



Atteinte de la hanche au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Involvement of the hip in rheumatoid arthritis

الرتثوي الورك والتهاب المفاصل إصابة

B. Amine, K. Benbouazza, A. Laatiris, H. Maaroufi, N. Hajjaj-Hassouni

المخلص : مقدمة : 15 إلى 20% تحدد نسبة المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الرثوي والذين يعانون من إصابة الورك التي تهدد الإطار الوظيفي ما بين 15 إلى 20% الهدف من هذه الدراسة هو تحديد وتيرة هذه الإصابة عند مرضانا، وسماتها السريرية والإشعاعية.

مواد : أجرينا دراسة عرضية شملت سبعين مصابا بالتهاب المفاصل الرثوي حسب معايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم، كلهم أتوا لاستشارة طبية أو للاستشفاء في قسم أمراض الروماتيزم «ب» بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط - سلا . وقد خضعوا لفحص سريري كامل، مع قياس لمؤشرات درجة تطور المرض و شدته، وصورة إشعاعية لمنطقة الحوض.

نتائج : أدرجنا في هذه الدراسة 57 امرأة و 13 رجلا مصابين بالتهاب المفاصل الرثوي، وكان معدل أعمارهم $38,35 \pm 11,21$ سنة. كان معدل مدة تطور المرض هو $6,9 \pm 11,8$ سنة و معدل مدة تأخر التشخيص هو سنتان. إحدى عشرة حالة التهاب في مفصل الورك تم تسجيلها، من بينها 7 نساء و 4 رجال. مدة تطور إصابة الورك هي $3,66 \pm 4,24$ سنة، مع تأخير التشخيص بمعدل $7,25 \pm 7,75$ سنة، و كانت الإصابة ثنائية في سبع حالات (63,63%). التحليل الإشعاعي قد جسم 11 حالة من الاحتكاك، و سبع حالات من التآكل، كما أن نتوء التجويف الحقي برز في أربع حالات والفصال العظمي الثانوي في ستة حالات. فقط اثنان من المرضى تلقيا استبدالاً لمفصل الورك.

خاتمة : فيما يخص مرضانا الالتهاب في مفصل الورك شائع، يتلائم مع مدة المرض، التشخيص المتأخر وشدة المرض. غالبا ما تكون الإصابة ثنائية. يمكن أن تكون معوقة، تتطلب الرعاية المبكرة والصحيحة.

الكلمات الأساسية : ورك، التهاب المفاصل الرثوي، التهاب في مفصل الورك.

Résumé : Introduction : Elle survient chez 15 à 20% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, et engage le pronostic fonctionnel. Notre but est de préciser sa fréquence chez nos patients, le terrain de sa survenue et ses caractéristiques clinico-radiologiques.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude transversale incluant soixante dix patients atteints de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'American College of Rheumatology 1987. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet avec mesure des indices d'évolutivité et de sévérité de la polyarthrite rhumatoïde, et d'une radiographie du bassin face.

Résultats : Nous avons inclus 57 femmes et 13 hommes atteints de polyarthrite rhumatoïde. L'âge moyen était de $35,38 \pm 11,21$ ans, la durée moyenne d'évolution de la maladie était de $11,82 \pm 6,9$ ans, et son retard diagnostique était de 2 ans. Onze cas de coxites ont été notés dont 7 femmes et 4 hommes. La durée d'évolution de cette dernière était de $3,66 \pm 4,24$ ans avec un retard diagnostique de $7,25 \pm 7,75$ ans. L'atteinte était bilatérale dans sept cas (63,63%). L'analyse radiologique a objectivé un pincement dans 11 cas, des érosions dans sept cas, une protrusion acétabulaire dans 4 cas et une arthrose secondaire dans six cas. Seulement 2 patients ont bénéficié d'une prothèse totale de hanche.

Conclusion : Chez nos polyarthrite rhumatoïde, la coxite est fréquente, corrélée à la durée d'évolution, au retard diagnostique et à la sévérité de la maladie. Elle est souvent bilatérale. Elle peut être très invalidante, justifiant une prise en charge précoce et correcte.

Mots clés : Polyarthrite rhumatoïde, hanche, coxite

Abstract : Introduction : Involvement of the hip occurs in 15 to 20% of the rheumatoid arthritis. It engages the functional prognosis. Our objective was to specify the frequency of coxitis among our patients, the ground of its which has occurred and its clinical and radiological characteristics.

Methods : We conducted a cross study including seventy patients with rheumatoid arthritis according to American college of rheumatology criteria. All patients had a clinical exam with measurement of index of evolutivity and of severity from RA, and radiographs of pelvis.

Results : We included 57 women and 13 men with rheumatoid arthritis, the mean age was $35,38 \pm 11,21$ year, and mean duration of rheumatoid arthritis was of $11,82 \pm 6,9$ years. The diagnosis delay was 2 years. Eleven cases of coxites were noted including 7 women and 4 men. The mean duration of the coxitis was $3,66 \pm 4,24$ years with a diagnosis delay of $7,25 \pm 7,75$ years. Involvement was bilateral in seven cases (63,63%). The radiological analysis had objectivised a pinching in 11 cases, erosions in seven cases, an acetabuli protrusion in 4 cases and a secondary osteoarthritis in six cases. Only 2 patients had hip joint replacements.

Conclusion : In our rheumatoid arthritis the coxitis is common, correlated with disease duration, delay diagnosis and severity of rheumatoid arthritis. It is often bilateral. It can be very invalidating, justifying an early and correct treatment.

Key Words : hip, rheumatoid arthritis, coxitis

Tiré à part : B. Amine : Service de rhumatologie hopital Al Ayachi. CHU de Rabat - Salé , Maroc.

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie fréquente, hétérogène avec un impact socio-économique important [1]. C'est un rhumatisme inflammatoire chronique, susceptible d'entraîner des déformations et destructions articulaires chez 70 % des patients [2].

Quinze à vingt pour cent des polyarthrites rhumatoïdes développent au cours de leur évolution une coxite. Cette localisation engage le pronostic fonctionnel et constitue un tournant évolutif de la maladie. Le but de notre étude était de préciser la fréquence de cette atteinte chez nos patients, le terrain de sa survenue, ses caractéristiques cliniques et radiologiques et son retentissement fonctionnel.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude transversale incluant tous les patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde, répondant aux critères de l'American College of Rheumatology révisés en 1987. Pour chaque patient, les caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde ont été précisées à savoir le sexe, l'âge des patients au moment de l'inclusion, la durée d'évolution et le retard diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde. L'évolutivité de la polyarthrite rhumatoïde était appréciée par le nombre d'articulations tuméfiées (indice de synovite [3]) et le nombre d'articulations douloureuses (indice de Ritchie [4]). La sévérité de la polyarthrite rhumatoïde était appréciée par le retentissement fonctionnel évalué par l'indice de Lee [5], et par le caractère destructeur évalué par le score radiologique de Larsen [6]. L'étude génétique n'a pu être faite chez nos patients par faute de moyens.

Pour les patients ayant une coxite, on a précisé la durée d'évolution de la coxite, le retard diagnostique, le délai d'apparition par rapport au début de la maladie. L'examen clinique des hanches a permis de préciser si l'atteinte était bilatérale, douloureuse, accompagnée de limitation articulaire ou non. Tous les patients ont eu une étude biologique comportant au minimum un bilan inflammatoire (VS, CRP) et une sérologie rhumatoïde (Latex-Waaler rose).

Le bilan radiologique a inclus une radiographie standard du bassin face à la recherche d'un pincement articulaire, d'érosions, de protrusion acétabulaire ou d'arthrose secondaire, une radiographie des mains face pour évaluer le score de Larsen et des radiographies des articulations atteintes. On a précisé les traitements reçus par les patients notamment les corticoïdes et les traitements de fond.

L'analyse statistique a été faite par la version 13.0 du SPSS (The statistical package for the social sciences).

Résultats

Soixante dix polyarthrites rhumatoïdes ont été incluses dans cette étude. Une nette prédominance féminine était retrouvée, soit 57 femmes et 13 hommes d'âge moyen de $35,38 \pm 11,21$ ans (17-63). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $11,82 \pm 6,9$ ans (1-31) et du retard diagnostique de deux ans (0,5-6). L'indice synovial était de un (0-4) et l'indice articulaire de huit (3-22). L'indice fonctionnel de Lee était de sept (3-14,5). Sur le plan biologique, la VS était à 50 mm à la 1ère heure (30,75-85), la CRP à 32 mg/l (6-64) et la sérologie rhumatoïde était positive dans 39 cas (55,71%). Le caractère destructeur des polyarthrites rhumatoïdes était analysé grâce au score de Larsen qui était de 24 (16,75-30,25) pour le score de lésion, et de quatre (2-6,25) pour le score d'érosion. 80% des patients étaient sous corticoïdes. Tous les patients étaient sous traitement de fond. Les sels d'or étaient prescrits chez 49 patients, alors que le méthotrexate n'était prescrit que chez 16 patients.

Concernant l'atteinte des coxo-fémorales, onze patients avaient une coxite. Il s'agissait de sept femmes et de quatre hommes. L'âge moyen était de $34,62 \pm 12,18$ ans (20-52). La durée moyenne d'évolution de la coxite était de $3,66 \pm 4,24$ ans. Le début de l'atteinte de la hanche par rapport au début de la polyarthrite rhumatoïde était de $5,75 \pm 2,49$ ans (0-12). Cette atteinte était bilatérale dans huit cas (72,73%). Le début était progressif dans neuf cas (81,82%). La douleur était présente dans neuf cas, avec un caractère inflammatoire chez sept patients. Elle s'accompagnait d'une boiterie dans 8/11 cas. L'examen notait une limitation

articulaire dans 8/11 cas. La radiographie du bassin a montré une coxite érosive dans six cas (54.54 %), une protrusion acétabulaire dans quatre cas (36.36 %) et une arthrose secondaire dans cinq cas (45.45 %). Seulement deux patients ont pu bénéficier d'une prothèse totale de hanche par faute de moyens.

La comparaison des groupes de patients avec ou sans coxite a montré que le premier groupe avait une maladie plus inflammatoire avec une VS plus élevée ($p = 0.04$), plus destructrice avec un score de Larsen plus important ($p = 0.04$) et un retentissement fonctionnel important avec un indice de Lee plus élevé ($p = 0.0009$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative pour l'âge, le sexe des patients ni la durée d'évolution de la polyarthrite rhumatoïde (tableau n°1).

Tableau n°1: Comparaison des polyarthrites rhumatoïdes (PR) avec et sans coxite

CLINIQUE	PR sans coxite	PR avec coxite	P
Age (ans)	35,78	34,12	NS
Délai diagnostic (an)	4,09	7,18	NS
Durée d'évolution	11,04 an	15,25	NS
Indice synovial	3,105	2,87	NS
Indice Ritchie	11,55	15,62	NS
Indice de Lee	7,800	18,12	0,0009
CRP (mg/l)	42,34	18,66	NS
VS (mm)	52,64	76,12	0,04
Larsen	25,41	40,33333	0,04

NS : Corrélation non Significative

PR : Polyarthrite Rhumaloïde

En comparant les patients ayant une coxite érosive et ceux ayant une coxite non érosive, le premier groupe de patients avait une polyarthrite rhumatoïde plus destructrice (score de Larsen plus important : $p = 0.04$), avec une durée d'évolution ($p = 0.02$) et un retard diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde ($p = 0.008$) plus importants, sans différence statistiquement significative concernant l'âge et le sexe des patients (tableau n°2).

Tableau n°2: Comparaison des polyarthrites rhumatoïdes (PR) avec et sans coxite érosive

CLINIQUE	PR sans coxite érosive	PR avec coxite érosive	P
Age (ans)	35,95	30,20	NS
Retard diagnostic (ans)	3,84	10,70	0,008
Durée d'évolution (ans)	11,08	18,40	0,02
Indice synovial	3,07	3,00	NS
Indice de Ritchie	12,00	17,40	NS
Indice de Lee	8,29	20,80	0,0008
CRP mg/l	39,44	25,00	NS
VS mm	55,48	76,40	NS
Larsen	25,41	40,33	0,04

NS : Corrélation non Significative

Discussion

L'atteinte de la hanche au cours de la polyarthrite rhumatoïde constitue un tournant évolutif de la maladie car elle engage le pronostic fonctionnel. Elle survient dans 15-36 % sans différence significative pour le sexe ni l'âge des patients [7-15]. Ce qui a été retrouvé dans notre étude (15 % de coxite). L'aspect radiologique caractéristique de la coxite au cours de la polyarthrite rhumatoïde, consécutif à la chondrolyse homogène, est un pincement global de l'interligne qui prédomine au centre de l'articulation, c'est-à-dire dans sa portion supéro-interne. En plus du pincement, la radiographie montre des érosions sous chondrales qui encochent le cotyle et la tête fémorale. La progression de la destruction s'accompagne d'une migration dans l'axe du col fémoral entraînant une protrusion acétabulaire supéro-interne [13,16]. Dans la littérature le pincement articulaire et la protrusion acétabulaire sont retrouvées respectivement avec des fréquences variant de 15 à 36% et 1 à 23% [8,15,17], alors que dans notre étude, ces anomalies ont été noté respectivement dans 15% et 5,71%. La protrusion acétabulaire, considérée comme élément de gravité de la coxite est en relation étroite avec la durée d'évolution de la

polyarthrite rhumatoïde [15,17]. Lehtimäki [10] a montré la présence de coxite chez 32% des patients qui avaient des VS plus élevées ($p<0.001$), des CRP plus élevées ($p<0.01$) et un score de Larsen plus important ($p<0.015$). Ceci concorde avec nos résultats. La coxite peut être de révélation précoce avec des fréquences pouvant atteindre jusqu'à 26 % lors des 6 premiers mois d'évolution de la polyarthrite rhumatoïde [7,11]. Eberhardt [7] a mené une étude prospective incluant les polyarthrites récentes évoluant depuis moins de 24 mois. Il a montré que la sévérité de la coxite attestée par la pose d'une PTH était corrélée à une polyarthrite rhumatoïde plus active attestée sur le nombre d'articulations synovitiques et la vitesse de sédimentation.

La sévérité de la coxite est également corrélée au terrain génétique. Wakitani [18] a démontré que la présence de l'antigène HLA-DRB1*0405 était plus fréquente chez les patients ayant développé une coxite, alors que d'autres auteurs ont montré que la présence de l'antigène HLA B27 assombrie le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde et augmente le risque de survenue d'une coxite [10,12].

La surveillance des patients ayant une polyarthrite

rhumatoïde active et destructrice doit être rapprochée vu que la survenue de la coxite étant attribuable à la sévérité de la maladie. En effet, elle peut rester longtemps asymptomatique et se révéler alors que d'importants dégâts radiographiques sont déjà constitués. Elle évolue souvent alors que les autres articulations sont quiescentes. La coxite au même titre que l'atteinte des grosses articulations doit être considérée comme un facteur de sévérité de la polyarthrite rhumatoïde. Ce qui nous incite à proposer des traitements plus agressifs dans la prise en charge des formes sévères et actives de la polyarthrite rhumatoïde.

Conclusion

Notre étude montre une fréquence élevée de coxite chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Elle est plus fréquente chez les patients ayant une maladie plus active et plus destructrice. Bien qu'elle reste corrélée à la durée d'évolution de la maladie, la coxite peut être d'évolution sournoise nécessitant une surveillance régulière et une prise en charge correcte de la maladie.

Références

1. Rkain H, Allali F, Jroundi B, Hajjaj-Hassouni N. Retentissement socioéconomique de la polyarthrite rhumatoïde au Maroc. *Rev Rhum* 2006, 73 : 462-468
2. Sany J. La polyarthrite rhumatoïde de l'adulte . 1999: 4-6.
3. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C. American college of rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 1995, 38: 727-735.
4. Ritchie FM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q.J.Med.* 1968, 37: 393-406.
5. Lee P, Jasani MK, Dick WC, Williams HJ. Analysis of improvement in individual rheumatoid arthritis patients treated with placebo. *Scand. J. Rheumatol.* 1973, 2: 71-77.
6. Larsen A, Dale K, Eek M. Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis and related conditions by standard reference films. *Acta Radiol Diagn* 1977, 18: 481-491.
7. Eberhardt K, Fex E, Geborek P. Hip involvement in early rheumatoid arthritis. *ARD* 1995; 54: 45-48.
8. Hastings DE, Parker SM. Protrusio acetabuli in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop.* 1975; 108: 76-83.
9. Lachiewicz PF. Rheumatoid arthritis of the hip. *J Am Acad Orthop Surg.* 1997; 5: 332-338.
10. Lehtimäki MY, Kautiainen H, Hamalainen MM, Lehto MU. Hip involvement in seropositive rheumatoid arthritis. Survivor ship analysis with a 15-year follow-up. *Scand J Rheumatol.* 1998; 27: 406-409.
11. Roberts W N, Daltroy LH, Anderson R J. Stability of normal joints findings in persistent classic rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 1988; 31: 267-271.
12. Lehtimäki MY, Kaarela K, Hamalainen MM. Incidence of hip involvement and need for total hip replacement in rheumatoid arthritis. An eight-year follow-up study. *Scand J Rheumatol.* 1986; 15: 387-391.
13. Sany J, Combe B, Jorgensen C. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte Aspects cliniques. EMC, Appareil locomoteur. 1997; 14-220-A-10.
14. Eberhardt KB, Rudgren LC, Peterson H. Early rheumatoid arthritis onset, course and outcome over 2 years. *Rheumatol Int.* 1990, 10: 135-142.
15. Gusis SE, Maldonado cocco JA, Rose CD, Lazzarino MR, Musumeci MC. Protrusio acetabuli in adult rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 1991; 10: 158-161.
16. Morvan G, Laredo JD, Wybien M. Imagerie ostéo-articulaire. 1998: 404.
17. Damron TA, Heiner JP. Rapidly progressive protrusio acetabuli in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1993, 289: 186-194.
18. Wakitani S, Kuwata K, Imoto K, Murata N, Oonishi H, Ochi O. Knee and/or hip joint destruction in rheumatoid arthritis in associated with HLA-DRB1*0405 in Japanese patients. *Clin Rheumatol* 1998 ; 17 : 485-488.