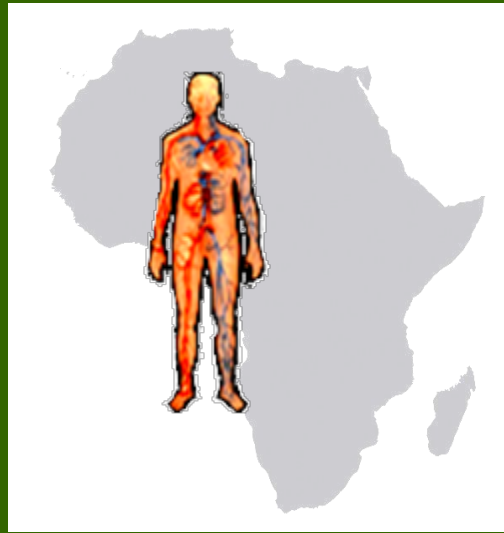


R  
A  
F  
M  
I



# REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

PUBLIÉE PAR  
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

REVUE PARAISSANT EN JUIN ET DÉCEMBRE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2014 TOME 1 NUMERO 2

# Deuxième Congrès de la SAMI

(Société Africaine de Médecine Interne)

23, 24, 25 Avril 2015 Dakar - Sénégal



Problématique de la prise en charge des Maladies de Système

° Risque cardio-vasculaire dans la prise en charge des Maladies chroniques



° Grandes infections : Nouveaux visages

° Prise en charge de la Ménopause

Ateliers des paramédicaux

# REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE (R.A.F.M.I)

## DIRECTEUR DE PUBLICATION

Pr Mamadou Mourtalla KA

## REDACTEUR EN CHEF

Pr Souhaïbou NDONGO

## REDACTEURS ADJOINTS

- Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin) - Pr Ag. Joseph Y. DRABO (Burkina Faso) - Pr Bouraima OUATTARA (Côte d'Ivoire) - Pr Soukho Assétou KAYA (Mali) - Dr Mahaman A. DJIBRIL - Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger)

## SECRETAIRES SCIENTIFIQUES

- Dr Madoky Magatte DIOP,  
- Dr Papa Souleymane TOURE

## SECRETAIRE D'EDITION

- M. Momar NDIAYE

3

## COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr Aissah AGBETRA (Togo)-Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo)-Pr Soukho Kaya ASSETOU (Mali)-Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal)-Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)-Pr Said Norou DIOP (Sénégal)-Pr Ogobara K. DOUMBO (Mali)-Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso)-Pr Khadidiatou Ba FALL (Sénégal)-Pr Fatou FALL (Sénégal)-Pr Sara Boury GNINGUE (Sénégal)-Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin)-Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)-Pr Abdoul KANE (Sénégal)-Pr Niamkey Ezani KODJO (Côte d'Ivoire)-Pr Kadjo Alphonse KOUAMÉ (Côte d'Ivoire)-Pr Abdoulaye LÈYE (Sénégal)-Pr Moussa Y. MAIGA (Mali)-Pr Pape Saliou MBAYE (Sénégal)-Pr Daouda K. MINTA (Mali)-Pr Souhaïbou NDONGO (Sénégal)-Pr Abdou NIANG (Sénégal)-Pr Bouraima OUATTARA (Côte d'Ivoire)-Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal)-Pr Anna SARR (Sénégal)-Pr Damien SENE (France)-Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)-Pr Boubacar WADE (Sénégal)-Pr Toussaint TOUTOU (Côte d'Ivoire)-Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin)-Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger)-Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin)-Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin)-Pr Ag. Moustapha DRAME (Sénégal)-Dr Mahaman A. DJIBRIL (Togo)-Dr Abdou Rajak NDIAYE (Sénégal)-Dr Yangni-Angaté YOLANDE (Côte d'Ivoire)

## BUREAU DE LA SAMI

**Président d'honneur** : Pr Aissah Agbetra (TOGO)  
**Président en exercice** : Pr Niamkey Ezani Kodjo (COTE D'IVOIRE)  
**1<sup>er</sup> Vice Président** : Pr Hamar Alassane Traoré (MALI)  
**2<sup>e</sup> Vice Président** : Pr Joseph Y. Drabo (BURKINA FASSO)  
**3<sup>e</sup> Vice Président** : Pr Mamadou Mourtalla Ka (SENEGAL)  
**Secrétaire Général** : Pr Kadjo Kouamé Alphonse (COTE D'IVOIRE)  
**Secrétaire Général Adjoint** : Pr Fabien Houngré (BENIN)  
**Trésorière** : Dr Yangni-Angaté Yolande (COTE D'IVOIRE)  
**Trésorier adjoint** : Pr Ag. Zannou Djimon Marcel (BENIN)

### CORRESPONDANCE

Secrétariat de la RAFMI  
E-mail : [revueafricainemi@gmail.com](mailto:revueafricainemi@gmail.com)  
Site web : [www.rafmi.org](http://www.rafmi.org)

### EDITION - DIFFUSION

SAMI (Société Africaine de Médecine Interne) Section Sénégalaise,  
Université de Thiès  
UFR Santé de Thiès  
BP : 967 Thiès, Sénégal

### ADRESSE

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès Ex 10<sup>ème</sup> RIAOM BP: 967 Thiès Sénégal

## INSTRUCTIONS AUX AUTEURS REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

### I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Il comporte diverses rubriques :

#### • des 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.

#### • des 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.

#### • des 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.

#### • des 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.

#### • des images :

Pas de résumé. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 1000 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.

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.

#### • des articles d'intérêt général :

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

#### • des articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion concernant le fonctionnement de la profession ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la Rédaction.

#### • un 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 :

- l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
- 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.

### 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 (6) : 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.

La référence à des abstracts sera citée en note de bas de page.

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 arabes, 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 seront déclarés.

### **III. Envoi**

Les manuscrits seront préférentiellement adressés par voie électronique : par Email à l'adresse : revueafricainemi@gmail.com

Il est également possible de les envoyer à l'adresse suivante :

UFR des sciences de la santé Université de Thiès Ex 10<sup>ème</sup> RIAOM BP : 967 Thiès Sénégal

Un support électronique du texte et des illustrations sera fourni soit par e-mail soit sur CD-Rom

### **IV. Publication**

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.

Le Comité de Rédaction se réserve le droit de déterminer la rubrique dans laquelle l'article sera publié et de recommander les corrections nécessaires.

La Rédaction encourage les jeunes auteurs à soumettre leurs manuscrits ; ils obtiendront la collaboration du Comité de Rédaction.

# SOMMAIRE

<p><b>Les modes de révélation du lupus érythémateux systémique à Dakar (Sénégal) : à propos d'une série de 161 cas</b>  <i>Revealing appearances of Systemic lupus erythematosus in Dakar (Senegal): about 161 cases</i>                      Diop M M, Gueye Y A, Lèye A, Touré P S, Berthe A, KA M M</p>	7
<p><b>Adhésion à la contraception des femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR) à l'introduction du méthotrexate à la clinique médicale I du CHU de Dantec.</b>  <i>Adherence to contraception for women with rheumatoid arthritis (RA) at the introduction of methotrexate in the medical clinic I CHU Dantec.</i>                      Pouye A, Ndongo S, Azankpan E, Sow F, N'dao Mbengue A C.</p>	11
<p><b>Bactériologie des infections du pied chez les diabétiques à Cotonou</b>  <i>Bacteriology of diabetics foot infections in Cotonou</i>                      Alassani A, Gninkoun J, Djrolo F</p>	15
<p><b>La rage en Afrique, maladie oubliée ou négligée – le cas d'une ville en Afrique de l'Ouest</b>  <i>What about rabies in Africa, forgotten or untidy disease? Focusing on the case of a city in western Africa</i>                      Traore A K, Kone O, Diarra L</p>	20
<p><b>Caractéristiques sociodémographiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et déterminants de la réponse immuno virologique chez les adultes infectés par le VIH, sous traitement antirétroviral à l'Hôpital De Jour de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)</b>  <i>Sociodemographic, clinical, biological, therapeutic characteristics and determiners of answer immunovirologique at the adults infected by the HIV, under antiretroviral treatment at the Day hospital of Bobo-Dioulasso ( Burkina Faso )</i>                      Ouedraogo SM, Zoungrana J, Sondo A, Kyelem CG, Traoré A, Hema A, Kaboré F N, Soré I, Bado G, Sawadogo A B, Drabo YJ</p>	23
<p><b>Tuberculose multi résistante à Bobo-Dioulasso : Aspects épidémiologiques, cliniques, radiographiques et évolutifs</b>  <i>Multi drug resistance tuberculosis in Bobo-Dioulasso: Epidemiological, clinical, radiographic and evolutionary aspects</i>                      Ouédraogo SM, Ouédraogo AR, Birba Emile, Ouédraogo G, Badoum G, Boncounou/Nikiéma K, Sondo A, Bambara AT, Ouédraogo ACT, Savadogo M, Zoungrana J, Kyelem CG, Maïga S, Djibril MA, Ouédraogo M, Drabo YJ</p>	32
<p><b>Evaluation aérodynamique de l'effet des thérapies antiparkinsoniennes (L-DOPA et stimulation du noyau subthalamique) en fonction de la durée d'évolution de la maladie.</b>  <i>Aerodynamic evaluation of antiparkinsonian therapies effect (L-DOPA and subthalamic nucleus stimulation) depending on disease progression duration.</i>                      Sarr MM, Seck LB, Dia AA, Espesser R, Dramé M, Touré PS, Diop MM, Berthé A, Diop AG, Gueye L, Kâ MM, Ndiaye MM, Viallet F</p>	39
<p><b>Tuberculose et maladie thromboembolique, une association redoutable non fortuite</b>  <i>Thrombosis is not fortuitous at all during tuberculosis. Focusing on such terrible association</i>                      Berthé A, DIOP M M, Touré P S, Faye F A, Diop B M, Ka MM</p>	42
<p><b>Hyperostose exubérante</b>  <i>Exuberant hyperostosis</i></p>	47

# Les modes de révélation du lupus érythémateux systémique à Dakar (Sénégal) : à propos d'une série de 161 cas

*Revealing appearances of Systemic lupus erythematosus in Dakar (Senegal): about 161 cases*

Diop M M<sup>(1)</sup>, Gueye Y A<sup>(2)</sup>, Lèye A.<sup>(2)</sup> Touré P S<sup>(1)</sup> Berthe A<sup>(1)</sup> KA M M<sup>(1)</sup>

- 1- Université de Thiès - UFR des Sciences de la Santé Ex IO<sup>ème</sup> RIAOM - Tél (221): 33 951 11 64 /BP: 967 Thiès (Sénégal).
- 2- Service de Médecine Interne Centre Hospitalier National de Pikine, Sis Ex Camp Militaire de Thiaroye – tél (221): 33 853 00 71/BP: 20630 Dakar (Sénégal).

## Résumé

**Contexte :** En Afrique sub saharienne, le lupus érythémateux systémique (LES) a fait l'objet de travaux restreints. Il s'agit d'une connectivite relativement rare mais surtout sous diagnostiquée à cause de son polymorphisme clinique avec parfois des atteintes viscérales au devant du tableau [1].

Cette étude avait pour objectif de déterminer les divers types et la fréquence des manifestations inaugurales de la maladie lupique en vue de formuler des recommandations pour sa meilleure prise en charge.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale rétrospective multicentrique à visée descriptive allant de 1995 à 2006. Elle a impliqué les 4 plus grands hôpitaux de Dakar considérés comme des centres de référence. Etaient inclus les patients présentant au moins 4 des 11 critères de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1982 modifiés en 1997. Le logiciel SPSS.11 et le test de khi-2 ont été utilisés pour traiter les données.

**Résultats :** Cent soixante et un dossiers étaient colligés pour 144 femmes et 17 hommes (sex-ratio : 0,11). Les âges extrêmes étaient 12 et 74 ans avec une moyenne de 34 ans. Les lésions inaugurales regroupaient 71 lupus discoïdes (46,7%) ; 16 lupus subaigus (10,5%) et 55 lupus aigus (36,18%). Aussi des manifestations rhumatologiques étaient notées chez 113 patients (70,19%). Il s'agissait de 102 (90,26%) arthralgies, 9 (8%) arthrites vraies, de 14 (12,38%) syndromes myogènes et de 8 (7,07%) déformations ostéo-articulaires. Egalement, des signes rénaux étaient révélateurs chez 72 (44%) patients avec 67 (93%) protéinurie significative, 10 (15%) syndrome néphrotique et 20 (30%) syndromes néphritiques et la fonction rénale était perturbée chez 8 (11,1%) patients dont 3 (4,1%) cas d'insuffisance rénale chronique. Le délai d'évolution était de 21,5 mois. Le diagnostic était tardif, c'est-à-dire au delà de 24 mois, chez 30 malades (18,6%) dont 18 présentaient des atteintes viscérales. Les corticoïdes ont été utilisés chez 153 patients (95%) et les antipaludiques de synthèse (APS) chez 110 patients (soit 68,3%). Parmi les patients 19 malades soit 11,18% des cas avaient reçu des immunosuppresseurs. Nous avons noté 7 cas de décès chez des patients n'ayant pas reçu d'immunosuppresseurs.

**Conclusion :** Le pronostic du LES peut être amélioré par une bonne information des patients sur de possibles atteintes monoviscérales et la formation des praticiens pour une plus grande utilisation des immunosuppresseurs.

**Mots clés :** Lupus – Dakar – manifestations révélatrices

## Summary:

**Background:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune disease found all around the world and without specificity for some organ. The number of studies concerning SLE

in Africa remains low certainly because of its various and sometimes misleading features [1]. In order to improve care of this systemic disease, we have tried to establish by a retrospective study, profile of revealing appearances of SLE.

**Methods:** We proceeded to a descriptive and multicentric retrospective clinical trial from 1995 to 2006. This work involved the 4 greater hospital of Dakar (Senegal) which are considered as Centers of Reference.

We took into account files with at least 4 of 11 criteria of American College of Rheumatology (ACR) of 1982 modified in 1997. So, we determined prevalence of first appearances and complications among our patients. SPSS.11 software and khi-2 test were used to handle data.

**Results:** We all brought 161 files concerning 144 women and 17 men (sex-ratio: 0.11). Extreme ages were 12 and 74 years with 34 years of average. Inaugural dermatological signs were 71 discoid lupus (46.7 %); 16 subacute lupus (10.5 %) and 55 acute lupus (36.18 %). Rheumatological appearances were also noted at 113 patient's (70.19 %) as articular pain (102 ; 90,26 %), arthritis (9 ; 8%) , muscular syndrom (14 ; 12,38%) and articular distorsion (8 ; 7,07%). Renal signs were revealing at 72 patient's (44 %) and it was . 67 (93%) cases of significant proteinuria, 10 (15%) nephritic syndrome and 8 (11,1%) cases of chronic renal failure. Average of 21.5 months was evolution deadline. So, diagnosis of SLE was late for 30 patients (18.6 %) and among them 18 presented signs of gravity. 153 patients (95 %) received corticoids and 110 patients (68.3 %) took antimalarial drugs. Immunosuppressive therapy by cyclophosphamide (CYC) was noted for 19 patients (11.18 %). We noted 7 cases of deaths and none of them had received CYC.

**Conclusion:** Forecast of SLE in Dakar could be improved by sensibilization of patients about unusual aspects of this diseases and its seriousness. Also, in-service training of practitioners for good use of CYC is to encourage.

**Keywords:** lupus - Dakar - revealing forms

## Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une affection auto-immune non spécifique d'organe, caractérisée par un très grand polymorphisme clinique. Il touche plus fréquemment la femme et la certitude de son diagnostic requiert la conjugaison d'arguments cliniques et biologiques. En Afrique, sa prévalence est certainement sous estimée à cause de l'étroitesse des plateaux techniques et de présentations erratiques sous formes d'atteintes monoviscérales [1, 2].

Cette étude avait pour objectifs de rapporter les manifestations révélatrices de cette affection systémique dans les principaux hôpitaux de référence de Dakar (Sénégal). Le but était de mettre en exergue la réalité de la maladie lupique au Sénégal et de contribuer à sa prise en charge précoce.

## Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective multicentrique à visée descriptive allant de 1995 à 2006. Ce travail a impliqué les services médicaux des 4 plus grands centres hospitaliers de Dakar, à savoir : les hôpitaux Aristide Le Dantec, Principal, Fann et l'hôpital Général de Grand Yoff (ex-CTO). Ces structures étant des centres hospitaliers de référence pour des pathologies de diagnostic difficile.

La méthodologie s'est basée sur une inclusion à partir d'arguments cliniques et biologiques. Ainsi, tous les patients hospitalisés durant la période d'étude dont les dossiers présentaient au moins 4 des 11 critères de lupus de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1982 modifiés en 1997 [3] ont été inclus. Il s'agissait de patients avec des anticorps anti-DNA natif ou anti Sm à un taux significatif et/ou une biopsie cutanée ou rénale attestant de lésions de maladie lupique. Le diagnostic était attesté dans tous les cas par un Médecin sénior mais les dossiers avec 2 ou 3 critères de l'ACR, n'ont pas été retenus dans l'étude. Dès lors, les données suivantes ont été étudiées :

- Les *manifestations inaugurales* de la maladie, définies comme étant la ou les premiers signes cliniques et biologiques imputables à la maladie lupique
- Les *formes cliniques atypiques* qui consistaient en toutes les présentations non accompagnées de signes cutanés et rhumatologiques.
- Les *manifestations selon la gravité* : les formes cutané-articulaires sans manifestation viscérale étant considérées comme *bénignes*. Les formes *sévères* étant celles avec des manifestations hématologiques, respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques ou rénales.
- Le *délai d'évolution avant le diagnostic* qui correspondait à la période écoulée entre l'apparition de la première manifestation clinique et le moment où le diagnostic de LES a été posé et un traitement entrepris.
- Le *retard diagnostique* : que nous avons distingué en *délai précoce* pour une évolution allant de 0 à 12 mois et en *délai moyen* pour 12 mois à 24 mois. Le *long délai* concernait tous les cas chez qui le diagnostic a été retenu au-delà de 24 mois.
- Les *divers traitements* proposés de façon générale et pour les formes cliniques reconnues.
- La *prévalence des complications*, qui a été déterminée en considérant toutes les manifestations clinico-biologiques survenues avec l'introduction du traitement.

Concernant le traitement des données, les informations ont été étudiées sur logiciel SPSS.11. Et les comparaisons effectuées par le test de khi-2.

## Résultats

Nous avons colligé 161 dossiers de patients hospitalisés pour lupus confirmé, durant la période concernée, dont 144 étaient des femmes et 17 des hommes (soit un sex-ratio de 0,11). Les âges extrêmes étaient de 12 et 74 ans avec une moyenne de 34 ans.

### Antécédents des patients présentant un lupus

Nous avons relevé 33 cas de passés d'avortements (à moins de 8 semaines d'aménorrhée (21%) et 10 de rétention d'œuf mort (7%). Egalement, chez 11 (7,6%) de nos malades la grossesse a révélé ou exacerbé l'affection. Aussi, il était retrouvé chez 30 de nos patients (18,6%) une notion familiale de diabète dans 6 cas (3,7%), 2 cas

de dysthyroïdie soit 1,24% ou de maladies de système dans 7 autres

**Tableau 1 : Récapitulation des manifestations inaugurales du LES à Dakar**

Mode début	Manifestations Inaugurales	Nombre	Pourcentage
Général	fièvre prolongée	79	49%
Dermatologique	Lupus discoïde	71	46,7%
	Lupus aigu	55	36,18%
	Lupus subaigu	16	10,5%
	Photosensibilité	28	17,39%
	Alopécie	49	30,43%
	Purpura	16	10%
Rhumatologique	Arthralgie	102	63%
Hématologique	Anémie	124	77%
	Thrombopénie	26	16,14%
Rénal	Protéinurie	67	41,61%
	Syndrome néphrotique	10	6,2%
	Syndrome néphritique	20	12,42%
Cardiovasculaire	HTA	11	6,8%
	Phénomène de Raynaud	8	5%
	Atteinte endocardique	22	13,66%
Séveux	Pleurésie	7	4,34%
	Péricardique	15	9,31%
Neurologique	Diverses	31	19,25%

cas soit 4,3%. Les autres antécédents étaient répartis en 7 cas de dermatoses diverses soit 4,3%, 3 cas d'asthme soit 2%, 3 d'hypertension artérielle (2%) et 2 cas de Drépanocytose (1,24%).

### Signes cliniques inauguraux révélateurs

Une fièvre prolongée était relevée chez 79 patients (49%) et 5 cas d'hématurie (3,1%) ont conduit au diagnostic.

Les lésions inaugurales étaient de type lupus discoïde chez 71 patients (46,7%) ; de type lupus subaigu chez 16 patients (10,5%) et lupus aigu chez 55 patients (36,18%). Les autres manifestations dermatologiques rencontrées étaient : une alopécie cicatricielle chez 49 patients (30,43%), un vitiligo chez 17 patients (10,55%), des ulcérations buccales ou cutanées (15 cas soit 9,3%), une photosensibilité chez 28 cas, soit 17,39% ou un purpura chez 16 patients soit 10%.

Pour le système cardiovasculaire, des manifestations étaient retrou-

**Tableau 2: Profil épidémiologique, clinique et évolutif des formes atypiques de LES**

Epidémiologie		
	Nombre	Pourcentage
Sexe :	4 femmes	100%
Age : 32 ans (25- 41 ans)	-	-
Manifestations cliniques		
Signes généraux : Fièvre	1	25%
Asthénie	1	25%
AEG	1	25%
Rénales (Néphropathie lupique) :	4	100%
Hématologiques :	3	75%
Cardiovasculaires :	3	75%
Neurologiques :	2	50%
Respiratoires :	1	25%
Traitement		
Corticoïdes :	4	100%
APS :	4	100%
Immunosuppresseurs :	3	75%
Complications		
Infectieuses :	1	25%
AVC ischémique :	1	25%
<b>Suivi en moyenne</b>	2,5 ans (2-5 ans)	

vées chez 63 patients (39,1%) avec 11 cas d'HTA (6,83%), 22 atteintes valvulaires (13,66%), 14 atteintes myocardiques (8,69%) et un épanchement péricardique chez 15 malades (9,31%). Un phénomène de Raynaud a été retrouvé chez 8 malades (4,96%), une vascularite lupique chez 5 cas (3,1%) et un cas de thrombose veineuse (0,6 %). Des associations étaient relevées chez 20 patients (12,42%).

Les manifestations respiratoires, étaient notées chez 32 patients (19,87%) avec 16 (10%) infections pulmonaires à germes banals et 7

(4,34%) pleurésies. Quatre cas d'association à une tuberculose (2,48%) étaient retrouvés et 5 (3,10%) malades ont présenté des troubles ventilatoires de type restrictif réversibles sous traitement.

Les manifestations rhumatologiques ont été retrouvées chez 113 patients (70,19%). Il s'agissait d'arthralgies chez 102 patients (90,26%), d'arthrite septique chez 9 patients (8%) de 14 cas de syndrome myogène (12,38%) et de déformations ostéo-articulaires chez 8 cas soit 7,07%. Au Tableau 1 nous avons récapitulé le pourcentage des diverses manifestations inaugurales dans la série.

*Signes para cliniques révélateurs*

La biologie montrait une anémie chez 124 patients (77 %) et elle était associée à une leucopénie chez 25 d'entre eux (15,5%), à une thrombopénie chez 26 ou à une thrombocytose chez 4 patients. Elle entraînait dans le cadre d'une pancytopenie chez 2 patients et une hyperleucocytose était retrouvée chez 9 autres.

Les examens immunologiques réalisés chez les patients révélaient la présence des FAN (facteurs antinucléaires) chez 72 patients (83,33%) ; des anticorps anti DNA natif dans 46 cas (34%). Les anti SSA étaient aussi retrouvés dans 29 cas (62%), les anti SSB dans 29 cas (24%), de même que des anti RNP dans 28 cas (24%) et des APL dans 35 cas (51,4%). Les anti sm étaient présents chez 66 patients soit 41,37%.

L'histologie de lésions cutanées a été contributive pour le diagnostic de LES chez 8 patients (4,96%) et normale chez 8 autres (4,96%). Deux biopsies ganglionnaires étaient aussi réalisées dont l'histologie objectivait une lymphadénite non spécifique dans 1 cas (0,62%) et une hyperplasie folliculaire bénigne dans un autre cas (0,62%). Aussi, la PBR a permis d'évaluer les lésions retrouvées chez les 13 patients (8%) pour qui elle a été réalisée. La classe V était ainsi retrouvée dans 5 cas (3,10%) suivie des classes II et IV dans respectivement 3 cas (1,86%) et les lésions étaient non classables dans 2 cas (1,24%).

*Signes cliniques atypiques retrouvés chez les lupiques*

Les formes découvertes sans signes cutanés et/ou rhumatologiques et considérées comme atypiques étaient au nombre de 4 (2,48%) et des signes rénaux étaient présents chez ces différents patients (100%). Toutefois, leurs délais diagnostiques n'étaient pas précisés et des signes généraux isolés avaient motivés leur consultation dans 3 cas à type de fièvre, asthénie ou amaigrissement (25%). Chez ces malades les atteintes retrouvées en association étaient hématologiques dans 3 cas (75%), cardiovasculaires dans 3 autres (75%), neurologiques dans 2 cas (50 %) et respiratoire dans 1 cas (25%). Le tableau 2 illustre le profil épidémiologique, clinique et évolutif des formes atypiques.

*Signes de gravité retrouvés chez les lupiques*

Sur ce plan, des atteintes viscérales ont été retrouvées dans 81 observations (50,31%) associées ou non à des manifestations classiques de lupus. Il s'agissait de lésions rénales chez 26 patients (32%), cardiovasculaires dans 16 cas (19,75%) et de 2 atteintes associées chez 21 patients (26%). Des signes rénaux, cardiovasculaires et neuropsychiatriques étaient retrouvés en même temps chez 12 patients (14,81%), des signes rénaux et neuropsychiatriques dans 7 cas (8,64%). Les signes neuropsychiatriques étaient isolés chez 5 patients (6,17%).

*Délai d'évolution de la maladie dans la série*

Dans notre série, le délai d'évolution était de 21,5 mois en moyenne et 30 malades (18,6%) étaient diagnostiqués tardivement avec des atteintes viscérales chez 18 d'entre eux. Cependant, tous les patients de ce groupe ont bien évolué sous traitement.

*Traitements administrés et évolution*

Sur le plan thérapeutique, 153 de nos patients (95%) avaient reçu une corticothérapie. Et, elle était administrée en bolus à raison de 2 mg/kg et par jour pendant 2 jours chez 4 d'entre eux. Les antipalu-

déens de synthèse (APS) ont été utilisés chez 110 patients (soit 68,3%), Il s'agissait d'hydroxychloroquine à raison de 800 mg par jour jusqu'à obtention d'une rémission puis 400mg par jour en traitement d'entretien. Aussi 19 malades (11,18%) avaient reçu des immunosuppresseurs, le cyclophosphamide étant le plus utilisé.

Chez nos patients, la durée moyenne de suivi était de 18,65 mois ; la survie à 2 ans étant de 34%. L'évolution montrait chez tous les malades une nette régression des symptômes dans les 7 premiers mois suivant le diagnostic. Cependant, 7 cas de décès étaient relevés concernant à chaque fois des femmes chez qui le délai diagnostique était de 4 mois en moyenne, avec présence d'atteintes viscérales. Parmi ces patientes 6 avaient reçu des corticoïdes associés ou non à des antipaludéens de synthèse. Mais, les immunosuppresseurs n'ont été administrés à aucune d'entre elles.

**Discussion**

Le recrutement de nos malades a certes été effectué dans les plus grands centres du Sénégal, mais cette sélection est corrélée à un biais de généralisation.

Dans ce travail, la tranche d'âge entre 20 et 50 ans était la plus représentée. On relevait également une prédominance féminine, comme dans la série togolaise de Kombate [1] qui concernait uniquement des femmes sur des cas de lupus colligés pendant 12ans.

Cette prépondérance du lupus chez la femme renforce l'hypothèse du rôle des œstrogènes. Cependant, l'hypoœstrogénie notée lors de la ménopause ne protégerait pas contre l'activité de la maladie [4].

Les manifestations systémiques constituaient des signes d'évolutivité retrouvés chez 106 (65,83%) malades. Ils étaient constitués de fièvre (79 cas ; 49%), d'altération de l'état général (68 ; 42,23%), d'œdème (30 ; 18,63%) et d'association de ces différents symptômes chez 50 malades (34%). Leur prévalence dans notre série comparable à celle retrouvée en Tunisie par Louzir [5].

Sur le plan dermatologique, le lupus discoïde était retrouvé dans 44% des cas comme dans une autre série sénégalaise rapportée 10 années auparavant [6]. Cependant Kombaté [1] retrouvait 87,5% de lupus discoïde dans une série togolaise récemment rapportée. Toutefois, ce taux était plus élevé dans une autre série africaine où elle était retrouvée chez 76 (73%) patients tunisiens sur 104 [7]. Cette lésion peut précéder de plusieurs années les autres manifestations systémiques parcequ'elle n'inquiète les malades que sur le plan esthétique, ce qui contribue au retard diagnostic [6]. Le lupus aigu était noté dans notre série à un taux plus faible que dans 2 autres séries tunisiennes [5, 8] où sa prévalence était respectivement de 76% et 70%. A noter que les manifestations cutanées peuvent être associées de façon significative à la présence d'anticorps anti-SSA/Ro [9].

Concernant les manifestations rhumatologiques, elles étaient très fréquentes et de présentation classique. Toutefois, 5% d'érosions ont été retrouvées chez nos patients, comme dans un authentique Rhupus [10].

Sur le plan hématologique, l'anémie était prédominante comme dans les travaux de Ghedira [8]. Et les autres cytopénies ne s'écartaient pas des taux classiquement retrouvés dans la littérature se situant entre 10-50% [11]. D'autre part, l'examen d'adénopathies a révélé une lymphadénite non spécifique et une hyperplasie folliculaire bénigne. L'adénite réactionnelle ou dysimmunitaire et l'hyperplasie folliculaire bénigne sont les types histologiques décrites dans le LES [12].

Sur le plan rénal, la protéinurie des 24h était significative chez 41% des malades de notre série et cette anomalie était retrouvée chez presque tous les patients de Louzir [5]. Trois cas d'insuffisance rénale chronique (IRC) étaient retrouvés dans notre travail. Toutefois, la maladie lupique était responsable de 37,1% d'IRC dans une

autre série dakaroise de 42 patients [13] où les classes IV et V prédominaient à l'histologie rénale. 20% environ d'IRC sont liés au lupus en Occident, comme rapportée par Faurchou [14] sur une série de 91 patients chez qui des biopsies rénales ont été effectuées. L'histologie rénale de nos malades montrait une classe V (OMS) plus fréquente suivie des classes II et IV, mais la classe III était la plus retrouvée dans une série maghrébine [5].

S'agissant des manifestations cardiovasculaires, les lésions valvulaires étaient prédominantes. Des taux superposables étaient retrouvés dans les travaux de Louzir [5] et dans une autre série marocaine de 166 cas [15] et elles y étaient notées dans respectivement 35 et 44%.

D'autre part, le pourcentage de pleurésies retrouvé chez nos malades (4,34%) était très faible comparé aux 84% retrouvées en Tunisie par Louzir [5].

Concernant les manifestations neuropsychiatriques elles étaient retrouvées chez 31 de nos malades (19,3%). Kombate [1] les retrouvait dans 2 cas (12,5%) de sa série togolaise et Ndiaye [16] chez 3 enfants sénégalais dans une série hospitalière de 13 cas de lupus.

La recherche systématique de tous les marqueurs immunologiques n'a pas été effectuée chez nos patients. Ceci à cause du coût relativement élevé par rapport à leur pouvoir d'achat.

Les circonstances de découverte dans notre travail étaient globalement classiques dominées par une fièvre prolongée, un lupus discoïde, un lupus aigu, une alopecie cicatricielle, des ulcérations buccales ou cutanées. L'atteinte des systèmes cardiovasculaire et respiratoire étaient également le mode d'entrée dans le lupus chez plusieurs patients. Ainsi, le polymorphisme clinique connu du lupus érythémateux systémique et la variabilité des circonstances de découverte ont été retrouvés dans notre série. Les manifestations inaugurales dermatologiques et rhumatologiques (65% des cas) étant les plus fréquentes [12]. Egalement, le délai d'évolution était proche des 21,8 mois retrouvés par Ozbek [17].

Concernant le traitement les corticoïdes seuls et les APS ont été plus utilisés chez nos malades. Cette fréquence d'utilisation était justifiée comme l'attestent d'autres travaux et la place prépondérante de l'hydroxychloroquine dans la prise en charge du lupus [5, 15, 18]. Toutefois, les immunosuppresseurs ont été peu utilisés dans notre série et des manifestations graves ont été notées au début chez les patientes décédées. Cinq cas de décès ont aussi été relevés par Kombaté [1] au Togo, sur une série de 16 dont les principales complications étaient d'origine infectieuse. Toutefois, le taux d'issues fatales est moins élevé dans les séries maghrébines, certainement grâce à un plus grand usage des immunosuppresseurs [5, 15]. Nos patients n'ont pas eu accès aux biothérapies.

## Conclusion :

La présence du lupus au Sénégal est avérée avec des formes sévères au diagnostic. Une formation continue des praticiens sur l'utilisation plus précoce des immunosuppresseurs pourrait en améliorer le pronostic. Egalement, une sensibilisation des patients sur la possibilité d'atteintes monoviscérales pourrait raccourcir le délai diagnostic.

## Bibliographie

- Kombate K, Saka B, Oniankitan OI et al.** Le Lupus Systémique à Lomé, Togo  
*Med Trop* 2008; 68 :283-286
- D'Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR.** Systemic lupus erythematosus.  
*Lancet.* 2007; 17; 369:587-96
- Smith EL, Shmerling RH.** The American College of Rheumatology criteria for the classification of systemic lupus erythematosus: strengths, weaknesses, and opportunities for improvement.  
*Lupus.* 1999;8(8):586-95
- Fernandez M, Calvo-Alen J, Alarcon GS et al.** Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort (LUMINA): XXI. Disease activity, damage accrual, and vascular events in pre- and postmenopausal women.  
*Arthritis Rheum.* 2005; 52:1655-64
- Louzir B., Othmani S., Bahri M.** Le lupus érythémateux systémique en Tunisie étude multicentrique Nationale. A propos de 295 observations  
*Rev Méd Interne* 2000 ; 21
- Kâ M M, Diouf B, Mbengue M et al.** Aspects évolutifs du lupus érythémateux systémique à Dakar. A propos de 30 cas.  
*Bull. Soc. Path. Ex.* 1998; 91: 306-308.
- Le Lupus Erythémateux Chronique : 104 cas tunisiens Anis Mahfoudh, Aida Khaled, Olfa Chtourou, Monia Kharfi, Faten Zéglouï, Becima Fazaa, Mohamed Ridha Kamoun  
*La tunisie Medicale.* 2010 ; 88 : 742 – 745
- Ghedira I, Sakly W, Jeddi M.** Clinical and serological characteristics of systemic lupus erythematosus: 128 cases  
*Pathol Biol .* 2002; 50:18-24.
- Meyer O.** Anti-SSA/Ro and anti-SSB/La antibodies. What's new?  
*Ann Med Interne.* 2002; 153:520-9.
- Fernandez A, Quintana G, Rondon F et al.** Lupus arthropathy: a case series of patients with rhupus.  
*Clin Rheumatol.* 2006; 25:164-7.
- Wang Gj.** Clinical features of hematological abnormality in systemic lupus erythematosus-related hematological disorders  
*Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi.* 2002 ;10:359-61
- Chevalier X., Flipo R. M., Goupille P. et al** Système immunitaire et l'inflammation Abrégé de Rhumatologie Edition Masson 2000 ;81:337-349
- Niang A, Ka EF, Dia D, et al.** Lupus nephritis in Senegal: a study of 42 cases.  
*Saudi J Kidney Dis Transpl.* 200819(3):470-4.
- Faurchou M, Starklint H, Halberg P et al.** Prognostic factors in lupus nephritis: diagnostic and therapeutic delay increases the risk of terminal renal failure.  
*J Rheumatol.*2006;33:1464-6
- Tazi-mezalek Z., Harmouch H., Adnoui M. et al.** Particularités du lupus érythémateux disséminé au Maroc. A propos de 166 observations  
*Rev Méd Interne* 2000 ; 21:465-466.
- Ndiaye M., Diallo M, Diop A et al.** Maladie Lupique de l'enfant sur peau noire, Etude épidémiologique et clinique à Dakar  
*Nouv Dermatol* 2013 ; 32 :407-409.
- Ozbek S, Sert S, Paydas S et al.** Delay in the diagnosis of SLE: the importance of arthritis/arthralgia as the initial symptom.  
*Acta Med Okayama* 2003; 57: 187-90?
- Yokogawa N.** Treatment of rheumatic diseases: current status and future prospective. Topics: II. Immunosuppressant/antirheumatic drugs; 10. Hydroxychloroquine.  
*Nihon Naika Gakkai Zasshi.* 2011 Oct 10;100(10):2960-5.