

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, JUIN - VOLUME 11 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETARE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec : étude descriptive transversale** 7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S
2. **Maladie de Basedow et grossesse : à propos de 189 cas colligés au Centre Hospitalier Abass Ndao** 14-21
Ndour MA, Gadjji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M
3. **Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cardiothyreoses en milieu hospitalier dakarais : étude bicentrique rétrospective** 22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A
4. **Aspects diagnostique et thérapeutique du mal de Pott de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody** 28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
5. **Profil épidémiologique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry** 34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY
6. **Prévalence de la maladie rénale chronique chez le sujet diabétique au centre de protection maternelle et infantile de Sokoura à Bouake en 2021** 39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, TIA Weu Mélanie, Ouattara B
7. **Comas non traumatiques du sujet âgé dans un service de médecine interne** 49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

CAS CLINIQUES

8. **Angio-oedème héréditaire à propos d'une famille au Niger** 56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E
9. **Atteinte cutanée et ophtalmologique d'une hépatite B chronique associées à des ANCA de type MPO : est-ce une vascularite ?** 65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E
10. **Atteintes neurologiques centrales et périphériques associées à une infection virale à la dengue : à propos d'un cas au Service de Neurologie du Centre Hospitalier National De Pikine** 72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H
11. **La péricardite aiguë, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte** 77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V
12. **Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas** 80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK
13. **Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas** 84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA
14. **Tuberculose compliquant l'évolution d'une leucémie myéloïde chronique. A propos de deux cas dans le service d'hématologie du CHU de Cocody** 88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

- 1. Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive Crosssectional study** 7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S
- 2. Basedow's disease and pregnancy: 189 cases from the Abass Ndao Hospital Center** 14-21
Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M
- 3. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cardiothyreosis in the hospital of Dakar: a two-center retrospective study** 22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A
- 4. Diagnostic and therapeutic aspects of Pott's disease in children and adolescents in rheumatology hospitalization at Cocody University Hospital** 28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
- 5. Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital** 34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY
- 6. Prevalence of chronic kidney disease in diabetic subjects at the Sokoura Maternal and Child Protection Center in Bouake in 2021** 39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, Tia Weu M, Ouattara B
- 7. Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department** 49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

CASES REPORTED

- 8. Hereditary angioedema in a family from Niger** 56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E
- 9. Cutaneous and ophthalmological symptoms of chronic hepatitis b associated with MPO ANCA: is it vasculitis?** 65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E
- 10. Central and peripheral neurological disorders associated with dengue viral infection: a case report from the Neurology Department of the Pikine National Hospital Center** 72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H
- 11. An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease** 77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngonon C, Mbena T, Elanga V
- 12. Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis** 80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK
- 13. A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman** 84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA
- 14. Occurrence of tuberculosis during the follow-up of leukemias. Illustration in a hematology department** 88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G



**Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec :
étude descriptive transversale**

Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive cross-sectional study

Seck K¹, Kane M¹, Niasse M², Diatta M²⁻³, Gassama BC¹, Ba A¹, Dial Mm⁴, Tamba B¹⁻³, Dia Tine S¹⁻³

1. Service de chirurgie Buccale, Institut Odontostomatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal.

2. Service Rhumatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal

3. Service Odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye, Dakar, Sénégal

4. Service de Cytologie et d'Anatomie pathologique, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Dr Khadim SECK

Résumé

Un syndrome sec est un ensemble de symptômes et de manifestations cliniques résultant d'une diminution des sécrétions de diverses muqueuses du corps. Les atteintes oculaires (xérophtalmie) et salivaires (xérostomie) sont les plus fréquentes. La biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA) est un examen qui est fréquemment prescrit par les médecins particulièrement les rhumatologues dans un contexte de diagnostic des syndromes secs (syndrome de Sjögren, sarcoïdose, amylose, etc.). C'est un acte facile et simple à réaliser par un praticien habilité. La BGSA constitue un motif de référence par les médecins spécialistes à l'endroit des chirurgiens- dentistes spécialistes en chirurgie orale. Il s'agit d'un acte bien codifié, qui consiste à prélever après une petite incision sur la face interne de l'hémi-lèvre inférieure quelques glandes salivaires accessoires.

Mots clés : glandes salivaires accessoires - biopsie - syndrome sec.

Summary

A dry syndrome is a set of symptoms and clinical manifestations resulting from a decrease in secretions from various mucous membranes of the body. Ocular (xerophthalmia) and salivary (xerostomia) damage are the most common. Biopsy of accessory salivary glands (ABGS) is a test that is frequently prescribed by doctors, particularly rheumatologists, in the context of diagnosing sicca syndromes (Sjögren's syndrome, sarcoidosis, amyloidosis, etc.).

It is a minimally invasive procedure which must be as least traumatic as possible by a competent practitioner. BGSA constitutes a reason for referral by specialist doctors to dental surgeons specializing in oral surgery. This is a well-codified procedure, which consists of removing a few accessory salivary glands after a small incision on the inner surface of the lower half-lip.

Key words: accessory salivary glands - biopsy - sicca syndrome.



Introduction

Un syndrome sec est un ensemble de symptômes et de manifestations cliniques résultant d'une diminution des sécrétions de diverses muqueuses du corps [1]. Les atteintes oculaires (xérophtalmie) et salivaires (xérostomie) sont les plus fréquentes [2]. Cette affection peut avoir des causes diverses : médicamenteuses, pathologiques (certaines maladies systémiques auto-immunes, infections virales...), physiologiques avec notamment le vieillissement (souvent en lien avec les effets indésirables de la prise de médicaments, ou le défaut d'hydratation), psychologiques (stress, anxiété...), et iatrogènes suite à une radiothérapie, ou une chimiothérapie. La biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA) est un examen qui est fréquemment prescrit par les médecins qui prennent en charge les maladies systémiques comme les rhumatologues, les internistes ou dermatologues [2] dans un contexte de diagnostic des syndromes secs (syndrome de Sjögren, sarcoïdose, amylose, etc.) [3]. En effet ces pathologies ont un impact sur l'aspect et la consistance des GSA qui se traduit par une inflammation de leur parenchymes, mesurée par la classification de Chisholm. L'objectif de ce travail était de préciser la place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic du syndrome sec.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, colligeant 37 dossiers de patients qui ont eu à subir une biopsie des glandes salivaires accessoires réalisées au service d'odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP) entre janvier 2009 et juin 2019. L'étude concernait un recrutement étalé sur 10 ans. Etaient inclus dans l'étude les dossiers de patients, bien remplis avec des renseignements cliniques complets et une fiche anatomopathologique.

Les variables d'étude étaient l'âge, le sexe, les prescripteurs, diagnostic supposé du prescripteur, nombre de glandes prélevées, suites opératoires et conclusion anatomo-pathologique.

Les patients qui sont référés pour d'autres types de biopsies ne sont pas inclus dans l'étude. Les logiciels, Excel et SPSS 13.0 ont été utilisés pour analyser les données, pour le calcul des fréquences, des moyennes, écarts-types et pourcentages. Une analyse bivariée (analytique) a été effectuée avec un seuil de significativité de 0,05.

Résultats

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 50 et 59 ans (35,1%) suivie de celle supérieure à 60 ans (29,7%). L'âge moyen était de 52ans ±14 ans. La figure 1 représente la répartition des patients selon la tranche d'âge.

Le sexe féminin représentait 86,5% avec un sex-ratio de 0,15 (figure 2).

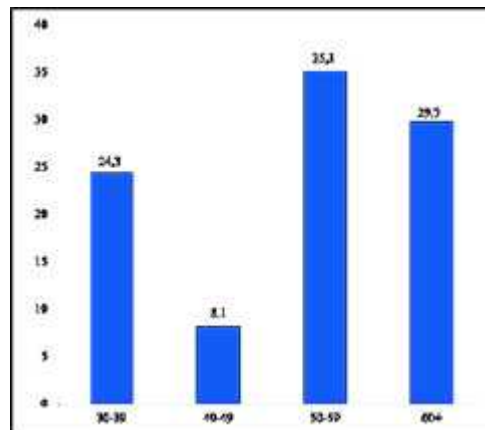


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

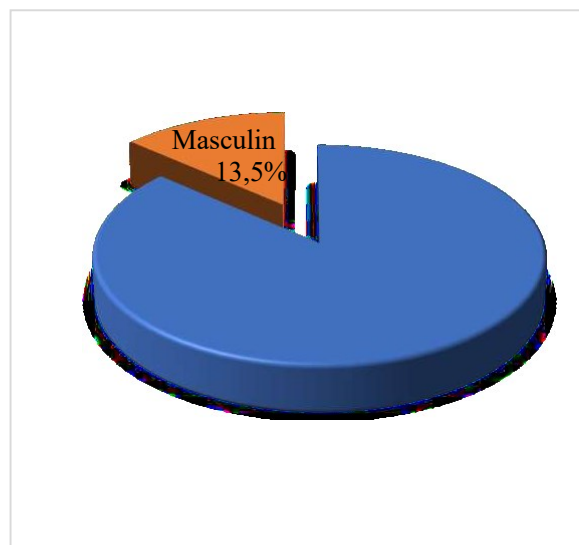


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe



Les rhumatologues étaient les prescripteurs majoritaires (75,7%) (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patients selon le profil du prescripteur

Profil du prescripteur	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Rhumatologue	28	75,7
Médecin interniste	3	8,1
Dermatologue, vénérologue	3	8,1
Médecin généraliste	2	5,4
Endocrino /diabétologue	1	2,7
Total	37	100

Le diagnostic de présomption évoqué par le prescripteur était pour la majorité des patients un syndrome Gougerot-Sjögren (81,1%) (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des patients selon le diagnostic de présomption évoqué par le prescripteur

Diagnostic de présomption	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Syndrome Gougerot-Sjögren	30	81,1
Polyarthrite rhumatoïde	5	13,5
Sclérodémie systémique	1	2,7
Lupus érythémateux	1	2,7
Total	37	100

Quatre glandes salivaires accessoires étaient le plus fréquemment prélevées (32,2%) suivi de trois glandes prélevées (24,3%) (**Tableau III**).

Tableau III : Répartition des patients selon le nombre de glandes prélevées

Nombre de glandes prélevées	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
2	1	2,7
3	9	24,3
4	12	32,4
5	6	16,2
6	6	16,2
7 et plus	3	8,1
Total	37	100

Les suites opératoires étaient bonnes dans 86,5% des cas (**Tableau IV**).

Tableau IV : Répartition des patients selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Bonne	32	86,5
Douleur	3	8,1
Œdème labiale	2	5,4
Total	37	100

La conclusion anatomopathologique majoritaire est la sialadénite lymphocytaire (64,9%), et dans (16,2%) des cas les glandes salivaires accessoires étaient normales (**Tableau V**).

Tableau V : Répartition des patients selon la conclusion anatomopathologique

Conclusion anatomopathologique	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Sialadénite lymphocytaire discrète	13	35,2
Sialadénite lymphocytaire focale	8	21,6
Sialadénite lymphocytaire modérée	6	16,2
Glandes salivaires normales	6	16,2
Sialadénite lymphocytaire sévère	3	8,1
Sialite chronique lymphocytaire	1	2,7
Total	37	100



Le syndrome de Gougerot-Sjögren était retrouvé à tous les âges et plus retrouvé au-delà de 50 ans (**Tableau VI**).

Tableau VI : Diagnostic de présomption et âge

Diagnostic de Présomption	Classe d'âge de 10 ans					Total n (%)
	20-29 n (%)	30-39 n (%)	40-49 n (%)	50-59 n (%)	60 et plus n (%)	
Lupus	0	0	0	0	1(9,09)	1(2,7)
Sclérodémie	0	0	0	1(7,69)	0	1(2,7)
Gougerot Sjogren	1(100)	8(88,89)	3(100)	11(84,62)	7(63,64)	30(81,1)
Polyarthrite	0	1(11,11)	0	1(7,69)	3(27,27)	5(13,5)
Totale	1(100)	9(100)	3(100)	13(100)	11(100)	37(100)
P-Value : 0,212						

Les rhumatologues ont évoqué un syndrome Gougerot Sjögren (n=23) et la polyarthrite (n=5) comme diagnostic de présomption (**Tableau VII**).

Tableau VII : Diagnostic de présomption en fonction du prescripteur

Diagnostic de présomption	Prescripteurs					
	Dermatologue	Endocrinologue	Médecin généraliste	Médecin interniste	Rhumatologue	Total
	N (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n
Lupus	0	0	0	1(33,33)	0	1(2,70)
Sclérodémie	1(33,33)	0	0	0	0	1(2,70)
Gougerot Sjogren	2(66,67)	1(100)	2(100)	2(66,67)	23(82,14)	30(81,08)
Polyarthrite	0	0	0	0	5(17,86)	5(13,52)
P-Value : 0,058						

Les conclusions anatomopathologiques étaient plus en faveur d'un SGS (n=25). La sialadénite lymphocytaire discrète était plus retrouvée dans le SGS (78,57%). Il en est de même pour la sialadénite lymphocytaire focale (62,5%) (**Tableau VIII**).

Tableau VIII : Diagnostic de présomption et conclusion anatomopathologique

Diagnostic de présomption	Conclusion anatomopathologique				
	Glandes salivaires normales	Sialadénite lymphocytaire discrète	Sialadénite lymphocytaire modéré	Sialadénite lymphocytaire sévere	Sialadénite lymphocytaire focale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lupus	-	-	-	-	1(12,5)
Sclérodémie	-	1(7,14)	-	-	-
Gougerot Sjogren	6(100)	11(78,57)	5(100)	2(66,66)	5(62,5)
Polyarthrite	-	2(14,2)	-	1(33,4)	2(25)
Total	6(100)	14(100)	5(100)	3(100)	8(10)

P-Value: 0,05

Discussion

La biopsie des glandes salivaires accessoires est un geste fréquemment réalisé dans le bilan de certaines maladies systémiques telles que la sarcoïdose, l'amylose et le syndrome de Gougerot-Sjögren. Sur une période de plus de 10 ans, nous n'avons répertorié que 37 cas. En effet, le nombre de cas répertoriés semble faible car le service d'odontostomatologie de l'HOGIP reçoit en

moyenne un à deux cas par mois. Ce nombre de cas faible pourrait s'expliquer par la mauvaise tenue des dossiers et le non archivage des comptes rendus anatomopathologiques souvent remis aux patients. Dans notre étude, la BGSA a plus concerné les sujets âgés entre 50 et 59 ans avec une moyenne de 52,14 ans. Les travaux de Serin, de Wijaya et de Sarab corroborent ces résultats avec respectivement une moyenne d'âge de 52,8, 50,2 et 48,5 ans [4, 5, 6]. Le



pic d'âge varie entre 40 et 50 ans mais le syndrome de gougerot sjogren peut survenir à tout âge [7].

Les femmes étaient plus représentées (86,5%) dans notre étude. wijaya, sarah, sarab et jean kim corroborent ces résultats avec respectivement un pourcentage de 91%, 86,2%, 87,6% et 98% [4, 6, 8, 9].

Selon Pieusha, le syndrome de Gougerot-Sjögren touche le plus souvent la femme avec un sex ratio d'environ 10/1 [7]. Il a été décrit des formes familiales qui affectent en général les femmes (mère-fille ou couple de sœurs) dans une même famille [10].

Les stéroïdes sexuels jouent un rôle clé dans l'étiologie du syndrome de Sjögren, le facteur déterminant pourrait être le manque d'androgènes [11].

Les œstrogènes semblent protéger spécifiquement les cellules acineuses glandulaires sécrétoires contre l'apoptose, tandis que le manque d'œstrogènes pendant la ménopause conduit spécifiquement à une augmentation de l'apoptose des cellules sécrétoires exocrines. Les gonades mâles produisent de la testostérone et la convertissent dans les glandes exocrines en dihydrotestostérone (DHT), qui est anti-apoptotique et protège contre l'apoptose des cellules acineuses [12].

Le syndrome de Sjögren est une maladie auto-immune affectant les glandes exocrines, le plus souvent les glandes salivaires et lacrymales. Dans le syndrome de Sjögren, les cellules acineuses de ces glandes sont endommagées et détruites, entraînant une diminution de la sécrétion de salive et de liquide lacrymal [11, 13].

La BGSA est le plus souvent prescrit par les internistes, les neurologues, les cardiologues, les ophtalmologistes [14]. Dans notre étude le rhumatologue était le principal prescripteur avec 75,7%. Cette prédominance est retrouvée dans l'étude de Wicheta qui rapporte 71,3% de rhumatologue, 14,9% de neurologue et 3,4% de dentiste traitant [9].

En raison de la grande variété de signes et de symptômes, les patients atteints du syndrome de Sjögren peuvent consulter un large éventail de professionnels de la santé, y compris des généralistes, des ophtalmologistes, des ORL et des dentistes, lors de la première consultation [15].

Notons que les affections rhumatismales, en particulier les rhumatismes inflammatoires systémiques, peuvent également toucher d'autres organes. Il s'agit le plus souvent de maladies auto-immunes (syndrome de Gougerot-Sjögren, lupus, sclérodermie...), qui débutent par une atteinte des articulations et affectent ensuite la peau, le cœur, les reins, les poumons, etc. La prise en charge en rhumatologie est donc souvent couplée avec une prise en charge en médecine interne.

La biopsie des glandes salivaires est une méthode chirurgicale peu invasive utilisée systématiquement pour le diagnostic étiologique d'un syndrome sec ou de maladies systémiques auto-immunes comme par exemple l'amylose, la sarcoïdose ou le syndrome de Sjögren [16].

Dans notre série, le diagnostic de présomption le plus évoqué était le syndrome de Gougerot-Sjögren avec 81,1% suivi de la polyarthrite rhumatoïde 13,5%. Nos résultats sont similaires aux travaux de Elodie avec 78,49% pour le SGS, 20,8% pour la sarcoïdose et 23,2% pour l'amylose. La BGSA peut également contribuer au diagnostic de l'amylose, de la sarcoïdose et de la confirmation de l'hémochromatose néonatale [13].

Les glandes salivaires accessoires représentent plusieurs centaines de glandes disséminées dans la cavité orale et sont facilement accessibles au niveau de la muqueuse de la lèvre inférieure.

L'incision linéaire au niveau de la lèvre inférieure de 2 à 3mm de longueur est la technique la plus couramment utilisée pour obtenir les lobules glandulaires [13]. Dans notre série, un nombre de quatre glandes salivaires accessoires étaient le plus fréquemment prélevées. Plusieurs auteurs recommandent de prélever entre 4 et 5 glandes salivaires [4, 6, 17].

Cependant Sarab avait préconisé 5 à 7 glandes dans ses travaux [4]. Les biopsies cunéiformes sont le plus souvent non informatives par absence de lobule salivaire, et l'étude de la muqueuse n'a pas d'intérêt dans ce contexte. Il faut des glandes complètes non écrasées [17].

La biopsie des glandes salivaires accessoires et une procédure bien tolérée. Dans notre série, 86,5 % des patients ont eu des suites opératoires simples. Des auteurs ont rapporté des douleurs post opératoires minimales [18, 19]. La complication peropératoire la plus largement décrite était le saignement. Les techniques opératoires hémostatiques assurent une hémostase prophylactique en associant une bonne compression et des sutures, sans besoin de cautérisation au bistouri électrique [6].

Pour éviter l'hémorragie et l'œdème post opératoire, des sutures intermédiaires intra-muqueuses avec du fil résorbable sont recommandées. Malgré les différentes approches chirurgicales suggérées pour la BGSA, des complications mineures per et post opératoires ont été rapportées comme un engourdissement durable de la lèvre inférieure survenant dans 6% des biopsies réalisées [20].

La BGSA est un geste relativement anodin dont les effets secondaires décrits dans la littérature sont toujours bénins et dans la très grande majorité des cas transitoires [13].

Outre les complications usuelles (hématome, œdème, formation de granulome, cicatrice, douleurs, infection), les complications potentielles



de la biopsie des glandes salivaires labiales sont avant tout des troubles sensoriels localisés (transitoires ou permanents) de la région des lèvres et du menton. La fréquence des troubles de la sensibilité est très variable dans la littérature (de <1% à 6-10%) [21].

Dans notre étude, la sialadénite lymphocytaire focale était retrouvée dans 21,1% des cas. Nos résultats sont similaires à ceux de Kim qui en avait trouvé 21% [8].

Dans le syndrome de Sjögren primaire, des foyers lymphocytaires (sialadénite lymphocytaire focale) sont retrouvés à la coloration à l'hématoxyline-éosine.

Il est souhaitable que cette évaluation soit réalisée par un pathologiste expérimenté. Un foyer est composé d'un agrégat d'au minimum 50 lymphocytes et histiocytes par surface de 4 mm², de localisation péricanalaire ou périvasculaire. Une infiltration mononucléaire des glandes (avant tout composée de cellules T et B et, dans une moindre mesure, de cellules dendritiques et de macrophages) est caractéristique. Dans les lésions légères et de petite taille, l'infiltrat est principalement composé de cellules T CD4-positives, alors que dans les lésions avancées ou sévères, il est principalement composé de cellules B [22]. Un «focus score» d'au minimum un par surface de 4 mm² de tissu glandulaire évalué est requis pour le diagnostic de syndrome de Sjögren primaire (correspond au minimum à un grade 3 de Chisholm et Mason; sensibilité de 60-90% et spécificité de 80-90%). Il convient de noter que les sialadénites non focales non spécifiques sont relativement fréquentes dans la population normale, en particulier chez les personnes âgées. En outre, d'autres maladies auto-immunes et des maladies infectieuses chroniques, comme par ex. l'infection par le VIH, peuvent également provoquer une sialadénite lymphocytaire. La valeur diagnostic de la BGSA est difficile à préciser. Sa place est différente en fonction de la suspicion de SGS secondaire ou primitif. Chez un patient où on suspecte la forme secondaire, sa réalisation est à prévoir d'emblée au même titre que les tests fonctionnels oculaires et salivaires.

Chez un patient avec suspicion de la forme primitive, la BGSA ne doit pas être réalisée en première intention. Les tests fonctionnels oculaires et la recherche des auto-anticorps doivent être réalisés en première intention car la négativité de la BGSA ferait douter à tort du diagnostic [13].

S'il y a une forte suspicion clinique avec des auto-anticorps absents alors il faudra réaliser la BGSA [13].

Selon Guellec, les résultats positifs ou négatifs de la BGSA doivent être replacés dans le contexte global du patient en tenant en compte de l'âge et des

traitements reçus.

Même si la technique est simple et peu invasive, l'apport de cet examen dans le diagnostic positif du SGS est encore à ce jour mal évalué [16]. En effet, la fibrose de la glande salivaire accessoire est physiologique et ne doit pas être considérée comme un signe de SGS. En ce qui concerne l'infiltrat inflammatoire, plusieurs auteurs ont montré que 7 à 35% d'entre eux avaient un Focus score > 1 et ce indépendamment de l'atrophie de la glande salivaire. Des Focus score de stade 1 sont également retrouvés chez 3% des sujets jeunes de moins de 35 ans. Des études immuno-histochimiques ont tenté de différencier les aspects d'infiltrats inflammatoires de type SGS ou non, mais pour l'instant les résultats sont discordants. Ces études, bien qu'elles ne soient pas toutes concordantes, amènent à s'interroger sur la valeur diagnostique de la BGSA en général et en particulier chez les patients âgés [13]. C'est le plus souvent vers 45 ans qu'apparaissent les premiers symptômes du SGS. Son début est le plus souvent très insidieux, monosymptomatique, si bien que le diagnostic est posé 6 à 8 ans après les premières manifestations [23]. Le SGS survient surtout autour de la ménopause, mais avec des extrêmes de 2 à 83 ans [24].

Conclusion

La biopsie des glandes salivaires accessoires est fréquemment demandée en médecine interne, pour le diagnostic étiologique d'un syndrome sec ou de maladies systémiques auto-immunes comme l'amylose, la sarcoïdose ou encore le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS). C'est un acte peu invasif qui doit d'être le moins traumatisant possible par un praticien compétent. La BGSA constitue un motif de référence par les médecins spécialistes à l'endroit des chirurgiens- dentistes spécialistes en chirurgie orale. Il s'agit d'un acte bien codifié, qui consiste à prélever après une petite incision sur la face interne de l'hémi-lèvre inférieure quelques glandes salivaires accessoires.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Sellier S, Courville P, Joly P. Dyspareunia and Sjögren's syndrome. *Ann Dermatol Venereol*. 2006; 133(1): 17-20
2. Roguedas-Contios AM, Brenaut E, Cornec D, Devauchelle V, Laurent M. Le dermatologue peut-il suspecter facilement un syndrome de Gougerot-Sjögren ? *Journées Dermatologiques*. 2015, Paris, France



3. Caporali R, Bonacci E, Epis O, Bobbio-Pallavicini F, Morbini P, Montecucco C. Safety and usefulness of minor salivary gland biopsy: retrospective analysis of 502 procedures performed at a single center. *Arthrit Rheum.* 2008; 59(5): 714-720
4. Sarab W. Discrepancies in Interpretation of the Minor Salivary Gland Biopsy in the Diagnosis of Sjogren Syndrome. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 77: 1628-1635
5. Serin G, Karabulut G, Kabasakal Y, Kandiloğlu G, Akalin T. The Importance of Minor Salivary Gland Biopsy in Sjögren Syndrome Diagnosis and the Clinicopathological Correlation. *Turk Patoloji Derg.* 2016; 32(2): 65-69
6. Wijaya C, Ramli R R, Khoo S G. Dry surgical field minor salivary gland harvest using a chalazion clamp for sicca syndrome. *J Laryngol Otol.* 2019; 133(5): 419-423
7. Cafaro G, Leone MD, Orlandi M, Finamore F. One year in review 2019: Sjögren's syndrome syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2019; 118(3): 13-15
8. Kim J, Sun , Ozl R, GraderBeck T, Birnbaum J, Akpek EK, Baer AN. A validated method of labial minor salivary gland biopsy for the diagnosis of Sjögren's syndrome. *Laryngoscope* 2016; 126(9): 2041-2046
9. Wicheta S, Van der Groen T, Faquin W C, August M. Minor salivary gland biopsy- an important contributor to the diagnosis of Sjogren's syndrome. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2017; 75: 2573-2578
10. Ziza JM. *Traité de médecine : Syndrome de Gougerot Sjorgen.* Paris : Médecine-science Flammarion ; 2004. 4ème éd
11. Porola P, Laine M, Virkki L, Poduval P, Konttinen YT. Androgens and integrins in salivary glands in Sjogren's syndrome. *J Rheumatol.* 2010; 37(6): 1181-1187
12. Konttinen YT. Sex steroids in Sjögren's syndrome. *Journal of Autoimmunity* 2012, 39; 49-56
13. Guellec D, Cornec D, Jousse-Joulin D, Marhadour T, Marcorelles P. Diagnostic value of labial minor salivary gland biopsy for Sjögren's syndrome: A systematic review. *Autoimmunity Rev* 2013; 12: 416-420
14. Baeteman C, Guyot L, Bouvenot J, Chossegros C, Cheynet F, Loudot C, Serratrice J, Attarian S. Faut-il encore effectuer des biopsies des glandes salivaires accessoires ? *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2008; 109: 143-147
15. Stefanski A L, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Burmester G R, Dörner T. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Dtsch Arztebl Int.* 2017; 114 (20): 354-361
16. Katarzyna B, Sokalski J. Labial salivary gland biopsy in the diagnosis of Sjögren's syndrome *European Journal of Clin and Exper Med* 2019 2: 162-168
17. Heitzmann P, Heitzmann A. Technique de biopsie des glandes salivaires accessoires. *Lettre ORL et chir cerv-fac* 2004 ; 292 : 28-29
18. Fisher BA. A review of salivary gland histopathology in primary Sjögren's syndrome with a focus on its potential as a clinical trials biomarker. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1645-1650
19. Giovelli R, Santos MCS, Serrano EV, Valim V. Clinical characteristics and biopsy accuracy in suspected cases of Sjögren's syndrome referred to labial salivary gland biopsy *BMC Musculoskelet Disord.* 2015; 16: 30-31
20. Pijpe J, Kalk WWI, van der Wal JE, Vissink A, Kluin PM, Roodenburg JLN et al. Parotid gland biopsy compared with labial biopsy in the diagnosis of patients with primary Sjo"gren's syndrome. *Rheumatology* 2007; 46: 335-341
21. Richez C, Barnetche T, Schaefferbeke T, Truchetet ME. La Polyarthrite Rhumatoïde : une physiopathologie mieux connue ? *Rev Rhumat Monograph.* 2017 ; 84(4) : 311-317
22. Chebbi W, Ben Salem W, Klii R, Kessomtini W, Jerbi S et Sfar MS. Syndrome de Gougerot-Sjögren primitif du sujet âgé : caractéristiques cliniques et immunologiques. *Pan Afr Med J.* 2015 ; 20 : 8
23. Bousquet E, Ecoiffier M, Tubery M. Manifestations systémiques du Syndrome de Gougerot Sjögren. *Presse Med* 1997 ; 26 : 995-1000
24. Kaplan G, Mariette X. *Syndrome de Gougerot Sjogren.* Paris : Flammarion, 2000 : 533-573