



**Panorama des maladies systémiques dans les services de médecine interne de
Ouagadougou (au Burkina Faso)**

Overview of systemic diseases in internal medicine departments in Ouagadougou (Burkina Faso)

Tiéno H^{1,7}, Zoungrana L^{2,7}, Ouédraogo NBS³, Bognounou R^{1,7}, Traoré S^{5,8}, Zabsonré JW^{6,7},
Yaméogo A², Bouda M¹, Yaméogo S¹, Séré L⁴, Guira O^{2,7}

1. Service de médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques, CHU de Bogodogo, Burkina Faso
2. Service de médecine interne, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
3. Service de médecine et spécialités médicales, CHR de Manga, Burkina Faso
4. Service de médecine interne, CHU de Tengandogo, Burkina Faso
5. Service de médecine interne, CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso
6. Service de rhumatologie, CHU de Bogodogo, Burkina Faso
7. UFR/SDS, Université Joseph Ki Zerbo
8. UFR/SDS, Université Lédea Bernard Ouédraogo

Auteur correspondant : Hervé Tiéno / E-mail : tienoh@yahoo.fr / Tél : 0022670269131

Résumé

Introduction : Les maladies systémiques (MS) sont caractérisées par une atteinte de plusieurs appareils ou systèmes. Cette étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des maladies systémiques à Ouagadougou, afin de faire un état des lieux de leur prise en charge en médecine interne.

Méthodes : Cette étude transversale a eu pour cadre les services de Médecine des trois CHU de Ouagadougou. Etaient inclus tout patient suivi ou hospitalisé pour une maladie systémique du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2023.

Résultats : L'étude a inclus 65 patients sur un total de 8391, soit une fréquence de 0,77% en médecine interne. L'âge moyen était de 35,6 ± 14,8 ans, avec un sexe ratio (H/F) de 0,20, traduisant une nette prédominance féminine. La polyarthralgie constituait le principal motif de consultation (32%). Parmi les comorbidités, l'hypertension artérielle prédominait (35,3%). Les atteintes rhumatologiques, notamment ostéoarticulaires, représentaient la forme clinique la plus fréquente (67,7%). Le lupus érythémateux systémique (LES) et la polyarthrite rhumatoïde (PR) étaient respectivement retrouvés dans 35,4% et 18,5% des cas. L'hydroxychloroquine et le méthotrexate étaient majoritairement prescrits respectivement dans 50 % et 14,3 % des cas.

Conclusion : Cette étude met en évidence une prédominance des connectivites, notamment le LES et de la PR. La prise en charge repose principalement sur la corticothérapie, l'hydroxychloroquine et le méthotrexate. Le devenir des patients était marquée par des décès et un nombre élevé de perdus de vue.

Mots clés : Panorama - Maladies systémique - Médecine interne - Ouagadougou.

Summary

Introduction: Systemic diseases (SD) are characterized by damage to several organs or systems. The aim of this study was to describe the epidemiological, clinical, and therapeutic profile of systemic diseases in Ouagadougou, in order to assess their management in internal medicine.

Methods: This cross-sectional study was conducted in the medical departments of the three university hospitals in Ouagadougou. All patients monitored or hospitalized for a systemic disease between January 1st, 2017, and December 31st, 2023, were included.

Results: The study included 65 patients out of a total of 8,391, representing a frequency of 0.77% in internal medicine. The mean age was 35.6 ± 14.8 years, with a sex ratio (M/F) of 0.20, reflecting a clear female predominance. Polyarthralgia was the main reason for consultation (32%).

Among comorbidities, high blood pressure was the most common (35.3%). Rheumatological disorders, particularly osteoarticular disorders, were the most frequent clinical form (67.7%). Systemic lupus erythematosus (SLE) and rheumatoid arthritis (RA) were found in 35.4% and 18.5% of cases, respectively. Hydroxychloroquine and methotrexate were the most commonly prescribed drugs, in 50% and 14.3% of cases, respectively.

Conclusion: This study highlights a predominance of connective tissue diseases, particularly SLE and RA. Treatment is based mainly on corticosteroid therapy, hydroxychloroquine, and methotrexate. The outcome for patients was marked by deaths and a high number of lost to follow-up.

Keywords: Overview – Systemic diseases – Internal medicine – Ouagadougou.



Introduction

Les maladies systémiques (MS) constituent un groupe hétérogène de pathologies auto-immunes et/ou auto-inflammatoires, caractérisées par une atteinte multisystémique [1]. Elles se distinguent généralement en deux grands sous-groupes : les maladies systémiques auto-immunes et celles non auto-immunes. Leur prévalence varie selon les entités nosologiques, mais prises dans leur ensemble, elles concernent environ 10% de la population dans les pays industrialisés, où elles représentent la troisième cause de morbidité après les affections cardiovasculaires et les cancers [2, 3]. En Afrique, ces pathologies ont longtemps été considérées comme rares, voire inexistantes pour certaines, en raison de leur méconnaissance et de leur sous-diagnostic. Plusieurs facteurs expliquent cette situation: la grande variabilité des présentations cliniques, l'insuffisance des plateaux techniques, le coût élevé et la faible disponibilité des explorations paracliniques [4, 5].

Malgré ces contraintes, des études hospitalières menées en Afrique subsaharienne rapportent des fréquences variables des MS : 0,37% en Côte d'Ivoire (Hounsounou, 2020), 2% au Mali (Soukho, 2021), mais aussi des fréquences allant jusqu'à 12% au Sénégal (Kane, 2016).

Au Burkina Faso, bien que le coût élevé et la disponibilité limitée des examens complémentaires constituent un frein au diagnostic, certains travaux ont été réalisés, notamment sur les connectivites et les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Ainsi, en 2013, D-D. Ouédraogo et al. rapportaient 42 cas de connectivites sur une période de six ans dans les services de médecine interne et de dermatologie du CHU-YO [7, 8].

Plus récemment, en 2021, F. Kaboré et al. ont colligé 802 cas de RIC en 14 ans de pratique rhumatologique, dont 430 cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) et 71 cas de lupus érythémateux systémique (LES), soit une fréquence globale de 3,41% [6].

Dans ce contexte, notre étude visait à décrire le profil des maladies systémiques spécifiquement dans les services de médecine interne de Ouagadougou. Les résultats permettraient non seulement d'apprécier la place de la médecine interne dans leur prise en charge, mais également de souligner la nécessité de mettre en place des registres de files actives des maladies systémiques afin d'améliorer leur suivi et leur évaluation épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive conduite du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2023, soit 7 ans dans les services de médecine interne des 03 CHU de la ville de Ouagadougou, à savoir le CHU Yalgado-Ouédraogo, le CHU de Tengandogo et le CHU de Bogodogo. La collecte a été réalisée par une revue des dossiers des patients suivis pour une maladie systémique. Tous les patients correspondant aux critères ci-dessus ont été inclus.

Critère de jugement

Le principal critère de jugement était la présence d'un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques ayant permis d'établir le diagnostic de MS.

Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de collecte à partir des informations disponibles dans les dossiers des patients et les registres. Les données collectées comprenaient :

- Aspects socio-démographiques : âge, sexe, profession, résidence, niveau d'étude
- Aspects cliniques : signes cliniques, type de MS, comorbidités associées
- Aspects paracliniques, thérapeutique et évolutifs

Analyse statistique

Les données recueillies ont permis de produire des statistiques descriptives sous forme de moyenne \pm écart type pour les variables quantitatives et en fréquence pour les variables qualitatives grâce aux logiciels SPHINX version 5 et STATA version 17.1.

Considérations éthiques

Le protocole d'étude a reçu l'avis favorable du comité d'éthique du CHU-Bogodogo et des directeurs généraux des trois CHU concernés avant le démarrage de l'étude. Le recueil et l'exploitation des données ont été faits dans le strict respect de la confidentialité avec un questionnaire anonyme et codé.

Résultats

Caractéristiques générales

Sur un total de 8391 patients recensés entre le 01 janvier 2017 et le 31 décembre 2023, 65 patients ont été inclus, soit une fréquence des MS en médecine interne de 0,77%. L'âge moyen des patients était de 35,59 ans \pm 14,77 et le sex ratio (H /F) de 0,2.

Les caractéristiques générales de l'ensemble des patients avec MS sont regroupées dans le tableau I



Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques générales

Caractéristiques	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Classes d'âge (N = 53)		
[18-20[	3	5,7
[20-30[	13	24,5
[30-40[	14	26,4
[40-50[	13	24,5
[50-60[	6	11,3
[60-70[	3	5,7
>70	1	1,9
Sexe (N = 65)		
Masculin	11	16,9
Féminin	54	83,1
Statut professionnel (N = 49)		
Femme au foyer	16	32,7
Fonctionnaire de l'Etat	10	20,4
Élève/étudiant	11	22,4
Travailleur à son compte	5	10,2
Employé du privé	4	8,2
Retraité	3	6,1
Milieu de vie (N = 51)		
Urbain	41	80,4
Semi-rural	6	11,8
Rural	4	7,8
Année de diagnostic (N = 65)		
2017	5	7,7
2018	6	9,2
2019	9	13,8
2020	10	15,4
2021	10	15,4
2022	12	18,5
2023	13	20

Caractéristiques cliniques à l'admission ou à la première consultation

Les principaux motifs de consultation étaient la polyarthralgie dans 16 cas (32%), la fièvre prolongée dans 15 cas, (30%) et l'altération de l'état général dans 10 cas (20%).

Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées étaient l'hypertension artérielle 12 cas (35,3%) et le diabète sucré 8 cas (23,5%).

Les atteintes d'organes, d'appareils ou de systèmes étaient dominées par les manifestations rhumatologiques dans 44 cas (67,7%), suivies des atteintes dermatologiques dans 31 cas (47,7%) et hématologiques dans 26 cas (40%).

Les caractéristiques cliniques des patients à l'admission sont présentées dans le tableau II.



Tableau II : Caractéristiques cliniques des patients à l'admission

Caractéristiques	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Motifs de consultation (N=50)		
Polyarthralgie	16	32
Fièvre au long cours	15	30
Altération de l'état général	10	20
Asthénie	6	12
Algie diffuse	5	10
Œdèmes généralisés	5	10
Éruption cutanée	4	8
Dyspnée d'effort	4	8
Douleurs abdominales diffuses	3	6
Céphalées	3	6
Vertiges	3	6
Déficit moteur des 4 membres	3	6
Déficit moteur des membres inférieurs	2	4
Toux sèche chronique	2	4
Myalgies	2	4
Épaississement cutané généralisé	2	4
Troubles visuels	2	4
Polyarthromyalgie	1	2
Troubles de la conscience	1	2
Comorbidités (N = 34)		
Hypertension artérielle	12	35,3
Diabète type 2	5	14,7
Diabète type 1	3	8,8
Pneumopathie interstitielle bilatérale	2	5,9
Hépatite virale C chronique	2	5,9
Fausse couche récente	2	5,9
Cataracte bilatérale	2	5,9
Ulcère gastroduodénal	2	5,9
Lichen plan pigmentaire	2	5,9
Infection à VIH	1	2,9
Myome utérin	1	2,9
Hémoglobinopathie SC	1	2,9
Thrombose veineuse cérébrale	1	2,9
Hémorroïdes	1	2,9
Thyroïdite	1	2,9
Infertilité	1	2,9
Sclérose combinée de la moelle	1	2,9
Cardiomyopathie	1	2,9
Mycose œsophagienne	1	2,9
Hernie hiatale	1	2,9
Pangastropathie pétéchiale	1	2,9
Discarthrose dorsale	1	2,9
Atteintes d'organe (N = 65)		
Rhumatologiques	44	67,7
Dermatologiques	31	47,7
Altération de l'état général	26	40
Hématologiques	23	35,4
Neurologiques	16	24,6
Fièvre	14	21,5
Pleuropulmonaires	14	21,5
Digestives	14	21,5
Cardiovasculaires	12	18,5
Rénales	11	16,9
Spléno-ganglionnaires	6	9,2
Ophthalmologiques	5	7,7
Gynéco-obstétricales	4	6,2
ORL	3	4,6

Les caractéristiques paracliniques

Une anémie biologique était retrouvée chez 39 patients (82,9%). Elle était de formule normocytaire



dans 23 cas (48,9%). Un syndrome inflammatoire était observé chez 30 patients (63,8%). Le bilan immunologique par dosage des auto-anticorps avait été réalisé chez 39 patients (86,7%). Parmi eux, 19 patients (48,7%) avaient bénéficié d'un dosage qualitatif. Les résultats étaient positifs et spécifiques dans 16 cas (40,0%) et positifs mais non spécifiques dans 15 cas (38,5%). Il comprenait le dosage des anticorps antinucléaires, anti-ADN natif, du panel des anticorps anti-antigènes solubles, des anticorps anti-centromères, anti-histones, anti-Mi2, anti-MDA5, anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles, antipeptides citrullinés, du facteur

rhumatoïde, des anticorps anticardiolipine, anti-bêta-2-glycoprotéine-1 et de l'anticoagulant lupique circulant.

Une étude histologique sur une pièce biopsique avait été effectuée dans 4 cas (6,1%), avec comme sites de prélèvement les glandes salivaires accessoires, le muscle squelettique et les ganglions cervicaux.

Concernant l'imagerie, une échographie avait été prescrite et réalisée chez 30 patients (76,9%), tandis qu'une radiographie standard avait été effectuée chez 19 patients (48,7%)

Les caractéristiques paracliniques des patients sont présentées dans le tableau III.

Tableau III : Caractéristiques paracliniques

Données biologiques (N = 47)	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Hématologiques		
Anémie normocytaire	23	48,9
Anémie microcytaire	14	29,8
Hyperleucocytose	14	29,8
Leucopénie	7	14,9
Thrombopénie	6	12,8
Anémie macrocytaire	2	4,2
Thrombocytose	2	4,2
Biochimiques		
Syndrome inflammatoire biologique	30	63,8
Protéinurie significative	8	17
Hyperferritinémie	5	10,6
CK élevée significativement	5	10,6
Altération de la fonction rénale	3	6,4
Données immunologiques (N = 39)		
Types de dosage		
Qualitatifs	19	48,7
Quantitatifs	13	33,3
Qualitatifs et quantitatifs	7	18
Résultats des dosages		
Positif spécifique	16	41
Positif non spécifique	15	38,5
Limite	5	12,8
Négatif	3	7,7
Données anatomo-pathologiques (N = 4)		
Glandes salivaires accessoires	2	50
Muscle squelettique	1	25
Ganglion cervical	1	25
Données d'imagerie médicale (N = 39)		
Echographie	30	76,9
Radiographie standard	19	48,7
Scanner	12	30,8
Endoscopie	8	20,5
IRM	3	7,7

Sur le plan nosologique, le lupus érythémateux systémique (LES) représentait la pathologie la plus fréquente, 23 cas (35,4%), suivi de la polyarthrite rhumatoïde (PR), 12 cas (18,5%). Les connectivites

constituaient le groupe prédominant dans 36 cas (55,4%), devant les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), 12 cas (18,5%).

Les caractéristiques diagnostiques



Le diagnostic retenu concordait avec les critères de classification internationaux dans 41,5 % des cas (27 patients). La durée moyenne d'évolution des

symptômes avant le diagnostic était de 11,5 mois (extrêmes : 14 jours - 10 ans).

Les caractéristiques diagnostiques sont regroupées dans le tableau IV.

Tableau IV : Caractéristiques diagnostiques

Caractéristiques	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Diagnostiques retenus (N = 65)		
Lupus érythémateux systémique	23	35,4
Polyarthrite rhumatoïde	12	18,5
Myopathie inflammatoire	5	7,7
MS inflammatoire indéterminée	4	6,1
Sclérodémie systémique	4	6,1
Connectivite mixte	4	6,1
Syndrome de Sjögren	3	4,6
Vascularite systémique indéterminée	2	3,1
Syndrome de chevauchement	2	3,1
Artérite à cellules géantes	2	3,1
Maladie de Still	2	3,1
Maladie de Behçet	1	1,5
Vascularite à ANCA	1	1,5
Groupes nosologiques (N = 65)		
Connectivite	36	55,4
Rhumatismes inflammatoires chroniques	12	18,5
Vascularites systémiques	6	9,2
Myopathies inflammatoires indéterminées	5	7,7
MS inflammatoire indéterminée	4	6,1
Maladie auto-inflammatoire	2	3,1

Les caractéristiques thérapeutiques

Les traitements symptomatiques les plus fréquemment prescrits étaient les antalgiques de palier 2 chez 21 patients (50%) et de palier 1 chez 20 patients (47,6%).

L'hydroxychloroquine était administrée dans la moitié des cas (21 patients), tandis que le

méthotrexate chez 6 patients (14,3%) et l'azathioprine chez 2 patients (4,8%) étaient moins utilisés.

Les caractéristiques thérapeutiques des patients sont présentées dans le tableau V.

Tableau V : Données thérapeutiques (N=42)

Traitements	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Traitement symptomatique		
Corticothérapie	65	100
AINS	9	21,4
Phloroglucinol	3	7,1
IPP	2	4,8
Prégabaline	1	2,4
Pilocarpine	1	2,4
Larmes artificielles	1	2,4
Oxygénothérapie	1	2,4
Traitements de fond		
Hydroxychloroquine	21	50,0
Méthotrexate	6	14,3
Azathioprine	2	4,8
Traitements adjuvants		
Potassium	40	95,2
Calcium	40	95,2
IPP	18	45
Acide folique	5	12,5



Les aspects évolutifs

L'évolution à court terme était marquée par régression complète des symptômes chez près de moitié des patients (47,9%). Une régression partielle était notée dans 5 cas (10,4%), tandis que les symptômes persistaient chez 8 patients (16,7%).

A moyen et long terme l'évolution a été marquée par une stabilisation clinique chez 12 patients soit 25% et 22 patients perdus de vue soit 45,8%. Les aspects évolutifs sont présentés dans le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'évolution (n=48)

Evolution	Effectifs (n)	Fréquences (%)
A court terme		
Régression complète des symptômes	23	47,9
Persistance des symptômes	8	16,7
Régression partielle des symptômes	5	10,4
Perdu de vue	3	6,2
Décès	6	12,5
Sortie contre avis médical	2	4,2
Exacerbation des symptômes	1	2,1
A moyen terme		
Perdu de vue	22	45,8
Stabilité clinique	12	25
Symptômes résiduels	3	6,2
Décès	8	16,7
Poussée aigue	2	4,2
Exacerbation des symptômes	1	2,1
A long terme		
Perdu de vue	22	45,8
Stabilité clinique	14	29,2
Non évaluable	4	8,3
Décès	8	16,7

Discussion

Notre étude présente des limites communes aux études rétrospectives en rapport avec la non-complétude de certaines données. L'absence de registre spécifiques et de file active des patients avec MS dans les services pourrait avoir contribué à la sous-estimation de la fréquence observée (0,77%). ce résultat est supérieur à ceux de Hounsounou en Côte d'Ivoire (0,19%) et Teclessou au Togo (0,37%) [9, 10], mais elle est inférieure aux fréquences rapportées Soukho au Mali (2%) et Kane au Sénégal (12%) [11, 12]. Ces variations régionales observées pourraient être liées aux différences méthodologiques (durée de suivi, cadre nosologique retenu, caractère monocentrique ou multicentrique des travaux), mais aussi aux difficultés de recrutement, de suivi des patients et des dossiers inexploitable dans notre contexte. Notons de manière générale que les MS demeurent sous diagnostiquées en Afrique subsaharienne.

L'âge relativement jeune de nos patients (35,59 ans) et la prédominance féminine sont des caractéristiques retrouvées dans plusieurs études en Afrique subsaharienne [11-14]. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par la forte proportion de LES et de PR dans la plupart des études. En effet,

ces maladies systémiques sont connues pour leur susceptibilité génétique féminine et l'influence des hormones sexuelles dans leur pathogénie [13, 14].

La majorité de nos patients provenait du milieu urbain (80,4%). Ce résultat est proche de celui de Soukho au Mali (60,5%) [11]. Cela pourrait s'expliquer par le rôle des facteurs environnementaux, (pollution atmosphérique, plus accentuée en milieu urbain), dans le déclenchement des maladies auto-immunes. Toutefois, il doit être nuancé par le biais de recrutement lié au fait que les médecins spécialistes exercent habituellement dans les grandes villes.

Sur le plan socio-professionnel, la prépondérance de femmes au foyer (32,7%) est superposable aux données démographiques nationales (51,8%) selon l'INSD 2019 et rejoint les observations de Soukho au Mali (51,2%) [11]. L'augmentation progressive du nombre de cas ces dernières années (2020, 2021, 2022 et 2023), pourrait s'expliquer par le renforcement des effectifs des spécialistes en médecine interne dans les trois CHU de Ouagadougou.

La polyarthralgie constituait le motif de consultation le plus fréquent dans notre étude (32%). Nos résultat est en accord avec ceux de Soukho au Mali (41,9%)



[11] et Hounsounou en Côte d'Ivoire (50,6%) [9]. Ce constat semble logique car la polyarthralgie représente souvent le symptôme inaugural du LES et de la PR [15]. Par contre, d'autres études Africaines comme celle de Yapa en Côte d'Ivoire [16] retrouvaient une prédominance des manifestations générales, soulignant ainsi la variabilité des présentations initiales.

Le délai moyen au diagnostic de MS était de 11,5 mois. Ce résultat est comparable à celui de Teclessou au Togo (16,5 mois) [10]. Ce retard pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : l'évolution en poussées-rémissions des MS, l'itinéraire thérapeutique des patients dans notre contexte, marquée le plus souvent par le recours initial à la phytothérapie et les difficultés d'accès aux soins (financières et géographiques), qui retardent parfois les consultations spécialisées.

Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle et le diabète sucré en lien éventuel avec leur prévalence élevée dans notre contexte, respectivement de 17,5% et 7,6% (enquête STEPS 2021). Ce résultat rejoint celui de Soukho au Mali [11]. Les manifestations rhumatologiques, dermatologiques et générales étaient les signes les plus fréquents dans notre série et concordait avec les pathologies prépondérantes. Ces constatations sont en accord avec celles décrites par Hounsounou en Côte d'Ivoire [9].

Sur le plan biologique une anémie (82,9%) le plus souvent normocytaire et un syndrome inflammatoire (63,8%) étaient les anomalies majoritairement retrouvées. Ce résultat est similaire de celui de Yapa en Côte d'Ivoire (51,3 et 67%) [16]. En effet, les cytopénies, en particulier l'anémie, sont décrites dans les maladies systémiques auto-immunes, comme le LES et résultent le plus souvent d'étiologie mixte, avec comme principaux mécanismes, une inflammation chronique, des carences nutritionnelles et parfois une insuffisance rénale [18].

Le bilan immunologique avait été réalisé par 39 patients (60%). Il était positif spécifique dans 41% des cas et non spécifique dans 38,5%, confirmant son rôle majeur dans la classification et la caractérisation des MS. Il s'agissait surtout d'un dosage qualitatif (48,7%). Son coût élevé et sa faible disponibilité locale constituent des freins importants au diagnostic dans notre contexte.

Sur le plan nosologique, les MS les plus fréquemment rencontrées étaient le LES et la PR. Ces résultats sont comparables à la plupart des séries Africaines [11, 12, 16]. En revanche, D.D Ouédraogo et al au Burkina Faso en 2013, retrouvaient une prédominance de la sclérodémie

suivie du LES. Cela pourrait être lié à l'inclusion du service de dermatologie dans le cadre de l'étude [7]. Les connectivites constituaient le groupe nosologique majoritaire dans notre étude (55,4%). Ce constat est similaire à celui d'autres travaux de la sous-région [9, 11, 12, 17] et s'expliquer par un sous-diagnostic des autres groupes nosologiques (myopathies inflammatoires, maladies auto-inflammatoires et les désordres immuno-hématologiques) dont le diagnostic nécessite un plateau technique spécifique le plus souvent indisponible dans notre contexte.

Le diagnostic retenu concordait avec les critères de classification dans 73% des cas. Cela souligne l'importance d'intégrer les faisceaux d'arguments cliniques et paracliniques, et non la stricte application des critères de classification pour le diagnostic de MS.

Nos patients ont reçu un traitement conventionnel (corticothérapie, hydroxychloroquine, méthotrexate, azathioprine), parfois associés à un traitement adjuvant.

Les traitements modernes (biothérapies, immunoglobulines, échanges plasmatiques), recommandés dans certaines formes sévères, restent difficilement accessibles dans nos pays.

L'évolution à court terme était favorable chez près de la moitié des patients, avec une régression complète des symptômes dans 47,9% des cas et peu de perdus de vue (6,2%). Cependant, à moyen et long terme, près de la moitié des patients étaient perdus de vue (45,8%), limitant fortement l'évaluation du pronostic. Cette déperdition pourrait s'expliquer par le recours fréquent à la médecine traditionnelle, la perception de l'évolution cyclique des MS (poussées-rémissions), mais aussi l'orientation vers d'autres spécialistes comme les rhumatologues et dermatologues du fait de la prédominance des signes articulaires et cutanés.

Conclusion

Cette étude montre que les maladies systémiques restent peu fréquentes mais probablement sous-estimées dans les services de médecine interne à Ouagadougou, en raison des contraintes diagnostiques et de l'absence de registre de file active. Le profil observé est celui de femmes jeunes vivant en milieu urbain, avec une prédominance du lupus érythémateux systémique et de la polyarthrite rhumatoïde. La prise en charge repose sur des traitements conventionnels, avec une amélioration initiale chez près de la moitié des patients, mais un grand nombre de perdus de vue à moyen et long terme limite l'évaluation du pronostic d'où la nécessité d'une meilleure organisation du suivi et d'un accès aux thérapies modernes.



Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Combe B. Des maladies auto-immunes aux « IMID » en passant par les syndromes auto-inflammatoires. *Revue du Rhumatisme*. 2007; 74(8) : 711-13
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Enhancing NIH research on autoimmune disease*. Washington, DC: The National Academies Press. 2022; 29-30
3. Chevailler A. Les connectivites : La place des anticorps antinucléaires. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2006 ; 2006(384) : 19-20
4. Ka MM, Diop MM, Lèye A et al. Problématique des maladies autoimmunes en Afrique. *Revue Africaine de Médecine Interne*. 2017 ; 4(1-1) : 7-8
5. Adelowo O, Mody GM, Tikly M, Oyoo O, Slimani S. Rheumatic diseases in Africa. *Nat Rev Rheumatol*. 2021; 17(6): 363-74
6. Kaboré F, Zabsonré Tiendrebeogo WJ, Sougué C et al. Panorama des rhumatismes inflammatoires chroniques au Burkina Faso : bilan de 14 ans de pratique de la rhumatologie. *Revue du Rhumatisme*. 2021 ; 88 : A318-9
7. Ouédraogo DD, Korsaga-Somé N, Zabsonré Tiendrebeogo J et al. Connective tissue diseases in hospital practice in Ouagadougou (Burkina Faso). *Médecine et Santé Tropicales*. 2014; 24(3): 271-4
8. Ouedraogo AR, Ouedraogo G, Zabsonré/Tiendrebeogo J et al. Atteintes pleuropulmonaires au cours des connectivites. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2017 ; 34 : A130-1
9. Hounsounou M, Gbane M, Kouassi JMD et al. Maladies auto-immunes systémiques en milieu hospitalier à Abidjan : étude multicentrique à propos de 227 cas. 2022. *Rev Afr Médecine Interne* 2022 ; 9 :14-21
10. Teclessou JN, Saka B, Akakpo SA et al. Les connectivites en milieu hospitalier à Lomé : étude rétrospective de 231 cas. *Pan Afr Med*. 2018. 30 (176)
11. Soukho AK, Keïta K, Sy D and al. Panorama of autoimmune and autoinflammatory diseases in internal medicine at the University Hospital Center (UHC) of the Point G, *Open Journal of Internal Medicine*. 2021 ; 11(2), 91-108
12. Kane BS, Djiba B, Traoré A et al. Les maladies systémiques : quelle place, quels motifs d'admission dans un service de médecine interne africain ? *La Revue de Médecine Interne*. 2017 ; 38 : A62
13. Le Guern V. Hormones sexuelles et auto-immunité. *La Presse Médicale Formation*. 2020 ; 1(1) : 36-41
14. Bonnotte B. Physiopathologie des maladies auto-immunes. *La Revue de Médecine Interne*. 2010 ; 31 : S292-5
15. Blétry O. Polyarthralgies. In : *Du Symptôme à la Prescription en Médecine Générale*. 2^e éd. Paris. Elsevier Masson. 2006 ; 61-8
16. Yapa GSK, Kone S, Kone F, Kouamé KGR, Acho JK, Ouattara B. Maladies auto-immunes systémiques dans les services de médecine interne et de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké : profil de 50 patients. *Revue Africaine de Médecine Interne*. 2022 ; 26-9
17. Lamini N'Soundhat NE, Ntsiba H. Les maladies autoimmunes et de système au service de rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Health sciences and disease*. 2020 ; 21(4)
18. Meyer O, Lupus érythémateux systémique. In : *Traité des Maladies et syndromes systémiques*. 6^e éd. Lavoisier ; 2015. 260-265