



## Profil des myopathies inflammatoires idiopathiques dans le Service de Médecine Interne du CHU de Treichville à Abidjan

*Epidemiological, clinical, paraclinical, and evolutionary characteristics of idiopathic inflammatory myopathies in the internal medicine department of the Treichville University Hospital in Abidjan*

Konan Michel<sup>1</sup>, Abbe Fiacre<sup>1</sup>, Kouassi Lauret<sup>3</sup>, Ouattara Rokia<sup>1</sup>, Koffi Stéphane<sup>1</sup>,  
Lobah Yves<sup>2</sup>, Yapa Stéphane<sup>3</sup>, U. Acko<sup>2</sup>, Y. Binan<sup>2</sup>

1. Service de médecine Interne CHU de Treichville (Abidjan - Cote d'Ivoire)

2. Service de médecine Interne CHU d'Angré (Abidjan - Cote d'Ivoire)

3. Service de médecine interne CHU de Bouaké- Cote d'Ivoire

### Résumé

**Introduction :** Les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) constituent un groupe rare de maladies auto-immunes caractérisées par une inflammation musculaire. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des MII.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude longitudinale déroulée dans le service de Médecine Interne du CHU de Treichville du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2022 (11 ans) ; incluant les patients de tout âge, dont le diagnostic de MII était certain sur la base des résultats anatomopathologiques de la biopsie musculaire et/ou des autoanticorps spécifiques des myosites, ou probable selon les critères EULAR-ACR 2017.

**Résultats :** La prévalence hospitalière était de 0,33%. On notait une prédominance féminine (58,3%) et un âge moyen au moment du diagnostic de 40 ans (extrêmes 9 et 81 ans). Les principales atteintes étaient cutanéomuqueuses (100%) et musculaire (83,3%). Un syndrome myogène (58,3%) et des signes évocateurs à l'IRM musculaire (41,7%) avaient été retrouvés. La biopsie musculaire et les auto-anticorps des myosites retrouvaient principalement un syndrome des anti-synthétases (41,7%) et une dermatomyosite (33,3%). La corticothérapie (100%) associée à un immunosuppresseur (75%) constituait la thérapeutique. La mortalité (25%) était causée par les troubles respiratoires et un sepsis sévère.

**Conclusion :** Les MII bien que rare, existe en Côte d'Ivoire. La mortalité reste élevée et est dominée par les troubles respiratoires malgré la corticothérapie associée souvent à des immunosuppresseurs.

**Mots clés :** Myopathies Inflammatoires Idiopathiques  
Mortalité - Médecine Interne CHU Treichville

### Summary

**Introduction:** Idiopathic inflammatory myopathies (IIM) are a group of rare autoimmune diseases that share the common feature of muscle inflammation. The objective was to study the epidemiological, clinical, paraclinical, and evolutionary characteristics of IIM.

**Materials and methods:** This is a longitudinal study conducted in the Internal Medicine Department of the Treichville University Hospital from January 1<sup>st</sup>, 2012, to December 31<sup>st</sup>, 2022 (11 years); It included patients of all ages with a definite diagnosis of IIM based on the pathological results of muscle biopsy and/or autoantibodies specific to myositis, or a probable diagnosis according to the 2017 EULAR-ACR criteria.

**Results:** The hospital prevalence was 0.33%. There was a predominance of females (58.3%) and a mean age at diagnosis of 40 years (range 9 to 81 years). The main manifestations were cutaneous-mucosal (100%) and muscular (83.3%). Myogenic syndrome (58.3%) and suggestive signs on muscle MRI (41.7%) were found. Muscle biopsy and myositis autoantibodies mainly revealed anti-synthetase syndrome (41.7%) and dermatomyositis (33.3%). Treatment consisted of corticosteroid therapy (100%) combined with an immunosuppressant (75%). Mortality (25%) was caused by respiratory disorders and severe sepsis.

**Conclusion:** Although rare, IIM does exist in Ivory Coast. Mortality remains high and is dominated by respiratory disorders despite corticosteroid therapy often combined with immunosuppressants.

**Keywords:** Idiopathic Inflammatory Myopathies – Mortality – Internal Medicine, Treichville University Hospital.



## Introduction

Les myopathies sont un ensemble de maladies caractérisées par une faiblesse musculaire non secondaire à une atteinte neurologique. Elles sont d'étiologies diverses ; la majorité est d'origine héréditaire. Les myopathies acquises sont d'origine toxique, infectieuse, endocrinienne ou auto-immune. C'est dans ce dernier groupe que sont décrites les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII). Les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) font partie des affections très rares ((10/100000 par an) du grand groupe des connectivites (1) .

Grâce à la nouvelle classification de l'European Neuromuscular Center (ENMC) [2] et par la détection d'autoanticorps des myosites [3] , les MII ont été classé en cinq sous-groupes principaux : la dermatomyosite (DM), la myopathie nécrosante auto-immune (MNAI), le syndrome des antisynthétases (SAS), la myosite à inclusions (MI) et la myosite de chevauchement (OM) [4, 5].

Les MII sont des maladies auto-immunes peu diagnostiquées en Afrique subsaharienne et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. Elles demeurent des pathologies très invalidantes responsables d'une morbi-mortalité importante avec un outil diagnostique (IRM, biopsie laboratoire spécialisé) qui reste toujours difficilement accessible dans notre contexte de travail. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives des myopathies inflammatoires idiopathiques afin d'optimiser la prise en charge de nos patients.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de Médecine Interne du CHU de Treichville, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2022. Ont été inclus les patients de tout âge présentant une MII certaine (biopsie musculaire et/ou auto-anticorps

spécifiques) ou probable selon les critères EULAR-ACR 2017. N'ont pas été inclus les dossiers incomplets.

Pour chaque patient, les données démographiques, cliniques, électroneuromyographiques, d'imagerie par résonance magnétique (IRM) musculaire, histologiques (biopsie), immunologiques (auto-anticorps spécifiques et associés), thérapeutiques et évolutives ont été recueillies au moyen d'une fiche standardisée dans le registre de consultation, dans le respect de la confidentialité.

Les diagnostics ont été retenus selon [2-4, 6] :

- DM : Lésions cutanées + biopsie + Auto Ac (anti-Mi2, anti-MDA5, anti NXP2 ou anti-TIF1 $\gamma$ )
- MNAI : Biopsie + Auto Ac (anti-SRP ou anti-HMGCR)
- SAS : Biopsie + Auto Ac (anti-Jo1, anti PL7, anti PL12)
- MI : Biopsie
- OM : Myosite + connectivites

Les données ont été saisies dans une base Excel puis analysées à l'aide d'un logiciel SPSS version 26. L'étude étant descriptive, aucun test statistique n'a été effectué. Il a été procédé à des calculs de fréquence pour chacune des modalités des variables étudiées.

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été préservés par l'attribution d'un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête.

## Résultats

Douze cas de MII ont été colligés sur 3589 patients soit une prévalence hospitalière de 0,33%. On dénombrait sept femmes (58,3%) et cinq hommes (41,7 %), soit un sex-ratio H/F de 0,71. La tranche d'âge [35 à 44 ans] était la plus représentée (42%) et l'âge moyen au moment du diagnostic était de 40 ans avec des extrêmes de 9 et 81 ans.

**Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et du sexe**

Tranche d'âge (année)	Effectif	Pourcentage (%)
Inférieur à 15 ans	01	08,3
[15 – 24 ans]	01	08,3
<b>[35 – 44 ans]</b>	<b>05</b>	<b>41,7</b>
[45 – 54 ans]	03	25,0
[55 – 64 ans]	01	08,3
Supérieur à 64 ans	01	08,3
Sexe		
Masculin (M)	05	41,7
Féminin (F)	07	58,3

Les motifs d'admission les plus retrouvés étaient l'érythème liliacé des paupières (41,7%) et les myalgies (25%).

L'atteinte cutanéomuqueuse existait dans 100% des cas et était dominée par l'érythème liliacé des

paupières (75%), le signe de la manucure (41,7%), les papules de Gottron (16,7%). Un syndrome de Raynaud a été retrouvé dans 16,7% des cas. Dix (10) patients (83,3%) avaient une atteinte musculaire avec un déficit proximal dans 58,3% des



cas et des myalgies diffuses dans 25% des cas. Une atteinte articulaire à type de polyarthralgie était constatée chez 9 patients (75%). Une pneumopathie infiltrante diffuse était présente chez 7 patients (58,3%) et quatre (04) patients soit 33% avaient une

dysphagie. Au cours du suivi, 2 patients (16,7%) avaient présenté une atteinte neurologique (coma, crises convulsives) et 3 patients (25%) avaient une atteinte cardiovasculaire (1 cas de péricardite et 2 cas d'extrasystole ventriculaire).

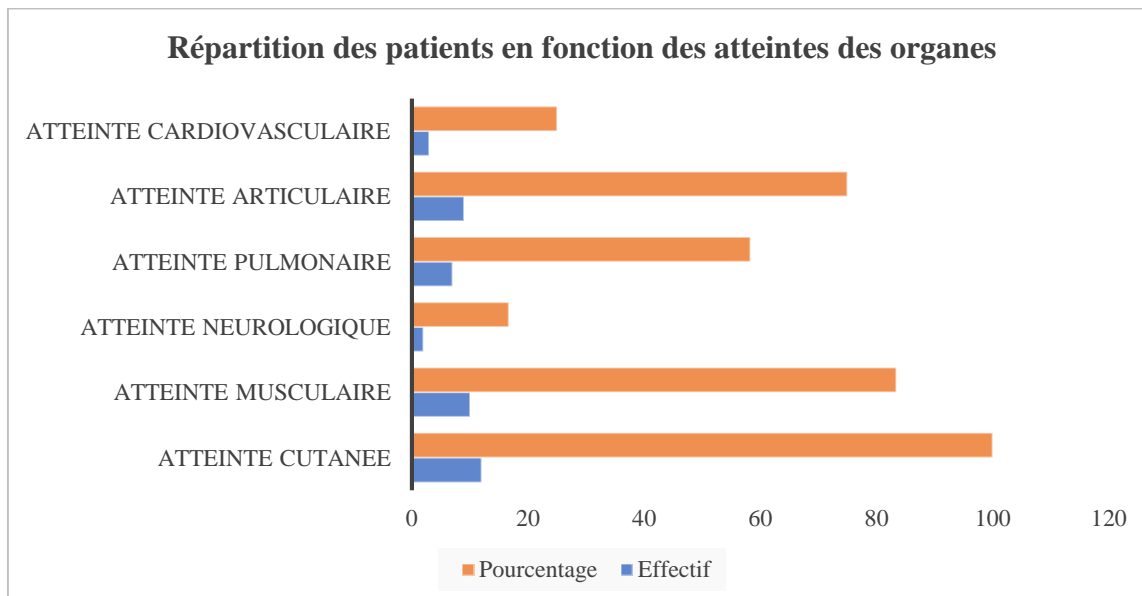


Figure 1 : Répartition des patients en fonction des atteintes des organes

L'électroneuromyogramme (ENMG) a permis de mettre en évidence un syndrome myogène chez 7 patients (58,3%), un syndrome neurogène dans 1 cas (08,3%) et un tracé normal chez 4 patients (33,3%). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) musculaire faite chez 5 patients (41,7%) affichait des signes évocateurs et a permis la réalisation de la biopsie musculaire chez ses 5 patients. Un auto-anticorps spécifique des myosites a été retrouvé chez 11 patients (91,7%) et ENA chez 10 patients (83,3%).

Les signes cliniques et paracliniques ont permis de mettre en évidence :

- 5 cas de syndrome des anti-synthétases SAS (41,7%) dont 3 cas de SAS Jo1 (25%) et 2 cas de SAS PL12 (16,7%)
- 4 cas de dermatomyosite DM (33,3%) dont 2 cas de DM à MDA5 (16,7%), 1 cas de DM NXP2 (08,3%) et 1 cas de DM à Ac non spécifique
- 2 cas de syndrome de chevauchement MC dont 1 cas de SAS PL7 associé LED et 1 cas de SAS PL12 associé à un syndrome de Gougerot Sjogren ;
- 1 cas de myopathie nécrosante auto-immune (08,3%).

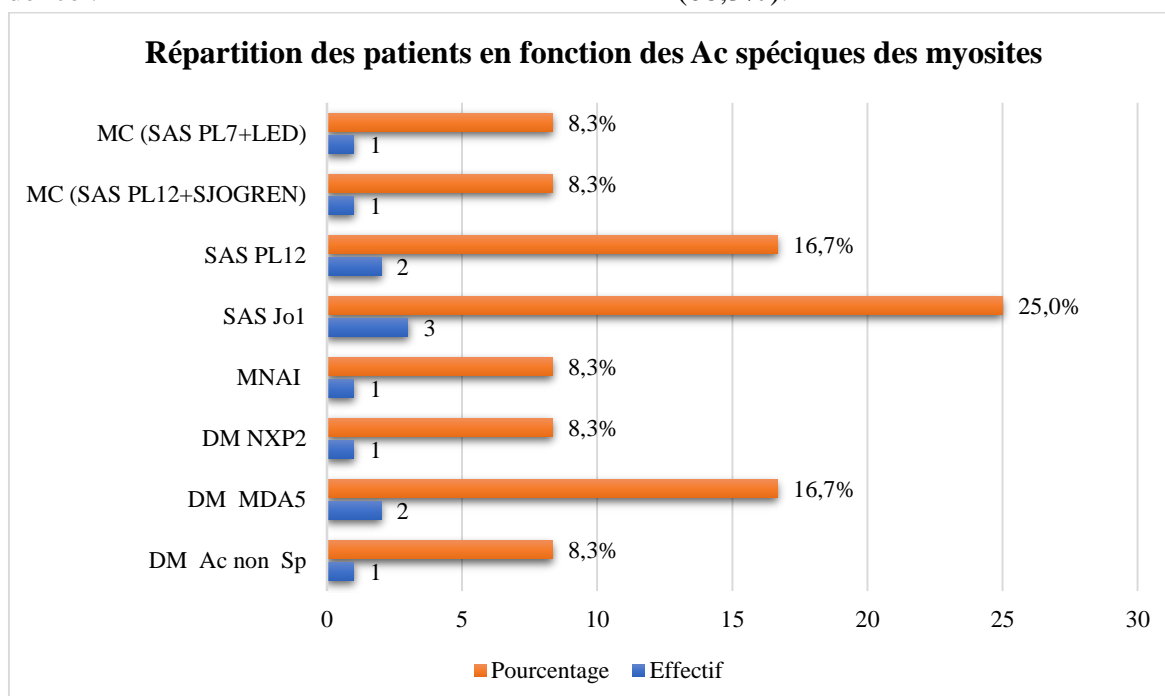
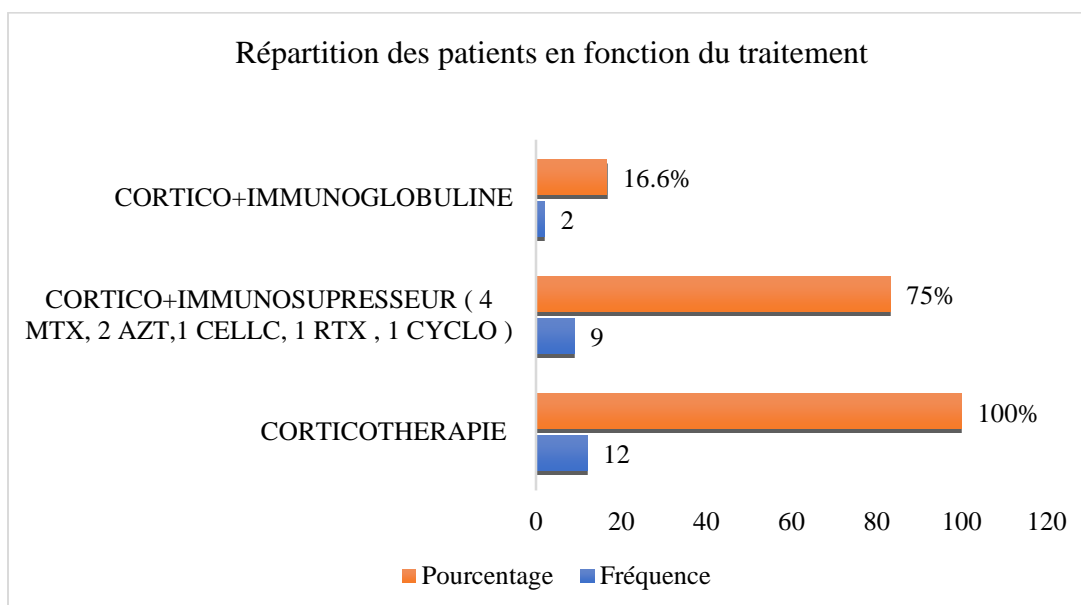


Figure 2 : Répartition des patients en fonction des Ac spécifiques des myosites

Un immunosuppresseur a été utilisé dans 75% des cas dont le Méthotrexate (44,4%) ; l'Azathioprine (22,2%) ; le Mycophénolate mofetil (11,1%) ; la

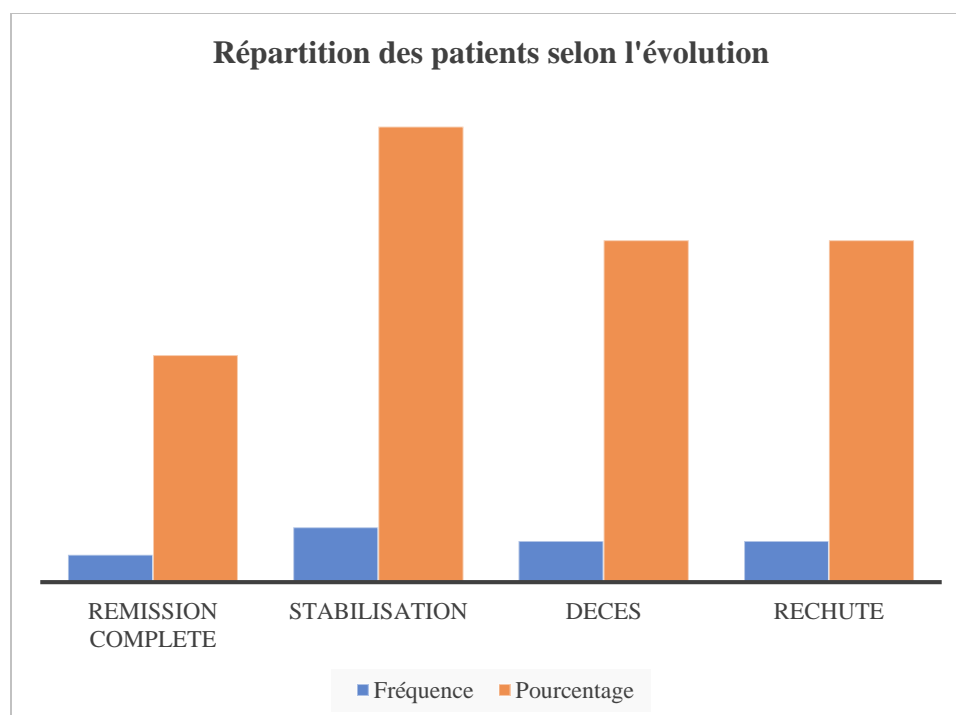
Cyclophosphamide (11,1%) et le Ritixumab (11,1%). Nous avons eu recours à l'immunoglobuline en IV chez 2 patients (16,7%).



**Figure 3 : Répartition des patients en fonction du traitement**

L'évolution était favorable dans 75% des cas avec 2 cas de rémission complète (16,7%) ; 4 cas de stabilisation (33,3%) et 3 cas de rechute (25%)

(Figure 4). La mortalité était de 25%, causée par des troubles respiratoires et un sepsis sévère.



**Figure 4 : Répartition des patients selon l'évolution après traitement**

### Discussion

La prévalence des MII dans notre étude était de 0,33%. Ce sont des maladies rares dont l'incidence annuelle est de 5 à 10 cas par million d'habitants. La prévalence est de 6 à 7 cas pour 100 000 personnes. Une prédominance féminine a été observée comme dans toutes les études retrouvées dans la littérature [4, 7, 8]. Cela pourrait être dû à l'influence des hormones féminines sur le système immunitaire.

L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic est superposable à celui des pays d'Afrique subsaharienne [7] et plus jeune que celui des patients du Maghreb [9]. Cette différence d'âge s'expliquerait par la forte population jeune que

constitue la Côte d'Ivoire ainsi que les pays d'Afrique subsaharienne.

Chez nos patients, aucun antécédent de MAI n'a été trouvé. Les principaux motifs d'admission étaient les signes extra-musculaires à type d'érythème liliacé des paupières (41,7%) et les myalgies (25%), tout comme dans l'étude de Y Allenbach [10]. Cela parce que la faiblesse musculaire a probablement été prise pour une fatigue, compte tenu, du biais de subjectivité inhérent à l'examineur. Les signes dermatologiques retrouvés dans 100% des cas étaient dominés par l'érythème liliacé des paupières (75%) et le signe de la manucure (41,7%) suivit des signes musculaires rencontrés dans 83,3% avec un déficit proximal



(58,3%) et des myalgies diffuses (25%) ; l'atteinte articulaire à type de polyarthralgie inflammatoire était prédominante dans 75% des cas ; une pneumopathie infiltrante diffuse était présente dans 58,3% des cas ; l'atteinte digestive a été retrouvée chez 33,3% de nos patients ; l'atteinte cardiovasculaire était retrouvée dans 25% des cas ; le syndrome sec oculaire, le phénomène de Raynaud et la paresthésie ont été retrouvés dans 16,7% des cas. Nos résultats demeurent superposables à ceux de la littérature [9] mais différent dans leur prédominance. La supériorité des atteintes chez nos patients peut être expliquée par le retard diagnostique dû au biais de référence hospitalière et aussi à nos croyances socioculturelles.

Le taux de CPK était élevé chez la majorité de nos patients comme dans la littérature. Des signes évocateurs de myopathies inflammatoires ont été retrouvés à l'ENMG (58,3%), l'IRM (41,7%) et la biopsie musculaire (16,7%) dans de faibles proportions contrairement aux pays du Maghreb [9]. Ce faible taux de réalisation des examens peut s'expliquer par la non-disponibilité de ces explorations dans la majorité de nos centres publics et privés ainsi que leur coût élevé et plus particulièrement dans notre centre d'étude. Le bilan immunologique réalisé chez tous nos patients (100%) a mis en évidence des auto-anticorps spécifiques des myosites (ASM) positif dans 91,7% des cas avec une prédominance des Ac anti Jo1 (25%) ; des Ac anti PL12 (25%) et des Ac anti MDA5 (16,7%). Nos résultats corroborent les données de la littérature [4, 11, 12]. Ce grand pourcentage de positivité des auto-anticorps spécifiques des myosites dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que nos patients nous parviennent à un stade avancé de la maladie.

Dans notre étude, nous avons retrouvé une prédominance du SAS (41,7%) suivi de la dermatomyosite (33,3%). Nos résultats sont similaires à ceux des pays d'Afrique subsaharienne [13] mais différent de ceux des pays occidentaux [4, 12]. Cette différence pourrait s'expliquer par la région et la race des populations d'étude. Un seul cas de néoplasie sous-jacente (adénocarcinome du colon) était observée sur une dermatomyosite. Notre résultat est similaire aux données de la littérature [13]. En effet, la présence d'anticorps anti-SAE1, d'anticorps anti-TIF1- $\gamma$  et anti-NXP2 sont tous associés à un risque accru de cancer chez les patients atteints de MII [14]. Le lupus érythémateux systémique (08,3%) le syndrome de Gougerot Sjögren (08,3%) était les connectivites associées aux myosites dans notre étude.

La corticothérapie à forte dose (1mg/kg/j) ou en bolus était utilisée en première intention chez tous

nos patients, comme dans toute la littérature [13, 15]. Elle constitue la pierre angulaire du traitement. A cela s'associait un immunosuppresseur dans 75% des cas dont le Méthotrexate (44,4%) suivit de l'Azathioprine (22,2%) ; Mycophénolate mofetil (11,1%), la Cyclophosphamide (11,1%) et le Ritixumab (11,1%) soit dans les formes réfractaires, soit à visée d'épargne cortisonique contrairement à la littérature [16].

L'évolution était favorable dans 75% des cas avec 2 cas de rémission complète (16,7%) ; 4 cas de stabilisation (33,3%) et 3 cas de rechute (25%) avec une mortalité de 25% causée par des troubles respiratoires et un sepsis sévère. Nos résultats différent de ceux de Toujani [9]. La mortalité élevée dans notre étude s'expliquerait par le retard ou le diagnostic tardif, la non-accessibilité de l'immunoglobuline en routine à tous à cause du coût élevé, rendant le traitement plus difficile et augmentant le risque de complications.

### Conclusion

Les myopathies inflammatoires idiopathiques bien que rares, existe en Côte d'Ivoire et ne doivent pas être méconnues. Malgré le traitement intensif par des corticoïdes associés à des immunosuppresseurs ; ces pathologies sont souvent invalidantes et à l'origine d'une importante morbidité et mortalité assombrissant le pronostic. Il convient d'en faire un diagnostic précoce et de mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires pour la prise en charge les maladies systémiques en général.

**Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.**

### REFERENCES

1. Malik A, Hayat G, Kalia JS, Guzman MA. **Idiopathic Inflammatory Myopathies: Clinical Approach and Management.** *Front Neurol.* 2016; 7: 64
2. Hoogendijk JE, Amato AA, Lecky BR, Choy EH, Lundberg IE, Rose MR et al. **119th ENMC international workshop: Trial design in adult idiopathic inflammatory myopathies, with the exception of inclusion body myositis, 10–12 2003, Naarden, The Netherlands.** *Neuromuscul Disord.* 2004; 14(5): 337-45
3. Malaviya AN, Bhalla S, Verma S, Kapoor S. **Recent Advances in Idiopathic Inflammatory Myopathies (IIM) - Rapid Discoveries of Myositis-specific Antibodies (MSAs) and Myositis-Associated Antibodies (MAAS) - Moving**



- Towards « Precision Medicine ». *J Assoc Physicians India*. 2019; 67(4): 68-73
4. Mariampillai K, Granger B, Amelin D, Guiguet M, Hachulla E, Maurier F et al. Development of a New Classification System for Idiopathic Inflammatory Myopathies Based on Clinical Manifestations and Myositis-Specific Autoantibodies. *JAMA Neurol*. 2018; 75(12): 1528-37
  5. Tanboon J, Uruha A, Stenzel W, Nishino I. Where are we moving in the classification of idiopathic inflammatory myopathies? *Curr Opin Neurol*. 2020; 33(5): 590-603
  6. Troyanov Y, Targoff IN, Tremblay JL, Goulet JR, Raymond Y, Sénécal JL. Novel Classification of Idiopathic Inflammatory Myopathies Based on Overlap Syndrome Features and Autoantibodies: Analysis of 100 French Canadian Patients. *Medicine (Baltimore)*. 2005; 84(4): 231
  7. Mbacké SS, Kane BS, Gaye NM. Aspects épidémiologiques, diagnostiques des Myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) immunologiquement par « DOT Myosite » et/ou histologiquement typés au Sénégal. *Rev Neurol (Paris)*. 2023 ; 179 : S163
  8. Selva-O'Callaghan A, Trallero-Araguás E, Martínez MA, Labrador-Horrillo M, Pinal-Fernández I, Grau-Junyent JM et al. Inflammatory myopathy: diagnosis and clinical course, specific clinical scenarios and new complementary tools. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015 ; 11(6) : 737-47
  9. Toujani S, Ben Salem T, Ben Ghorbel I, Abdelkafi C, Hamzaoui A, Khanfir M et al. Les myopathies inflammatoires auto-immunes : à propos de 40 cas. *Rev Médecine Interne*. 2015 ; 36 : A167-8
  10. Allenbach Y, Benveniste O. Polymyosites, dermatomyosites et autres myopathies inflammatoires idiopathiques. *EM Consult* 2014. 14-245-B-50.
  11. Srivastava P, Dwivedi S, Misra R. Myositis-specific and myositis-associated autoantibodies in Indian patients with inflammatory myositis. *Rheumatol Int*. 2016; 36(7): 935-43
  12. Zampeli E, Venetsanopoulou A, Argyropoulou OD, Mavragani CP, Tektonidou MG, Vlachoyiannopoulos PG et al. Myositis autoantibody profiles and their clinical associations in Greek patients with inflammatory myopathies. *Clin Rheumatol*. 2019; 38(1): 125-32
  13. Mbacké SS, Kane BS, Gaye NM. Aspects épidémiologiques, diagnostiques des Myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) immunologiquement par « DOT Myosite » et/ou histologiquement typés au Sénégal. *Rev Neurol (Paris)*. 2023; 179: S163
  14. Yang H, Peng Q, Yin L, Li S, Shi J, Zhang Y et al. Identification of multiple cancer-associated myositis-specific autoantibodies in idiopathic inflammatory myopathies: a large longitudinal cohort study. *Arthritis Res Ther*. 2017; 19(1): 259
  15. Coulibaly Y, Aboubakar B, Kpami YNC, Kevin KBN, Ouattara B, Mermoz DKJ et al. Caractéristiques des myopathies inflammatoires vues en rhumatologie au chu de Cocody. *Dakar Med*. 2025 ; 69(1) : 169
  16. Meyer A. Les actualités sur les myopathies inflammatoires. *Rev Rhum*. 2023 ; 90(6) : 777-85