



## Article Original

# La Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

## *Features of Rheumatoid Arthritis at the Rheumatology Clinic of the University Teaching Hospital of Brazzaville*

Angalla Affleck RL<sup>1,2</sup>, Lamini N'soundhat NE<sup>1,2</sup>, Nkouala-Kidéde DC<sup>2</sup>, Akoli Ekoya O<sup>2</sup>, Omboumahou BF<sup>2</sup>, Salémo AP<sup>2</sup>, Ntsiba Honoré<sup>1,2</sup>, Bileckot R<sup>1,2</sup>

## RÉSUMÉ

## Affiliations

1. Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
2. Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Congo

## Auteur correspondant

Angalla Affleck Romaric Ledier  
Faculté des Sciences de la Santé,  
Université Marien Ngouabi,  
Brazzaville, Congo  
Email :  
[romaricangala@gmail.com](mailto:romaricangala@gmail.com)

**Mots clés :** polyarthrite rhumatoïde, épidémiologie, clinique, thérapeutique, Brazzaville

**Key words:** Rheumatoid arthritis, epidemiology, clinical therapy, Brazzaville

**Introduction.** La polyarthrite rhumatoïde est le rhumatisme inflammatoire chronique de l'adulte le plus fréquent et le plus grave. Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la polyarthrite rhumatoïde à travers 10 cas vus en consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective transversale menée sur une période de 7 mois allant de janvier 2022 à juillet 2022 en consultation de rhumatologie au CHU de Brazzaville, Congo. Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde a été retenu avec les critères de l'ACR 87 sur un score  $\geq 4$  ou ACR EULAR 2010 avec un score  $\geq 6$ . **Résultats.** Il s'agissait d'une étude sur 10 cas. L'âge moyen était 51 ans. La durée moyenne d'évolution était de 27.7 mois. La polyarthrite rhumatoïde évoluait depuis plus de 6 mois chez 70% des patients et elle était de nature déformante chez 60% des patients avec pour lieu de prédominance la main. Les anomalies radiographiques les plus fréquentes étaient la déminéralisation en bande et l'érosion marginale des épiphyses dans 80% des cas ainsi que les géodes osseuses dans 70 % des cas. La corticothérapie et le méthotrexate ont été administrés à tous les patients. **Conclusion.** La polyarthrite rhumatoïde est de diagnostic tardif en phase d'état. Le méthotrexate reste le traitement de fond classique le plus prescrit.

## ABSTRACT

**Introduction.** Rheumatoid arthritis is the most common and severe chronic inflammatory rheumatism in adults. The aim of this study is to describe the epidemiological, clinical, laboratory, therapeutic, and evolutionary aspects of rheumatoid arthritis through 10 cases seen in Rheumatology consultation at the University Hospital of Brazzaville. **Methodology.** This was a descriptive, retrospective cross-sectional study conducted over a period of 7 months from January 2022 to July 2022 in the Rheumatology consultation at the University Hospital of Brazzaville, Congo. The diagnosis of rheumatoid arthritis was made according to the ACR 87 criteria with a score  $\geq 4$  or ACR EULAR 2010 with a score  $\geq 6$ . **Results.** This was a study of 10 cases. The average age was 51 years, and the average duration of evolution was 27.7 months. Rheumatoid arthritis had been present for more than 6 months in 70% of patients and was of a deforming nature in 60% of patients, predominantly affecting the hands. The most frequent radiographic abnormalities were band demineralization and marginal erosion of the epiphyses in 80% of cases, as well as bone geodes in 70% of cases. Corticosteroids and methotrexate were prescribed for all patients. **Conclusion.** Rheumatoid arthritis is diagnosed late in the disease course. Methotrexate remains the most frequently prescribed conventional disease-modifying antirheumatic drug.

## INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique de l'adulte le plus fréquent et le plus grave. La PR est source potentielle d'un handicap important, dans les formes sévères notamment, qui peut

également mettre en jeu le pronostic vital [1]. Comme beaucoup de maladies auto-immunes, plusieurs facteurs interviennent dans le déclenchement de la maladie : des facteurs hormonaux, le terrain génétique et des facteurs environnementaux [2].

**POUR LES LECTEURS PRESSÉS****Ce qui est connu du sujet**

En Afrique, des études estiment la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde entre 0,1 à 0,9 %. Au Congo, les études sur cette affection sont peu nombreuses.

**La question abordée dans cette étude**

Aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la polyarthrite rhumatoïde dans un service de rhumatologie à Brazzaville.

**Ce que cette étude apporte de nouveau**

1. La prévalence hospitalière était de 1,53%, L'âge moyen était de 51 ans. Tous les sujets étaient de sexe féminin.
2. La durée moyenne d'évolution était de 27.7 mois
3. La PR était déformante chez 60% des patients et prédominait aux mains.
4. Les anomalies radiographiques les plus fréquentes étaient la déminéralisation en bande et l'érosion marginale des épiphyses (80%) ainsi que les géodes osseuses (70 %).
5. La corticothérapie et le méthotrexate ont été administrés à tous les patients.

**Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.**

Des études multicentriques sur un plus grand échantillon sont nécessaires pour confirmer nos données.

Le diagnostic de la PR est parfois difficile au stade précoce et repose sur la confrontation de manifestations cliniques et de tests biologiques. Des critères de classification ont été révisés récemment par le Collège américain de rhumatologie [ACR]) et la Ligue européenne contre les rhumatismes [EULAR] [3]. Sa prévalence est estimée entre 0,8 et 1 % dans la population générale en Occident [4]. En Afrique, la prévalence de la PR est mal définie et varie en fonction des régions. Des études récentes estiment sa prévalence entre 0,1 à 0,9 %, semblable à celle de l'occident [5,6]. Au Congo, les études portant sur cette affection restent peu nombreuses [7,8] d'où l'intérêt de cette étude qui avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la polyarthrite rhumatoïde à travers 10 cas observés dans une consultation de rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

**PATIENTS ET MÉTHODES**

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale menée en consultation de Rhumatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville-Congo (CHU-B) de janvier 2022 à juillet 2022, soit sept mois. La Collecte des données s'est effectuée en temps : dans un premier temps, elle s'est faite sur les dossiers colligés des patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde. Ceux dont le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde répondait aux critères de l'ACR 87 avec un score  $\geq 4$  ou ACR EULAR 2010 [9] avec un score  $\geq 6$  ont été inclus dans l'étude. Dans un deuxième temps, à partir des données recueillies dans les dossiers médicaux, les patients ont été contactés individuellement par téléphone. Après consentement éclairé, les patients ont été vus en consultation dans le

service de Rhumatologie du CHU-B, afin de recueillir les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives:

- Sociodémographiques et clinique: l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau socioéconomique, le délai diagnostique, le nombre d'articulations douloureuses et gonflées, les déformations articulaires, les atteintes extra articulaires, les facteurs de risque cardiovasculaires;

- Paracliniques : la vitesse de sédimentation en mm à la première heure qui était considérée augmenter selon la formule de Muller ( $> \text{âge} / 2$  chez l'homme et  $> \text{âge} + 10 / 2$  chez la femme), la C-Protéine Réactive (CRP) qui était considérée comme augmentée si supérieure à 6 mg/l, le facteur rhumatoïde déterminé par le test ELISA et était considéré comme positif lorsque le taux était supérieure à 10 UI/ml, les auto-anticorps Anti- Peptides Cycliques Citrullinés 2 (ACPA) déterminé par ELIA CCP (Thermo Fisher Scientific) étaient considérés comme positifs pour une valeur supérieure à 10 UI/ml, les lésions radiographiques des mains-poignets, des pieds et du thorax de face ;

- Thérapeutique : Tous les patients avaient reçu un traitement symptomatique par les antiinflammatoires non stéroïdiens et stéroïdiens (les corticoïdes), les antalgiques. Un traitement de fond classique par les DMARDS (méthotrexate, antipaludéen de synthèse et le léflunomide) ;

- Evolutif : l'évolution et l'activité de la maladie étaient évaluées sur 28 articulations par le score du (DAS28-VS) et la réponse au traitement était appréciée par la réponse de l'Européen League Against Rheumatism (EULAR), en bon répondeur, répondeur modéré et en non répondeur. Dix cas documentés font l'objet de cette étude. Ont été exclus de notre étude les patients ayant un rhumatisme microcristallin, une polyarthrite infectieuse ou tout autre rhumatisme inflammatoire chronique, une polyarthrite indifférenciée et/ou insuffisamment explorés. Le logiciel SPSS 22 a permis l'analyse des données.

**RÉSULTATS**

Durant la période d'étude, 10 cas de polyarthrite rhumatoïde étaient recensés sur 650 patients ayant été reçus en consultation de Rhumatologie. Soit une prévalence hospitalière de 1,53%, tous de sexe féminin. L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic était 51 ans, avec des extrêmes allant de 34 et 68 ans. 7 patientes provenaient du milieu urbain et de 3 du milieu rural. Le niveau socioéconomique de nos patients était moyen chez 6 patients, bas chez 3 cas et élevé dans un cas. Quatre patientes avaient les antécédents d'hypertension artérielle (40 %), deux (20%) de diabète de type 2 et une avait une dyslipidémie. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 27.7 mois, avec des extrêmes de 4 mois et 8 ans. Sept patients (70 %) avaient une polyarthrite rhumatoïde évoluant plus de 6 mois d'évolution et 3 patients (30 %) avaient une durée de moins de 6 mois. Le mode de début chez 90 % des malades (n=9) était une polyarthrite chronique, bilatérale, fixe, additive et symétrique touchant les petites, moyennes

et grosses articulations. Deux patients (20%) avaient un épanchement articulaire du genou. L'intensité de la douleur évaluée sur l'échelle visuelle analogique était intense dans 60% des malades (n=6), modérée et légère Chacune dans 20% des cas (n=2). Sept patientes avaient un nombre d'articulations gonflées (NAG) supérieur à 3, et 8 un nombre d'articulations douloureuses (NAD) supérieur à 3. Au moment du diagnostic, le dérouillage matinal (DM) était supérieur à 30 minutes chez 80 % des cas (n=8). Dans notre série, 60 % (n=6) des patients avaient une Polyarthrite Rhumatoïde déformante au moment du diagnostic. Elles prédominaient à la main. La déformation en boutonnière (**figure 1**) et pouce en Z (**figure 2**) étaient les plus retrouvées dans 4 cas (40%) chacune suivie de la déformation en dos de chameau (20%). La répartition des patientes par déformation est représentée dans le **tableau I**. Les manifestations abarticulaires étaient retrouvées dans 2 cas (20%). Il s'agissait d'une ténosynovites localisée au niveau de 4 extenseurs ulnaires du carpe, de 2 fléchisseurs ulnaires du carpe et de 2 tendons cubitiaux postérieurs. Les manifestations extra articulaires étaient retrouvées dans un cas (10%). Il s'agissait d'un syndrome sec oculobucal. Au moment du diagnostic à la biologique, l'hémogramme était anormal dans 5 cas. Il montrait une anémie inflammatoire chez tous les patients. La vitesse de sédimentation était accélérée, supérieure à 30 mm à la 1<sup>ère</sup> heure chez 6 cas (60%), avec une moyenne de 46,66 mm à la 1<sup>ère</sup> heure et des extrêmes de 30 et 60 mm à la première heure. La CRP était positive, supérieure à 20 mg/l dans 9 cas (90%), avec une moyenne de 44,77 mg/l et des extrêmes de 26 et 80 mg/l. La ponction articulaire du genou a été faite dans 2 cas (30%). Le liquide articulaire était macroscopiquement citrin. Microscopiquement le liquide était inflammatoire, stérile et sans cristaux. La cellularité était respectivement à 2432 et 3200 éléments /mm<sup>3</sup> et les polynucléaire neutrophile à 56 et 64%. Sur le plan immunologique, les facteurs rhumatoïdes étaient positifs chez 7 patients (70 %). Les anti-CCP étaient positifs chez 6 patientes soit 60 % des cas. Les anticorps anti nucléaires, les anti-SSA et anti-SSB étaient positifs chacun dans 1 cas (10 %) chez un patient qui présentait un syndrome sec oculobucal. La radiographie standard été prescrite chez toutes les patientes. Les anomalies radiographiques retrouvées chez 8 cas (80%) étaient : la déminéralisation en bande des épiphyses et l'érosion marginale chacune dans (8cas), les géodes osseuses (7cas), le pincement radiocarpienne (5cas), le pincement des IPP et MCP chacun dans (5cas), la carpite rhumatoïde fusionnante (2cas) (**figure 3**), la tarsite et la coxite chacune dans 1 cas. L'échographie ostéoarticulaire été faite chez 2 patientes. Elle montrait une synovite active au doppler et un épanchement intra articulaire minime et des érosions. L'activité de la polyarthrite rhumatoïde était évaluée avec le score du DAS 28. Cinq patientes (50%) avaient une polyarthrite rhumatoïde en forte activité avec un score de DAS 28 supérieur à 5,1. Trois patientes (30%) avaient un niveau d'activité modéré ( $3,2 < \text{DAS}28 \leq 5,1$ ) et 2 patients (20%) avaient une faible activité ( $\text{DAS}28 \leq 3,2$ ).



**Fig1** : Déformation en boutonnière des doigts (flèche verte) au cours d'une polyarthrite rhumatoïde ( Source : Service de Rhumatologie CHU de Brazzaville,2022).



**Fig 2** : Déformation Pouce en Z (flèche verte) au cours de la polyarthrite rhumatoïde. (Source : Service de Rhumatologie CHU de Brazzaville,2022).

L'évaluation du retentissement fonctionnel par l'indice HAQ, avait montré un retentissement fonctionnel sévère chez toutes les patientes avec un indice d'HAQ supérieur à 0,5 chez toutes les patientes avec des extrêmes allant de

1 à 3. Dans notre étude, les patientes avaient en moyenne 5 facteurs de mauvais pronostic parmi lesquels : l'activité élevée de la maladie (DAS 28>3.2) chez 7 patients soit 70 % ; le nombre élevé d'articulations gonflées (NAG>3) chez 7 soit 70% et d'articulations douloureuses (NAD>3) chez 8 patients soit 80%; l'importance du syndrome inflammatoire biologique dans 6 cas soit 60% ; La présence d'ACPA chez 6 malades soit 60% (n=6) ; la présence des érosions chez 8 malades soit 80% (n=8).

**Tableau I : Répartition des patients par déformation**

Déformations	N=10	%
<b>Main</b>		
Doigt en boutonnière	4	40
Pouce en Z	4	40
Coup de vent cubital	3	30
Dos de chameau	2	20
Doigt en maillet	2	20
Doigt en col de cygne	2	20
Touche de piano	2	20
<b>Pied</b>		
Hallux valgus	4	40
Affaissement de la voute plantaire	4	40
Quintus varus	3	30
Valgus de l'arrière pied	2	20
Subluxation des métatarsophalangiennes	1	10



**Fig3:** Radiographie standard de face des deux poignets, montrant une carpite fusionnante bilatérale (flèches vertes) au cours d'une Polyarthrite rhumatoïde (source : service de rhumatologie CHU de Brazzaville,2022).

Le traitement symptomatique a été prescrit chez toutes les patientes. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits chez 50% des cas, les antalgiques du 1<sup>er</sup> et 2<sup>er</sup> palier dans 40% des cas. La corticothérapie par voie générale représentait 100 % des cas. Le traitement de fond classique par les DMARDS (disease modifying antirheumatic drug) était prescrit chez toutes les patientes. Il s'agissait d'une monothérapie au méthotrexate chez toutes les patientes, l'antipaludéen de synthèse et léfunomide chacun dans un cas. La rémission a été obtenue à 3 mois chez 3 patientes (30%) et un en

faible activité. A 6 mois, 5(50%) des patientes étaient en rémission, alors que 3 étaient actives et 2 en activité faible. La réponse au traitement était appréciée selon la réponse EULAR. Ainsi, après 3 mois, 3 patientes étaient bons répondeurs, 3 cas étaient des répondeurs modérés et 4 n'étaient pas répondeurs. A 6 mois, 5 patients étaient des bons répondeurs.

## DISCUSSION

La Polyarthrite rhumatoïde est présente dans le monde entier. Certainement c'est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. La prévalence mondiale est estimée entre 0,5 et 1% [10,11]. D'une manière générale, les données actuelles concernant la prévalence de la PR sont fortement fluctuantes [12]. Dans notre étude la prévalence hospitalière est de 1,53%. Cette prévalence est inférieure à celle rapportée par Garba au [13]. Cette prévalence est proche aux 2,2% rapportés par Ouédraogo au Burkina Faso [14]. Par contre elle est supérieure à celle rapportée au Togo (0,3%) [15]. L'âge moyen d'apparition se situe entre 35 et 55 ans, mais la maladie peut survenir à tout âge. Il peut exister des formes juvéniles avant 16 ans et des formes à début tardif après 65 ans. L'âge moyen de survenue de la polyarthrite rhumatoïde dans notre série était de 51 ans. Nos résultats rejoignent les données de la littérature [16,17]. Au cours de PR, le sex-ratio mondiale est de 5,6 femmes atteintes pour 1 homme, mais cette différence se rapproche progressivement au-delà de 70 ans [18]. Selon la série Minnesota aux USA [19], le sexe ratio est de 2.13 avec un pourcentage du sexe féminin à 68%. Dans notre étude tous les patients étaient de sexe féminin. Dans notre série, la durée moyenne d'évolution était longue (27,7mois), expliquant la fréquence élevée des déformations. Ce même constat a été fait par Ouédraogo et al au Burkina Faso et al et par Eti et al en Côte d'Ivoire [14,20]. Cette durée longue de consultation pourrait s'expliquer par le faible développement de la rhumatologie en milieu africain en particulier dans notre pays, la méconnaissance de la pathologie par les médecins généralistes au stade de début et par le recours aux tradipraticiens en première intention par les malades. Au début de la maladie, la PR pourrait être identifiable par le gonflement des articulations. Celles-ci seront chaudes, douces et fluctuantes au toucher donnant un aspect d'un gonflement «fusiforme». La synovite, une inflammation de la membrane synoviale, peut être confirmée à l'examen physique par le Squeeze-test [21]. Notre étude, l'atteinte articulaire de nos patientes étaient caractérisés par un nombre élevé d'articulations gonflées (NAG>3) chez 7 malades (70%). contrairement aux travaux de Ndongo et al [17,22]. Le mode de début chez 90 % de nos patientes (n=9) était une polyarthrite chronique, bilatérale, fixe, additive et symétrique touchant les petites, moyennes et grosses articulations. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés dans la littérature [14,20]. Dans notre série, 60 % (n=6) des patients avaient une PR déformante au moment du diagnostic. Elles prédominaient au niveau de la main dans 60% des cas. Le siège des déformations était similaire aux résultats de Kakpovi et al [15], qui

rapportaient 45% cas de déformations qui siégeaient au niveau de la main. La fréquence élevée des déformations dans notre série pourrait être attribuée au retard diagnostique. La principale manifestation extra articulaire retrouvée dans notre étude comme dans celle de Salissou et al au Niger [22] était le syndrome sec oculo-buccal. Ces atteintes extra articulaires sont cependant moins fréquentes chez le sujet noir que dans la population caucasienne [23]. Dans notre série, le syndrome inflammatoire biologique est présent chez tous les patients. Cela serait en rapport avec l'activité forte de la PR chez nos patients lors du diagnostic. Salissou et al [22] et Adehosi et al au Niger [24] avaient déjà fait le même constat. Dans notre série, les facteurs rhumatoïdes étaient positifs chez 7 patients (70 %) et les anti-CCP2 chez 6 patientes soit 60 % des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Salissou et al au Niger, 36% de positivité de Facteurs rhumatoïdes [22] et de Kakpovi et al, 2017 [15], 44,4% de positivité de facteurs rhumatoïdes et 55,5% des antis CCP2. Cependant, nos résultats sont proches des résultats de Ndongo et al (78% de positivité de FR) [17], de Garba et al [13], 81,25% de facteurs rhumatoïdes et de ceux de Andia et al à Niamey [25], 92% de positivité de Facteurs rhumatoïdes. Sur le plan radiologique, les lésions radiologiques intéressaient 82,14% des patients dont les principales étaient les déminéralisations en bande (70,58%). Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Adehosi et al [24]. Cette positivité du bilan immunologique (FR et ACPA) pourrait s'expliquer par l'ancienneté de nos PR avec pour conséquences une forte activité et des destructions ostéoarticulaires. Au moment du diagnostic, la polyarthrite rhumatoïde était très active chez la quasi-totalité des patientes 5 patientes (50%) avec un score de DAS 28 supérieur à 5,1. Nos résultats sont comparables à ceux de Ouédraogo et al, au Burkina Faso [14] et de Salissou et al [22], qui rapportaient, respectivement des formes très actives dans 40,6% et 62,5%. Cette forte activité de la PR au moment du diagnostic pourrait s'expliquer par le retard diagnostique occasionné par un traitement médical inapproprié, une automédication ou un traitement traditionnel. Parfois agressif (scarification sur les articulations gonflées). le traitement symptomatique a été dominé par la prescription de la corticothérapie (100%) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (50%). Nos données concordent avec celles de la littérature [13,15]. Les Recommandations de la Société Française de Rhumatologie confirment que le Méthotrexate doit être le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR active. Dans notre série, le méthotrexate était le traitement de fond conventionnel qui a été prescrit chez toutes les patientes. Nos résultats sont concordants avec ceux de la littérature [13,15]. Une rémission à 6 mois était obtenue dans 60% des cas et 4 patientes n'étaient bon répondeur. Selon les Recommandation de la Société Française de Rhumatologie actualisée en 2019 [26], si l'objectif thérapeutique de rémission ou faible activité de la maladie n'était pas atteint après 6 mois de traitement, en présence de facteurs de mauvais pronostic, un traitement biologique peut être indiqué. Notre étude rapporte que, les patients avaient à la moyenne 5 facteurs

de mauvais pronostic. Cela montre en pratique les difficultés qui demeurent dans l'indisponibilité et l'inaccessibilité des thérapeutiques biologiques ciblés au Congo/ Brazzaville.

### Conclusion

La polyarthrite rhumatoïde touche la femme de la quarantaine. Le diagnostic est tardif au stade de déformations. Une forte activité et des lésions structurales irréversibles caractérisent la polyarthrite rhumatoïde dans notre étude. Le méthotrexate reste la pierre angulaire du traitement. L'évolution est globalement satisfaisante. Intérêt du diagnostic précoce pour plus de l'efficacité thérapeutique et améliorer le pronostic fonctionnel. Ceci passera par le développement de la rhumatologie sur toute l'étendue du territoire national, la sensibilisation et la formation des médecins généralistes et la mise en place d'assurances maladie pour la disponibilité et l'accessibilité des thérapeutiques ciblées au Congo/ Brazzaville.

### Remerciements

Nous adressons nos remerciements au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville qui a permis à ce que cette étude soit réalisée, ainsi qu'aux patients qui ont accepté de participer à cette étude et à toute l'équipe du service de Rhumatologie.

### Contribution des auteurs

- Angalla Affleck Romaric Ledier a participé au choix du sujet, à la collecte des données et à la rédaction de l'article final.
- Lamini Norbert a participé à la collecte des données, la revue de littérature.
- Nkouala Kidédé Chabel a participé à la collecte des données.
- Ntsiba Honoré et Bileckot Richard ont été les superviseurs généraux

### Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

### RÉFÉRENCES

1. Bezza A, Ghozlani I, Rezqi A, Achemlal L, Mounach A, El Maghraoui A. Diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde récente. *Rev Mar Rhum* 2012;19:10-3.
2. Ghozlani I, Achemlal L, Rezqi A, Mounach A, Bezza A, El Maghraoui A. Physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Mar Rhum* 2012;19:6-9.
3. Aletaha D, Neogi T. rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1580-8.
4. Combe B, Lukas C, Morel J. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte: épidémiologie, clinique et diagnostic. *EMC - Appareil locomoteur* 2015;10(3) : 14-220-A-10.
5. Jeandel P, Roux H. Épidémiologie des affections rhumatologiques en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum* 2002; 69(8): 764-76.

6. Dowman B, Campbell RM, Zgaga L, Adeloye D, Chan KY. Estimating the burden of rheumatoid arthritis in Africa: A systematic analysis. *J Glob Health* 2012 ; 2(2): 020406.
7. Biléckot R., Malonga, AC. La polyarthrite rhumatoïde en milieu hospitalier au Congo Brazzaville à propos de 36 cas. *Rev Rhum* 1998 ; 65 : 333-7.
8. Lamini N'Soundhat N E, Ntsiba H. Les Maladies Auto Immunes et de Système au Service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Health Sci. Dis* 2020 ; 21 (4) :138-142.
9. Fautrel B, Rincheval N, Combe B. Degré de concordances des critères de classification de l'ACR 1987 et l'ACR/EULAR. Une analyse à partir des données de la cohorte Espoir. *Rev Rhum* 2010; 77 (3) : 235-6.
10. Gabriel, SE. The epidemiology of rheumatoidarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2001;27:269- 281.
11. Silman,AJ., Pearson, JE (2002). Epidemiology and genetics of rheumatoidarthritis. *ArthritisRes*;4(Suppl 3):S265 – 72.
12. Minichiel E, Semerano L, Boissier M C. Time trends in the incidence, prevalence, and severity of rheumatoid arthritis: A systematic literature review *Joint Bone Spine* 2016;83(6): 625-630.
13. Garba AA, Andia A, Taoufik M, Laouali MC, Adam Abdoul Kader I Adéhossi E. Profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des premiers cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) à l'hôpital national de Zinder (HNZ). *RAFMI* 2020; 7 (2-1) : 7-12.
14. Ouédraogo, DD., Singbo, J., Diallo, O., Sawadogo, SA, Tieno, H., Drabo, YJ. Rheumatoid arthritis in Burkina Faso: clinical and serological profiles. *Clin Rheumatol* 2011 ; 30:1617-21.
15. Kakpovi K, Koffi-TessioV, Houzou P, Fianyo E, Kolou M, Kuéviakoé M.I et al. Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). *European Scientific Journal* 2017;13(15) :125-132.
16. Andia A, Souleymane B, Alassane S, Zakari S, Adehossi E. Evaluation de l'activité biologique et de la qualité de vie de la Polyarthrite Rhumatoïde. *RAFMI* 2017; 4 (1-2): 21-23.
17. Ndongo S, Lekpa FK, Ka MM, Ndiaye N, Diop TM. Presentation and severity of rheumatoid arthritis at diagnosis in Senegal. *Rheumatology* 2009; 48(9): 1111-3.
18. Ghozlan I, Achemlal L, Rezqi A, et al. Physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev mar rhum* 2012;19:6-9.
19. Myasoedova E, Davis J, Matteson EL et al. Is the epidemiology of rheumatoid arthritis changing? Results from a population-based incidence study, 1985-2014. *Ann Rheum Dis* 2020; 79 (4):440-444.
20. Eti, E, Sylla, M., Daboiko, JC. et al. Contribution of the study of the rheumatoid arthritis in IvorianHospitals. About 90 cases. *Rev Int Sciences Méd* 2000; 2 : 71-8.
21. Shi K, Tomita T, Hayashida K, Owaki H, Ochi T. Foot deformities in rheumatoid arthritis and relevance of disease severity. *J Rheumatol* 2000; 27 (1): 84–9.
22. Salissou GM, Kaba C, Adamou GI, Alassane S, Fanata M. Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique à Maradi, Niger. *Eur Sci J ESJ* 2019; 15(12): 139-149.
23. Roux H. Polyarthrite rhumatoïde en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum* 2002; 69(8): 797-800.
24. Adehossi E, Landais C, Souna BS, Guida S, Gbaguidi F, Toure AI, et al. Premiers cas documentés de polyarthrite rhumatoïde au Niger. *Cahier de Santé* 2010; 20(1): 41-5.
25. Andia A, Alassane S, BrahIS, DaouI M, Hamadou AI, Adehossi E1, Cheour E. La Polyarthrite Rhumatoïde à l'Hôpital National de Niamey. A propos de 42 cas. *RAFMI* 2016; 3 (2) : 29-32.
26. Daiena C, Huac C, Gaujoux-Vialac C, Cantagrel A, Dubremetz M, Dougados M et al. Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum* 2019 ;86 (1):8-24.