Évaluation du risque athérogénique chez les sujets atteints d'arthrose digitale et facteurs associés

Besma, JEBALI, Résidente, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Mahbouba, ARDHAOUI, AHU, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Marwa, BEKEY, Résidente, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Rihab, SARRAJ, AHU, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Olfa, JOMAA, AHU, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Mouna, BRAHEM, Professeur agrégée, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Sirine, ABDELLATIF, AHU, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie
Mohamed, YOUNES, Professeur, Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction

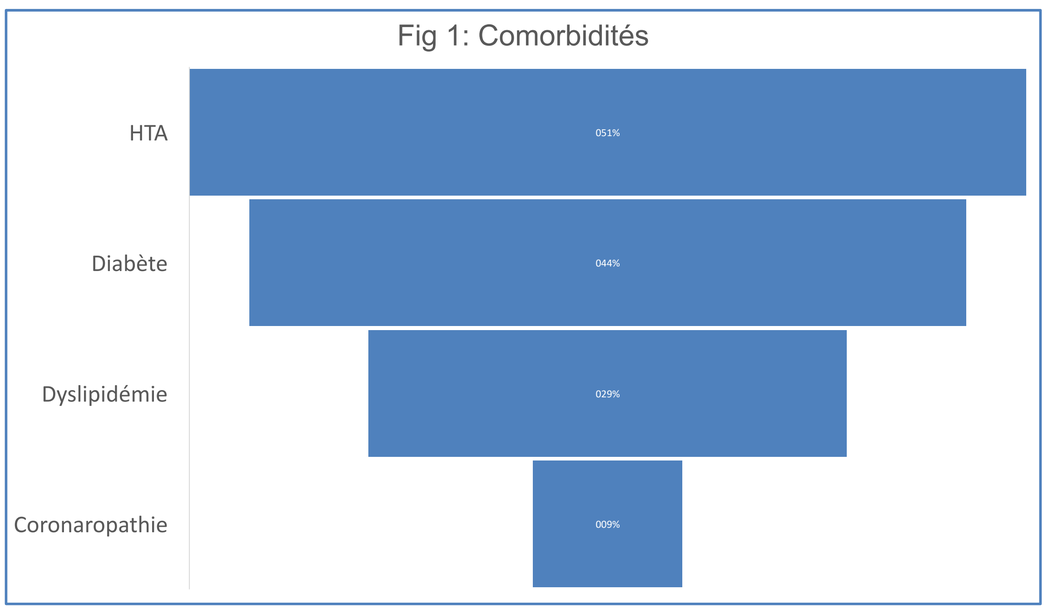
L'arthrose digitale (AD) est une pathologie fréquente, longtemps considérée comme purement mécanique et localisée. Cependant, des données récentes suggèrent que l'AD pourrait s'associer à des altérations métaboliques, notamment du profil lipidique, favorisant un risque cardiovasculaire accru. L'objectif de notre étude était d'évaluer le risque athérogène et ses facteurs associés chez les sujets atteints d'AD.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique incluant des patients atteints d'AD. Un bilan lipidique à jeun a été effectué chez tous les patients, comprenant le cholestérol total (CT), le LDL-cholestérol (LDL-C), le HDL-cholestérol (HDL-C) et les triglycérides (TG). Les indices d'athérogénicité (CT/HDL-C et LDL-C/HDL-C) ont été calculés. Un risque athérogène élevé était défini par un rapport CT/HDL > 4,85 ou LDL-C/HDL–C > 3,55.

Résultats

- Cinquante-cinq patients : 43 femmes (78,2%) et 12 hommes (21,8 %) avec un sexe-ratio H/F de 0,2.
- La moyenne d'âge : 68,25 ± 10,85 ans [47–94ans].
- Le tabagisme noté dans 15,4 % des cas (n=8).
- L'IMC moyen était de 26,9 ± 6,2 kg/m².
- La majorité des patients (75,4%) présentaient au moins une comorbidité (Fig 1).



- Concernant le bilan lipidique, les valeurs moyennes étaient de : 3,93±1,42 mmol/L pour le CT,
  1,55±0,77 mmol/L pour le TG
  2,02±0,98 mmol/L pour le LDL
  1,28±0,41 mmol/L pour le HDL.

- La moyenne du rapport CT/HDL était 3,31±1,45 [0,83-7,14].
- La moyenne du rapport LDL/HDL était 1,69±0,94 [0,50-5,40].
- Le risque athérogène a été considéré élevé chez 16,4% des patients : 6 patients avaient un rapport CT/HDL > 4,85
  4 patients avaient un rapport LDL/HDL > 3,55.

- Après analyse statistique, une association significative a été trouvée entre le rapport CT/HDL-C :
  le réveil nocturne (p<0,001),
  le dérouillage matinal (p=0,049),
  le taux de TG (p=0,047),
  la vitesse de sédimentation (p=0,028)
  et corticothérapie (p<0,001).

- Quant au rapport LDL-C/HDL-C, il était significativement corrélé :
  au tabagisme (p=0,004),
  au surpoids/obésité (p<0,001),
  au dérouillage matinal (p<0,001),
  au réveil nocturne (p<0,001), à l'HBA1C (p<0,001),
  et à la douleur neuropathique constatée par DN4 (p= 0,041).

- Par ailleurs, Les 2 indices athérogènes ont été associés de façon significative à l'atteinte érosive radiographique de l'AD (p<0,001 pour les 2), même dans le sous-groupe de patients sans comorbidités cardio-vasculaires (p=0,004).

Conclusion

Nos données confirment que même l'arthrose digitale à localisation périphérique peut être associée à un profil athérogène, ce qui renforce la nécessité d'une prise en charge cardiovasculaire proactive dans cette population.