pour le diagnostic de lupus ne sont peut-être pas parfaitement adaptés à cette population.

▪ **Maladie de Still**

Plusieurs observations de *maladie de Still* débutant entre 70 et 82 ans ont été rapportées dans la littérature [38].

Ce diagnostic doit donc être évoqué devant :

- une polyarthrite fébrile
- une éruption cutanée
- une hyperleucocytose
- une augmentation des enzymes hépatiques non iatrogène
- une absence d'AAN et de facteurs rhumatoïdes

- Une forte hyperferritinémie et surtout une diminution du pourcentage de la ferritine glycosylée sont des éléments d'orientation.

Il s'agit toujours d'un diagnostic d'exclusion, particulièrement difficile à affirmer chez le sujet âgé où il faut éliminer une maladie infectieuse, une autre connectivite, une angéite inflammatoire et une affection néoplasique. D'autres connectivites, exceptionnelles chez le sujet âgé, peuvent être associées à une polyarthrite : un syndrome de Sharp et autres connectivites mixtes, la sclérodermie systémique, la polychondrite atrophiante [39].

1.7.6. Les vascularites

Les vascularites (angéites, vascularites) sont des affections hétérogènes, volontiers systémiques dans leurs manifestations cliniques, et ayant en commun une lésion anatomopathologique constituée d'une inflammation et d'une nécrose de la paroi des vaisseaux (artères, veines, capillaires). Hormis la maladie de Horton, d'autres vascularites s'observent aussi chez les personnes âgées, et peuvent en raison de leur relative rareté poser des problèmes diagnostiques. Les signes cliniques sont volontiers polymorphes et dépendent du type de vaisseaux touchés. La recherche des anticorps anti-cytoplasmes des polynucléaires neutrophiles est utile. La confirmation de la vascularite est anatomopathologique après examen de la pièce de biopsie.

➤ La périartérite noueuse (PAN) et la micropolyangéite (MPA) :

C'est une polyarthrite survenant dans un contexte fébrile avec un amaigrissement massif. On constate une multinévrite d'installation rapide associée à des lésions purpuriques ou nécrotiques et une hémoptysie. La néphropathie retrouvée est glomérulaire ou vasculaire. Les anticorps anti-cytoplasmes des polynucléaires (ANCA) dirigés contre la myéloperoxydase (anti-MPO) sont alors le marqueur à rechercher.

➤ **Une granulomatose de Wegener :**

Elle doit être évoquée s'il existe une atteinte ORL (rhinite croûteuse, pan sinusite, épistaxis), rénale, ou pulmonaire (hémoptysie, infiltrats, nodules). Elle débute souvent après 60 ans. Les ANCA retrouvés dans 63 % des cas sont de spécificité anti-protéinase3 (anti-PR3) [40].

Bien que la présentation initiale des angéites nécrosantes n'ait pas de particularités chez le sujet âgé, le diagnostic est souvent porté avec retard expliquant le plus mauvais pronostic des vascularites sur ce terrain. Les vascularites sont une urgence thérapeutique pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

- ✓ Le traitement repose sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs de façon prolongée justifiant l'application rigoureuse des différentes mesures préventives.
- ✓ Le traitement doit être adapté à chaque patient selon l'évolution et l'efficacité aux traitements précédents.

1.7.7. Polyarthrite paranéoplasique

Il s'agit de polyarthrite dont le bilan étiologique est négatif en dehors de la découverte d'une affection néoplasique. Ceci écarte la survenue de cancer ou de lymphome au cours d'état rhumatismal identifié et réputé pour favoriser, spontanément ou à cause des traitements entrepris, l'apparition de tumeurs malignes. Par ailleurs, les métastases juxtaarticulaires, responsables d'arthrite sont écartées de ce cadre nosologique. La polyarthrite « explosive » chez le sujet âgé doit faire évoquer un cancer. L'évolution parallèle de la néoplasie et des signes rhumatologiques renforcent la conviction d'un lien de causalité entre la néoplasie et la polyarthrite. Les circonstances diagnostiques peuvent être très différentes :

- ✓ Tantôt la polyarthrite accompagne une néoplasie connue ou évident et il est relativement aisé d'éliminer une association fortuite entre une affection rhumatologique et l'évolution d'une néoplasie ;

- ✓ Tantôt la polyarthrite révèle un cancer méconnu ou la récurrence d'un cancer guéri ou en rémission. C'est dans ces conditions que le diagnostic est important car le bilan étiologique permet alors d'identifier une prolifération maligne parfois suffisamment tôt pour qu'elle soit accessible au traitement.

Le tableau clinique est variable. Il est très évocateur lorsqu'il réalise une ostéoarthropathie hypertrophique avec un hippocratisme digital. Une périostite découverte à la radiographie et/ou à la scintigraphie oriente alors le diagnostic. Il est encore évocateur lorsqu'aux signes articulaires s'associent des signes cliniques et biologiques de myopathie inflammatoire.

Il faut néanmoins garder à l'esprit une polyarthrite séronégative non érosive, répondant aux critères ACR de la PR [41] ; une maladie de Still de l'adulte, RS3PE, PPR devant toute oligoarthrite rhizomélique. La réponse incomplète aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux faibles doses de corticoïdes, l'existence de signes associés (myalgies, syndrome de Raynaud, syndrome sec, vascularite, anémie, gammopathie monoclonale, cryoglobulinémie) mais les marqueurs tumoraux (alpha fœtoprotéine, antigène prostatique spécifique, CA-125, CA-19,9, et CA-15,3) sont peu sensibles et peu spécifiques dans cette situation [42,43]

Les néoplasies en cause sont le plus souvent des tumeurs solides, en particulier des adénocarcinomes. Le poumon, le sein, l'ovaire, la prostate sont les plus fréquemment intéressés. Mais les cancers digestifs et les récurrences métastatiques peuvent aussi être en cause. Le pronostic est en général assez mauvais, fonction de la nature et du stade évolutif du cancer, le taux de survie étant de 50 % à 3,5 ans. Les hémopathies malignes sont moins souvent en cause et de meilleur pronostic : il s'agit le plus souvent d'atteintes de la lignée myéloïde mais aussi de lymphomes [41, 44].

Tableau IV : Critères d'aide au diagnostic d'une polyarthrite paranéoplasique [45].

Age de plus de 50 ans.
Délai moyen entre l'arthrite et le diagnostic de cancer < 6 mois
Polyarthrite (symétrique ou asymétrique)
Faible réponse aux corticoïdes
Altération de l'état général
Absence de nodule rhumatoïde
Absence de facteur rhumatoïde
Elévation du taux de CRP
Absence d'érosion sur les radiographies standards
Régression de l'arthrite après un traitement anti-tumoral

1.7.8. Les Spondylarthropathies

Les spondylarthropathies sont des rhumatismes inflammatoires chroniques regroupant des pathologies dont la lésion élémentaire est une atteinte inflammatoire des enthèses axiales et/ou périphériques. Il s'agit des spondylarthropathies différenciées : la spondylarthrite ankylosante (SpA), les arthrites réactionnelles (AR), le rhumatisme psoriasique (RP) et les manifestations articulaires des entérocolopathies inflammatoires chroniques (maladies de Crohn et rectocolite ulcérohémorragique) et des spondylarthropathies indifférenciées [46].

Les spondylarthropathies affectent préférentiellement le sujet jeune ; pourtant il n'est pas rare d'en faire le diagnostic après 50 ans. Toutes les formes sont représentées à cet âge.

➤ Spondylarthropathies différenciées

La sémiologie des formes différenciées ne varie guère de celle du sujet jeune.

- Dans la **spondylarthrite ankylosante (SpA)**, la difficulté tient surtout à la longueur du diagnostic différentiel et aux difficultés d'interprétation des anomalies radiologiques rachidiennes et sacro-iliaques à cet âge.
- Dans le **rhumatisme psoriasique (RP)** les patients âgés ont un rhumatisme plus sévère : ils ont davantage d'articulations gonflées, d'érosions radiologiques des pieds, un syndrome inflammatoire plus marqué et ils nécessitent une dose de corticoïdes supérieure. L'évolution est aussi plus grave et, après deux ans, le nombre de nouvelles érosions des mains et des pieds et le syndrome inflammatoire sont plus importants que chez les sujets jeunes [47].
- **Spondylarthropathies indifférenciées à début tardif**
Comme pour d'autres rhumatismes inflammatoires, chez certains patients, la sémiologie, notamment celle des formes indifférenciées, est modifiée par l'âge. La présence, au premier plan, de cervicalgies inflammatoires ou, plus encore, d'une altération de l'état général, d'un syndrome inflammatoire important et parfois d'œdèmes prenant le godet peut longtemps égarer le diagnostic.
La recherche d'antécédents familiaux et le typage HLA B27 constituent une aide importante.
Le traitement pose aussi problème, car les AINS sont plus toxiques à cet âge, d'autant plus qu'ils peuvent interférer avec les autres médicaments souvent consommés en raison de la comorbidité [47].

2. METHODOLOGIE

2.1.Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service de Rhumatologie au Centre Hospitalo-Universitaire du Point G de Bamako. Ce service a vu le jour le 07 Juillet 2005 (Décision n°0454/DHPG).

❖ Situation géographique

Le Service de Rhumatologie se situe à l'étage au-dessus de la chirurgie "A" à l'est de la Direction et du bureau des entrées du CHU, au Nord du Service de Néphrologie Annexe, de Chirurgie "A" et à l'Ouest du service de Neurologie Annexe. Une plaque à la montée des escaliers faisant face au box de consultation de la Chirurgie "A" indique l'emplacement du Service.

❖ Les locaux du service :

Ils sont vétustes, indignes de pratique de la médecine motivant la suspension des hospitalisations depuis le 17 Juillet 2020 : lettre N°11/R/20. Les agents attendent toujours pour aménager dans les locaux destinés à la rhumatologie mais réquisitionnés pour la prise en charge des cas de maladie à Covid-19.

On peut y décompter :

- Un (01) bureau pour le chef de service détaché du bloc d'hospitalisation, aussi utilisé pour les consultations externes.
- Deux (02) bureaux pour les médecins Rhumatologues
- Un (01) bureau pour le major (surveillant)
- Une (01) salle de garde des Infirmiers
- Une (01) salle de garde pour les Techniciens de Surface (TS)
- Une (01) salle de garde pour les Faisant Fonction d'Internes (FFI)
- Deux (02) salles d'hospitalisation de 6 lits chacune (une pour les femmes et l'autre pour les hommes)
- Des toilettes conjointes avec l'annexe du service de Néphrologie du CHU « Point G »

- Une (01) unité d'ostéodensitométrie, créée en Février 2010, actuellement l'ostéodensitomètre est hors service par défaut de maintenance

❖ **Le personnel du service**

Le fonctionnement du service est assuré par 15 personnes dont :

- Quatre (04) médecins Rhumatologues dont un Professeur, Chef du service.
- Un (01) médecin spécialiste en santé communautaire (Medecine de Famille).
- Un (01) surveillant du service (Major)
- Deux (02) infirmiers
- Trois (03) Techniciens de surface anciennement « Garçons de salle » (GS)
- Trois (03) faisant Fonction d'interne actuellement (FFI)

❖ **Les activités du service**

➤ **Les consultations externes des patients :**

- Tous les jours ouvrables de la semaine : Lundi, Mardi et Vendredi
- Sur rendez-vous avec les médecins Rhumatologues, Mercredi (malades programmés) et Jeudi (tout venant)

➤ **Les visites aux lits des malades hospitalisés :**

- Lundi et Jeudi. A noter que pendant tout notre séjour, un seul patient (cas social) occupait un lit (N°7) de la salle des hommes pour les raisons citées ci haut (atteinte à la dignité)

➤ **Nous effectuons entre autres activités :**

- L'arthrocentèse (ponction articulaire)
- L'arthrolyse (lavage articulaire)
- Les infiltrations articulaires, épidurales, loco régionales (loco dolente)

2.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2021, soit une période de 16 ans.

2.3. Population d'étude

Ensemble des patients âgés ayant été vus en consultation externe dans le Service de Rhumatologie au CHU du Point G.

Les malades ont été inclus selon des critères.

2.4. Les critères d'inclusion :

Tous les dossiers des patients âgés de 65 ans ou plus, vus en consultation externe et avec un diagnostic de polyarthrite, quelle que soit l'étiologie.

2.5. Les critères de non inclusion

Les dossiers des patients perdus de vue et ceux avec un dossier incomplet n'ont pas été inclus dans cette étude.

2.6. Les variables

Quantitatives	Qualitatives
Âge	Douleur
VS (1 ^{ère} heure <15mm)	Dérouillage matinal
Poids	Synovite (Œdème)
Taille	Sexe
CRP (≤ 6 mg/l)	Déminéralisation en bande
NFS	Déformation
Marqueurs immunologiques	Profession
FR	Antécédents
Durée des symptômes	Complications
NAD	Diagnostic
NAG	Traitement de fond
Créatininémie (53 à 120 μ mg)	
Uricémie (170 à 420 mmol/l)	
DFG (≥ 90 ml/min/1,73m ²)	
Urémie (2,65 à 8,07mmol/l)	

2.7. Collecte des données

Elles figurent sur une fiche d'enquête anonyme issue des données du dossier patient.

2.7.1. Méthode

Nous avons recensé les données de : l'examen clinique, des examens paracliniques (ou complémentaires) et du suivi évolutif chez les malades.

2.7.2. Examen clinique

➤ L'interrogatoire

Il précisait le motif de consultation, l'histoire de la maladie, l'évolution de la maladie. Les antécédents du patient, les examens complémentaires effectués, et le traitement en cours ont également été notés.

➤ L'examen physique

Il a concerné tous les appareils en mettant l'accent sur l'appareil locomoteur. Les déformations, les gonflements, les limitations des mouvements articulaires passifs et actifs ont été systématiquement recensées.

2.7.3. Examens para cliniques (ou complémentaires) :

Il était systématiquement demandé la NFS, VS, CRP, la glycémie, l'uricémie, la calcémie, le bilan immunologique, les facteurs rhumatoïdes (Waalser-Rose et Latex) et la radiographie standard des mains et des pieds de face. Les épanchements articulaires ont été ponctionnés pour examen : cytologique, chimique, bactériologique et pour la coloration de Zielh-Nielsen du liquide articulaire. Un bilan pré thérapeutique est systématiquement demandé : l'EOG et l'ERG complétés par la consultation ophtalmologique pour la prescription des APS et la radiographie pulmonaire concernant le méthotrexate. Nous avons demandé les autres examens en fonction des comorbidités.

2.8. Traitement et analyse des données

L'analyse et la saisie des données ont été faites sur le logiciel SPSS Version 2.0.

2.9.Ethique

L'étude étant à posteriori ainsi le consentement du patient était tacite. Le secret médical était conservé et garanti avec la limitation de l'accès aux données et l'anonymat des fiches d'enquêtes.

3.RESULTATS

3.1. Résultats globaux

Durant la période d'étude (1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2021), 3.876 patients âgés ont été vus en consultation externe. Selon les critères d'inclusion, soixante-six (66) dossiers de patient(e)s ont été retenus, soit 1,07% de la population cible. N'ont pas été inclus 3.810 dossiers incomplets selon les critères de non inclusion.

3.2. Données sociodémographiques :

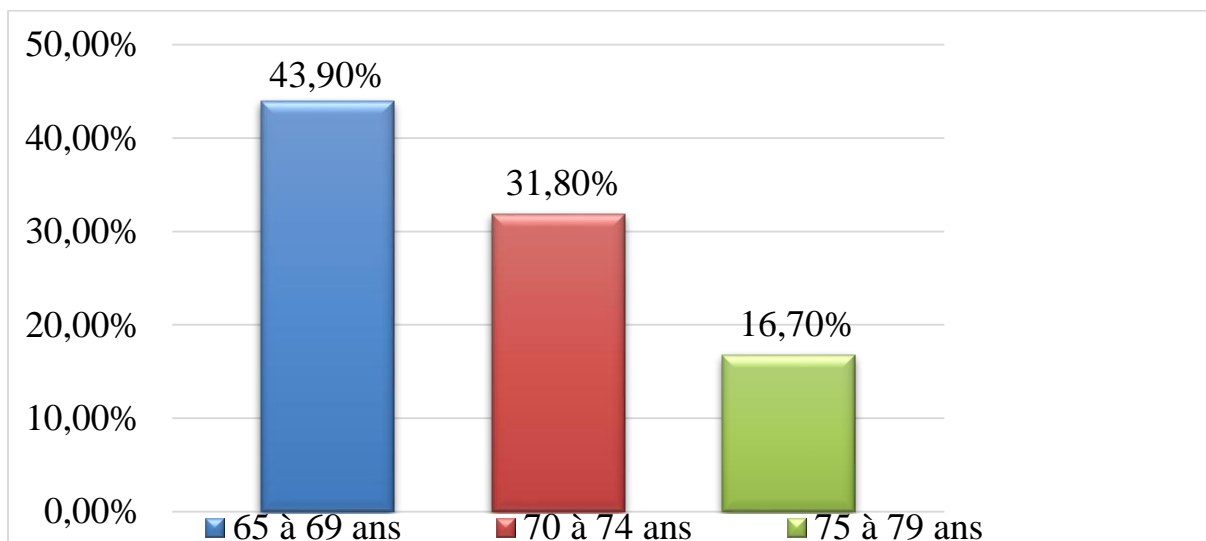


Figure 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge 65 et 69 ans présentait 43,9% des cas.

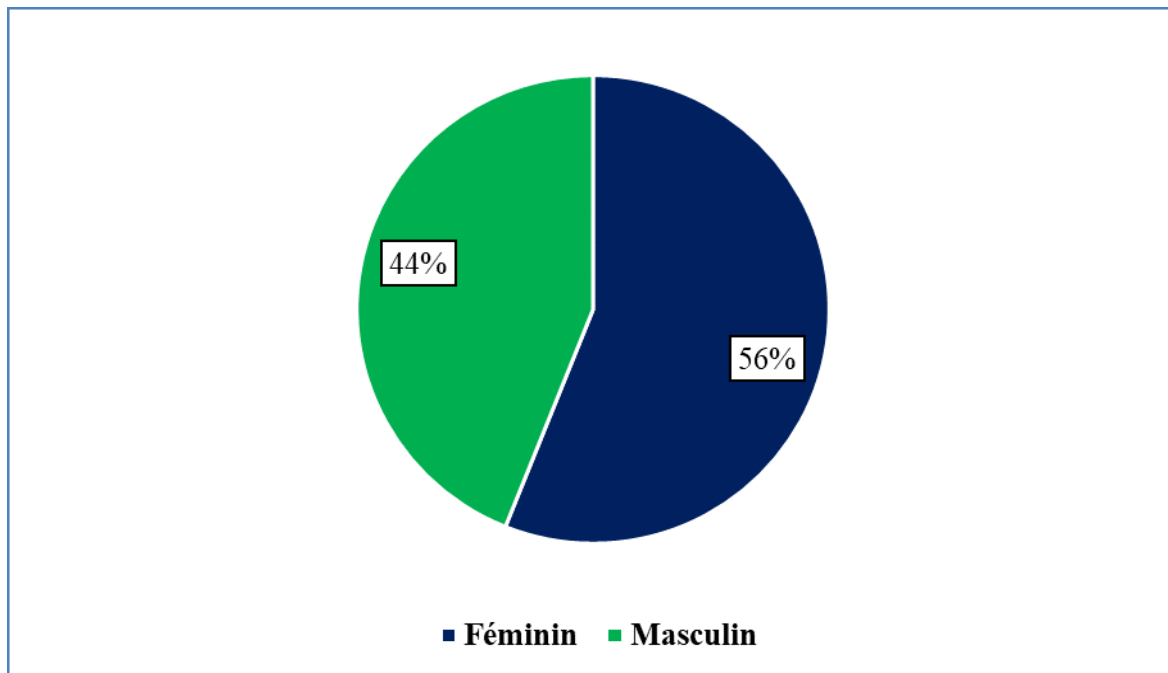


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe féminin représentait 56% des cas avec un sexratio de 0,8.

Tableau V: Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif (n)	Pourcentage(%)
Ménagère	28	42,4
Fonctionnaires retraités	21	31,8
Cultivateur	6	9,1
Vendeuse	5	7,6
Commerçant	4	6,1
Eleveur	1	1,5
Maître Coranique	1	1,5
Total	66	100,0

Les ménagères ont représenté 42,4% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon la résidence.

Résidence	Effectif (n)	Pourcentage(%)
Hors Bamako	17	25,8
Commune V	17	25,8
Commune I	10	15,2
Commune VI	9	13,6
Commune IV	7	10,6
Commune II	3	4,5
Commune III	3	4,5
Total	66	100,0

Les patients résidant hors de Bamako ont représenté 25,8% des cas.

3.3. Données cliniques :

➤ Signes cliniques

Tableau VII : Répartition des patients selon les motifs de consultation.

Motifs de consultation	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Polyarthralgie	38	57,7
Polyarthrite	21	31,8
Paresthésies	2	3,0
Ostéoarthralgie	1	1,5
Lomboradiculalgie	1	1,5
Arthromyalgie	1	1,5
Scapulalgie	1	1,5
Dorsalgie	1	1,5

La polyarthralgie avait été rapportée par 57,7% des patients.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'horaire de la douleur.

Types de l'horaire	Effectif (n)	Pourcentage(%)
Inflammatoire	43	65,2
Mixte	13	19,7
Non précisé	9	13,6
Mécanique	1	1,5
Total	66	100,0

La douleur à caractère inflammatoire constituait 65,2%.

Tableau IX : Répartition des patients selon le nombre d'articulations douloureuses

NAD	Effectif(n)	Pourcentage(%)
2 à 5	4	6,0
6 à 10	20	30,3
11 à 15	13	19,7
16 à 20	18	27,3
Plus de 20	11	16,7
Total	66	100,0

Les patients avec un NAD compris entre 6 et 10 représentaient 30,3% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon le nombre d'articulations gonflées

NAG	Effectif(n)	Pourcentage(%)
4 à 6	27	40,9
7 à 9	7	10,7
10 à 12	16	24,2
Plus de 12	16	24,2
Total	66	100,0

Le NAG était compris entre 4 et 6 chez 40,9% des patients.

Tableau XI: Répartition des patients selon la durée du dérouillage matinal

Durée du dérouillage	Effectif(n)	Pourcentage (%)
1 à 2h	11	16,7
3 à 4h	15	22,7
5 à 6h	8	14,1
5 à 10 mn	2	3,1
Absent	5	7,6
Non mentionnée	23	35,8
Total	66	100,0

Le dérouillage matinal était supérieur à 2h chez 22,7% des patients

Tableau XII: Répartition des patients selon le début des symptômes

Début des symptômes	Effectif (n)	Pourcentage (%)
3 à 12 mois	29	44
13 à 60 mois	22	33,3
61 à 120 mois	9	13,6
Plus de 120 mois	6	9,1
Total	66	100,0

Les patients présentant des symptômes depuis moins d'une année représentaient 44% des cas.

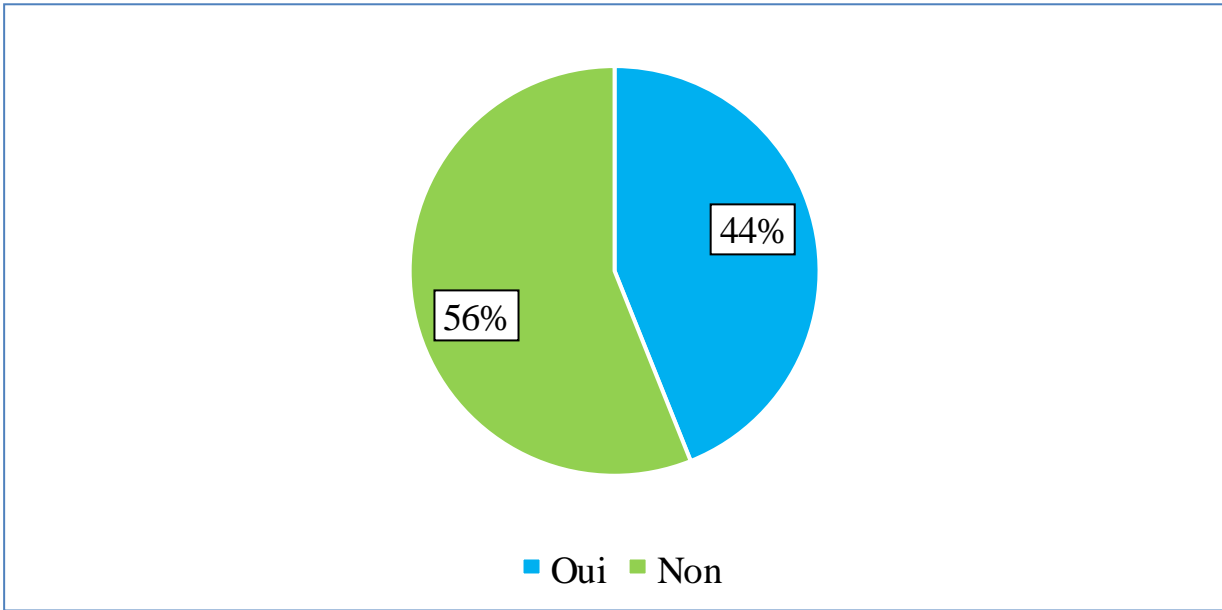


Figure 4: Répartition des patients selon la déformation articulaire

Les déformations étaient remarquées chez 44% des patients.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de déformation

Type de déformation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
MCP déviés en coup de vent ulnaire	5	7,6
Doigts en boutonnière	3	4,5
Flexum du genou	3	4,5
Pouce en z + dos de chameau + doigt en maillet	2	3,0
Flexum coude + boutonnière	2	3,0
MCP+ doigts en col de cygne + genou	2	3,0
IPP	1	1,5
Doigt en col de cygne	1	1,5
Mains en dos de chameau	1	1,5
Pouce en z	1	1,5
Touche de piano	1	1,5
Coup de vent ulnaire + dos de chameau + hallux valgus	1	1,5
Flexum genou et coude	1	1,5
Flexum des IPP	1	1,5
Camptodactylie	1	1,5
Flexum des IPP et des genoux	1	1,5
Flexum des IPP, des MCP+ des genoux	1	1,5

La déformation à type de coup de vent ulnaire a été enregistrée dans 7,6% des cas.

➤ Antécédents

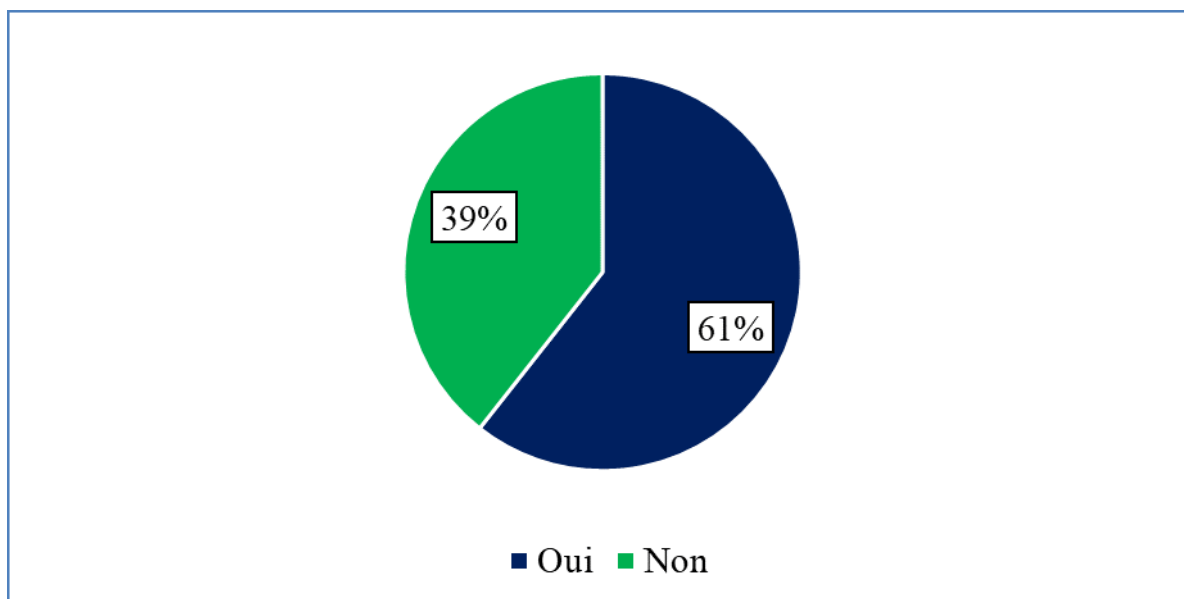


Figure 5 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents médicaux.

La majorité des patients (61%) présentait au moins un antécédent médical.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif (n)	Pourcentage(%)
HTA	25	62,5
HTA +UGD	4	10,0
HTA + Goutte+ UGD	3	7,5
Diabète	3	7,5
UGD/gastrite	2	5,0
HTA + diabète	2	5,0
Goutte + HTA	1	2,5

L'hypertension artérielle isolée avait été signalée chez 62,5% des patients.

Tableau XV: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Pas d'antécédent chirurgical	52	78,9
Cataractomie	5	7,6
Laparotomie	3	5,8
Chirurgie de la prostate	3	4,7
Chirurgie rachidienne	1	1,5
Césarienne	1	1,5
Total	66	100,0

La cataractomie a été effectuée dans 7,6% des cas.

Tableau XVI: Répartition des patients selon leur IMC

IMC	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Non précisé	44	66,7
Inférieur à 18,5	3	3,0
18,5 à 25	10	15,2
25 à 30	8	12,1
30 à 40	2	3,0
Total	66	100,0

Les patients avec un IMC normal représentaient 15,2% des cas.

Tableau XVII: Répartition des patients selon les manifestations extra-articulaires

Manifestations extra-articulaires	Type	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Cutanées	Alopécie	5	7,6
	Erythème malaire	2	3
	Eczéma prurigineuse	1	1,5
	Erythème diffus	1	1,5
	Mycose cutanée	1	1,5
Rénales	Insuffisance rénale	6	9,9
	Lithiase rénale	2	3,3
Cardiaques	Insuffisance cardiaque	3	4,5
	Cardiomégalie	3	4,5
	Fibrillation auriculaire	1	1,5
Oculaires	Prurit	3	4,5
	Xérophtalmie	2	3,0
	Cataracte	2	3,0
	Conjonctivite	1	1,5
Vasculaires	Thrombophlébite	1	1,5
	Insuffisance veineuse /	1	1,5
	Artérite oblitérante		
Hématologiques	Leucopénie	58	87,8
	Anémie	35	53,0
	Thrombocytose	14	21,2
	Leucocytose	10	15,1
	Thrombocytopénie	3	4,5
	Hyperferritinémie	1	1,5
Atteinte des muqueuses	Xérostomie	9	13,6
	Xérophtalmie + Xérostomie	1	1,5

La leucopénie a été notée chez 87,8% des patients.

3.4. Données paracliniques

➤ Biochimie

Tableau XVIII: Répartition des patients selon la Protéine C Réactive (CRP)

Hématologie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
CRP élevée (>6mg/l)	45	68,2
CRP normale	21	31,8
Total	66	100,0

La CRP était élevée chez 68,2 % des patients avec un seuil moyen de 52 mg/l.

Tableau XIX: Répartition des patients selon la vitesse de sédimentation (VS)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
VS élevée (1 ^{ère} heure > 15mm)	46	69,7
VS normale	20	30,3
Total	66	100,0

La VS était accélérée chez 69,7% des patients avec un seuil moyen de 51,26 mm à la première heure.

Tableau XX: Répartition des patients selon l'atteinte rénale

Atteinte rénale	Taux	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Uricémie	Augmentée	30	45,5
Créatininémie	Augmentée	12	18,2
DFG	Altéré	6	9,1
Urémie	Augmentée	1	1,5

La majorité des patients avait une uricémie augmentée, soit 45,5% des cas

➤ **Hématologie**

Tableau XXI: Répartition des patients selon le type d'anémie

Type d'anémie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Anémie hypochrome	13	19,7
Anémie normocytaire	11	16,7
Anémie microcytaire	10	15,2
Anémie macrocytaire	1	1,5

L'anémie normocytaire hypochrome affectait les patients dans 19,7% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la gammopathie

résultat du Protidogramme	Effectif (n)	Pourcentage(%)
Gammopathie polyclonale	4	6,06
Gammopathie monoclonale	1	1,5
Protidogramme normal	3	4,5

La gammopathie polyclonale a été retrouvée dans 6,06% des cas.

➤ **Bactériologie**

Tableau XXIII : Répartition des patients selon les germes isolés à l'Uroculture

Uroculture	Type	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Germes isolés	<i>Klebsiela pneumoniae</i>	3	4,5
	<i>E. coli</i>	2	3,0
	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	1,5

La *Klebsiela pneumoniae* a été retrouvée chez 4,5% des patients.

➤ **Immunologie**

Tableau XXIV: Répartition des patients selon les anticorps retrouvés.

Données immunologiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Facteurs rhumatoïdes positifs	28	42,4
Anticorps anti CCP positif	24	36,4
ANA SCREEN positif	10	15,2
Anti-DNA natif positif	4	6,1
Anti-Sm positif	2	3,0

Les facteurs rhumatoïdes étaient positifs dans 42,4% des cas.

➤ **Diagnostic**

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu

Diagnostics	Effectif (n)	Pourcentage (%)
PR	35	53,0
Goutte	9	13,6
PR + Goutte	8	12,2
RHUPUS	4	6,2
Lupus Systémique	3	4,5
Sclérodémie Systémique	1	1,5
Syndrome de Sharp	1	1,5
Rhumatisme indifférencié	1	1,5
Lupus + cancer de la prostate	1	1,5
Sclérodémie + Goutte	1	1,5
Maladie de Still adulte	1	1,5
Goutte + adénome de la prostate	1	1,5
Total	66	100,0

La PR était l'affection la plus fréquente, 53% des patients.

➤ Radiographie

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la radiographie du thorax de face

Radiographie du thorax de face	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Cardiomégalie	5	7,6
Poumon rhumatoïde	2	3,0
Pleurésie	2	3,0
Syndrome bronchique	2	3,0
Cardiomégalie et syndrome bronchique	2	3,0
Pneumopathie	1	1,5
Epaississement bronchique	1	1,5
Hypervascularisation	1	1,5

La cardiomégalie était l'anomalie la plus fréquente, 7,6% des patients.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la radiographie des extrémités

Résultats de la radiographie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Déminéralisation épiphysaire en bande	26	39,4
Carpite	19	28,8
Pincement de l'interligne articulaire	6	9,1
Tarsite	5	7,6

La déminéralisation épiphysaire en bande était l'anomalie la plus fréquente, 39,4% des patients.

Tableau XXVIII : diagnostic retenu selon les anomalies des extrémités à la radiographie

Diagnostics					
	Pincement de l'interligne articulaire	Carpite	Tarsite	Déminéralisation épiphysaire en bande	Total
PR	3	11	1	15	30
PR + Goutte	0	5	3	3	11
RHUPUS	1	2	1	3	6
Lupus Systémique	0	1	0	2	3
Goutte	1	0	0	1	2
Syndrome de Sharp	1	0	0	1	2
Maladie de Still adulte	0	0	0	1	1
Total	6	19	5	26	56

La PR était l'affection la plus associée à une anomalie radiographique des articulations.

Tableau XXIX: diagnostic retenu et anomalies à la radiographie du thorax de face

Diagnostics	Thorax de face									Total
	Poumon rhumatoïde	Normal	Hypervascu- larisation	Épaisse- ment bronchique	Cardiomé- galie	Pleurésie	Pneum- opathie	Syndrome bronchiqu- e	Cardiomégalie et Syndrome bronchique	
PR	1	27	0	1	3	0	0	1	2	35
Goutte	0	8	0	0	0	0	1	0	0	9
PR + Goutte	0	6	0	0	0	0	0	0	0	8
RHUPUS	1	1	1	0	0	1	0	0	0	4
Lupus Systémique	0	3	0	0	0	0	1	0	0	3
Sclérodémie Systémique	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
Syndrome de Sharp	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Rhumatisme indifférencié	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Lupus+ cancer de la prostate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sclérodémie + Goutte	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Maladie de Still adulte	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Goutte + adénome de la prostate	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	2	50	1	1	5	2	1	2	2	66

Test exact de Fisher = 182,522

p= 0,004

La PR était l'affection la plus associée à une anomalie radiographique du thorax de face (8 cas) soit 12,12 %.
Il existait une relation significative entre le diagnostic de goutte et le thorax de face.

Tableau XXX : Association entre les diagnostics retenus et les signes rénaux

Diagnostics	* Signes rénaux		Total
	Oui	Non	
Goutte	3	6	9
PR	1	34	35
PR + Goutte	1	7	8
Lupus systémique	1	2	3
Lupus + cancer de la prostate	1	0	1
Rhumatisme indifférencié	1	0	1
RHUPUS	0	4	4
Sclérodermie systémique	0	1	1
Syndrome de Sharp	0	1	1
Sclérodermie + Goutte	0	1	1
Maladie de Still adulte	0	1	1
Goutte + adénome de la prostate	0	1	1
Total	8	62	66

Test exact de Fisher = 25,801 $p = 0,003$

* les déchets azotés

Il existait une relation significative entre le diagnostic de goutte et les signes rénaux.

Tableau XXXI : Association entre les diagnostics retenus et les signes hématologiques

Diagnostics	Manifestations hématologiques		Total
	Oui	Non	
PR	21	14	35
Lupus Systémique	3	0	3
RHUPUS	3	1	4
Goutte	8	1	9
PR + Goutte	5	3	8
Sclérodémie Systémique	1	0	1
Syndrome de Sharp	1	0	1
Rhumatisme indifférencié	1	0	1
Lupus+ cancer de la prostate	1	0	1
Sclérodémie + Goutte	1	0	1
Maladie de Still adulte	1	0	1
Goutte + adénome de la prostate	1	0	1
Total	47	19	66

Test exact de Fisher = 7,520 p = 0,855

Il n'existait pas de relation significative entre le diagnostic retenu et les manifestations hématologiques.

Tableau XXXII : Association entre les diagnostics retenus et les manifestations pulmonaires

Diagnostics	Manifestations pulmonaires		Total
	Oui	Non	
PR	4	31	35
RHUPUS	3	1	4
Lupus Systémique	0	3	3
Goutte	0	9	9
Sclérodémie systémique	0	1	1
Syndrome de Sharp	0	1	1
Rhumatisme indifféré	0	1	1
Lupus + cancer de la prostate	0	1	1
PR + Goutte	0	8	8
Sclérodémie + Goutte	0	1	1
Maladie de Still adulte	0	1	1
Goutte + adénome de la prostate	0	1	1
Total	7	59	66

Test exact de Fisher = 11,029 $p = 0,633$

Il n'existait pas de relation significative entre le diagnostic retenu et les manifestations pulmonaires.

3.5. Traitement

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le traitement symptomatique

Traitement symptomatique	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Antalgiques purs	58	87,9
AIS	53	80,3
AINS	36	54,5
Décontracturants/ Myorelaxants	52	78,8
Rééducation	2	3,0

Les antalgiques ont été utilisés chez 87,9% des patients.

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon le traitement de fond instauré

Traitement de fond	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Méthotrexate	41	62,1
Allopurinol	9	13,6
Méthotrexate associé à l'Allopurinol	7	10,6
Antipaludéen de synthèse (APS)	4	6,1
Antirhumatismal à action lente	3	4,6
Méthotrexate associé à l'APS	1	1,5
Salazopyrine	1	1,5
Total	66	100,0

Le méthotrexate a été utilisé chez 62,1% des patients avec une dose moyenne de 10 mg/semaine.

3.6. Evolution

Tableau XXXV: Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Bonne à 3 mois	60	90,9
Bonne à 6 mois	4	6,1
Mauvaise	2	3,0

L'évolution était bonne à 3 mois chez 90,9 % des patients.

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Limites

Le recrutement rétrospectif monocentrique sur dossiers de patients vus dans le Service de Rhumatologie du CHU Point G en est la principale cause. Le coût onéreux des explorations et du traitement expliqueraient l'incomplétude des données dans certains dossiers.

4.2. Données épidémiologiques

▪ Fréquence

Nous avons recensé **66 cas** de polyarthrite selon les critères d'inclusion, soit **1,07%** de la population d'étude (**3.876 patients sujets âgés**). Cette fréquence est proche de celle des RIC en milieu hospitalier rapportée au Point G par Zouna (2,05%) et Traoré (3,12%) [48, 49].

▪ Age

Dans cette étude la majorité des patients avait un âge compris entre **65 et 69 ans** soit **43,9%** des cas, l'âge moyen était de **71 ± 5,4** ans avec des extrêmes de **65 et 87 ans** supérieur à l'âge moyen au diagnostic rapportés en Guinée (**67,63 ± 6,71**) [9]. Cette différence est liée à l'utilisation de la définition sociale et non la définition de l'OMS par l'équipe guinéenne. En effet, selon l'OMS, un sujet est considéré âgé s'il a 65 ans ou plus. L'âge de cessation d'activité professionnelle est souvent confondu à la vieillesse (60 ans en moyenne) [3].

▪ Sexe

Les patients de sexe féminin représentaient **56%** des cas avec un sex-ratio de **0,8**. Kamissoko en Guinée [9], Diomandé en Côte d'Ivoire [10] et Fourn au Bénin [50] ont aussi rapporté une prédominance féminine, respectivement 61,54%, 59,7% et 66,2% de leur population d'étude. L'espérance de vie, plus élevée chez les femmes que les hommes en Afrique subsaharienne expliquerait ces résultats.

▪ **Profession**

L'âge a eu raison de la profession dans cette population. Cependant, **42,4%** de l'effectif était des ménagères avant la cessation d'activité. Les auteurs africains ne se sont pas intéressés à la profession qu'exerçait cette frange, estimant qu'elle avait peu d'influence sur la survenue des polyarthrites [10, 9].

4.3. Clinique

▪ **Motifs de consultation**

La polyarthralgie était le principal motif de consultation. Elle a été rapportée par **57,6%** des patients. La douleur décrite était inflammatoire, souvent accompagnée de raideur et un dérouillage matinal supérieur ou égal à 3 heures. Elle dépendait de l'affection en cause. Ainsi, on pouvait remarquer une atteinte des membres thoraciques et/ou pelviens. Ces données sont superposables à celles de la Côte d'Ivoire [10] où la polyarthralgie a constitué **51,4 %** du motif d'admission.

▪ **Antécédents**

L'hypertension artérielle isolée a été retrouvée chez **62,2 %** des patients contre **40,45%** en Guinée. Cette association est fréquemment décrite chez le troisième âge souvent sédentaire [9 ; 51 ; 52].

Lorsque l'IMC est calculée, il dépasse la normale dans **43,47%** des cas ; associée souvent au diabète (**7,5 %** des patients) dans cette étude.

La cataractomie a été rapportée chez **37,7%** des patients comme antécédent chirurgical. L'âge avancé, le diabète et la corticothérapie au long cours sont des facteurs favorisants associés à la cataracte.

▪ **Signes articulaires**

La symptomatologie était polymorphe avec la douleur comme maître symptôme. Elle était inflammatoire chez **65,2%** des patients, et un gonflement articulaire dans **98,5%** des cas. La douleur est un symptôme classique au cours des RIC et un motif de consultation [49].

Le délai moyen au diagnostic était de **12** mois chez **44%** des patients. Kamissoko [9] a rapporté un délai plus long (**3,91 ans ± 4,21 mois**).

Une déformation articulaire était retrouvée chez **44%** des patients avec des caractéristiques tributaires de l'étiologie de la polyarthrite. Cependant, les déformations articulaires (plus fréquentes au cours de la PR) n'ont pas de caractéristiques spécifiques chez la personne âgée [49].

▪ **Les manifestations extra-articulaires**

Les manifestations extra-articulaires les plus constatés étaient hématologiques avec une leucopénie chez **87,8%** des patients. Elle est classique au cours du Lupus [53]. Aussi la plupart des médicaments antirhumatismaux sont hématotoxiques. Ceux-ci expliqueraient le fort taux de leucopénie. Une anémie présumée inflammatoire a été retrouvée dans **53%** des cas. Ce résultat est proche de celui de Zoumana (51,1%) [47] bien que son étude ait concerné l'ensemble des RIC dans le Service de Rhumatologie au CHU du Point G.

Il existait une relation significative ($p=0,003$) entre le diagnostic de goutte et les signes rénaux. En effet, la goutte peut être secondaire à celle-ci ou pourvoyeuse de complications rénales. Il existait aussi une relation significative entre les troubles hématologiques et le diagnostic retenu.

▪ **Autres signes biologiques et radiographiques**

Un syndrome inflammatoire biologique a été noté, marqué par l'accélération de la Vitesse de Sédimentation chez **69,7%** des patients et une élévation de la CRP chez **68,2 %** des patients. Le syndrome inflammatoire biologique, spécifique ou non, est régulièrement rapporté au cours de la PR de l'adulte et est un élément prépondérant des recommandations de l'EULAR pour la prise en charge des arthrites débutantes [54].

Un taux d'acide urique élevé a été retrouvé chez **45,5%** patients. L'hyperuricémie n'est pas toujours synonyme de goutte mais elle est un élément clé du diagnostic [55].

▪ **Bactériologie**

Nous n'avons recensé aucun cas de polyarthrite septique. Cependant, l'infection urinaire à *E. coli*, *Enterococcus faecalis* et *Klebsiella pneumoniae* a respectivement compliqué la PR, la goutte et le Syndrome de Sharp. Les infections ne sont pas rares sur ce terrain particulier, [56].

▪ **Bilan immunologique**

Le FR était positif chez 42,4% des patients, les Anti-CCP chez **36,4%** en rapport avec les cas de PR recensés.

Les cas de lupus systémique étaient positifs aux Anti-DNA Natifs et aux Anti-Sm. La sensibilité des Anti-DNA natifs et la spécificité des Anti-Sm ont été rapportées par plusieurs auteurs [34, 36, 37].

Les ANA Screen étaient positifs chez **15,2 %** des patients. Ils orientent vers une collagénose mais sont peu spécifiques [57].

▪ **Radiographie**

La PR isolée ou associée à la goutte étaient les affections les plus comportant une anomalie radiographique des articulations. En effet elle est reconnue pour son agressivité sur les articulations (géodes, érosions, luxation...) [16, 17, 20, 22]. Elle était aussi la maladie la plus associée à une anomalie à la radiographie du thorax **12,12%** du fait probablement de la prescription en première intention et au long cours du Méthotrexate (reconnue fibrosant) au cours de la PR.

▪ **Diagnostics retenus**

Les affections rhumatismales recensées chez les personnes âgées en rhumatologie étaient la PR (**53%**), la goutte (**13,6%**), la PR associée à la goutte (**12,1%**), le RHUPUS (**6,1%**), le lupus systémique (**4,5%**). Seule ou associée un cas a été enregistré pour la sclérodémie systémique, le syndrome de Sharp, le rhumatisme indifférencié, la maladie de Still adulte, le lupus systémique et le cancer de la prostate, la goutte et l'adénome de la prostate.

Cette cartographie diffère peu de celle de la Guinée et de la Côte d'Ivoire, deux pays Africains Subsahariens [9, 10].

4.4. Traitement et Évolution

En règle générale, la prescription d'antalgique (**87,4%**) est imposée par le motif de consultation. Les AIS ont été prescrits à faible dose chez **80,3 %** des patients (05 mg/jour en moyenne).

Le méthotrexate en monothérapie était le traitement de fond le plus utilisé (**62,1%** des patients).

Les patients ont été revus à l'intervalle régulier trimestriel puis semestriel.

Ils étaient en rémission clinique dans **90,9%** au premier contrôle.

CONCLUSION

La polyarthrite du sujet âgé n'est pas rare en consultation rhumatologique. Elle est dominée par la PR et la goutte. Les caractéristiques cliniques tributaires de l'étiologie, diffèrent peu des classiques cas cliniques rapportés ailleurs.

Le diagnostic est tardif, souvent à un stade de déformation articulaire et/ou d'atteinte multiviscérale. Un syndrome inflammatoire biologique associé à une anémie présumée inflammatoire est aussi rapporté.

Les caractéristiques immunologiques sont superposables à celles rapportées à tout âge.

La PR est la plus associée aux anomalies radiographiques en raison de son potentiel destructeur ostéoarticulaire.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Au Ministère de la Santé et du Développement Social**

- Recruter plus de rhumatologues dans la fonction publique pour l'intérieur du pays, les différentes communes du District de Bamako et renforcer l'équipe du CHU Point G ;
- Rendre disponible le bilan immunologique dans les structures étatiques (CHU en l'occurrence) et subventionner leur coût ;
- Rendre effectif la CMU (Couverture Maladie Universelle) ;

➤ **Au Directeur général du CHU Point G**

- Améliorer le plateau technique par l'acquisition d'automates performants et de réactifs pour des tests diagnostiques fiables au CHU du Point G (3ème référence) ;
- Garantir et pérenniser une radiographie standard de qualité (films) ;
- Garantir la faisabilité permanente de la TDM et rendre l'IRM au CHU du Point G opérationnelle ;
- Approvisionner la Pharmacie hospitalière en corticoïdes et en immunosuppresseurs et leur inscription sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Rendre opérationnel et équiper les locaux du Service de Rhumatologie encore en chantier ;

➤ **Aux médecins et personnel soignant**

- Initier l'informatisation des dossiers médicaux des patients et exiger les conditions afférentes (électricité continue, ordinateurs, connexion internet à haut débit, imprimantes, secrétaires médicaux, onduleurs), préalable à des données de qualité ;
- Tenir compte de la fragilité des personnes âgées et l'effectivité de leur droit de priorité ;

- Intégrer l'approche pluridisciplinaire ;
- **Aux malades et à leur famille**
- Consulter précocement dans un Service de Rhumatologie pour une prise en charge adéquate ;
- Respecter les consignes des médecins ;
- S'abstenir de la tradithérapie ;

REFERENCES

1. Georges J B.

Généralités en rhumatologie, Service de rhumatologie, CHU de Fort-de-France, BP 632, 97261 Fort-de-France cedex.

2. Serge Arfi, Georges J B.

Diagnostic of new polyarthritis in elderly.

Rev Rhum 71 ; 2004 :468-74.

3. OMS.

Les personnes âgées / Nations Unies. In <https://www.un.org.ageing>

4. Robert L, Labas Robert J.

Les mécanismes du vieillissement. De la génétique vers l'épigé.

Presse Med 2003 ; 13 : 3-16.

5. Population Division Department of Economic and Social Affairs. World

Population Ageing : 1950-2050 [interne]. 2001. Disponible sur :

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>. Consulté le 12/11/2022

6. Population de Mali 2020. Population Pyramid.net.

<https://www.populationpyramid.net/mali/2020/>. consulté le 13/11/2022.

7. Marcelli C, Claudepierre P, Dernis E, Gaudin P, Maillefert J F, Saraux A et al.

Collège Français des Enseignants en Rhumatologie, 4^e édition, Paris : Elsevier Masson ; 2011 ; Item 54. p.29-30.

8. JJ Dubois.

Répartition des rhumatismes du sujet âgé : enquête auprès des rhumatologues de la région Auvergne

Rev Rhum 2014 ; 81(1) : 69-73.

9. Kamissoko A.

Profil des maladies rhumatismales du sujet âgé en Guinée. Doi :

<http://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n27p42> Consulté le 28/03/2023.

10. M Diomandé, Edmond Eti.

Profil des affections ostéoarticulaires des sujets âgés noirs africains : A propos de 157 cas vus à Abidjan ; Tunis Med 2015 ; 93(05) :312-5.DisponibleN sur : https://applications.emro.who.int/imemrf/Tunisie_Med/Tunisie_Med_2015_93_05_312_315 Consulté le 28/03/2023.

11. H Vallet, T Fali, D Sauce.

Le vieillissement du système immunitaire : du fondamental à la clinique.
Disponible:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866318306416>.

Consulté le 26/09/2022.

12. Goronzy JJ, Weyand CM.

Understanding immunosenescence to improve responses to vaccines.

Nat Immunol 2013 ; 14(5) :428-36.

13. A Ryckewaert.

Pathologie osseuse et articulaire.1^{ère} édition, France : Flammarion Médecine-Sciences ; 1987, Chap 21. p.181.

14. R Durant, H Blain, C Jeandel.

Syndrome inflammatoire chez la personne âgée. EMC Med 2005 ; 2(3) :284-290.

Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2004>. Consulté le 20/03/2022.

15. D Sauce, H Vallet.

Le vieillissement du système immunitaire : du fondamental à la clinique. Rev Med Inter 2019 ; 40 (2) :105-111.

16. PR Bernard C.

Fédération de Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier J : P.R clinique et diagnostic.

J Immunol 2001 ; 166 : 4177-84.31.

17. Aggarwal R, Liao K, Nair R.

Anti citrullinated antibody peptides assays and their role in the diagnosis of rheumatoid arthritis.

Arthritis Rheum 2009 ; 61 : 1472-83.

18. Dixon A St J, Licence E.

Sacro-iliac joint in adult rheumatoid arthritis and psoriatic arthropathy.

Ann Rheum Dis 1961 ; 20 :247-57.

19. Smolen J, Aletaha D, Mc Innes I.

Rheumatoid arthritis.

Lancet 2016 ; 388 :2023-38.

20. Gastaldi R, Baillet A, Gaudin P.

Stratégie de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde : traitement précoce et traitement ciblé.

Rev Rhum Monographies 2017 ; 84 : 377-81.

21. Fitzgerald.

Coxib and cardiovascular disease.

N Engl J Med 2004 ; 351 : 1709-11.

22. Dudler J.

Polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : présentation clinique et prise en charge.

Rev Med Suisse 2010 ; 6 :542-6

23. Villa-Blanco JI, Calvo-Alen J.

Elderly onset rheumatoid arthritis : Differential diagnosis and choice of First-line and subsequent therapy.

Drugs Aging 2009 ; 26 : 739-50.

24. Soubrier M, Mathieu S, Payet S, Dubost JJ, Ristori J M.

La polyarthrite du sujet âgé.

Rev Rhum 2010 ; 77 (4) : 326-332.

25. Marcelli C, Claudepierre P, Dernis E, Gaudin P, Maillefert J F, Saraux A et al.

Collège Français des Enseignants en Rhumatologie, 4^e édition, Paris : Elsevier Masson ; 2011 ; chap.119. p.159-161.

26. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA.

The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis.

Arthritis Rheum 1990 ; 33 :1122–8.

27. Masson C.

PPR, Maladie de Horton. Critères de diagnostic et de suivi.

Rev Rhum 2010 ; 77 : 76–81.

28. Marcelli C, Claudepierre P, Dernis E, Gaudin P, Maillefert J F, Saraux A et al.

Collège Français des Enseignants en Rhumatologie, 4^e édition, Paris : Elsevier Masson ; 2011 ; chap.119. p.165-166.

29. Pinals R.

Polyarthritis and Fever.

N Engl J Med 1994 ; 330 : 769–74.

30. Villiaume J, Larget-Pied B, Pointud P.

Infections à pneumocoques en particulier articulaire au cours du myélome.

Rev Rhum 1975 ; 42 : 123–6.

31. D Alcalx, O Vittecoq.

Arthropathies microcristallines. Doi : 10.1016/S1634-6939(14)39646-5.
06/09/2014.

32. Tristan P, Jean-François B.

Arthropathies microcristallines du sujet âgé.

Rev Rhum 2019 ; 86 (3) : 207-213.

- 33. Imbert-Masseau A, Hamidou M, Agard C, Grolleau JY, Cherin P.**
Le syndrome des antisynthétases.
Rev Rhum 2003 ; 70 : 364–70.
- 34. Gaujard S, Broussolle C, Cathebras P, Dupond JL, Masson C, Ninet J, et al.**
Lupus érythémateux après 65 ans.
Rev Med Inter 2003 ; 24 :288–93.
- 35. Guis S, Mattei JP, Figarella-Branger D, Bendahan D.**
Myopathies inflammatoires idiopathiques et classification.
Rev Rhum 2010 ; 77 :99-102.
- 36. Cervera R, Khamashta MA, Font J, Sebastiani GD, Gil A, Lavilla P et al.**
Systemic lupus erythematosus, clinical and immunological patterns of disease in a cohort of 1000 patients.
Medecine 1993 ; 72 :113–24.
- 37. Pouchot J, Khan MF, Vinceneux P, Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC.**
La maladie de Still de l'adulte. Maladies systémiques.
Flammarion ; 2000. p. 49–68.
- 38. Georges J B, Serge A.**
Diagnostic d'une polyarthrite récente du sujet âgé.
Rev Rhum 2004 ; 71 : 468-474.
- 39. Fauchais AL, Michon-Pasturel U, Rugale C, Asseray N.**
Granulomatose du sujet âgé.
Rev Med Inter 2001 ; 22 : 127–31.
- 40. Myanadié M, Girodon F, Manivet-Janoray I, Mounier M, Mugneret F, Bailly F, et al.** Twenty-five years of epidemiological recording on myeloid malignancies of Cote d'Or (Burgundy, France).
Hematologica 2011 ; 96(1) :55-61.

41. Deschamps V, Toussiroit E, Pertuiset E, Combe B.

Les polyarthrites paranéoplasiques : étude prospective de 27 cas.

Rev Rhum 2003 ; 70 : 886–7.

42. Naschitz JE, Rosner I, Rozenbaum M, Zuckerman E, Yeshurun D.

Rheumatic syndromes : clues to occult neoplasia.

Semin Arthritis Rheum 1999 ; 29 :43–55.

43. Fam AG.

Paraneoplastic rheumatic syndromes. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol 2000 ; 14 :515–33.

44. Lima M, Coutinho J, Bernardo L, Casais C, Canelhas A, et al.

Philadelphia-positive T-cell acute lymphoblastic leukemia with polymyositis, migratory polyarthritis and hypercalcemia following a chronic myeloid leukemia.

Ann Hematol 2002 ; 81 : 174–7.

45. Masson C, Royer M, Bouvard B, Audram M.

Critères d'aide au diagnostic d'une polyarthrite paranéoplasique Expressions rhumatologiques paranéoplasiques.

Oncologie 2009 ; 11(1) :37-42.

46. J Sibilila, T Pham, B Jaulhac, P Claudepirre.

La Spondylarthrite ankylosante et autres spondylarthropathies.

EMC-Med 2005 ; 2(5) : 488-511

47. J.J. Dubost, F. Riaux, M. Soubrier, B. Sauvezie.

Les Spondylarthropathies du sujet âgé.

La Lettre du Rhumatologue. 2000 ; 261 : 31-37

48. ZOUNA NFD.

Rhumatismes inflammatoires chroniques en consultation rhumatologique et de médecine interne au CHU du Point G, These med, Bamako 2006, 51. 06M51.

49. Z Traoré.

Prise en charge des Rhumatismes inflammatoires chroniques chez l'adulte au service de Rhumatologie du CHU Point G à Bamako. Thèse med, Bamako 2010. 20M326

50. Fourn L, Yacoubou Am, Zohoun T.

Essai d'évaluation des aspects médicaux du vieillissement au Bénin (District de Porto-Novo 2).

Med Afr Noire 1991 ; 38 :252-60.

51. Kakpovi K, Koffi-Tessio V E S, Houzou P, Agbevide K, Fianyo E, Tagbor, KC Soedje, K M A, Oniankitan O, Mijiyawa M.

Affections rhumatologiques du sujet âgé en consultation rhumatologique à Lomé. J Rech Sci Univ 2017 ; 19 (1) : 267-274.

52. Ouedraogo DD, Bori-Bata F, Drabo YJ.

Sujet âgé et affections rhumatologiques en consultation de rhumatologie au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest).

Rev Rhum 2011 ; 78 : 1209-10.

53. S Touré.

Etude des manifestations neuropsychiatriques associées au lupus systémique dans le service de Rhumatologie du CHU Point G.

Disponible : <https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/3945/1/19M44> consulté le 13/09/2023.

54. Combe B, R Landewe.

EULAR recommendations for the management of early arthritis : report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum 2007 : Dis ; 66 (1) : 34-45.

55. C Sylla.

L'approche steps wise de la goutte dans le service de Rhumatologie du CHU Point G à Bamako. These Med. 2010 .11M18

56. DEGUI B D P.

Etude panoramique de la pathologie infectieuse du sujet du 3^{ème} âge au Mali.
These med, Bamako 2019. 19M278.

57. Devulder B, Hatron PY, Hachulla E.

Les pathologies systémiques. Médecine interne. 2^e édition. Masson. Paris : 2002;
213p.

ANNEXES

FICHE INDIVIDUELLE

Dossier N° : /...../.....

1. Données sociodémographiques :

Sexe : M/___/ F/___/ Âge :ans

Profession :

Domicile :

2. Données cliniques :

Date de la première consultation

Le/...../20....

Motif :

a. Antécédents

❖ *Médicaux* :

❖ RIC (association) à préciser.....

➤ Goutte OUI /___/ NON /___/

➤ Drépanocytose OUI /___/ NON /___/

➤ Diabète OUI /___/ NON /___/

➤ HTA OUI /___/ NON /___/

➤ Asthme OUI /___/ NON /___/

❖ *Chirurgicaux* : OUI /___/ NON /___/

❖ Si Oui, préciser :

.....

➤ Gynéco-obstétricaux : OUI /___/ NON /___/

b. Signes cliniques

⇒ Signes fonctionnels

➤ Douleur OUI /___/ NON /___/

- Inflammatoire OUI /___/ NON /___/

- Mécanique OUI /___/ NON /___/

- Mixte OUI /___/ NON /___/
- Chaleur locale OUI /___/ NON /___/
- Tuméfaction ou gonflement OUI /___/ NON /___/
- Dérouillage matinal inférieur à 30 minutes OUI /___/ NON /___/
- Dérouillage matinal supérieur à 30 minutes OUI /___/ NON /___/
- Préciser la durée
- Début des symptômes à préciser.....

⇒ **Signes généraux**

- Poids :
- Taille :
- IMC :
- PAC :
- PAD :
- Autres à préciser :

⇒ **Signes physiques**

❖ **Topographie des atteintes articulaires**

A. Nombre d'articulations douloureuses

.....

B. .a.) Nombre d'articulations tuméfiées (arthro-synovite).....

b.) Siège :préciser

C. Type de déformation

- MCP déviés en coup de vent ulnaire OUI /___/ NON/___/
- IPP OUI /___/ NON /___/
- Doigts en col de cygne OUI/___/ NON/___/
- Mains en dos de chameau OUI/___/ NON/___/
- Doigts en boutonnière OUI/___/ NON/___/
- Pouce en Z OUI/___/ NON/___/
- Pouce en adduction OUI /___/ NON/___/
- MTP OUI /___/ NON /___/

- Hallux valgus OUI/___/ NON/___/
- Quintus varus OUI/___/ NON/___/
- Poignets OUI /___/ NON/___/
- Genoux OUI/___/ NON/___/
- Autres à préciser.....

❖ **Autres signes extra articulaires**

- Signe rénal : OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser :
- Signe cardiaque : OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser :.....
- Signe pulmonaire : OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser :.....
- Signe oculaire OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser :.....
- Signe cutané OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser :.....
- Signe vasculaire OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser :.....
- Signe hématologique OUI /___/ NON /___/
Si oui, préciser.....
- Autres signes :préciser

3. Données paracliniques :

a. Biochimie

- Procalcitonine OUI /___/ NON /___/
Si oui :..... ng/ml
- CRP augmentée (> 6mg) OUI /___/ NON /___/
Si oui : mg/l
- VS (1 ère heure) : accélérée (≥ 15 mm) OUI/___/ NON/___/
- ASAT : augmenté OUI/___/ NON/___/

Si oui	2N/_/	3N/_/	Plus /_/
ALAT : augmenté	OUI /___/		NON /___/
Si oui	2N/_/	3N/_/	Plus /_/
Créatininémie : augmentée	OUI /___/		NON /___/
Uricémie : augmentée	OUI /___/		NON /___/
DFG : altéré	OUI/___/		NON /___/
Urémie : augmentée	OUI /___/		NON/___/
CPK : augmentée	OUI /___/		NON/___/

b. Hématologie :

Numération Formule Sanguine :

Taux d'hémoglobine :

Anémie : OUI /___/ NON /___/

Si oui, préciser

Globules rouges :

Thrombocytose : OUI/___/ NON/___/

Thrombopénie : OUI/___/ NON/___/

Hyperleucocytose : OUI/___/ NON/___/

Neutrophilie : OUI/___/ NON/___/

Leucopénie : OUI /___/ NON/___/

Lymphocytose : OUI/___/ NON/___/

Lymphopénie : OUI /___/ NON/___/

Monocytes : OUI/___/ NON/___/

Autres :

c. Immunologie :

➤ Anomalie immunologique : (cochez)

Facteurs rhumatoïdes positifs OUI /___/ NON /___/

-Latex :

- Waaler Rose :

Anticorps anti CCP positif OUI /___/ NON /___/

- ANA SCREEN positif OUI /___/ NON /___/
- Anti-DNA natif positif OUI /___/ NON /___/
- Anti-Sm positif OUI /___/ NON /___/

➤ **Sérologie**

Bactérienne : OUI /___/ NON /___/

Si oui, préciser.....

Parasitaire : OUI /___/ NON /___/

Si oui, préciser.....

Virale : OUI /___/ NON /___/

Si oui, préciser.....

Autres à préciser.....

d. Bactériologie

Hémoculture : OUI /___/ NON /___/

Germes retrouvés :

Antibiogramme

Uroculture : OUI /___/ NON /___/

Germes retrouvés :

Antibiogramme

BAAR : OUI /___/ NON /___/

Germes retrouvés :

Antibiogramme

Ecouvillonnage : OUI /___/ NON /___/

Germes retrouvés :

Antibiogramme

Autres :.....

Radiographie

➤ Des mains : OUI /___/ NON /___/

Normale : OUI /___/ NON /___/

➤ Des pieds : OUI /___/ NON /___/

Normale : OUI /___/ NON /___/

➤ Des poignets : OUI /___/ NON /___/

➤ Normale : OUI /___/ NON /___/

• Déminéralisation épiphysaire en bande : OUI /___/ NON /___/

• Pincement de l'interligne articulaire : OUI /___/ NON /___/

• Présence de géodes sous-chondrales (Erosion du 5ième métatarsien) :
OUI /___/ NON /___/

• Carpite fusionnante OUI /___/ NON /___/ D/G

• Tarsite fusionnante OUI /___/ NON /___/ D/G

➤ Radiographie du thorax de face

• Poumon rhumatoïde OUI /___/ NON /___/

• Autres à préciser :

4. Complications :

➤ Viscérales OUI /___/ NON /___/

Si oui, préciser

➤ Ostéoarticulaires OUI /___/ NON /___/

➤ Si oui préciser :

➤ Diagnostic :

5. Traitement :

➤ Ambulatoire : OUI /___/ NON /___/

➤ Symptomatique : OUI /___/ NON /___/

➤ Antalgiques OUI /___/ NON /___/

➤ AIS OUI /___/ NON /___/

➤ AINS OUI /___/ NON /___/

➤ Décontracturant OUI /___/ NON /___/

➤ Traitement de fond (préciser les molécules en DCI) :
.....

➤ Molécules.....dose/ journalière

➤ Rééducation et réadaptation fonctionnelle :

.....

➤ Traitement chirurgical OUI /___/ NON /___/

Si oui, indication :

• Incision : OUI /___/ NON/___/ siège

• Arthroplastie : OUI /___/ NON/___/ siège

• Discectomie : OUI /___/ NON/___/ siège

6. Evolution

➤ Echelle visuelle analogique de la douleur EVA (de 0 à 10)

➤ Echelle verbale de la douleur EVD (de 0 à 5)

➤ ACR

Amélioration à 25% OUI /___/ NON /___/ Amélioration

à 50% OUI /___/ NON /___/

Amélioration à 75% OUI /___/ NON /___/

➤ DAS simplifié

Nombre d'articulations douloureuses (NAD) :

Nombre d'articulations gonflées (NAG) :

VS (mm/h)

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KANE

Prénom : Fanta Dao

Section : Médecine générale

Titre : Étiologie de la polyarthrite du sujet âgé dans le Service de Rhumatologie du CHU Point G.

Année : 2022-2023

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

E-mail : koneyoussoufa18@gmail.com

Secteur d'intérêt : Rhumatologie, Gériatrie, Immunologie, Santé publique

Résumé

Introduction

La polyarthrite du sujet âgé est une atteinte inflammatoire de plus de quatre (04) articulations chez une personne de 65 ans ou plus, l'âge moyen de début étant 60 ans. Il y a une difficulté diagnostique de la polyarthrite à cet âge, accrue par : l'existence fréquente d'affections associées, l'aspect souvent trompeur des rhumatismes à début tardif et l'existence de maladies articulaires propres au sujet âgé. Le but de ce travail rétrospectif était de déterminer la cause de la polyarthrite du sujet âgé dans le Service de Rhumatologie du CHU Point G.

Patients et méthode

L'étude était rétrospective sur 17 ans (du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2021). Elle a porté sur les dossiers des patients âgés de 65 ans ou plus, vus en consultation externe avec une polyarthrite, quel que soit l'étiologie.

Résultats

La polyarthrite du sujet âgé n'est pas rare, elle représente **1,07%** de la population d'étude. La prédominance est féminine, **56%** avec un ratio de **0/8**. L'hypertension artérielle isolée a été retrouvée chez **62,2 %** des patients. La symptomatologie était polymorphe avec la douleur comme maître symptôme. Elle était inflammatoire chez **65,2%** des patients avec un gonflement articulaire dans **98,5%** des cas. Les signes extra-articulaires les plus constatés étaient hématologiques avec une leucopénie chez **87,8%** des patients. Le méthotrexate en monothérapie était le traitement de fond le plus utilisé (**62,1%** des patients).

La rémission clinique a été observée chez **90,9%** des patients dès le premier contrôle.

Conclusion

La polyarthrite du sujet âgé n'est pas rare en consultation rhumatologique. Elle est dominée par la PR et la goutte. Les caractéristiques cliniques tributaires de l'étiologie, diffèrent peu des classiques cas cliniques rapportés.

Mots clé : Polyarthrite du sujet âgé, Rhumatologie, Bamako

ABSTRACT

Name : KANE

Surname : Fanta Dao

Section : General practice

Title : Etiology of polyarthritis of elderly subject in the department of Rheumatology in the University Teaching Hospital of Point G

Year : 2022-2023

Country : Mali

Place of deposit : Library of the Faculty of medicine and Dentistry of Bamako

E-mail : koneyoussoufa18@gmail.com

Field of interest : Rheumatology, Geriatrics, Immunology

Summary :

Introduction

Polyarthritis of elderly subject is an inflammatory disease of more than four (04) joints in a person aged 65 or over, the average age of onset being 60. There is a difficulty of diagnosis of polyarthritis at that age, improved by frequent existence of morbid associations, the often misleading appearance of late-onset rheumatism, the existence of joint diseases specific to the elderly. The goal of this retrospective work was to determine the cause of polyarthritis of elderly subject in the department of Rheumatology in the University Teaching Hospital of Point G.

Patients and method

the study was retrospective over 17 years (from January 1st 2005 to December 31th 2021). It concerned medical files of outpatients aged 65 or over with polyarthritis, regardless of the etiology.

Results and discussion

Polyarthritis of elderly subject is not rare. It represents 1,07% of the sample. It was mostly feminine, 56% with a 0/8 ratio. High blood pressure was associated in 62,2% of patients. The symptomatology was polymorphous, pain being the main symptom. It was inflammatory in 65,2% of patients with joint swelling in 98,5%. The most common extra-articular sign were hematological with leukopenia in 87,8%. Methotrexate, in monotherapy was the most used long-term treatment (62,1%).

Clinical remission was noticed in 90,9% of patients at the first check-up.

Conclusion

Polyarthritis of elderly subject is not rare in rheumatological consultation. It is dominated by Rheumatoid arthritis and gout. The clinical characteristics dependent on etiology, differ a little from the classic reported clinical cases.

Key words : Polyarthritis of elderly subject, Rheumatology, Bamako.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure