RAFMI



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2026, JUIN - VOLUME 13 (1-1)

Correspondance

Secrétariat
E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse
UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Pr Michel Assane NDOUR (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

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

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

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

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.
Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.
Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.
La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.

2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.

3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.
Les références (thèses et mémoires) ne sont pas acceptées.
Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.
Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.
Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.
Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.
Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.
Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.
Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.
Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.
Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi
Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(rafmi.org).**

IV. Publication
Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.
Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Stéatose hépatique métabolique (MASLD) chez les diabétiques de type 2 en milieu hospitalier africain (Burkina Faso) **7-15**
Somé DP, Traoré S, Pankolo M, Zemba D, Ouedraogo NCJ, Ouedraogo DF, Sawadogo N, Zoungrana L, Bognounou R, Tieno H, Simbooro LR, Ouedraogo CLW, Guira O

Profil épidémio-clinique et paraclinique de la Sclérodermie Systémique au service de médecine interne du CHU-Treichville (Côte d'Ivoire) **16-25**
Kpata DPM, Lobah YG, Ahouangansi SER, Konan NM, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe F, Acko UV, Binan Y

Polyarthrite rhumatoïde au Sénégal : profil hospitalier et facteurs associés aux formes déformantes. Étude multicentrique de 340 cas dans la région de Thiès **26-32**
Sow K, Diallo BM, Elamé Ngwa H, Mamoudou BN, Guèye MT, Ba IK, Nandong N, Mouhamad M, Dièye I, Bacourine S, Pouye M, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Qualité de vie des diabétiques de type 2 suivis au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (Bénin) en 2023 **33-39**
Alassani A, Kone S, Djalogue L, Djibril A, Wanvoegbe A

Équipe multidisciplinaire d'antibiothérapie de l'Hôpital Principal de Dakar : Activités et résultats préliminaires après 18 mois de mise en œuvre **40-49**
Diop M, Ndoye M, Mbacke Daffé SM, Youbong T, Radji RO, Diouf K, Seck M, Gueye MW, Baro R, Sakho M, Traore CA, Ngom M, Bassoum O, Faye A, BA PS

Prévalence des maladies systémiques au cours du VIH dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée. **50-57**
Condé K, Bah A, Barry A, Touré M, Kamissoko AB, Cissé FA

Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique du syndrome inflammatoire biologique chez les patients hospitalisés en médecine interne : étude multicentrique comparative au Maroc et au Sénégal **58-64**
Diagne N, Ndao AC, Ndour MA, Faye A, Idrissi AR, Djiba B, Pouye A

Nuisances sonores et troubles du sommeil au-delà de la neurologie, quel impact sur la santé en général ? **65-70**
Sarr MM, Marone Z, Coly MS, Ka M, Sarr TM, Ndiaye M

Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur le diabète gestationnel à Abidjan (Côte d'Ivoire) **71-78**
N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Le suivi et les difficultés d'insertion professionnelle des doctorants d'une jeune UFR des sciences de la santé à Saint-Louis du Sénégal **79-84**
Dia DG, Sagna AS, Dia AD, Doupa D, Kane A

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs diagnostiquée par l'indice de pression systolique chez des patients diabétiques à Ouagadougou (Burkina Faso). **85-90**
Tieno H, Bognounou R, Ouedraogo Z.-N, Zoungrana L, ZOROME K.- A-A, Bouda M, Yameogo S, Zio G-U, Guira O

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Metabolic hepatic steatosis (MASLD) among patients known for type 2 diabetics in an African hospital setting (Burkina Faso) **7-15**
Somé DP, Traoré S, Pankolo M, Zemba D, Ouedraogo NCJ, Ouedraogo DF, Sawadogo N, Zoungrana L, Bognounou R, Tieno H, Simbooro LR, Ouedraogo CLW, Guira O

Epidemiological and Clinical Characteristics of Systemic Sclerosis at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire) **16-25**
Kpata DPM, Lobah YG, Ahouangansi SER, Konan NM, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe F, Acko UV, Binan Y

Rheumatoid arthritis in Senegal: hospital profile and factors associated with deforming forms. A multicenter study of 340 cases in the Thiès region **26-32**
Sow K, Diallo BM, Elamé Ngwa H, Mamoudou BN, Guèye MT, Ba IK, Nandong N, Mouhamad M, Dièye I, Bacourine S, Pouye M, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Quality of life of type 2 diabetics monitored at the Borgou Departmental University Hospital (Benin) in 2023 **33-39**
Alassani A, Kone S, Djalogue L, Djibril A, Wanvoegbe A

Multidisciplinary antimicrobial stewardship team at Principal Hospital of Dakar: activities and preliminary outcomes After 18 months of implementation **40-49**
Diop M, Ndoye M, Mbacke Daffé SM, Youbong T, Radji RO, Diouf K, Seck M, Gueye MW, Baro R, Sakho M, Traore CA, Ngom M, Bassoum O, Faye A, BA PS

Prevalence of Systemic Diseases in the course of HIV in the Rheumatology Department of CHU Ignace Deen, Conakry, Guinea **50-57**
Condé K, Bah A, Barry A, Touré M, Kamissoko AB, Cissé FA

Epidemiological, clinical, biological, and etiological profile of biological inflammatory syndrome in patients hospitalized in internal medicine: a comparative multicenter study in Morocco and Senegal **58-64**
Diagne N, Ndao AC, Ndour MA, Faye A, Idrissi AR, Djiba B, Pouye A

Noise pollution and sleep disorders beyond neurology, what impact does it have on health in general? **65-70**
Sarr MM, Marone Z, Coly MS, Ka M, Sarr TM, Ndiaye M

Knowledge, attitudes and practices of health providers regarding gestational diabetes in Abidjan (Ivory Coast) **71-78**
N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Monitoring and difficulties of professional integration of doctoral students of a young health sciences UFR in Saint-Louis, Senegal **79-84**
Dia DG, Sagna AS, Dia AD, Doupa D, Kane A

Peripheral arterial disease (PAD) diagnosed using the ankle-brachial index in diabetic patients in Ouagadougou (Burkina Faso) **85-90**
Tieno H, Bognounou R, Ouedraogo Z.-N, Zoungrana L, ZOROME K.- A-A, Bouda M, Yameogo S, Zio G-U, Guira O

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs diagnostiquée par l'indice de pression systolique chez des patients diabétiques à Ouagadougou (Burkina Faso).

Peripheral arterial disease (PAD) diagnosed using the ankle-brachial index in diabetic patients in Ouagadougou (Burkina Faso)

Tieno H[1, 3], Bognounou R[1, 3], Ouedraogo Z.-N[1], Zoungrana L[2, 3], ZOROME K.-A-A[1], Bouda M[1], Yameogo S[1], Zio G-U[1], Guira O[2,3]

1. Centre Hospitalier Universitaire – Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso
2. Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso
3. Unité de Formation et de Recherche en Science De la Santé Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

Auteur correspondant : Dr Bognounou Réné / E-mail : rene.bognou@ujkz.bf /Tél : +226 70 23 15 24

Résumé

Objectif : Etudier la fréquence ainsi que les aspects cliniques et paracliniques de l'AOMI chez des patients diabétiques.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive menée de mars 2023 à septembre 2023 au CHU de Bogodogo. L'indice de pression systoliques (IPS) était calculé en divisant la pression artérielle systolique de la cheville la plus élevée obtenue par la pression systolique brachiale la plus élevée parmi les deux membres supérieurs. Cette mesure était réalisée à l'aide d'un appareil mini doppler de poche (marque SONOTRAX basic) équipé d'une sonde de 8.0 MHz de fréquence et d'un tensiomètre à manomètre. L'AOMI était définie par un indice de pression systolique inférieur à 0,9.

Résultats : Au total, 129 patients diabétiques étaient inclus. La fréquence de l'AOMI était de 34,8%. La moyenne d'âge des patients était de 54,93 ans ± 11,29 et le sex ratio de 0,36. Le diabète de type 2 était le plus retrouvé dans 95,3% des cas. La proportion de diabétiques ayant une durée d'évolution du diabète supérieur à 10 ans était de 37,78%. Un déséquilibre glycémique (HbA1C >7%) était observé chez 47% des patients. L'hypertension artérielle et l'obésité étaient retrouvées dans 48,8% et 35,56% des cas. La neuropathie et la rétinopathie diabétique représentaient respectivement 89,6% et 10,3% des complications dégénératives observées. En analyse multivariée, l'âge (p = 0,04) était le facteur associé à l'AOMI.

Conclusion : La fréquence de l'AOMI était très élevée parmi nos patients avec un terrain métabolique sous-jacent. L'IPS constitue une méthode simple, fiable, reproductible et peu coûteuse pour le dépistage et l'évaluation de la sévérité de l'AOMI. Une prise en charge adéquate repose sur la prévention primaire, le dépistage précoce et le contrôle optimal des facteurs de risque cardiovasculaire.

Mots clés : AOMI - Diabète - IPS - Fréquence - Burkina Faso.

Summary

Objective: To study the prevalence, as well as the clinical and paraclinical aspects of Peripheral arterial disease (PAD) of the lower limbs in diabetic patients.

Patients and methods: This was a descriptive cross-sectional study conducted between March 2023 and September 2023 at Bogodogo University Hospital. The systolic pressure index (SPI) was calculated by dividing the highest systolic blood pressure measured at the ankle by the highest systolic blood pressure measured at the upper arm among the two upper limbs. This measurement was taken using a handheld mini-Doppler device (SONOTRAX Basic model) fitted with an 8.0 MHz probe and a sphygmomanometer. Peripheral arterial disease (PAD) was defined as a systolic pressure index of less than 0.9.

Results: A total of 129 diabetic patients were included. The prevalence of obliterative arterial disease of the lower limbs was 34.8%. The mean age of the patients was 54.93 years ± 11.29 and the sex ratio was 0.36. Type 2 diabetes was the most common, accounting for 95.3% of cases. The proportion of patients who were diagnosed more than 10 years ago was 37.78%. Glycaemic imbalance (HbA1C >7%) was observed in 47% of patients. Hypertension and obesity were found in 48.8% and 35.56% of cases, respectively. Diabetic neuropathy and retinopathy accounted for 89.6% and 10.3% of the degenerative complications observed, respectively. In multivariate analysis, age (p = 0.04) was the factor associated with PAD.

Conclusion: The prevalence of PAD was very high among our patients with underlying metabolic conditions. The SPI is a simple, reliable, reproducible and cost-effective method for screening for and assessing the severity of PAD. Appropriate management relies on primary prevention, early screening and optimal control of cardiovascular risk factors.

Keywords: PAD - Diabetes - SPI - Prevalence - Burkina Faso.



Introduction

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), est caractérisée par un rétrécissement du calibre des artères à destination des membres pelviens, qui entraîne une perte de charge hémodynamique, avec ou sans traduction clinique, dont le meilleur témoin est la chute de l'indice de pression systolique **[1]**.

Une revue systématique comparant l'AOMI chez les diabétiques et les non diabétiques a révélé qu'elle variait entre 20% et 50% chez les diabétiques, comparativement à 10% et 26% chez les non diabétiques **[2]**. En milieu hospitalier, l'AOMI est 2 à 7 fois plus fréquente chez les patients diabétiques que chez les sujets non diabétiques. Sa prévalence chez les patients diabétiques varie de 9% à 55% selon les études **[3]**. En Afrique sub-Saharienne, la prévalence de la maladie artérielle périphérique varie de 39% à 52% des personnes présentant des facteurs de risque connus comme le diabète **[4]**. Au Burkina Faso en 2017, la prévalence hospitalière de l'AOMI était de 35,2% chez des patients diabétiques **[5]**.

Malgré l'importance épidémiologique et clinique de l'AOMI, elle reste largement sous-diagnostiquée et donc sous-traitée, probablement parce qu'elle est largement asymptomatique **[3]**.

Il existe un moyen fiable de dépistage et de diagnostic de l'AOMI : indice de pression systolique (IPS). Les complications de l'AOMI impliquent la nécessité d'un diagnostic précoce des cas afin d'assurer une prise en charge appropriée.

Six années après l'étude menée par Sempore et al à Bobo-Dioulasso sur la même thématique, nous avons voulu faire le point sur la fréquence de l'AOMI d'une part et d'autre part rechercher des facteurs associés. Ce qui pourrait promouvoir le diagnostic précoce par la mesure fréquente de l'IPS et la meilleure prise en charge de l'AOMI.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique menée de mars 2023 à septembre 2023. Les patients diabétiques âgés d'au moins 18 ans consentants et vus de façon systématique en ambulatoire ou hospitalisés dans le service de Médecine Interne du CHU B de Ouagadougou ont été inclus. L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs a été définie par un IPS < 0,90 avec ou sans signe clinique **[5]**. Les données cliniques de l'AOMI ont été recueillis en utilisant la classification de Leriche et Fontaine. La mesure de l'IPS a été réalisée à l'aide d'un appareil mini doppler de poche (marque SONOTRAX basic) équipé d'une sonde de 8.0 MHz de fréquence et d'un tensiomètre à manomètre. Un brassard de marque Spengler était utilisé pour mesurer la pression artérielle après avoir repéré les artères humérales, tibiales postérieures et pédieuses, sur les deux bras et les deux pieds, simultanément avec la sonde de Doppler. Aux membres inférieurs, le brassard était gonflé à 20 mm Hg au-dessus du seuil de détection sonore au Doppler. Ensuite, un dégonflage progressif de 2 mm Hg par seconde était effectué avec enregistrement de la pression artérielle systolique (réapparition du signal Doppler). L'IPS a été calculé en divisant la pression artérielle systolique de la cheville la plus élevée obtenue (artère pédieuse ou artère tibiale postérieure) par la pression systolique brachiale la plus élevée parmi les deux membres supérieurs lorsque la différence entre les deux dépassait 10 mm Hg. Les valeurs de l'IPS étaient considérées comme normales si comprises entre [0,9 et 1,3]. Un IPS inférieur à 0,9 témoignait de la présence d'une AOMI. Un IPS supérieur à 1,3 évoquait la présence d'une médiacalcose. Les critères de la fédération internationale du diabète ont été considérés pour la définition de l'obésité abdominale. Le diabète était équilibré quand la valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) était comprise entre [4-7%]. La dyslipidémie a été considérée pour des valeurs : cholestérol >1,8 mmol/L, Triglycérides > 1,7 mmol/L, HDL cholestérol (homme < 1 mmol/L, femme < 1,2 mmol/L). Une rétinopathie a été recherchée au fond d'œil et une neuropathie périphérique à l'examen clinique. Une analyse multivariée à l'aide d'un modèle de régression logistique a été réalisée pour identifier les facteurs associés à l'AOMI. Le test du Chi2 de Pearson et le test de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des proportions. Les tests étaient considérés comme significatifs au seuil de 5%.

Résultats

Au total 129 patients diabétiques ont été inclus.

Données sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de 56,6 ans ± 10,9 (extrêmes = 18 et 81 ans). Une prédominance féminine a été observée (63,6%) et un sex ratio de 0,57. La comorbidité la plus fréquemment était l'hypertension artérielle (HTA) dans 48,8% des cas. Le tableau I montre les caractéristiques générales de la population d'étude et des patients atteints d'AOMI.

Tableau I : Caractéristiques générale de la population d'étude et des patients ayant une AOMI

	Population d'étude		Patients atteints d'AOMI	
	Effectif(n)	Pourcentage (%)	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Sexe				
Masculin	47	36,43	12	26,67
Féminin	82	63,56	33	73,33
Tranche d'âge [années]				
[15 - 20[	1	0,8	0	0
[20 - 30[	2	1,6	1	2,2
[30 - 40[	5	3,9	4	8,8
[40 - 50[	23	17,8	9	20,0
[50 - 60[	43	33,3	15	33,3
[60 - 70[	42	32,6	13	28,8
≥70	13	10,1	3	6,6
Mode de vie				
Tabac	3	2,3	1	2,22
Alcool	12	9,3	5	11,1

Données relatives au diabète

Les patients diabétiques de type 2 représentaient 95,3% de nos patients. La durée moyenne d'évolution du diabète était de 7,91 ans ±7,79. Une ancienneté du diabète supérieure à 10 ans a été constatée chez 37,78% (n=17). L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 28,07 Kg/m^2 ± 5,25 [14,49-38,87 Kg/m^2]. Le tour de taille moyen des patientes était de 97,36 cm ± 12,78 cm [72 - 118 cm] et parmi elles, 30 (90,91%) avaient une obésité abdominale.

La neuropathie diabétique et la rétinopathie diabétique étaient retrouvées respectivement chez 89,6% et 10,3% des patients.

Données concernant l'AOMI : prévalence selon l'IPS, aspects cliniques, paracliniques et classification de l'AOMI.

Quarante-cinq patients avaient une AOMI soit une fréquence hospitalière de l'AOMI de 34,8%. Une claudication intermittente douloureuse était retrouvée chez 6 patients (13,3%). Le pouls tibial postérieur n'était pas perceptible chez 23 patients soit 85,1% de même que le pouls pédieux chez 4 patients soit 14,8%. Chez six patients ayant réalisé une échographie Doppler artérielle, tous avaient une médiacalcose, cinq une infiltration athéromateuse et quatre une sténose artérielle partielle et un patient une occlusion artérielle.

Un déséquilibre glycémique (HBA1C>7%) a été observé chez 8(47%) des 17 patients ayant pu réaliser cet examen. Après un mois de traitement antidiabétique, chez 15 patients ayant réalisés une fructosamine, 4 patients (26,6%) avaient une fructosamine supérieur à 325 mmol/L. Cinq patients (62, 5%) avaient un taux de cholestérol-LDL supérieur à 1, 8 mmol/L. Chez les femmes, 5 soit (41, 67%) avaient un HDL cholestérol < 1,2 mmol/L. Chez les hommes 5 soit 55, 56% avaient le HDL cholestérol < 1 mmol/L. Les triglycérides étaient élevés chez 3 patients (37,5%) avaient des valeurs supérieures à 1,7mmol/L.

L'index de pression systolique (IPS) moyen était de 0,81 ± 0,06[0,64 et 0,89]. La tranche d'IPS de 0,7 à 0,9 était la plus représentée avec 43 patients soit 85,5% et deux patients soit 4,5% se retrouvaient dans la tranche de 0,4 à 0,7.

Etude analytique

En analyse uni variée, l'âge et la rétinopathie étaient statistiquement liées à l'AOMI (P < 0,05). Tandis qu'en analyse multivariée, c'est l'âge qui était statistiquement associé à l'AOMI. Les tableaux II et III montrent les degrés d'association entre l'AOMI et les autres paramètres en analyse uni variée et en analyse multivarié.

Tableau II : Analyse uni variée

Variables	AOMI		OR	IC	P-value
	Oui (IPS<0,9)	**Non (IPS>0,9)**			
Age			2,57	1,01- 6,49	**0,04**
[18-50[	7(15,5%)	27(32,1%)			
[50-84[	38(84, 4%)	57(67, 8%)			
Sexe			0,94	0,44- 2,00	0,87
Masculin	16(35,5%)	31(36, 9%)			
Féminin	29(64, 4%)	53(63, 1%)			
Claudication			1,95	0,46-8,20	0,35
Oui	4(8,8%)	4(4, 7%)			
Non	41(91, 1%)	80(95, 2%)			
Neuropathies			1,81	0,86- 3,81	0,11
Oui	29(64, 4%)	42(5%)			
Non	46(35, 5%)	42(5%)			
Rétinopathie					
Oui	0(0%)	7(8, 3%)	----------	-------	**0,04**
Non	45(100%)	77(91, 6%)			

Tableau III : Analyse multivariée (régression logistique)

Variables	OR	95%CI	P-value
Age	2,83	1,002 - 8,002	0,04
Retinopathies	0,001	0,001- 10,12	0,96

Discussion

La fréquence élevée (34,8%) de l'AOMI chez nos patients diabétiques est comparable à celle rapportée par Semporé W Y et al. **[5]** au Burkina Faso en 2019 qui retrouvaient une fréquence de 35,2%. D'autres auteurs comme Codjo H. Let al. au Benin en 2013 ont trouvé une prévalence supérieure (41,9%) **[6]**. La fréquence de l'AOMI dans le monde et en milieu hospitalier est comprise entre 9% et 55% chez les diabétiques **[3, 7]**. Ceci interpelle sur la nécessité de la recherche active de l'AOMI chez les patients diabétiques. Le diabète sucré est associé à une augmentation du risque de développer une AOMI d'environ 2 à 4 fois **[9]**. L'AOMI chez les patients diabétiques est donc un problème majeur de santé publique par l'ampleur de sa fréquence hospitalière.

La fréquence de la claudication intermittente vasculaire était de 13,3%. Yonas Akalu et al. **[12]** en Ethiopie en 2020 ont rapporté une prévalence de 63,8% de patients présentant une claudication intermittente vasculaire. La neuropathie et la rétinopathie diabétique étaient retrouvées respectivement chez 89,6% et 10,3% de nos patients. Compte tenu des incohérences associées aux symptômes de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, la mesure de l'indice de pression systolique (IPS) se révèle être une méthode objective, relativement simple, non invasive et peu coûteuse **[10]**. Le critère diagnostique retenu est un IPS < 0,90, qui témoigne d'un trouble hémodynamique significatif. La complication la plus fréquente de cette pathologie est l'ischémie aigue pouvant conduire à un pied diabétique voir une gangrène du membre avec comme corollaire l'amputation. Lors de l'examen clinique d'un patient diabétique l'évaluation du risque podologique s'avère indispensable, tout patient diabétique étant classé à haut risque cardiovasculaire. L'hypertension artérielle était la comorbidité la plus retrouvé dans notre étude dans 48,8% des cas. Cette association HTA et diabète constitue un surrisque de développer une AOMI **[11]**.

Dans notre étude, 47% des patients atteints d'AOMI avaient une HbA1c supérieur à 7%. Ces résultats sont similaires à ceux de H.L. Codjo et

al. **[13]** en 2016 au Bénin qui rapportaient 50,2%. Ce déséquilibre glycémique pourrait s'expliquer par l'inobservance thérapeutique souvent observée chez nos patients en raison du manque de moyens financiers pour se procurer le traitement antidiabétique. En effet pour chaque augmentation de 1% du taux d'hémoglobine glyquée, le risque d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs augmente de 26% **[14]**.

La dyslipidémie était retrouvée chez les patients ayant une AOMI. Ce résultat corrobore ceux de la littérature **[15]**. HTA, diabète et dyslipidémie constituent un trépied important du syndrome métabolique qui nécessite un diagnostic précoce et une prise en chaque optimale.

En analyse multivariée, l'âge était significativement associé à l'AOMI (p=0,04). D'autres auteurs ont retrouvé le même constat **[13, 16, 17]**. En effet l'âge est un facteur de risque non modifiable de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

La prise en charge de l'AOMI repose sur le contrôle optimal des facteurs de risque cardiovasculaire. La chirurgie n'est pratiquée que pour certains cas spécifiques et à des stades avancés de la maladie **[18]**. L'évaluation du risque podologique chez les patients diabétiques est d'un intérêt capital.

Des contraintes liées à notre étude ont été identifiées : contraintes financières pour la réalisation exhaustive des bilans paracliniques (échographie doppler artérielle des membres inférieurs et d'autres bilans biologiques). Toutefois cette étude nous donne un aperçu réel de l'ampleur de l'AOMI en milieu hospitalier dans un pays en développement.

Conclusion

La fréquence hospitalière de l'AOMI était très élevée (34,8%) dans notre étude. Le syndrome métabolique comme dans plusieurs études a été un terrain favorisant sa survenue. L'IPS constitue une méthode simple, fiable, reproductible et peu coûteuse pour le dépistage et l'évaluation de la sévérité de l'AOMI. Une prise en charge adéquate repose sur la prévention primaire, le dépistage précoce et le contrôle optimal des facteurs de risque cardiovasculaire.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Fredenrich A, Bouillanne P-J, Batt M. Artériopathie diabétique des membres inférieurs. EMC - Endocrinologie. 2004 ; 1(2) : 117-32**
2. **Stoberock K, Kaschwich M, Nicolay SS, Mahmoud N, Heidemann F, Rieß HC and al. The interrelationship between diabetes mellitus and peripheral arterial disease - a systematic review. Vasa 2020; 50(5): 1-8**
3. **Soyoye DO, Abiodun OO, Ikem RT, Kolawole BA, Akintomide AO. Diabetes and peripheral artery disease: A review. World J Diabetes. 2021; 12(6): 827-838**
4. **Johnston LE, Stewart BT, Yangni-Angate H, Veller M, Upchurch GR, Gyedu A and al. Peripheral Arterial Disease in Sub-Saharan Africa: A Review. JAMA Surg. 2016; 151(6): 564 - 72**
5. **Sempore WY, Kyelem GC, Ilboudo A, Ouedraogo N, Ilboudo EK, Yameogo TM et al. Dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez les diabétiques suivis au CHU de Bobo Dioulasso par la mesure de l'index de pression systolique de cheville. RAFMI. 2019 ; 6(1-2) : 13-8**
6. **Codjo HL, Adoukonou TA. Prévalence de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et facteurs associés chez les diabétiques suivis en milieu hospitalier à Parakou en 2013. Ann. cardiol. angéiol. 2016 ; 65(4) : 260-4**
7. **F Mariko M, Sow DS, Traore B, Togo A, Nguele O, Traore D et al. Dépistage de l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs du Diabétique à l'Aide de l'Index de Pression Systolique en Pratique Quotidienne à Bamako Health Sci. Dis. 2021 ; 22(1) : 15-21**
8. **Ali RS, Ozdemir BA, Hinchliffe RJ. Critical appraisal of the quality of evidence addressing the diagnosis, prognosis, and management of peripheral artery disease in patients with diabetic foot ulceration. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2018; 56:401-8**
9. **Becker F, Ebadi H R, Ricco JB, Setacci C, Cao P, Donato G and al. Definitions, epidemiology, clinical presentation and prognosis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011; 42(S2): 4-12**

10. **Kreutzburg T, Peters F, Rieß HC, Hischke S, Marschall U, Kriston L and al. Comorbidity patterns among patients with peripheral arterial occlusive disease in Germany: a trend analysis of health insurance claims data. European J Vasc Endovasc Surg. 2020; 59: 59-66**
11. **Francia P, Gulisano M, Anichini R, Seghieri G. Diabetic Foot and Exercise Therapy: Step by Step The Role of Rigid Posture and Biomechanics Treatment. Current Diabetes Reviews. 2014; 10(2): 86-99**
12. **Ogbera AO, Adeleye O, Solagberu B, Azenabor A. Screening for peripheral neuropathy and peripheral arterial disease in persons with diabetes mellitus in a Nigerian University Teaching Hospital. BMC Res Notes. 2015; 8(1): 533**
13. **Akalu Y, Birhan A. Peripheral Arterial Disease and Its Associated Factors among Type 2 Diabetes Mellitus Patients at Debre Tabor General Hospital, Northwest Ethiopia. J. Diabetes Res. 2020; 2020: 1-9**
14. **Lee I-T. Mean and variability of annual haemoglobin A1C are associated with high-risk peripheral artery disease. Diab Vasc Dis Res. 2020; 17(3): 1-11**
15. **Mosquera FA, Balboa-Barreiro V, Bellido GD, González SM, Vale CM, Veiga SR and al. Frequency of lower extremity artery disease in type 2 diabetic patients using pulse oximetry and the ankle brachial index. Int J Med Sci. 2021; 18(13): 2776-82**
16. **Faglia E, Caravaggi C, Marchetti R, Mingardi R, Morabito A, Piaggesi A and al. Screening for peripheral arterial disease by means of the ankle-brachial index in newly diagnosed Type 2 diabetic patients. Diabet Med. 2005; 22(10): 1310-4**
17. **Moussio VN, Jemea B, Bayiha JE, Ewane ME, Nonga BN. Prévalence de l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs chez les Patients Diabétiques à l'Hôpital Général de Douala. Health Sci.Dis. 2021 ; 22 (4) : 29-34**
18. **Carpentier P, Blanchard P, Dosquet P. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Haute Autorité de santé (HAS) - service des recommandations professionnelles ; 2016. 106**

Date de soumission : 21/01/2026
Date d'acceptation : 06/05/2026