

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, DECEMBRE - VOLUME 11 (2-1)

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)

SECRETAIRE 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

EDITORIAL

1. Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne

7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2. Dépistage des anticorps anti-peptide cyclique citrullinés et des facteurs rhumatoïdes dans le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde et facteurs associés à la sévérité radio-clinique

9-15
- Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
3. Parcours diagnostique de la maladie de Rosai Dorfman Destombes en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne

16-22
- Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
4. Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients présentant des maladies chroniques

23-30
- Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
5. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cardiomyopathies au centre hospitalier et universitaire de Treichville à Abidjan

31-37
- Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
6. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU de Conakry – Guinée

38-44
- Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
7. Enquête sur la prise en charge médicale du diabète en Guinée

45-51
- Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A
8. Diagnostic de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar

51-57
- Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M

CAS CLINIQUE

9. Une pneumopathie interstitielle diffuse révélant un syndrome des antisynthétases : à propos d'un cas

58-61
- Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
10. Pneumopathie infiltrative diffuse à l'amiodarone, à propos d'un cas

62-65
- Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, Mcbride-Windsor T



SOMMAIRE

EDITORIAL

1.

Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne

7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2.

Screening for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factors in the diagnosis of rheumatoid arthritis and factors associated with radio-clinical severity

9-15
- Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
3.

Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department

16-22
- Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
4.

Evaluation of knowledge of care staff on therapeutic education of patients presenting chronic diseases

23-30
- Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
5.

Epidemiological, diagnostic, therapeutic and progressive aspects of cardiothyreosis at the Treichville hospital and university center in Abidjan

31-37
- Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
6.

Evaluation of therapeutic adherence in diabetic patients at the Endocrinology and Diabetology Department of Conakry University Hospital, Guinea

38-44
- Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
7.

Survey on the medical management of diabetes in Guinea

45-51
- Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A
8.

Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brakial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar

52-57
- Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M

CAS CLINIQUE

9.

Diffuse interstitial lung disease revealing antisynthtase syndrome: a case report

58-61
- Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
10.

Diffuse infiltrative lung disease with amiodarone, a case report

62-65
- Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, Mcbride-Windsor T



Parcours diagnostique de la maladie de Rosai Dorfman Destombes en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne

Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department

Faye FA¹, Manone Z³, Guèye AD³, Diallo BM⁵, Ndiaye Y³, Elame EH⁵, Ngom NF¹, Ka O¹,
Berthé A^{2,3}, Touré PS^{2,4}, Diop MM^{2,3}, Ka MM²

1. Université Alioune Diop de Bambey- UFR Santé et Développement Durable/Sénégal
2. Université Iba Der Thiam de Thiès - UFR des Sciences de la Santé/Sénégal
3. Service de Médecine Interne de l'Hôpital Régional de Thiès/Sénégal,
4. Service de Médecine Interne de l'Hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane/Sénégal
5. Service de Médecine Interne de l'Hôpital Saint Jean de Dieu/Thiès (Sénégal)

Auteur correspondant : Dr Fulgence Abdou FAYE

Résumé

Introduction : Décrite pour la première fois en 1969, la maladie de Rosai-Dorfman-Destombes est une pathologie rare, protéiforme, habituellement décrite chez les sujets jeunes, et chez les individus d'incarnation foncée. Son polymorphisme clinique et sa rareté sont sources d'une errance diagnostique. L'objectif de notre étude était de relater le parcours diagnostique et de décrire les présentations cliniques inhabituelles de la maladie.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une durée de 07 ans incluant 3 patients atteints de maladie de Rosai Dorfman.

Résultats : nous avons recensé 3 cas en 7 ans. La moyenne d'âge était de 21 ans avec un sex-ratio H/F de 1/3 en faveur des femmes. Le délai moyen du diagnostic était de 5 ans. Au plan clinique, le premier patient présentait une forme classique de la maladie avec des adénopathies uniquement cervicales, sans syndrome inflammatoire clinique, la seconde patiente présentait une forme ganglionnaire de la maladie avec un syndrome inflammatoire clinique et la dernière présentait une polysérite avec une ascite de grande abondance associée à des adénopathies sur un état général conservé. Sur le plan paraclinique, le premier patient ne présentait pas de syndrome inflammatoire biologique comme ce fut le cas pour les autres patientes ; eux tous avaient une biopsie ganglionnaire en faveur de la maladie. Sur le plan thérapeutique et évolutif, deux de nos patients ont bénéficié d'une chimiothérapie avec une bonne évolution contrairement à celle qui avait bénéficié d'une corticothérapie associée à l'azathioprine après un traitement antituberculeux et qui est décédée par la suite.

Conclusion : ces trois observations illustrent la difficulté diagnostique de la MRD du fait de sa similarité avec la tuberculose qui est très fréquente dans nos régions tropicales, mais aussi le lymphome. Et de ce fait la biopsie ganglionnaire devrait être systématique devant toute adénopathie.

Mots clefs : Rosai-Dorfman - Destombes - Adénopathie - Thiès.

Summary

Introduction: Described for the first time in 1969, Rosai-Dorfman-Destombes disease is a rare, protean pathology, usually described in young subjects, and in individuals with dark complexions. Its clinical polymorphism and rarity are sources of diagnostic uncertainty. The objective of our study was to relate the diagnostic pathway and describe the unusual clinical presentations of the disease.

Material and method: this is a retrospective study carried out over a period of 07 years including 3 patients suffering from Rosai Dorfman disease.

Results: we identified 3 cases in 7 years. The average age was 21 years old with a M/F sex ratio of 1/3 in favor of women. The average time to diagnosis was 5 years. Clinically, the first patient presented a classic form of the disease with only cervical lymphadenopathy, without clinical inflammatory syndrome, the second patient presented a lymph node form of the disease with a clinical inflammatory syndrome and the last presented polyseritis with ascites of great abundance associated with lymphadenopathy in a preserved general condition. Paraclinically, the first patient did not present a biological inflammatory syndrome as was the case for the other patients; They all had a lymph node biopsy in favor of the disease. Therapeutically and progressively, two of our patients benefited from chemotherapy with a good outcome unlike the one who benefited from corticosteroid therapy combined with azathioprine after anti-tuberculosis treatment and who subsequently died.

Conclusion: These three observations illustrate the difficulty in diagnosing MRD due to its similarity with tuberculosis which is very common in our tropical regions, but also lymphoma. And therefore lymph node biopsy should be systematic in the face of any lymphadenopathy.

Keywords: Rosai-Dorfman - Destombes - Lymphadenopathy - Thiès.



Introduction

Décrite pour la première fois en 1969 par Rosaï et Dorfman [1], la maladie de Rosaï Dorfman Destombes (MRD), ou histiocytose sinusale avec lymphadénopathie massive, est une affection histiocytaire non langerhansienne lymphoproliférative bénigne d'étiologie encore inconnue à nos jours [2]. Cette pathologie rare est habituellement décrite chez les adolescents, adultes jeunes mais peut se voir à tout âge [3] et touche le plus souvent l'individu de couleur foncée. Au Sénégal, la plus grande série était une étude multicentrique réalisée à Dakar avec 17 cas rapportés [4]. Il s'agit d'une entité rare caractérisée par l'hétérogénéité de sa présentation clinique [5]. Son tableau clinique associe le plus souvent de volumineuses adénopathies, indolores, de siège cervical la plupart du temps mais les autres localisations ganglionnaires sont aussi retrouvées [2]. Le diagnostic est histologique caractérisé par la présence d'une infiltration histiocytaire intra sinusale avec images d'empéripolèse [6]. Le traitement de la maladie de Rosaï n'est toujours pas codifié. Son évolution est plutôt favorable, même sans traitement dans certaines situations, avec des rémissions pour bon nombre de patients. L'objectif de notre travail était de relater le parcours diagnostique des patients présentant une MRD.

Patients et Méthode

Il s'est agi d'une étude rétrospective de type descriptive sur une période de 07 ans (allant du 1er janvier 2017 au 31 Décembre 2023) menée dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Thiès. Elle a porté sur l'exploitation des dossiers médicaux de malades hospitalisés ou suivis en ambulatoire et pour qui le diagnostic de malade de Maladie de Rosai Dorfman a été retenu.

Résultats

Nous avons recensé 3 cas durant la période d'étude. La moyenne d'âge était de 21 ans avec des extrêmes de 19 ans et 26 ans. Le sex-ratio Homme/Femme était de 0.5 en faveur des femmes. L'interrogatoire nous a permis de déterminer à quel âge était apparu le premier signe de la maladie. Ce délai diagnostique était de 5 ans en moyenne. Dans la cohorte, les malades n'avaient pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux connus. Au plan clinique, les signes étaient dominés par des manifestations d'ordres générales, digestifs et hématologiques. Deux de nos patients soit 66,6% des cas avaient présentés des signes généraux. Ils étaient représentés par une fièvre prolongée et une altération de l'état général. Le tableau I illustre les manifestations cliniques trouvées chez les malades.

Tableau I : Nombre de cas selon les signes cliniques

Manifestations cliniques	Effectif	Pourcentage %
Signes généraux		
- Fièvre prolongée	2	66,6
- Altération état général	2	66,6
Signes digestifs		
- Ascite	1	33,33
- Hépatomégalie	1	33,33
Signes hématologiques		
- Pâleur	2	66,6
- Adénopathies	3	100
- Splénomégalie	0	

Nous avons observé dans notre série la présence d'une ascite et d'une hépatomégalie chez une patiente. Il s'agissait d'une ascite de grande abondance (Figure 1) qui évoluerait depuis environs 05 ans. Ce tableau clinique avait motivé trois ans

auparavant une hospitalisation dans une structure sanitaire où un traitement diurétique puis antituberculeux fut entrepris, associé à des ponctions d'ascite évacuatrices itératives.



Figure 1 : Patiente avec une ascite de grande abondance



Les signes hématologiques les plus représentatifs étaient dominés par les adénopathies. Elles étaient présentes chez tous les patients. Les adénopathies étaient de types mixtes, uniques ou multiples, de siège variable notamment axillaire, cervicale et inguinale.

A la biologie, un syndrome inflammation non spécifique a été trouvé chez 2 patients (66,6%) avec une C-réactive protéine élevée. Une anémie était présente dans un cas à l'hémogramme. Elle était normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 5,3g/dl. Le bilan rénal, hépatique et métabolique ne montrait aucune anomalie chez nos patients. De même, un bilan infectieux notamment l'ECBU et la sérologie syphilitique réalisé chez un cas était normal.

La recherche étiologique de l'ascite avait suscité la réalisation de nombreux examens complémentaires. La radiographie pulmonaire permettait d'observer une opacité du lobe inférieure gauche refoulant le cœur à droite. L'échographie abdominale révélait une hépatomégalie homogène avec une dilatation

des veines sus-hépatiques et plusieurs épanchements : intra péritonéal, pleural, péricardique. La tomomodensitométrie abdomino-pelvienne avait révélé des épanchements péricardique, pleural, et péritonéal, sans adénopathie profonde. L'échographie cardiaque confirmait l'épanchement péricardique de grande abondance sans signe de compression, une fraction d'éjection systolique des ventricules conservée. L'étude cytochimique des liquides d'épanchement séreux (ascite, plèvre, péricardique) montrait une hyper cellularité lymphocytaire et une réaction de Rivalta positive en faveur d'un exsudat (Tableau II). L'intradermoréaction à la tuberculine et le dosage de l'adénosine désaminase (ADA) dans le liquide d'ascite, pleural et péricardique étaient négatifs. De même, le sérodiagnostic du VIH et la recherche de l'antigène HBs étaient négatifs.

A l'immunologie, les anticorps antinucléaires, anti-DNA natifs et anti ECT à la recherche d'une maladie systémique auto immunes étaient négatifs.

Tableau II : Données cytochimiques et bactériologiques des liquides

Ponction séreuse	Ascite	Pleurale	Péricardique
Aspect liquide	Jaunâtre	Jaunâtre	Jaunâtre
Cytologie	Leucocytes : 10/mm ³ Lymphocytes: 90% Cellules malignes (-)	Leucocytes : 20/mm ³ Lymphocytes: 95% Cellules malignes (-)	Leucocytes : 10/mm ³ Lymphocytes:100% Cellules malignes (-)
Chimie	Protéines: 40,5g/l	Protéines: 43.30 g/l	Protéines : 39 g/l
Bactériologie	Mycobactéries négatives	Mycobactéries négatives	Mycobactéries négatives
Dosage ADA		Négatif	Négatif

La biopsie ganglionnaire était réalisée chez tous nos malades. Elle montrait des follicules lymphoïdes périphériques sans dépassement de la capsule ganglionnaire. L'étude immunohistochimique par les Lymphocytes CD68 montrait un marquage des cellules histiocytaires tant médullaires que corticales. Le marquage par la glycoprotéine CD1a était négatif. Le tout faisant évoquer une histiocytose de Rosai-Dorfman.

Au plan thérapeutique, 2 patients avaient bénéficié d'un traitement antituberculeux avant le diagnostic. Après confirmation, le traitement consistait à une chimiothérapie et/ou une corticothérapie.

Un protocole COP (Cyclophosphamide, Oncovin et Prednisone) a été administré pour un patient à raison de deux cures espacées de 10 jours. Chez le second patient, le traitement consistait à l'administration de 5 cures de Vincristine hebdomadaire et de

Vinblastine, deux semaines après la dernière cure de Vincristine, associée à une corticothérapie à dose dégressive. Ensuite, un traitement d'entretien avec de la Vinblastine toutes les 3 semaines fut maintenu pendant une durée d'un an.

Le traitement du dernier cas consistait en une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j associé à un immunosuppresseur Azathioprine (Imurel 100mg/j). Une fenêtré pleuropéricardique était associée à ce traitement dans le but de drainer l'épanchement péricardique récidivant par contiguïté dans la plèvre gauche.

L'évolution clinique a été favorable chez deux de nos malades après un recul respectif de 2 ans et 1 an marquée par une régression complète des adénopathies. L'évolution était défavorable chez la patiente ayant présenté une ascite. Celle-ci était réfractaire et on notait une aggravation profonde de



l'état général suivi de son décès à domicile dans un tableau clinique non documenté.

Discussion

Cette étude rétrospective réalisée au sein du service de médecine interne de l'Hôpital Régional de Thiès a permis de regrouper 3 dossiers de patients hospitalisés pour MRD durant la période d'étude.

Cette affection semble rare si on tient compte de sa fréquence dans le service (3 cas/7ans). La maladie de Rosai-Dorfman Destombes (MRDD) est une histiocytose non langerhansienne rare, bénigne [7]. A Thiès, seule une observation a fait l'objet d'une publication dans la revue africaine de médecine interne. Cependant, nos 3 observations constituent la première série rapportée dans la région.

Cette affection touche tous les âges avec un pic de fréquence à 20 ans [8]. C'est le cas dans notre série où la moyenne d'âge était de 21 ans avec des extrêmes de 19 ans et 26 ans. Cet âge moyen de 20 ans est retrouvé dans l'étude multicentrique de Cohen Aubart [9]. La maladie de Rosai Dorfman Destombes touche fréquemment l'adulte jeune mais peut se voir à tous les âges, du nourrisson à partir d'un an, de même que les sujets âgés comme en Chine où il y a une nette prédominance chez les sujets âgés [10]. Elle est peu décrite en Afrique au sud du Sahara. Quelques observations ont été rapportées au Sénégal [11-14], en Côte d'Ivoire [15] et au Gabon [3].

Le sex-ratio Homme/Femme était de 0.5 en faveur des femmes dans notre série. La maladie de Rosai Dorfman Destombes touche aussi bien l'homme que la femme avec une légère prédominance masculine et un sexe ratio de 3 H/2 F [8]. L'étude de Cohen Aubart et al., qui concernait 47 dossiers de patients nous retrouvions un rapport de 29 hommes sur 18 femmes [9], de même une étude faite en Chine rapportait un sexe ratio de 4H /1F [10]. Ceci confirme la prédominance masculine de cette affection.

L'interrogatoire nous a permis de déterminer à quel âge était apparu le premier signe de la maladie. Ce délai diagnostique était de 5 ans en moyenne.

Cliniquement, elle se présente souvent avec des adénopathies cervicales bilatérales indolores. Celles-ci, sont superficielles ou profondes. D'autres territoires ganglionnaires peuvent être atteints. Dans notre étude, tous les patients ont présenté des adénopathies. Elles étaient de types mixtes, uniques ou multiples, de siège variable notamment axillaire, cervicale et inguinale. Les localisations extra-ganglionnaires sont fréquentes et parfois révélatrices. Elles s'associent à l'atteinte ganglionnaire dans 43% des cas, mais elles peuvent être exceptionnellement isolées [16]. Cependant, le

diagnostic est souvent difficile et retardé quand ces atteintes révèlent la maladie [17]. Ce fut le cas chez une de nos patientes où le délai diagnostique était de 5 ans. En effet, chez elle, l'atteinte des séreuses était au premier plan pendant de longues années puis secondairement apparaissait l'adénopathie. Une localisation multifocale est aussi possible [18], comme en témoigne notre patiente (localisation péritonéale, pleurale, péricardique et ganglionnaire). En effet la présentation de la maladie de Rosai de Dorfman avec polysérite n'est que très rarement décrite dans la littérature. Parkash et al. [19] avaient relaté une observation semblable à la nôtre avec la présence d'une ascite dans un tableau d'adénopathies cervicales bilatérale ayant été prise au début pour une tuberculose puis un lymphome et c'est la biopsie ganglionnaire intraabdominale qui avait permis d'élucider le diagnostic. L'hépatosplénomégalie retrouvée chez nos deux derniers patients est une manifestation rarement retrouvées. Dans la littérature nous n'avons retrouvé qu'un seul cas d'hépatosplénomégalie isolée sans adénopathies, avant cela aucune observation concernant l'atteinte isolée de la rate et du foie sans adénopathies n'avait été décrite [20].

Il existe dans cette pathologie, des atteintes d'autres organes isolées, dites atypiques, qui représentent environ 30 à 40% des malades de Rosai Dorfman - Destombes [3], 30% dans l'étude de Cohen et al. et 37.6% dans l'étude Yu et al. Cela pourrait intéresser par ordre de fréquence, la peau, les os, le système nerveux, le système ORL et les yeux. D'autres localisations plus rares et isolées ont été décrites telles que l'atteinte thyroïdienne, rénale et digestives [21, 22]. Avec notre deuxième cas clinique, nous notons un élément qui nous a paru important de prêter une attention particulière, il s'agit de la dysthyroïdie que nous avons constatée chez cette dernière. En effet, des formes à localisation thyroïdienne ne sont pas si rares et ont été décrites dans la littérature, comme avec Bélembaogo et al. [3]. A côté de ces présentations dites typiques et atypiques il y a un troisième groupe représenté par les patients une forme associée à une auto-immune, hématologiques une néoplasique, ou associée à une autre histiocytose [9]. Ces derniers représentent environ 15% des patients présentant une maladie de Rosai Dorfman - Destombes [9]. En effet nous avons retrouvé dans nos recherches de nombreuses observations impliquant l'association de la maladie de Rosai-Dorfman avec une anémie hémolytique auto-immune qui peut être expliquée par une réponse immune anormale de l'hôte [23, 24, 25].

La biologie est dominée par une vitesse de sédimentation accélérée, une anémie hypochrome microcytaire et une hypergammaglobulinémie



polyclonale. La thrombopénie est inhabituelle [16]. Ce syndrome inflammatoire biologique est retrouvé dans un cas, contrairement aux deux autres patients qui n'ont pas eu de syndrome inflammatoire. Cette absence de syndrome inflammatoire est aussi notée avec les cas rapportés par Vuong et al. bien que ne concernant que les formes cutanées [26].

L'imagerie peut aider à accéder au diagnostic ou à trouver un site de biopsie [27]. Il est préférable d'effectuer une IRM ou une échographie chez l'enfant plutôt qu'une TDM ou un PET-CT pour éviter l'exposition aux rayonnements ionisants. Tandis que chez l'adulte un PET-CT est plus adéquat et plus performant pour la détection des lésions [28]. Cependant, dans nos régions à faible revenu, ces examens ne sont pas accessibles ce qui explique que la TDM est l'examen d'imagerie qui est le plus souvent effectué.

Le diagnostic de certitude de la MRDD est apporté par l'histologie chez tous nos patients. L'examen histologique montre une dilatation sinusale et la prolifération d'histiocytes dont le cytoplasme renferme de nombreux lymphocytes intacts ou empériplase caractéristique de la MRDD. L'étude immunohistochimique conforte le diagnostic et permet de distinguer la MRD de l'histiocytose langerhansienne. Les histiocytes de MRDD expriment la totalité des marqueurs panmacrophagiques (CD68, CD14, CD64, CD15) et la protéine S-100 alors que la glycoprotéine CD1a est négative [28].

A l'heure actuelle, aucun traitement n'a prouvé son efficacité à long terme. Toutefois, de nombreux moyens ont été utilisés : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie. Certains auteurs préconisent le traitement par les stéroïdes ou les immunosuppresseurs. Le traitement le plus utilisé est la corticothérapie, mais une corticodépendance est souvent observée. D'autres agents ont été utilisés sans grande efficacité [22]. Dans l'observation de Belembaogo [3], une chimiothérapie suivie d'une radiothérapie avait permis d'obtenir une réponse complète. La chirurgie n'est indiquée que dans les formes compressives ou dans un but esthétique avec un risque important de récurrence. Dans notre série, deux patients ont pu bénéficier d'une chimiothérapie avec un protocole CHOP, ce qui a permis une réduction de 75% des adénopathies. Ce même protocole avait été institué dans un cas dans l'étude de Kane [13], sans régression de la symptomatologie. Toutefois, la corticothérapie seule avait permis d'observer une bonne évolution clinique. En effet, dans la littérature la corticothérapie seule à dose de 1mg/kg/jr, utilisée dans les formes bénignes, non compliquées, est efficace [6].

L'évolution de la maladie de Rosai Dorfman Destombes est habituellement, spontanément favorable avec une mortalité ne dépassant pas 4% [29]. Chez nos patients nous avons observé une bonne évolution clinique avec une nette régression des symptômes bien que chez notre dernier cas clinique il y avait toujours la persistance de l'ascite ayant conduit à son décès quelques années après. L'évolution de cette dernière est similaire aux observations rapportées de Kondo, Padma et Parkash qui présentaient toutes un épanchement d'une ou de plusieurs séreuses et qui ont évoluées vers le décès de ces patients [19, 30]. Dans notre revue de la littérature l'évolution a été favorable chez la plupart des cas rapportés, seul un décès a été constaté chez les 47 patients étudiés par Aubart et al, à la suite d'une amylose rénale [9].

Conclusion

La maladie de Rosai Dorfman - Destombes est une entité histologique hétérogène, rare pouvant toucher plusieurs organes. Sa pathogénèse reste encore méconnue (dysfonctionnement immunitaires ?). Le siège ganglionnaire de cette pathologie est très difficile à diagnostiquer en milieu tropical du fait de sa rareté par probablement des moyens diagnostiques limités. Elle prête souvent à confusion dans ce milieu avec d'autres pathologies plus endémique telles la tuberculose ganglionnaire et les lymphomes d'où l'intérêt de la biopsie exérèse ganglionnaire systématique.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. El Asraoui L, Nakro D, Mouaden A et al. TEP-TDM au 18F-FDG et maladie de Rosai Dorfman : à propos de trois cas. *Médecine Nucléaire*. 2024 ; 48(2) : 114
2. Bernard F, Sarra N, Serre I et al. Histiocytose sinusale (maladie de Destombes-Rosai-Dorfman) révélée par une paraplégie. *Archives de pédiatrie*. 1999 ; 6(2) : 173-177
3. Bélembaogo E, Sanou S, Nzenze JR et al. Maladie de Rosai Dorfman. *Médecine d'Afrique Noire*. 1999 ; 46(2) : 123-124
4. Bouri M. Maladie de Rosai Dorfman : à propos d'une étude rétrospective de 17 cas. *Mémoire de certificat des études spécialisées, UCAD, Année 2020, NO 604*
5. Boukhar R, Somaï M, Aydi Z et al. Maladie de Rosai Dorfman dans un service de médecine interne : à propos de 6 cas. *La revue de médecine interne*. 2024 ; 45(1) : A168



6. Benacer S, Sayhi S, Guédiche NH et al. Maladie de Rosai Dorfman : à propos de deux cas. La revue de Médecine interne. 2023 ; 44(2) : A433
7. Diallo AB, Ndiaye M, Seck M et al. A case of Rosai-dorfman disease successfully treated by corticotherapy. Case Rep Hematol. 2024; 2024: 9965038
8. Galicier L, Boudoul D, Oksenhendler E et al. Histiocytose sinusale de Rosai Dorfman avec adénopathies massives. La presse médicale. 2017 ; 46(1) : 107-116
9. Cohen Aubart F, Haroche J, De Risi T et al. La maladie de Rosai Dorfman Destombes, une histiocytose inflammatoire polymorphe : étude phénotypique multicentrique de 47 patients. La Revue de Médecine Interne. 2015 ; 36(1) : A40-A41
10. Yu YB, Liu WP, Zuo Z, Tang Y et al. Maladie de Rosai Dorfman : étude clinico-pathologique, immunohistochimique et étiologique de 16 cas. Zhonghua bing Li Xue Zazhi. 2007 ; 36(1) : 33-8
11. Faye A, Sakho N F, Ndiaye F S D et al. Rosai-Dorfman Disease: Two Cases Report and Literature Review. Open Journal of Internal Medicine, 2015; 5: 15-9
12. Ndongo S, Ka MM, Pouye A et al. Syndrome de Rosai Dorfman Destombes à propos d'une observation : difficultés diagnostiques en milieu tropical. Med Trop 2008 ; 68 : 69-71
13. Kane BS, Dadié S, Ndiaye M et al. Maladie de Rosai Dorfman, à propos de trois observations. La revue de médecine interne. 2015 ; 36(1) : A149-A150
14. Diouf FN, Thiam L, Senghor S, Diallo MT. Difficultés Diagnostiques et Evolution en Milieu Tropical D'un Cas de Maladie de Destombes Rosai - Dorfman (DRD). European Scientific Journal. 2019 ; 15(36) : 167-172
15. Soubeyrand J, Cler M, Rain JD et al. Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy or the Destombes-Rosai-Dorfman disease in the Ivory Coast. Sem Hop 1984; 60: 1035-9
16. Laboudi A, Haouazine N, Benabdallah L et al. Maladie de Rosai-Dorfman révélée par une insuffisance rénale : à propos d'un cas. Néphrologie 2001 ; 22(2) : 53-56
17. Turkia H.B, Romdhane M. B, Azzouz H et al. La maladie de Rosai-Dorfman : à propos de deux observations. La Tunisie Médicale 2011 ; 89(5) : 497-501.15
18. Rada N, Bourrous M, Ghaim F. Le syndrome de Rosai Dorfman de l'enfant (à propos d'un cas). J. Tun ORL 2013 ; 29 : 63-65
19. Padma S, Sundaram PS, Baba KS. Unsuspected chylous ascitis in a asymptomatic case of Rosai-Dorfman disease. Clin Nucl Med. 2013; 38(5): 367-371
20. Ha H, Kim KH, Ahn YJ et al. A rare case of Rosai-Dorfman disease without lymphadenopathy. Korean J Intern Med. 2016; 31(4): 802-804
21. Noggle E, Ortanca I, Glazer ES et al. Synchronous colon and pancreatic Rosai Dorfman disease. The american surgeon. 2021; 87(3): 486-491
22. Mrad K, Charfi L, Dhouib R et al. La maladie de Rosai Dorfman extra-ganglionnaire : à propos d'une localisation thyroïdienne. Annales de pathologies. 2004 ; 25(5) : 446-449
23. Danisious T, Hettiarachchi M, Dharmadasa C et al. Rosai-Dorfman with renal involvement and associated autoimmune haemolytic anaemia in 12 years old girl: a case report. BMC Pediatr. 2020; 20(1): 470
24. Njoum Y, Abu-Hilal LH, Jabbarin F et al. Rosai-Dorfman disease presenting as autoimmune hemolytic anaemia in male child in palestine: a case report. Oxf Med Case Reports. 2023; 2023(7): omad078
25. Subhadarshani S, Kumar T, Arava S et al. Rosai-Dorfman disease with cutaneous plaques and autoimmune haemolytic anaemia. BMJ case Rep. 2019; 12(11): e231927
26. Vuong V, Moulounguet I, Cordoliani F et al. Maladie de Rosai Dorfman à révélation cutanée : 7 observations. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2013 ; 140(2) : 83-90
27. Synghol G, Bhavan R, Jain SK, Oza UD. Rosai-Dorfman in a symptomatic elderly man. Proc (Boyl Univ Med Cent). 2021; 35(1): 78-79
28. Hartman T, Solomon N, Lerner G et al. Rosai-Dorfman disease in a pediatric patient: imaging findings and pathology with a brief review of the literature. J Radiol Case Rep. 2023; 17(9): 1-14



29. Ben Thayar M, Helal I, Khanchel F et al.
La maladie de Rosai Dorfman: une entité
rare encore mal connu. La Revue de
Médecine Interne. 2021 ; 42(1) : A145-
A146

30. Kondo T, Akahashi M, Yamasaki G et al.
Autopsy case of Rosai-Dorfman
presenting as fibrinous pericarditis. Leg
Med (Tokyo). 2021; 48: 101812