

Présentation du Volume 12 de la Revue Africaine de Médecine Interne
Overview of Volume 12 of the RAFMI (Revue Africaine de Médecine Interne)

Pr Madoky Magatte DIOP
Rédacteur en Chef

Ce volume couvre une variété de sujets essentiels dans le vaste domaine de la Médecine Interne, y compris, donc, les maladies auto-immunes, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires et d'autres conditions médicales spécifiques à divers contextes africains. Il est structuré en deux numéros, contenant des articles originaux et également des parcours diagnostiques trompeurs, d'une riche diversité géographique. Ces cas cliniques se concentrent sur des étiologies complexes et des défis médicaux. Ainsi, les pays concernés par ces productions scientifiques sont le Cameroun, le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée (Conakry), le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo.

Les thèmes concernent principalement des anomalies du métabolisme glucidique et leur impact sur le risque cardiovasculaire, sur la sphère ORL (avec le pernicious SAOS ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil), la survenue de l'insuffisance rénale, et par conséquent l'opportunité de l'éducation thérapeutique et de la contraception dans leur cadre. Les hémorragies périnatales et l'anémie ont été traitées, ainsi que la problématique des néoplasies et infections. Les articles ont également impliqué le contexte de travail libéral, ainsi que la qualité de vie des patients ayant d'autres problèmes endocriniens.

En résumé, le volume 12 de la *Revue Africaine de Médecine Interne* illustre l'engagement croissant des chercheurs et praticiens africains pour relever les défis sanitaires au niveau continental. Les travaux présentés offrent une plateforme cruciale pour le partage des connaissances et l'amélioration des pratiques cliniques en Afrique.

BONNE LECTURE

This volume covers a variety of essential topics in the broad field of internal medicine, including autoimmune diseases, metabolic disorders, cardiovascular diseases, and other medical conditions specific to various African contexts. It is structured in two issues, featuring original articles and diagnostic case studies with a rich geographical diversity. These clinical cases focus on complex aetiologies and medical challenges. The countries covered by these scientific publications are Cameroon, Senegal, Benin, Burkina Faso, Guinea (Conakry), Mali, Ivory Coast, Niger, and Togo.

The topics mainly concern carbohydrate metabolism abnormalities and their impact on cardiovascular risk, ENT issues (including the harmful OSAS or obstructive sleep apnea syndrome), the onset of kidney failure, and therefore the opportunity for therapeutic education and contraception within their framework. Perinatal haemorrhages and anaemia were addressed, as well as the issue of neoplastic and infectious conditions. The publications also covered the context of private practice, as well as the quality of life of patients with other endocrine problems.

In summary, volume 12 of the RAFMI illustrates the growing commitment of African researchers and practitioners to addressing continental health challenges. The presented studies offer a crucial platform for knowledge sharing and improvement of clinical practices in Africa.

HAPPY READING

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Anomalies du métabolisme glucidique et risque cardiovasculaire chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun** 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. **Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis** 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. **Effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'évolution du diabète de type 2 chez les patients suivis à Parakou en 2023** 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. **Anémie sévère en Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. **Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal** 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. **Evaluation du profil tensionnel par mesure ambulatoire de la pression artérielle chez une population apnéique** 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. **Dyslipidémie chez les patients diabétiques de type 2 à Conakry** 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. **Covid Long : Aspects cliniques et paracliniques** 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goïta IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. **Association entre maladies rénales et parodontites : revue systématique de la littérature de 2010 à 2022** 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. **L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie** 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. **Facteurs de décompensations aiguës du diabète à l'Hôpital Régional de Conakry** 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. **Early experience of penile prosthesis for erectile dysfunction in Senegal** 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CAS CLINIQUES

13. **Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature** 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. **Tuberculose péritonéale simulant une néoplasie avancée ovarienne chez la femme : difficulté diagnostique et apport de la coelioscopie : à propos de 5 observations** 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. **Quand l'histologie fait défaut : deux cas de cancer papillaire de la thyroïde révélés huit ans après thyroïdectomie** 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. **Cancer thyroïdien sur un goitre plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas** 118-125
Kouassi L, Toure KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. *Glucose metabolism abnormalities and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus followed at the Yaoundé Central, Cameroon* 5-13
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. *Evaluation of cardiovasculaire risk and subclinical athrosclerosis during rheumatoid arthritis in Saint-Louis* 14-20
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. *Effects of a therapeutic education program on the outcome of type 2 diabetes in patients monitored in Parakou in 2023* 21-26
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. *Severe anemia in Internal Medicine at the Ouahigouya Regional University Hospital Center* 27-34
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. *Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal* 35-41
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. *Evaluation of blood pressure profile by ambulatory blood pressure measurement in a population with sleep apnea* 42-49
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. *Dyslipidemia in type 2 diabetic patients in Conakry* 50-57
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. *Long Covid: clinical and paraclinical aspects* 58-62
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goita IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. *Association between kidney disease and periodontitis: systematic review from 2010 to 2022* 63-76
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. *Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life* 77-84
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. *Factors of acute decompensation of diabetes at the Conakry Regional Hospital* 85-92
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. *Expérience initiale de la prothèse pénienne pour dysfonctionnement érectile au Sénégal* 93-99
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

CLINICAL CASES

13. *Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature* 100-104
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. *The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia* 105-111
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébéogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. *When histology is lacking: two cases of papillary thyroid cancer revealed eight years after thyroidectomy* 112-117
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. *Thyroid cancer on a dipping goiter in an age subject: about a case* 118-125
Kouassi L, Touré KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B



Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature

Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature

Diallo BM¹, Ndour JND², Sow K³, Faye FA⁴, Dieye I¹, Mamoudou BN⁵, Nandong N⁵, Sow A¹, Guèye AD⁵, Berthé A⁵, Touré PS¹, Diop MM⁵, Ka MM⁵

1. Service de médecine interne, hôpital Abdou Aziz Sy, Tivaouane
2. Service de médecine interne, centre de santé Mamadou Diop, Dakar
3. Service de médecine interne, hôpital Saint Jean de Dieu, Thiès
4. Service de médecine interne, hôpital régional de Diourbel, Diourbel
5. Service de médecine interne, centre hospitalier Akhmadou Sakhir Ndiéguene, Thiès

Auteur correspondant : Bachir Mansour Diallo / E-mail : bmd25@outlook.fr

Résumé

Introduction : Le syndrome des antiphospholipides est une affection grave au pronostic sombre. Il entraîne des thromboses artérioveineuses qui peuvent récidiver dans le temps. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 33 ans suivie pour une embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 33 ans aux antécédents de péricardite avec épanchement récidivant depuis 4 ans avec deux ponctions évacuatrices documentées. Elle a présenté une douleur thoracique **aiguë** en avril 2024 ayant motivé une hospitalisation. Une embolie pulmonaire a été objectivée. L'échographie doppler veineuse était normale. L'exploration étiologique a révélé une persistance du lupus anticoagulant circulant évoquant un syndrome des antiphospholipides. Les autres analyses étaient non contributives, notamment les auto-anticorps et la recherche d'infections. La patiente a été mise sous héparine de bas poids moléculaire avec un relais par acénocoumarol ½ comprimé par jour. Une bonne évolution clinique a été observée.

Conclusion : Le pronostic peut être redoutable lors du syndrome des antiphospholipides, ce qui implique une bonne sensibilisation des populations et des praticiens à la reconnaissance des manifestations cliniques.

Mots clés : **antiphospholipide - lupus anticoagulant - thrombo-embolie.**

Summary

Introduction: Antiphospholipid syndrome is a serious condition with a poor prognosis. It leads to arteriovenous thrombosis which may recur over time. We report the case of a 33-year-old female patient followed for pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome.

Observation: This is a 33-year-old patient with a 4-year history of recurrent pericarditis with effusion and two documented evacuation punctures. She presented with acute chest pain in April 2024, requiring hospitalisation. A pulmonary embolism was identified. Doppler ultrasound of the limbs was normal. Aetiological investigation revealed persistent circulating anticoagulant lupus, suggestive of antiphospholipid syndrome. Other tests were non-contributory, in particular autoantibodies and tests for infections. The patient was started on low molecular weight heparin, followed by acenocoumarol ½ tablet daily. Good clinical progression was observed.

Conclusion: Antiphospholipid syndrome can have a dreadful prognosis. This means that the general public and medical practitioners need to be made aware of the clinical manifestations.

Keywords: **antiphospholipid - lupus anticoagulant - thromboembolism.**



Introduction

Le syndrome des antiphospholipides est une maladie auto-immune chronique associée à un fort risque de thromboses artérioveineuses et parfois à une morbidité obstétricale. Il est caractérisé par la présence d'anticorps antiphospholipides ou certaines protéines liées aux phospholipides [1]. Cette affection est rare, peu décrite en Afrique subsaharienne. Le diagnostic est difficile et insidieux mais **facilité** par la combinaison de signes cliniques et biologiques en accord aux nouveaux **critères** de classification [2, 3]. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 33 ans, suivie depuis 4 ans pour des épisodes de péricardite avec épanchement associant une embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides.

Observation

C'est une patiente de 33 ans, IIIIGIIP avec une mort foetale, sans notion de contagé tuberculeux, sans terrain de rétrovirose, qui a été suivie depuis 2020 en cardiologie pour des épisodes d'épanchement péricardique récidivant. Elle a présenté 4 épisodes de douleur basithoracique ayant motivé une hospitalisation. Il s'agissait d'une douleur irradiant au dos et au membre supérieur **gauche** avec une recrudescence nocturne, aggravée par l'inspiration profonde. Plusieurs hospitalisations ont été notifiées depuis 2020. Deux ponctions péricardiques évacuatrices ont été faites ramenant un liquide jaune citrin. Les explorations des liquides d'épanchement étaient revenues en faveur d'un liquide inflammatoire exsudatif. Le geneXpert sur le liquide péricardique était négatif. L'étude anatomopathologique n'avait pas retrouvé de cellules malignes. La patiente a été mise sous

forte dose de acetyl salicylique 1000mg par jour avec de la colchicine 1mg/j. Il s'en suivait une bonne évolution clinique et échographique. Mais nous avons observé une persistance et récurrence de la douleur thoracique. Elle a présenté d'autres épisodes de polyarthralgie inflammatoire intéressant les genoux et les épaules sans aphtose ni asthénie physique. Elle a présenté en 2024 un épisode de douleur thoracique **aiguë** avec détresse respiratoire qui a motivé une consultation dans une structure de santé. La biologie révélait une anémie normocytaire. Les plaquettes et leucocytes étaient sans anomalie. La C-reactive protéine et la ferritine étaient normales. Les Ddimères étaient augmentées. La radiographie thoracique fait antérieurement révélait une cardiomégalie. L'angioscanner révélait une embolie de l'**artère** pulmonaire droite et sous segmentaire en posterobasale droite sans signe de complication (**figures 1, 2**). Des explorations étiologiques ont été initiées. La recherche de thrombophilie constitutionnelle était non contributive, notamment les protéines S, C, la mutation du facteur V de Leiden, l'antithrombine III, le **fibrinogène**. Les anticorps anticardiolipines, antiglycoprotéine (IgG et IgM) étaient négatifs. Le lupus anticoagulant circulant était positif. Le contrôle fait trois mois plus tard révélait la persistance de l'anticoagulant circulant de type lupique. Les anticorps antinucléaires, le facteur rhumatoïde, les anticorps anti CCP étaient négatifs. Un syndrome des anticorps antiphospholipides primitif a été retenu. La patiente a été mise sous traitement anticoagulant (héparine de bas poids moléculaire) puis **acénocoumarol (4mg)** ½ comprimé par jour. Nous avons observé une bonne évolution clinique.

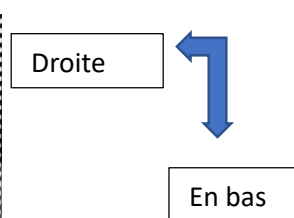
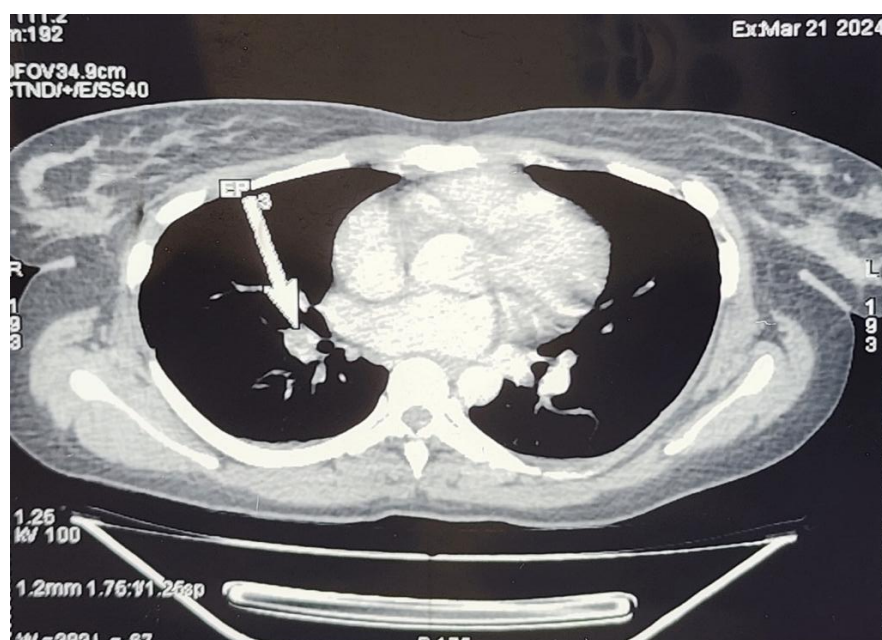


Figure 1 : Embolie pulmonaire proximale droite en coupe coronale

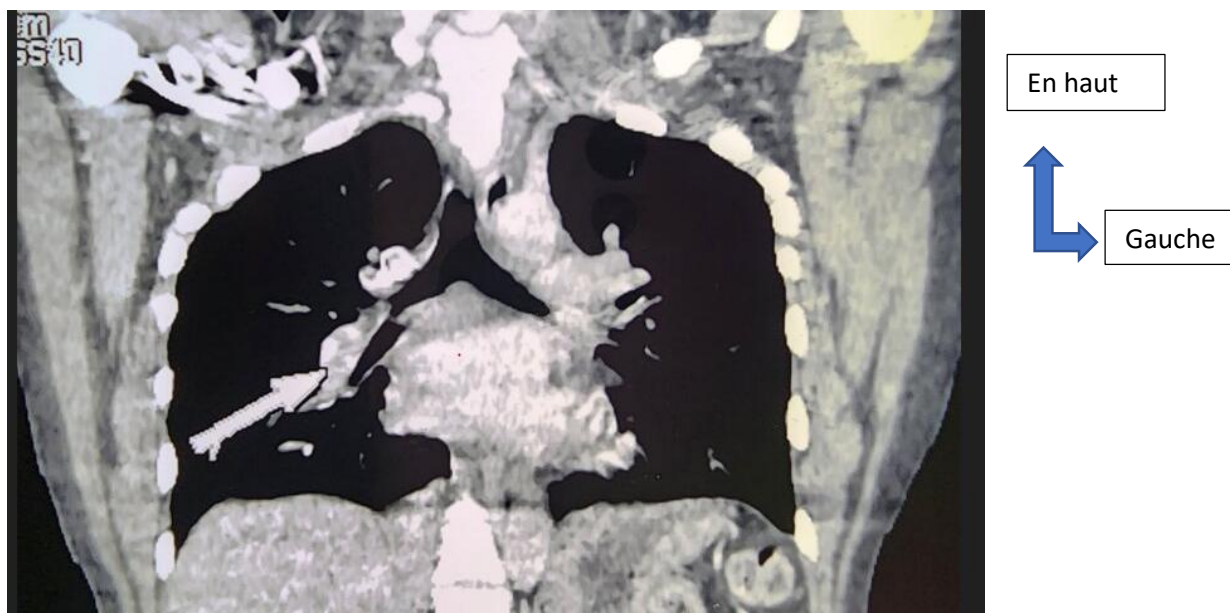


Figure 2 : Embolie pulmonaire proximale droite (flèche blanche), vue de face

Discussion

Le syndrome des antiphospholipides est une affection grave décrite dans la plupart des populations du monde. C'est une maladie auto-immune liée à la production d'auto-anticorps et entraînant une hypercoagulabilité avec des thromboses artérioveineuses. Elle est rarement décrite, sous estimée avec une prévalence estimée entre 20 et 50 cas pour 100 000 habitants [4]. Cette affection est sous évaluée en Afrique où la plupart des observations ont été publiées de façon sporadique. Elles concernaient la manifestation thromboembolique dans la majorité des cas, avec parfois un long passé de fausses couches à répétition chez le sexe féminin. Quelques rares séries ont été décrites en Tunisie, au Sénégal [5, 6]. La description de plus en plus de manifestations et d'observations atypiques en Afrique suggère une méconnaissance de cette affection par les praticiens [7].

Cette affection est décrite chez le sujet jeune dans la majorité des cas avec des âges moyens entre 30 et 45 ans [4, 5, 6]. Le SAPL peut toucher toutes les classes d'âges. Des observations concernant le sujet âgé ont été publiées. Elles sont marquées par la fréquence des complications le plus souvent liées au traitement et à la sévérité de la maladie [8]. Pour la plupart des séries, le sexe féminin est incriminé, C'est le cas de notre patiente [4, 5].

La physiopathologie de ce syndrome est controversée. Il est lié à la production d'anticorps dirigés contre les protéines de liaison des phospholipides. Les thromboses seraient liées à l'exposition des phospholipides membranaires et favorisant la thrombinogénération. Cette dernière explique également l'occlusion des vaisseaux maternels à l'origine des fausses couches. Le processus inflammatoire joue un rôle important dans le développement de cette affection [9].

Les manifestations les plus fréquentes sont thrombo-emboliques dans le cas de notre patiente. Le plus souvent, elles surviennent chez des sujets sans facteur de risque cardiovasculaire. Ce qui doit motiver l'exploration de ce syndrome. Il s'en suit également les fausses couches à répétition. L'embolie pulmonaire est fréquemment décrite dans le syndrome des antiphospholipides. Il peut intéresser les artères pulmonaires proximales et segmentaires. Il peut s'agir de thromboses veineuses périphériques ou intracardiaques. L'essentiel des artères et veines de l'organisme peuvent être impliquées [5, 10].

Les autres manifestations cardiovasculaires sont la valvulopathie par épaississement et intéresserait 1/3 des patients suivis pour SAPL. Les valves mitrale et aortique sont les plus touchées. Elle peut se compliquer d'une insuffisance cardiaque. L'atteinte coronarienne est le plus souvent d'origine thrombotique [11].

La péricardite est retrouvée dans le SAPL. Elle peut être présente également en cas d'association avec un lupus systémique. Laquelle association n'a pas été retrouvée chez notre patiente. L'épanchement péricardique récidivant permet souvent dans certaines circonstances d'évoquer une auto-immunité [12]. Il convient de surveiller la patiente dans le temps avec la répétition des analyses auto-immunes.

Les manifestations biologiques non spécifiques sont nombreuses et polymorphes. Il peut s'agir d'une anémie, d'une thrombopénie. Une insuffisance rénale aiguë peut être retrouvée en cas d'atteinte rénale, parfois un syndrome inflammatoire non spécifique avec augmentation de la C reactive protéine et des Ddimères [11].

Les auto-anticorps les plus fréquemment retrouvés sont le lupus anticoagulant circulant, anti beta Glycoprotéine I, anti cardiolipine. Ils peuvent être absents dans certaines présentations



et sans exclure le diagnostic de la maladie. Leur présence ne traduisant pas systématiquement un SAPL, pouvant être retrouvés dans d'autres circonstances, d'où l'intérêt de contrôler ces anticorps à distance selon les recommandations [11, 13].

Nous avons observé une persistance du lupus anticoagulant circulant chez notre patiente, qui combinée aux arguments cliniques, consolide le diagnostic de ce syndrome malgré le retard observé. Il demeure important de sensibiliser le personnel médical sur cette affection qui peut engager rapidement le pronostic vital des patients.

La gravité réside sur la survenue d'une défaillance multiviscérale traduisant un syndrome catastrophique. Toutes ces atteintes pouvant être graves en raison du risque d'atteinte fonctionnelle et de mort subite [14].

Le diagnostic est rendu facile par le développement de critères de classification. Devant la suspicion clinique, par des épisodes de thromboembolie veineuse ou de morbidité obstétricale. Les antiphospholipides doivent être contrôlés 12 semaines plus tard pour confirmer le diagnostic. Il est à noter qu'il existe des SAPL séronégatifs [15].

Le SAPL peut survenir au décours d'une affection auto-immune tel que le lupus, la polyarthrite rhumatoïde ou d'une infection à VIH, COVID 19 ou n'être associé à aucune pathologie dans quel cas il est dit primitif [16].

Le traitement repose sur les antivitamines K pour la manifestation thromboembolique. L'héparine de Bas poids moléculaire est prescrit lors de la grossesse. Les immunomodulateurs permettent une bonne stabilisation de la maladie en cas d'association avec d'autres maladies auto-immunes. D'autres pistes thérapeutiques sont en cours d'exploration et seront facilitées par une meilleure compréhension de la physiopathologie. Le rituximab peut être prescrit en cas de syndrome catastrophique [13, 14, 15].

Conclusion

Le SAPL est une affection grave pouvant engager le pronostic vital dans le court terme. Le diagnostic est difficile dans notre contexte vu la prépondérance des affections infectieuses qui peuvent porter à confusion. Il est utile de mieux former le personnel aux manifestations cliniques protéiformes de cette maladie pour améliorer le pronostic des patients. Le traitement est en perpétuel essor lié à la compréhension continue de la physiopathologie.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Amoura Z, Bader-Meunier B, Dit Sollier CB et al. Protocole national de diagnostic et de prise en charge du syndrome des antiphospholipides chez l'adulte et l'enfant. *Revue de médecine interne*. 2023 ; 44(9) : 495-520
2. Taiwo O, Taofeek O, Samson O et al. Prévalence du syndrome des antiphospholipides chez les femmes enceintes à l'hôpital universitaire lautech d'ogbomosho au Nigeria. *West african journal of medicine*. 2023 ; 40(12S1) : S34-S35
3. Barilaro G, Coloma-Bazan E, Chacur A et al. Persistence of antiphospholipid antibodies over time and its association with recurrence of clinical manifestations: A longitudinal study from a single centre. *Auto-immunity reviews*. 2022; 21(12): 103208
4. De Simone E, Sciascia S, Fenoglio R et al. Antiphospholipid Syndrome and Kidney Involvement. *Kidney Blood Pressure Research*. 2023; 48(1): 666-677
5. Mbarek L, Moalla KS, Sakka S et al. Le syndrome des antiphospholipides et AVC ischémique du sujet jeune : à propos d'une série tunisienne. *Revue neurologique*. 2020 ; 176(5) : S110-S111
6. Diallo S, A.C. Ndao AC, Diédhiou I et al. Pathologies systémiques : étude multicentrique de 3602 observations au Sénégal. *Revue du rhumatisme*. 2023 ; 90(S1) : A231-A232
7. Akintayo RO, Aworinde OO, Olawumi HO et al. Syndrome des antiphospholipides en Afrique: une revue de la littérature. *Revue africaine de rhumatologie*. 2016 ; 4(1) : 3-8
8. Hamad BM, Frikha F, Hachicha H et al. Particularités du syndrome des antiphospholipides primitif chez le sujet âgé. *La revue de médecine interne*. 2020 ; 41(5) : A146
9. Willis R, Harris EN, Pierangeli SS. Pathogenesis of the antiphospholipid syndrome. *Seminars in thrombosis and hemostasis*. 2012; 38(4): 305-321



10. Muller C, Willaschek C, Borst M et al. Recurrent pulmonary embolism in a boy with antiphospholipid syndrome. *Case Reports in Clinical Medicine*. 2013 ; 2(5) : 310-314
11. Morel N, Le Guern V, Mouthon L, et al. Cœur et médecine interne : lupus systémique et syndrome des antiphospholipides Heart involvement in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *La revue de médecine interne*. 2022 ; 43(11) : 645-648
12. Cholongitas E, Mavrogiannaki A, Papaioannou C et al. Papatheodoridis, Pericarditis and possible antiphospholipid syndrome on primary biliary cirrhosis. *Annals of Hepatology*. 2004; 3(4): 167-168
13. Bonnet F, Debruxelles S, Dubourguet L et al. Lupus anticoagulant and behcet disease: increase of vascular risk. *Review of internal medicine*. 2004; 25(11): 835-836
14. Ketari Jamoussi S, Zaghdoudi I, Ben Dhaou B et al. Syndrome catastrophique et anti-CD20 : une nouvelle observation [Catastrophic antiphospholipid syndrome and rituximab: a new report]. *Tunisie Medicale*. 2009 Oct ; 87(10) : 699-702
15. Knight JS, Branch DW, Ortel TL. Antiphospholipid syndrome: advances in diagnosis, pathogenesis, and management. *BMJ (clinical research ed)*. 2023; 380: e069717
16. De Groot PG, de Laat B. Mechanisms of thrombosis in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Best Practices and Research Clinical Rheumatology*. 2017; 31(3): 334-341