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

Polyarthrite rhumatoïde au Sénégal : profil hospitalier et facteurs associés aux formes déformantes. Étude multicentrique de 340 cas dans la région de Thiès

Rheumatoid arthritis in Senegal: hospital profile and factors associated with deforming forms. A multicenter study of 340 cases in the Thiès region

Sow K[1], Diallo BM[2], Elamé Ngwa H[1], Mamoudou BN[3], Guèye MT[4], Ba IK[3], Nandong N[3], Mouhamad M[3], Dièye I[3], Bacourine S[2], Pouye M[3], Berthé A[3], Touré PS[2], Diop MM[3], Ka MM[3]

1. Service de Médecine Interne, Hôpital Saint Jean de Dieu, Thiès,
2. Service de Médecine Interne, Hôpital Abdou Aziz Sy, Tivaouane
3. Service de Médecine Interne, Hôpital Régional, Thiès
4. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Départemental Thierno Mouhamadoul Mansour Barro de Mbour.

Auteur correspondant : Dr Khoudia SOW / khoudiasow2610@gmail.com / +221774461604

Résumé

Introduction : La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Dans les pays à ressources limitées, elle reste souvent sous-diagnostiquée et diagnostiquée tardivement, exposant à des formes sévères et invalidantes. Les données épidémiologiques en Afrique subsaharienne, notamment au Sénégal, demeurent encore limitées. Cette étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique, clinique, biologique, radiologique et thérapeutique de la PR dans la région de Thiès.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective descriptive multicentrique, menée de janvier 2020 à décembre 2024 dans les services de médecine interne de quatre hôpitaux de la région de Thiès. Ont été inclus tous les patients répondant aux critères ACR/EULAR 2010 de la PR. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et d'activité de la maladie (DAS28) ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées de manière descriptive.

Résultats : Au total, 340 patients ont été inclus, avec une nette prédominance féminine (sex-ratio H/F = 0,16). L'âge moyen était de 43,7 ± 15,1 ans. La majorité des patients consultaient pour polyarthralgies inflammatoires (90,77%), avec un délai diagnostique supérieur à 6 mois dans 78,5% des cas. Des déformations articulaires étaient présentes chez 62,16% des patients.

Sur le plan biologique, la CRP était élevée dans 60,14% des cas et la VS accélérée dans 88,28%. Le facteur rhumatoïde était positif chez 70,36% des patients et les anticorps anti-CCP chez 93,39%. L'imagerie était peu réalisée; parmi les patients ayant bénéficié d'une radiographie des érosions osseuses ont été retrouvées dans 48,71% des cas explorés.

L'activité de la maladie était le plus souvent modérée à élevée (75,75%), avec seulement 11,12% de rémission. Le traitement reposait principalement sur les DMARDs conventionnels, notamment le méthotrexate (81,34%) et l'hydroxychloroquine (63,27%), associés à une corticothérapie fréquente (90,38%), sans recours aux biothérapies.

Conclusion : La polyarthrite rhumatoïde dans la région de Thiès se caractérise par un diagnostic tardif, une forte fréquence de formes déformantes et une activité inflammatoire élevée. L'accès limité aux moyens diagnostiques et thérapeutiques, notamment aux biothérapies, constitue un défi majeur. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer le dépistage précoce et l'optimisation de la prise en charge dans notre contexte.

Mots clés : Polyarthrite rhumatoïde - diagnostic tardif - Thiès.

Summary

Background: Rheumatoid arthritis (RA) is the most common form of chronic inflammatory arthritis. In resource-limited countries, it often remains underdiagnosed and is diagnosed late, leading to severe and disabling forms of the disease. Epidemiological data from sub-Saharan Africa, particularly Senegal, remain limited. The aim of this study was to describe the epidemiological, clinical, biological, radiological and therapeutic profile of RA in the Thies region.

Materials and Methods: We conducted a retrospective descriptive study over a five-year period, spanning from January 2020 to December 2024, within the internal medicine departments of four hospitals in the Thiès region.

Results: A total of 340 cases of rheumatoid arthritis were recorded. The sex ratio (M/F) was 0.16. The mean age was 43.72 ± 15.163 years, with a range of 14 to 88 years. The majority of patients resided in urban areas. A family history of inflammatory rheumatic disease and/or autoimmunity was identified in 17 patients (4.96%). Inflammatory polyarthralgia was the principal reason for consultation (90.77%). The duration of disease progression exceeded six months in most patients (78.5% of cases). Synovitis was observed in 169 patients (65.25%).

The main joint deformities noted (62.16%) included boutonnière deformity (26 cases) and ulnar drift (23 cases). Extra-articular manifestations were predominantly pleuropulmonary involvement. Laboratory investigations revealed an VS in 128 patients (88.27%) and increased CRP levels in 175 patients (60.13%). Immunological findings showed that rheumatoid factor was positive in 190 patients (70.36%), anti-CCP antibodies were positive in 297 patients (93.39%), and antinuclear antibodies were positive in 99 patients (64.74%). Imaging studies demonstrated bone erosions in 19/39 patients (48.71%) and bone demineralization in 16 patients (41.02%). Frontal chest radiography revealed pulmonary fibrosis in 5 patients. Treatment consisted primarily of prednisone (90% of cases), methotrexate (81.34%), and hydroxychloroquine (63.27%). Assessment of disease activity, based on available records, indicated remission in 22 patients (11.11%).

Conclusion: Rheumatoid arthritis in the Thiès region is characterized by late diagnosis, a high prevalence of deformity-causing forms, and high inflammatory activity. Limited access to diagnostic and therapeutic resources, particularly biologic therapies, poses a major challenge. These findings underscore the need to improve early screening and optimize care in our setting.

Keywords: rheumatoid arthritis - late diagnosis - Thies.

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune multifactorielle d'étiologie inconnue, affectant principalement les articulations **[1]** mais avec des manifestations extra-articulaires possibles traduisant son caractère systémique. C'est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquemment retrouvé dans les services de médecine interne **[2, 3]**. C'est une pathologie dont les estimations de prévalence mondiale varient selon les régions (de 0,24% à 1%) **[4]**. Elle peut avoir de lourdes répercussions sur le plan fonctionnel et socio-économique, en particulier dans les pays à ressources limitées. Alors qu'elle est bien étudiée dans les pays occidentaux, les données restent limitées en Afrique, avec un diagnostic souvent tardif et un accès restreint aux traitements. La majorité des travaux africains récemment publiés sont des séries hospitalières unicentriques, ne permettant pas une estimation fiable de la charge réelle de la maladie à l'échelle régionale ou nationale **[5, 6, 7]**. Une revue systématique a rapporté en 2015 une prévalence en milieu urbain oscillant entre 0,1% en Algérie, 0,6% en République Démocratique du Congo, et 2,5% en Afrique du Sud **[8]**. Au Sénégal, notamment dans la région de Thiès, les données épidémiologiques sont insuffisantes malgré une augmentation apparente du nombre de cas observés. Cette étude multicentrique vise à décrire le profil épidémiologique, clinique, biologique, radiologique et thérapeutique des patients atteints de PR dans la région de Thiès et identifier les facteurs associés aux formes déformantes.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective et descriptive multicentrique sur une période allant du 1er Janvier 2020 au 31 Décembre 2024 dans les services de Médecine interne des quatre grands hôpitaux de la région de Thiès, nommément l'Hôpital Saint Jean de Dieu, l'Hôpital Régional El Hadji Ahmadou Sakhir Ndiéguène, l'Hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh, de Tivaoune, et le Centre Hospitalier Départemental Thierno Mouhamadoul Mansour Barro de Mbour.

Ont été inclus dans cette étude, tous les dossiers de patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde, ayant un dossier complet et répondant aux critères ACR/EULAR de 2010 de la PR. N'ont pas été inclus les dossiers ne répondant pas aux critères ACR/EULAR de 2010 de la PR et les dossiers incomplets ne permettant pas l'exploitation des variables essentielles de l'étude.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche standardisée incluant les paramètres suivants :

- **Les données socio-démographiques** : âge, sexe, profession, zone de résidence,
- **Les données cliniques** : antécédents médicaux et/ou comorbidités ; antécédents familiaux de rhumatisme inflammatoire ou d'auto-immunité, une connectivite associée et/ou un terrain d'auto-immunité ; motif de consultation, le début de la symptomatologie clinique évalué en mois au moment du diagnostic, type d'atteinte, type de déformation articulaire, les manifestations extra-articulaires ;
- **Les données biologiques :**
  - la C réactive protéine (CRP) avec comme Valeur normale de la CRP : 6mg/l;
  - la vitesse de sédimentation(VS) avec comme Valeur normale de la VS : 20mm/s;
  - le facteur rhumatoïde(FR) avec FR négatif si < 8 UI, positif si [8 ; 64 UI], fortement positif si > 64 UI
  - les anticorps anti peptides cycliques citrullinés (anti CCP) avec Anti-CCP négatif si < 17 UI, positif si [17 ; 34 UI], fortement positif si > 34 UI,
  - les anticorps antinucléaires(AAN) avec AAN négatif si < 100 UI, positif si [100 ; 320 UI], fortement positif si > 320 UI.
- **Les données radiologiques :** échographie articulaire, radiographie des mains et des pieds, radiographie des autres articulations douloureuses, radiographie du thorax de face, IRM articulaire
- **Les données thérapeutiques** :
  - AINS ; Antalgiques non morphiniques, Antalgiques morphiniques, Corticothérapie ; hydroxychloroquine, Synthetic DMARD ; biothérapie ; Associations thérapeutiques.
- **Évaluation de l'activité de la maladie :** L'activité de la maladie a été calculée grâce au score DAS28

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé élaboré sous KoboToolbox puis analysées à l'aide des logiciels Excel, SPSS et STATA version 21. Le seuil de significativité a été arrêté à p=0,05.

Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes ± écart-type ou de médianes selon leur distribution. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les résultats sont présentés sous

forme de tableaux et de figures. L'étude a été menée dans le respect des principes éthiques de la recherche médicale. Les données ont été recueillies de manière anonyme, sans mention du nom ni du prénom des patients. Les informations ont été utilisées exclusivement à des fins scientifiques et de recherche.

Résultats

Données sociodémographiques

Au total, 340 patients répondant aux critères ACR/EULAR 2010 ont été colligés sur la période 2020-2024.Le sexe ratio (H/F) était de 0,16. L'âge moyen était de 43,72 ans ± 15,163 ans avec des extrêmes de 14 et 88 ans. Les tranches d'âge les plus représentatives étaient 34-43ans et 44-53ans (21,96% chacune). La résidence était majoritairement urbaine (58,31%).

La profession n'était renseignée que pour 140 dossiers : les ménagères étaient les plus nombreuses (n/N= 58/140 soit 41,42%), suivies des commerçants (n/N=23/140 soit 16,42%) et des élèves/étudiants (15/140 soit 10,71%).

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des données sociodémographiques

Variables	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
- Masculin	47	13,8
- Féminin	293	86,2
Sex-ratio (H/F)	47/293	0,16
Age moyen	43,72 ans ± 15,163 ans.	
Tranches d'âge		
- 14 - 23 ans	28	8,31
- 24 - 33 ans	70	20,74
- 34 – 43 ans	75	21,96
- 44 – 53 ans	75	21,96
- ≥ 54 ans	92	27,03
Profession		
- Ménagères	58	41,42
- Commerçants	23	16,42
- Etudiant/ Elève	15	10,71
- Autres	04	31,45
Résidence		
- Urbaine	200	58,31
- Rurale	107	31,20

Données cliniques

Dans notre cohorte, des antécédents familiaux de rhumatisme inflammatoire et/ou d'auto-immunité était retrouvée chez 17 patients (4,96%). Une connectivite associée et/ou un terrain d'auto-immunité était notée chez 29 patients soit 8.5%, dominée par le lupus systémique (20,68%) et le Syndrome de Gougerot Sjögren (17,24%).

La durée d'évolution des symptômes n'était renseignée que pour 289 dossiers ; parmi eux, elle dépassait 6 mois chez 227 patients (n/N= 227/289 soit 78,5%). Le motif de consultation principal était la polyarthralgie inflammatoire, rapportée chez 305 patients (90,77%). À l'examen, les synovites cliniques étaient observées chez 169/259 patients (65,25%) et des déformations articulaires chez 161/259 patients (62,16%). Les déformations les plus fréquentes étaient la boutonnière (26 ; 7,6%) et le coup de vent cubital (23 ; 6,8%).

Les manifestations extra-articulaires concernaient 24 patients, dominées par l'atteinte pleuro-pulmonaire (n=10) ; des nodules rhumatoïdes étaient retrouvés chez 6 patients et un Gougerot–Sjögren secondaire chez 03.

Tableau II : caractéristiques des données cliniques

Variables	Effectif (n/N)	Pourcentage (%)
Durée d'évolution des symptômes 06 mois	227/289	78,5
Polyarthralgie	305/336	90,77
Synovites cliniques	169/259	65,25
Manifestations extra-articulaires	24/340	07,06
-Atteintes pleuropulmonaires	10/24	41,60
-Nodules rhumatoïdes	06/24	25
-Syndrome de Gougerot Sjögren	03/24	12,5
Déformations articulaires	161/259	62,16
-Boutonnière	26/161	07,6
-Coup de vent cubital	23 /161	06,8

Données biologiques

La VS et la CRP ont été réalisées respectivement chez 145 et 291 patients. La VS était accélérée chez 128/145 (88,28%) et la CRP élevée chez 175/291 (60,14%). Une anémie était retrouvée chez 133 patients (39,1%).

Sur le plan immunologique, le facteur rhumatoïde (FR), les anti-CCP et les AAN étaient disponibles respectivement chez 270, 318 et 152 patients. Globalement le FR était positif chez 190/270 (70,36%), les anti-CCP chez 297/318 (93,39%) et les AAN chez 99/152 (64,74%).

Tableau III : caractéristiques des données biologiques et immunologiques

Variables	Effectif (n/N)	Pourcentage (%)
CRP	175/291	60,14
Vitesse de sédimentation	128/145	88,28
Anémie	133/340	39,1
Facteur rhumatoïde Positif	190/270	70,36%
Anticorps anti CCP Positif	297/318	93,39%
Anticorps anti nucléaires Positif	99/152	64,74%

Données radiologiques

La radiographie des mains et des pieds a été réalisée chez 39 patients : une érosion osseuse a été retrouvée chez 19 patients/39 soit 48,71% des cas et une déminéralisation osseuse chez 16 patients/39 soit 41,02% des cas. La radiographie d'autres articulations douloureuses a été réalisée chez 31 patients, retrouvant une déminéralisation chez 11/31 (35,48%) et des érosions chez 9/31 (29,0%). La radiographie thoracique a été effectuée chez 23 patients : elle était normale dans 78,26% des cas, et en faveur d'une fibrose pulmonaire dans 21,73%. L'échographie articulaire n'a été réalisée que chez 2 patients.

Tableau IV : caractéristiques des données radiologiques

Variables	Effectif (n/N)	Pourcentage (%)
Radiographies mains/pieds	39/340	11,47
- érosions	19/39	48,71
- déminéralisation	16/39	41,02
-normale	04/39	10,27
Radiographie d'autres articulations	31/340	09,12
- déminéralisation	11/31	35,48
-érosions	09/31	29,03
-normale	11/31	35,49
Radiographie thoracique	23/340	06,76
-normale	18/23	78,26
- fibrose pulmonaire	05/23	21,73
Echographie articulaire	02/340	0,59

Évaluation de l'activité de la maladie

Le DAS28 était disponible chez 198 patients. L'activité était le plus souvent modérée (104 ; 52,52%) ou très élevée (46 ; 23,23%). Une rémission était observée chez 22 patients (11,12%) et une activité faible chez 26 patients **(**13,13%).

Tableau V : Evaluation de l'activité de la maladie selon le DAS28

Niveau d'activité de la maladie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
- PR en rémission	22	11,12
- PR d'activité faible	26	13,13
- PR d'activité modérée	104	52,52
- PR d'activité élevée	46	23,23

Données thérapeutiques

La prise en charge reposait principalement sur une association de DMARDs conventionnels et de traitements symptomatiques. Les traitements de fond les plus utilisés étaient le méthotrexate (81,34%) et l'hydroxychloroquine (63,27%). La prednisone était prescrite chez 90,38% des patients ; les AINS chez 25,66% et le paracétamol chez 24,78%. Cependant aucune biothérapie n'a été utilisée.

Ces données sont répertoriées dans le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des patients selon le traitement utilisé

Traitement de fond	Traitement symptomatique
Méthotrexate (81.34%)	Prednisone (90.38%)
Hydroxychloroquine (63.27%)	AINS (25.66%)
Sulfasalazine (6.41%)	Paracétamol (24.78%)
Azathioprine (6.41%)	Tramadol (9.04%)
Léflunomide (0.87%)	Codéine (4.08%)

Étude analytique

Les déformations articulaires étaient fortement corrélées à la positivité importante des anticorps anti CCP avec un Odds ratio de 2,22 et IC 95% [1,43 – 3,44]. Le X2 était de 12,82 avec p = 0,00034 ce qui est très significatif.

La corrélation faite entre la durée d'évolution de la symptomatologie et les déformations articulaires a mis en évidence un Odds ratio de 17,6 avec un IC de 95% [10,3 – 30,1]. Ainsi la durée d'évolution de la symptomatologie supérieure à 06mois est fortement prédictive, d'où l'intérêt de faire un diagnostic précoce pour éviter la survenue de ces déformations articulaires.

Une corrélation a été faite entre la survenue des déformations articulaires et l'activité de la maladie. Une forte activité était présente chez 24 patients soit une fréquence de 14,9%, un OR de 2, 48 IC [1,20 ; 5,13], un X^2 6,3 et une p-value de 0,012, ce qui est significatif.

Les anticorps antinucléaires étaient positifs chez 23 patients avec des déformations articulaires. L'ODDS ratio était de 2,87, le X^2 de 7,57 et la p-value 0,006 ; ce qui suggère une association significative. Il existerait probablement une association de maladie auto-immune.

La CRP était augmentée chez 51 patients avec déformation soit 31,7% avec un IC à 95% [24,5% – 38,9%]. L'ODSS ratio est d'1,65 avec IC95% [1,02 ; 2,67], le X^2 de 4,13 et le p-value à 0,042 ; ce qui montre une association significative.

Ces résultats sont répertoriés dans le tableau VII.

Tableau VII : résultats de l'étude analytique

Variable	OR	IC95%	p
Anti-CCP positifs	2,22	1,43–3,44	0,00034
Délai > 6 mois	17,6	10,3–30,1	<0,001
DAS28 élevé	2,48	1,20–5,13	0,012
AAN positifs	2,87	-	0,006
CRP élevée	1,65	1,02–2,67	0,042

Discussion

Cette étude multicentrique, menée dans quatre hôpitaux de la région de Thiès, décrit le profil des patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde (PR) sur la période 2020-2024 et met en évidence une maladie touchant majoritairement des femmes d'âge moyen. Cette distribution d'âge, centrée autour de la quarantaine (43,72 ans ± 15,163 dans notre série), correspond à l'âge habituel de survenue rapporté dans plusieurs séries africaines et sénégalaises (âge moyen de 45,8 ans à Dakar ; 47,2 ans au Niger ; 42 ans au Togo et 50,14 ans au Burkina Faso. La prédominance féminine de la polyarthrite rhumatoïde notée dans notre série (86,2%), était quasi similaire à celle retrouvée à Dakar par Niass M et al. (88%), au Burkina par Ouedrago A et al. (82,50%), au Niger par Moussa EI et al. (78%), au Togo par Kakpovi K et al (83,7%) **[9, 10, 11, 12]**. Ceci pourrait être expliqué par le rôle des hormones sexuelles. Les données cliniques et épidémiologiques soutiennent que les androgènes protègent davantage les hommes que les femmes du développement de maladies immuno-inflammatoires. Les androgènes exercent des activités anti-inflammatoires, au moins au niveau du tissu synovial de la PR, qui contrastent avec les activités immunostimulantes exercées localement par les œstrogènes et leurs métabolites **[13]**.

Sur le plan clinique, la durée d'évolution dépassait 6 mois dans la majorité des dossiers renseignés, ce qui traduit un retard diagnostique considérable. Dans notre contexte, ce retard pourrait être favorisé par l'automédication, le recours aux traitements traditionnels, la limitation de l'accès aux spécialistes et l'absence fréquente de couverture médicale.

Dans notre série, des déformations articulaires ont été observées ; ceci pourrait être en rapport avec un retard diagnostique (délai de plus de 06 mois) noté chez bon nombre de nos patients (Odds ratio de 17,6 avec un IC de 95% [10,3 – 30,1]), un syndrome inflammatoire important avec CRP élevée (odds ratio d'1,65 avec IC95% [1,02 ; 2,67]), une forte positivité des anti-CCP (Odds ratio de 2,22 et IC 95% [1,43 – 3,44]) et un FR positif dans 70% des cas testés. Cette forte proportion d'anti-CCP positifs est un élément majeur, car elle est généralement associée à des formes plus érosives et à une progression structurale plus rapide. De plus l'activité élevée de la maladie notée dans cette étude serait un facteur pouvant contribuer à expliquer, au moins en partie, la fréquence des déformations observées car une forte activité de la maladie était présente chez des patients présentant des déformations articulaires (OR de 2, 48 IC [1,20 ; 5,13]).

La prise en charge de nos patients reposait principalement sur les DMARDs conventionnels (méthotrexate, hydroxychloroquine) et une corticothérapie très fréquente. Ce profil thérapeutique reflète la disponibilité (ruptures incessantes des DMARDS) et le coût des traitements : les biothérapies restent difficilement accessibles dans notre contexte, et leur prescription nécessite en outre un bilan pré-thérapeutique (notamment infectieux) souvent contraignant **[14, 15]**. L'enjeu est donc double : améliorer l'accès au diagnostic précoce (réduction des délais), et optimiser l'utilisation des DMARDs conventionnels selon des schémas standardisés, tout en limitant l'exposition prolongée aux corticoïdes.

Dans notre étude, l'activité de la maladie n'a pas été évalué chez tous nos patients ; seuls 198/340 patients avaient été évalués et une faible proportion (22 patients soit 11,11%) parmi eux était en rémission. Constatant cela, nous suggérons un renforcement de l'évaluation standardisée (DAS28, objectifs treat-to-target) et de l'intensification thérapeutique lorsque nécessaire.

Limite de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Son caractère rétrospectif expose à un biais d'information (données manquantes, dénominateurs variables selon les paramètres), et plusieurs dossiers étaient introuvables ou inexploitables. Il s'agit par ailleurs d'une série hospitalière susceptible de surreprésenter les formes sévères, ce qui expose à un biais de sélection hospitalier ; en l'absence de dénominateur populationnel ou de file active de consultation clairement définie, il n'est pas possible d'estimer une prévalence populationnelle de la PR à Thiès à partir de ces seuls résultats. L'imagerie et certains examens biologiques n'étaient pas systématiques, limitant ainsi l'évaluation complète de l'atteinte structurale et des phénotypes immunologiques. L'absence d'analyse multivariée ne permettait pas d'identifier les facteurs indépendamment associés aux déformations articulaires. Enfin, l'absence d'utilisation des biothérapies constituait aussi un biais thérapeutique, de même que l'absence de suivi longitudinal des patients qui ne permettait pas d'évaluer la réponse aux DMARDS.

Conclusion

Cette étude multicentrique montre que la polyarthrite rhumatoïde dans la région de Thiès est caractérisée par un retard diagnostique important, une fréquence élevée de déformations articulaires et une activité inflammatoire persistante. Les

principaux facteurs associés aux déformations étaient la positivité des anti-CCP, le retard diagnostique supérieur à six mois, l'activité élevée de la maladie et l'élévation des marqueurs inflammatoires. Le renforcement du diagnostic précoce et l'amélioration de l'accès aux traitements de fond demeurent des priorités pour réduire le handicap fonctionnel lié à la PR.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Radu AF, Bungau SG. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. Cells. 2021; 10(11): 2857**
2. **Diallo BM, Faye FA, Ndour JND and al. Profil des maladies auto-immunes systémiques et inflammatoires à Tivaouane, Sénégal. Médecine d'Afrique noire. 2025 ; 72(6) : 347-358**
3. **Diallo S, Ndao AC, Diédhiou I and al. Pathologies systémiques : étude multicentrique de 3602 observations au Sénégal. Revue du Rhumatisme. 2023; 90(1): A231-A232**
4. **Almoallim H, Al Saleh J, Badsha H and al. A Review of the Prevalence and Unmet Needs in the Management of Rheumatoid Arthritis in Africa and the Middle East. Rheumatol Ther. 2021; 8(1): 1-16**
5. **Salissou GM, Condé K, Adamou GI and al. Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique à Maradi, Niger. European Scientific Journal. 2019 ; 15(12)**
6. **Angalla ARL, N'soundhat LNE, Nkouala-Kidédé DC and al. La Polyarthrite Rhumatoïde en Consultation Rhumatologique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville . Health Sci. Dis : 2024 ; 25(1) : 83-88**
7. **Diomandé M, Kpami YNC, Goua JJ and al. Les Déformations Articulaires dans la Polyarthrite Rhumatoïde à Abidjan : Prévalence, Typologie et Facteurs Prédictifs. Health Sci. Dis. 2022 ; 23(10) : 20-24**
8. **Usenbo A, Kramer V, Young T and al. Prevalence of Arthritis in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015; 10(8): e0133858**
9. **Kakpovi K, Koffi-Tessio V, Houzou P and al. Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). European Scientific Journal. 2017; 13(15).**
10. **Niasse M, Ndongo S, Ndao AC and al. Polyarthrite rhumatoïde : étude de 486 observations au Sénégal. Communications posters électroniques / Revue du Rhumatisme. 2016 ; 83S : A163-A304**
11. **Ouedrago A, Kabore F, Zabsonré/Tiendrebéogo WJS and al. Polyarthrite rhumatoïde: la rémission sans biothérapie ? L'expérience du Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). Pan African Medical Journal. 2024 ; 47(12)**
12. **Garba AA, Brah S, Yacouba A and al. Arthrite rhumatoïde : une étude conjointe de médecine interne et de rhumatologie à l'hôpital national Zinder. Open Journal of Internal Medicine. 2026 ; 16(2)**
13. **Cutolo M. Androgens in rheumatoid arthritis: when are they effectors? Arthritis Res Ther. 2009; 11(5): 126**
14. **Ndongo S, Pouye A, Lekpa FK and al. Problématique du traitement de fond des rhumatismes inflammatoires en Afrique subsaharienne : évolution à six mois de 205 patients sénégalais atteints de polyarthrite rhumatoïde. Médecine et Santé Tropicales. 2012 ; 22 : 385-389**
15. **Ndour MA, Diedhiou D, Dieng M and al. Biothérapie en Afrique subsaharienne : états des lieux, enjeux, limites et perspectives d'avenir : ''biotheraf'' RAFMI. 2023 ; 10(1-1) : 19-27**

Date de soumission : 12/04/2026
Date d'acceptation : 10/06/2026