



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Évolution dans le temps de la polyarthrite rhumatoïde : incidence, prévalence, gravité. Revue systématique de la littérature[☆]



Émeline Minichiello^{a,b}, Luca Semerano^{a,b,c}, Marie-Christophe Boissier^{a,*,b,c}

^a Service de rhumatologie, AP-HP, CHU hôpitaux universitaires de Paris Seine Saint-Denis, 74, rue Marcel-Cachin, 93017 Bobigny, France

^b Université Sorbonne Paris Cité, université Paris 13, 93017 Bobigny, France

^c Inserm UMR 1125, 93017 Bobigny, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 10 mai 2016

Disponible sur Internet le 19 septembre 2016

Mots clés :

Polyarthrite rhumatoïde

Épidémiologie

Sévérité

RÉSUMÉ

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) a un fort impact socioéconomique. Anticiper le devenir de cet impact en évaluant le devenir de sa fréquence et de sa gravité est nécessaire pour les acteurs de la santé publique.

Objectif. – Revue systématique de la littérature portant sur les données publiées de l'incidence, la prévalence et plusieurs critères de gravité.

Méthodes. – Les articles sur la prévalence et l'incidence de la PR ainsi que ceux portant sur les différents critères d'activité et de gravité ont été extraits à partir de recherche sur Medline, Embase, la Cochrane Library, l'accès en ligne aux communications de l'ACR puis sélectionnés par deux auteurs en fonction de leur pertinence.

Résultats. – Les données sur la fréquence de la PR sont contradictoires. Les études de cohortes ne permettent pas d'affirmer une modification de l'incidence. La prévalence est généralement retrouvée stable ou en augmentation. Les résultats sont concordants pour ce qui concerne la gravité de la PR, qui diminue au cours du temps : diminution de l'activité, raréfaction des manifestations extra-articulaires, moindre recours à la chirurgie dans le cadre des destructions ; la gravité radiologique est également en diminution. En revanche, la surmortalité, malgré une tendance à la diminution au cours du temps, reste patente dans cette maladie.

Conclusion. – L'activité de la PR et ses conséquences ont diminué au cours du temps en même temps que les progrès thérapeutiques (nouvelles molécules, meilleures indications thérapeutiques). En revanche, la PR semble aussi fréquente et entraîne toujours une surmortalité significative.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une pathologie hétérogène dans sa présentation et sa répartition géographique. L'incidence annuelle de la PR est estimée entre 25 et 50/100 000 habitants dans la population européenne et nord-américaine et la prévalence à 0,5 à 1,0 % [1]. En France cette prévalence a été estimée à 0,31 % avec une prévalence de 0,51 % pour les femmes et 0,09 % pour les hommes [2]. Des exceptions notables existent, comme une forte prévalence chez les Indiens Pima (5,3 %) et chez les Indiens Chippewa (6,8 %) [3]. En revanche, de faibles prévalences ont été

signalées en Chine et au Japon [4]. Cette variabilité est majorée par l'évolution dans le temps des critères diagnostiques et de classification de la PR. S'interroger sur l'évolution de la fréquence et de la sévérité de la PR est un point majeur pour anticiper le poids socioéconomique de ce qui reste un enjeu de santé publique. Nous avons réalisé une revue de la littérature de façon systématique, avec pour objectif d'identifier les données publiées relatives à l'évolution dans le temps de la fréquence et gravité de la PR.

2. Méthodes

2.1. Stratégie de recherche et critères de sélection

Une revue de la littérature a été réalisée en conformité avec les recommandations de bonne pratique des revues systématiques et méta-analyses (Prisma) en utilisant un protocole prédéterminé [5]. Medline (y compris Medline en cours et Medline mise à jour

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2016.07.007>.

[☆] 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.

Adresse e-mail : marie-christophe.boissier@aphp.fr (M.-C. Boissier).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2016.05.015>

1169-8330/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société Française de Rhumatologie.

quotidienne), Embase et la Cochrane Library, ainsi que l'accès en ligne aux communications de l'*American College of Rheumatology*, ont été utilisés pour les recherches indépendamment par deux auteurs en octobre 2015 en utilisant les termes suivants : polyarthrite rhumatoïde, incidence, tendance ou sévérité. Ont été incluses les études qui traitaient de l'incidence, de la prévalence ou de l'évaluation de l'activité ou du statut de la PR.

2.2. Extraction des données et biais

Deux auteurs ont confirmé indépendamment l'admissibilité des études et extrait les données des études de qualification. Les écarts ont été résolus par la discussion. Les études choisies ont été résumées dans un formulaire d'extraction de données portant au minimum sur la taille de l'échantillon, les objectifs, la fréquence (incidence, prévalence), les médicaments, les marqueurs de l'activité et de sévérité de la maladie. Nous ne notifiions comme variations que celles statistiquement significatives ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance (IC) sont donnés à 95 %.

3. Résultats

3.1. Évolution de l'incidence de la PR

Plusieurs études de cohortes rapportent une diminution de l'incidence de la PR au cours du temps (Tableau 1). L'incidence de la PR en 1990–95 par rapport à 1975–90 est en baisse de 14 % dans une étude publiée en 2000 avec une baisse de l'incidence de la PR sans facteur rhumatoïde (FR) (évaluée à 46/100 000 habitants de 40 % en 1990 par rapport à 1985 et 1980), l'incidence totale calculée étant de 34/100 000 habitants [6]. Une autre étude portant sur la même cohorte note une tendance à la baisse de l'incidence de la PR « FR positif » avec une incidence totale de 30/100 000 habitants [7]. Dans la cohorte de Rochester, l'incidence de la PR baisse, entre 1955–64 et 1985–94 avec des incidences passant de 61,2 à 32,7/100 000 hab [8]. Une étude japonaise d'une seule ville, Kamitonda (250 000 habitants) confirme une diminution de l'incidence chez les hommes et femmes confondus et de l'incidence ajustée à l'âge chez les femmes entre 1965 et 1996 [4] (Tableau 2). Dans la cohorte d'Indiens Pima en Arizona étudiée entre 1965–1990, l'incidence de la PR ajustée à l'âge a diminué de 57 % chez les femmes après ajustement à la prise de contraceptif oral, à l'utilisation d'estrogène, à la notion de grossesse [3] (Tableau 3).

Mais cette tendance n'est pas générale. D'autres publications rapportent une stabilité voir même une augmentation de l'incidence ou une forte prévalence dans la population. Par exemple, dans une cohorte norvégienne [9], l'incidence est restée stable sur 5 à 10 ans de suivi. Pour Eriksson et al. [10], l'incidence globale était élevée à 41/100 000 (56 pour les femmes, 25 pour les hommes) avec un taux stable malgré l'hétérogénéité clinique de la PR, sur une période allant de 2006 à 2009. Un taux d'incidence aussi élevé a également été retrouvé dans l'étude suédoise publiée en 2010 [11], sur des patients de plus de 20 ans. Deux publications plus récentes rapportent une augmentation de l'incidence : une étude de la *Mayo Clinic* de Rochester [12] où l'incidence de la PR augmentait chez les femmes mais pas chez les hommes, dans tous les groupes d'âge ; et dans la population danoise entre 1995 et 2001, où l'incidence de la PR passait de 45 à 78/100 000 habitants [13]. La prévalence ajustée au sexe et à l'âge passe environ de 0,62 % (IC : 0,55–0,69) en 1995 à 0,72 % (IC : 0,66–0,77) en 2005 dans deux études [12,14]. Par ailleurs, la prévalence mondiale de la PR s'est élevée de 57 % (IC : 54,7–59,1) de 1990 à 2013 mais due au vieillissement plus qu'à l'élévation des cas incidents car la prévalence standardisée à l'âge diminue de 5,1 %. Ce qui peut expliquer l'élévation du nombre

d'années vécues avec une incapacité de 56,8 % sur la même période [15].

3.2. Évolution de la gravité de la PR

Une autre question récurrente dans la littérature concerne l'évolution de la gravité de la PR au cours des années. Celle-ci peut être évaluée par différents critères.

3.2.1. Activité

L'étude sur 20 ans de la cohorte Norfolk montre une diminution des scores DAS28 au diagnostic au fil du temps suggérant des tableaux cliniques initiaux moins graves [16]. Cette tendance était observée dans des études de cohortes à court terme ou des groupes de patients entre 1985 et 2005 [17]. Le DAS28 initial était plus faible dans les sous-cohortes plus récentes. La raison invoquée est celle d'un diagnostic plus précoce. Cette étude montre aussi la diminution des DAS28 dans les 5 premières années, les valeurs les plus basses étant atteintes dans les cohortes les plus récentes. Apparaît clairement dans ce travail une augmentation de l'usage des traitements de fonds (DMARDs) et de la corticothérapie (stratégie thérapeutique plus agressive).

Cette tendance est retrouvée dans une cohorte récente [18]. Sur une période de 10 ans de PR suivies en ambulatoire, la proportion de patients en rémission (critères DAS28, CDAI, SDAI et booléens) a augmenté respectivement, passant de 21,3/8,1/5,8/3,8 %, en 2004, à 55,5/31,7/31,8/17,7 % en 2013. La proportion de patients de faible activité (DAS28, CDAI et SDAI) est passée de 16,0/34,0/34,9 %, respectivement, en 2004 à 17,8/50,4/50,8, en 2013. Une amélioration dans les résultats rapportés par les patients est observée sur 10 ans, mais pas pour la dernière période de 4 ans. La proportion de patients prenant des DMARDs classiques (environ 60 %) et traitements ciblés (environ 30 %) a été stable au cours des 4 dernières années de la période d'étude, alors que la proportion de patients traités par prednisone a diminué entre 2010 et 2013, passant de 61 % à 54 %.

3.2.2. Manifestations extra-articulaires

Par ailleurs, il n'y a pas de tendance consensuelle concernant l'ensemble des manifestations extra-articulaires. Une étude en 2003, qui évaluait l'incidence de celles-ci, ne retrouvait pas de variation significative [19]. La vascularite rhumatoïde dans une population stable, bien définie sur une période de 15 ans devenait plus rare, avec une incidence passant de 11,6/million (IC : 7,4–17,0) au cours du quinquennat 1988–1992 à 3,6/million (IC : 1,6 à 7,1) pour 1998–2002 [20]. Par ailleurs, une étude menée en Californie montre une diminution des hospitalisations pour vascularite rhumatoïde ou splénectomie associée à un syndrome de Felty. En 2000, une étude tisse un lien entre les modifications de pratiques, l'intensification des traitements et une baisse des amyloses avec insuffisances rénales nécessitant une dialyse. [21].

3.2.3. Destruction articulaire

Le caractère destructeur de la PR est évalué par l'imagerie ; son retentissement se reflète dans la réalisation d'actes chirurgicaux et la prise en charge sociale plus globale avec le retentissement sur l'activité professionnelle et le taux d'invalidité. Différentes publications abondent dans le sens d'une diminution de l'atteinte érosive au cours des années. C'est ainsi qu'un travail sur 3 cohortes suivies 5 ans montre une progression radiologique moins importante dans les cohortes les plus récentes, à nuancer par le fait que le pourcentage de patient avec une maladie érosive était similaire [22]. Un travail monocentrique transversal décrit un meilleur statut, y compris dans les scores radiographiques, en 2000 qu'en 1985 [23].

Un autre reflet de l'aspect destructeur de la PR est le recours aux interventions chirurgicales [24]. Peu de publications s'intéressent à la fréquence de réalisations des interventions chirurgicales dans

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5670117>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5670117>

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