

Syndrome de Sjögren primitif et qualité de vie : Impact et facteurs associés !

1^{er} Auteur : Ahlem BEN AMOU (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Autres auteurs, équipe:

- Mohamed Salah HAMDY (2), Service de médecine interne b, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Sonia REKIK (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Khaoula ZOUAOUI (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Maissa ABBES (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Ines KCHAOU (2), Service de médecine interne b, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Safa RAHMOUNI (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Meriem JEBRI (2), Service de médecine interne b, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Soumaya BOUSSAID (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- Lamia BEN HASSINE (2), Service de médecine interne b, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Hela SAHLI (1), Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction:

Le syndrome de Sjögren primitif (SSp) est une maladie auto-immune chronique qui se caractérise par des manifestations à la fois glandulaires et systémiques. Du fait de son grand polymorphisme clinique et la sévérité de certaines manifestations cliniques, cette maladie pourrait avoir un impact négatif sur la qualité de vie (QdV) des patients.

L'objectif de notre étude :

Evaluer le retentissement du SSp sur la QdV des patients et étudier les facteurs qui peuvent y être associés.

Patients et méthodes:

Il s'agissait d'une étude transversale incluant des patients atteints de SSp répondant aux critères de l'ACR/EULAR 2016. Les données sociodémographiques, clinico-biologiques et les traitements entrepris ont été recueillies. L'activité articulaire et celle systémique ont été évaluées respectivement à l'aide du Disease-Activity-Score (DAS28CRP) et par le score «EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index» (ESSDAI). L'évaluation de la QdV a été faite par le Short Form-36 (SF-36) évaluant deux domaines: la composante physique (Physical Component Summary ou PCS) et la composante mentale (Mental Component Summary ou MCS). Il peut également être évalué à l'aide de huit domaines. Chacun des domaines a des valeurs comprises entre 0 et 100, les valeurs inférieures indiquant une moins bonne qualité de vie. Nous avons par la suite distingué deux groupes de SSp selon la valeur du score ESSDAI [groupe1 (G1): activité faible à modérée (ESSDAI < 14) , groupe2 (G2): activité sévère (ESSDAI ≥ 14)] pour réaliser une étude comparative du score SF-36 entre eux.

Résultats :

- ❖ Nous avons recueilli 40 patients, tous de sexe féminin, avec un âge moyen de 59,6 ans.
- ❖ La majorité des patientes étaient mariées (65%), sans emploi (37,5%), et vivaient en milieu urbain (75%).
- ❖ Une ou plusieurs comorbidités étaient notées chez 38 patients.
- ❖ Sur le plan thérapeutique, 60% des patientes utilisaient des analgésiques, 67,5% des patients étaient sous CsDMARDs (Conventional Synthetic Disease-Modifying anti-Rhumatic Drugs) et 7,5 % étaient sous biothérapie.

- ❖ Concernant le score SF-36, La PCS variait entre 12,5 et 92,5 avec une moyenne de $55,14 \pm 23,93$ et la MCS variait entre 3 et 94,5 avec une moyenne de $58,03 \pm 24,78$.

Tableau 2: La moyenne des dimensions du score SF-36

Items du score SF-36	Moyenne +/- écart type	[valeur minimale- valeur maximale]
Fonctionnement physique	57,37 ± 22,1	[25 – 95]
Rôle physique	51,87 ± 38,97	[0 – 100]
Santé générale	45,52 ± 24,3	[0 – 90]
Vitalité	52,25 ± 19,7	[25– 90]
Douleur corporelle	59,06 ± 23,54	[0 – 90]
Santé mentale	59,2 ± 25,79	[12– 92]
Rôle émotionnel	68,34 ± 29,19	[0 – 100]
Fonctionnement social	59,06 ± 27	[0 – 100]

❖ L'analyse des différentes corrélations a mis en évidence :

- une association significative négative entre le PCS et MCS du score SF-36 et plusieurs paramètres : l'atteinte structurale, le nombre de RN, la durée de RM, le NAD, l'EGP et le DAS28crp ($p=0,013$, $p=0,012$, $p=0,003$, $p=0,005$, $p=0,001$, $p=0,003$, $p=0,0$, $p=0,0$, $p=0,0$, $p=0,001$).
- l'utilisation d'antalgiques et du méthotrexate était associée à une altération plus importante de la composante physique ($p=0,001$; $p=0,032$).

- ❖ L'analyse comparative a révélé une corrélation significative entre une activité systémique sévère (ESSDAI ≥14) et une altération plus prononcée des composantes physiques et mentales du score SF-36 ($p=0,03$; $p=0,013$).

➔ Aucune corrélation significative n'a été observée entre le score ESSDAI et ces dimensions.

Conclusion :

Notre étude met en évidence un impact négatif d'une atteinte systémique sévère et de l'atteinte articulaire sur la QdV. Par conséquent, une approche plus complète du patient atteint de SSp est essentielle pour améliorer sa prise en charge.

Tableau 1: La moyenne des paramètres d'activité de la maladie

Nombre moyen d'articulations douloureuses (NAD)	4 ± 3,12
Nombre moyen d'articulations tuméfiées (NAT)	0,3 ± 0,85
Durée moyenne de la raideur matinale (RM) en minutes	8,25 ± 12,64
Nombre moyen de réveils nocturnes (RN)	0,28 ± 0,72
Evaluation globale moyenne du patient (EGP)	5,4 ± 1,46
DAS28crp moyen	3,33 ± 0,66
ESSDAI moyen	9,18 ± 7,47

