



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Le syndrome métabolique est lié à l'activité de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde[☆]



Pongchirat Tantayakom, Ajchara Koolvisoot, Emvalee Arromdee, Praveena Chiowchanwisawakit, Chayawee Muangchan, Wanruchada Katchamart*

Service de rhumatologie, service de médecine, faculté de médecine de l'hôpital Siriraj, université Mahidol, 8e étage, bâtiment Asadang, 2, rue Wanglang, Bangkok-noi, 10700 Bangkok, Thaïlande

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 21 octobre 2015

Disponible sur Internet le 15 mai 2017

Mots clés :

Polyarthrite rhumatoïde
Syndrome métabolique
Activité de la maladie
DAS28

R É S U M É

Objectif. – Étudier le lien entre le syndrome métabolique (SM) et l'activité de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR).

Méthodes. – Le registre des polyarthrites rhumatoïdes de l'hôpital Siriraj est une étude de cohorte prospective débutée en mai 2011. Un total de 267 patients disposant de données complètes en février 2015 a été inclus dans ces analyses. Toutes les données cliniques et biologiques relatives à l'activité de la maladie, le statut fonctionnel et les paramètres du SM selon le National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) ont été collectées. Des analyses univariées et multivariées selon la méthode pas à pas descendante ont été menées pour identifier les facteurs associés au SM.

Résultats. – La majorité des patients (88 %) étaient des femmes, d'âge moyen (\pm écart-type) 59 ans (\pm 11,1). Un SM était retrouvé chez 43 (16 %) des patients. La proportion de patients en rémission selon le DAS28 (moyenne ajustée sur le temps du DAS28 < 2,6) était plus faible chez les patients avec un SM comparativement aux patients sans SM (2,3 % vs. 16,5 %, $p = 0,02$). L'analyse de régression logistique multiple a identifié 4 facteurs indépendants associés au SM qui comprenaient l'âge (*odds ratio* [OR] 1,01, intervalle de confiance à 95 % [IC] 0,98 à 1,05), l'indice de masse corporelle (OR 1,2, IC 95 % 1,1 à 1,3), le niveau d'éducation \leq 12 ans (OR 5,92, IC 95 % 1,47 à 23,83), et la rémission de la maladie (OR 0,11, IC 95 % 0,01 à 0,93). Ce modèle prédisait correctement 84 % des cas.

Conclusion. – Le taux de rémission est significativement plus bas chez les patients PR atteints du SM. L'activité de la PR, l'indice de masse corporelle et le niveau d'éducation sont associés au SM chez les patients atteints de PR.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie systémique inflammatoire chronique qui aboutit à des complications articulaires et extra-articulaires, incluant les systèmes cardiovasculaire (CV), respiratoire et hématologique. Parmi les manifestations extra-articulaires, la maladie CV est devenue l'une des principales causes de morbidité et de mortalité ces dernières années. Une revue systématique et une méta-analyse des études de cohorte ont montré que

la PR est associée à une hausse de 60 % du risque de décès CV par rapport à la population générale [1]. L'incidence d'événements CV chez les patients atteints de PR est plus élevée que chez les sujets sans PR. Les facteurs de risque CV traditionnels ne peuvent suffire à expliquer de tels résultats. D'après Solomon et al., les patients ayant deux ou plusieurs facteurs de risque CV et trois ou plusieurs marqueurs pronostiques de sévérité de la PR étaient les plus à risque de développer un événement CV par rapport à ceux qui ne présentent aucun de ces facteurs [2]. Par conséquent, une surveillance optimale exclusive des facteurs de risque traditionnels CV est certes importante mais insuffisante pour réduire les risques CV chez ces patients. Selon de précédentes études, la sévérité et l'activité de la maladie sont associées à la mortalité CV [2]. De plus, le traitement par méthotrexate (MTX), un antirhumatismal modificateur de la maladie (DMARD), s'est révélé efficace dans la réduction des risques CV en raison probablement de la suppression à long terme de l'inflammation systémique [3].

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.10.016>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : wanruchada.kat@mahidol.ac.th,
wanda.katchamart@gmail.com (W. Katchamart).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2017.05.006>

1169-8330/© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le syndrome métabolique (MS) est associé à un risque de maladies CV presque deux fois plus important [4]. Les patients atteints de PR sont également plus à risque de développer un SM par rapport à la population générale [5,6]. Cependant, ce risque varie selon l'origine ethnique et la définition utilisée [5–8]. La prévalence du SM chez les patients atteints de PR est plus élevée pour les populations des pays méditerranéens comparativement à celles des pays d'Asie, 44 % en Grèce [5], 32,3 % au Maroc [6] mais 19 % en Corée du Sud [8] et 16–41 % au Vietnam [9]. La prévalence élevée du SM dans la PR peut être attribuée à l'état inflammatoire systémique chronique [10], l'immobilisation [11] et les traitements de la PR [12,13]. Inversement, il a été démontré que l'utilisation du MTX en vue de supprimer l'inflammation a permis de réduire significativement la prévalence du SM chez les patients souffrant de PR [14].

L'inflammation systémique chronique causée par la PR et le SM pourrait favoriser le dysfonctionnement endothélial et le développement de plaques d'athérome susceptibles d'augmenter le risque CV [11]. Pour réduire la morbidité et la mortalité CV dans la PR, la suppression de l'inflammation doit être obtenue afin de diminuer les risques de survenue d'un SM.

Cette étude avait pour objectif d'élucider la prévalence et les facteurs associés au SM chez les patients atteints de PR, y compris l'activité de la maladie. Les résultats obtenus pourraient permettre aux médecins d'identifier les patients les plus à risque et d'appliquer des stratégies visant à prévenir les maladies CV.

2. Méthodes

2.1. Population de l'étude

Le registre Siriraj sur la polyarthrite rhumatoïde (SIRA) est une cohorte prospective débutée en mai 2011 et incluant des patients ambulatoires du service de rhumatologie, service de médecine de la faculté de médecine de l'hôpital Siriraj, Bangkok, Thaïlande. Tous les patients (350) du registre SIRA ont été invités à participer à cette étude. Cependant, seuls les 267 patients qui disposaient de données complètes en février 2015 ont été inclus dans ces analyses. Tous les patients étaient atteints d'une PR diagnostiquée selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR) 2011 et de l'European League Against Rheumatism (EULAR) [15]. Ont été exclus les patients pour lesquels était établi un diagnostic de syndrome de chevauchement avec une autre maladie rhumatismale ou auto-immune. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les patients. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Siriraj (SIRB) et conduite conformément aux principes éthiques énoncés dans la Déclaration d'Helsinki et les lignes directrices tripartites harmonisées de la CIH (janvier 1997).

2.2. Évaluation clinique et examens de laboratoire

Les données démographiques, cliniques et biologiques relatives à l'activité de la maladie, au statut fonctionnel et au traitement ont été recueillies au départ, puis tous les 3 mois. Les données relatives à l'activité de la maladie comprenaient :

- la durée des raideurs matinales ;
- le score douleur sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10 cm ;
- l'évaluation globale par le patient de l'activité de la maladie (EVA 0–10 cm) ;
- l'évaluation globale par le médecin de l'activité de la maladie (EVA 0–10 cm) ;
- le nombre d'articulations douloureuses (NAD) (68 articulations) ;
- le nombre d'articulations gonflées (NAG) (66 articulations) ;
- la vitesse de sédimentation (VS).

Le DAS28 (Disease Activity Score) a été calculé [16].

Le statut fonctionnel a été évalué par la version thaïlandaise du questionnaire HAQ (Health Assessment Questionnaire) [17].

Les paramètres du SM selon le National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) 2001 [18] ont été recueillis pour chaque patient une fois en juillet 2013, puis en février 2015. Le tour de taille (TT) a été mesuré en plaçant un mètre ruban horizontalement autour de l'abdomen au niveau de la crête iliaque à la fin d'une expiration normale. [19,20]. L'obésité abdominale est définie par un TT \geq 102 cm pour les hommes et \geq 88 cm pour les femmes [18]. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par la taille au carré exprimée en mètres (kg/m^2). Les seuils de l'IMC sont fixés selon les recommandations de l'OMS spécifiques à la population asiatique. Un IMC inférieur à $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ traduit une situation de maigreur, $18,5$ – $23 \text{ kg}/\text{m}^2$ une corpulence normale, 23 – $27,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ un surpoids et $27,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ou plus une obésité [21]. La pression artérielle a été mesurée à l'aide d'un sphygmomanomètre à mercure dans la position assise après cinq minutes de repos.

Les échantillons de sang veineux ont été prélevés pour analyse biochimique. Le dosage du facteur rhumatoïde (FR) a été réalisé par la méthode immunoturbidimétrique en 2011–2013 et par la technique Elisa (*enzyme linked immunosorbent assay*) en 2013–2015, le dosage des anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP) effectué par le test Elisa en 2011–2014 et test immunologique micro-particulaire par chimiluminescence (CMIA) en 2014–2015, la VS déterminée par méthode automatisée utilisant l'appareil Ves-matic Easy, la glycémie mesurée par dosage enzymatique (format Hexokinase), le taux de cholestérol total, le taux de triglycérides, le taux de cholestérol HDL (lipoprotéines de haute densité) et de cholestérol LDL (lipoprotéines de basse densité) ont été mesurés par le test colorimétrique enzymatique.

2.3. Le syndrome métabolique

Les critères de diagnostic clinique du SM sont adoptés conformément à la définition formulée par le NCEP ATP III de 2001 qui est la plus largement rapportée dans la littérature et permet de comparer différentes études. Le SM est défini par la présence d'au moins trois des facteurs suivants :

- obésité abdominale : tour de taille > 102 cm chez les hommes et > 88 cm chez les femmes ;
- taux sérique élevé de triglycérides > 150 mg/dL ou traitement spécifique de ce trouble lipidique ;
- faible taux de cholestérol HDL < 40 mg/dL chez les hommes et < 50 mg/dL chez les femmes ou traitement spécifique de ce trouble lipidique ;
- hypertension $\geq 130/85$ mmHg ou traitement d'une hypertension diagnostiquée précédemment ;
- glycémie veineuse à jeun ≥ 110 mg/dL ou traitement d'un diabète de type 2 diagnostiqué précédemment [18].

2.4. Activité cumulée de la maladie

Pour mesurer l'activité cumulée de la maladie, la moyenne ajustée sur le temps du DAS28 a été calculée. La moyenne ajustée sur le temps du DAS28 est l'aire sous la courbe (ASC) du DAS28 tracée en fonction du temps, divisée par le délai total entre la première et la dernière mesure. Cette méthode est la plus précise dont nous disposons pour estimer l'activité cumulée de la maladie car elle tient compte de l'intervalle de temps entre les différentes mesures du DAS28, en particulier lorsque cet intervalle entre les mesures du DAS28 est irrégulier.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669938>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669938>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)