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

Prévalence des maladies systémiques au cours du VIH dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée.

Prevalence of Systemic Diseases in the course of HIV in the Rheumatology Department of CHU Ignace Deen, Conakry, Guinea

Condé K[1], Bah A[1], Barry A[1], Touré M[1], Kamissoko AB[1], Cissé FA[2]

1. **Service de rhumatologie du CHU Ignace Deen, Conakry-Guinée**
2. **Service de neurologie du CHU Ignace Deen, Conakry-Guinée**

Auteur correspondant : Condé Kaba / Mail : condekba95@yahoo.fr

Résumé

Introduction : L'infection par le VIH entraîne une immunodépression favorisant l'émergence de manifestations rhumatologiques et auto-immunes. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des maladies systémiques associées au VIH dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry.

Patients et méthode : Nous avons conduit une étude rétrospective descriptive entre janvier 2019 et août 2025, incluant les patients suivis pour maladies systémiques et infection à VIH. Les données démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir de la base hospitalière. Les critères diagnostiques usuels ont été appliqués pour confirmer les maladies systémiques et l'infection à VIH.

Résultats : Sur 3577 cas de pathologies rhumatismales, 49 patients présentaient une association VIH–maladie systémique, soit une prévalence de 1,4%. L'âge moyen était de 46,5 ans, avec une prédominance féminine (55,1%). La transmission était majoritairement sexuelle (83,7%). Le VIH□1 représentait 73,5% des cas, avec un taux moyen de CD4 de 286 cellules/µL et une majorité au stade 3 CDC. Les affections les plus fréquentes étaient les spondyloarthrites (18,4%), la polyarthrite rhumatoïde (14,3%), le syndrome de Sjögren (12,2%), le DILS (10,2%) et la goutte (10,2%). Sur le plan biologique, la CRP était élevée (70mg/L) et le facteur rhumatoïde absent dans 85,7% des cas. La majorité des patients (77,6%) était sous traitement antirétroviral.

Conclusion : La possible intrication entre maladies systémiques et VIH impose leur reconnaissance précoce et une prise en charge intégrée infectiologie–rhumatologie pour améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients.

Mots clés : VIH - Maladies systémiques - Auto-immunité - Guinée.

Summary

Introduction: HIV infection leads to immunosuppression, favoring the emergence of rheumatologic and autoimmune manifestations. The objective of this study was to determine the prevalence of systemic diseases associated with HIV in the rheumatology department at the Ignace Deen University Hospital in Conakry.

Patients and Methods: We conducted a retrospective descriptive study between January 2019 and August 2025, including patients followed for systemic diseases and HIV infection. Demographic, clinical, biological, and therapeutic data were collected from the hospital database. Standard diagnostic criteria were applied to confirm systemic diseases and HIV infection.

Results: Among 3577 cases of rheumatologic conditions, 49 patients presented an association of HIV and a systemic disease, corresponding to a prevalence of 1.4%. The mean age was 46.5 years, with a female predominance (55.1%). Transmission was mainly sexual (83.7%). HIV□1 accounted for 73.5% of cases, with a mean CD4 count of 286 cells/µL and most patients at CDC stage 3. The most frequent conditions were spondyloarthropathies (18.4%), rheumatoid arthritis (14.3%), Sjögren's syndrome (12.2%), diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome (10.2%), and gout (10.2%). Biologically, CRP levels were elevated (70 mg/L), and rheumatoid factor was negative in 85.7% of cases. The majority of patients (77.6%) were receiving antiretroviral therapy.

Conclusion: Systemic diseases associated with HIV represent a significant clinical reality in Guinea. Early recognition and integrated management between infectious disease specialists and rheumatologists are essential to improve prognosis and patient quality of life.

Keywords: HIV - systemic diseases - autoimmunity - Guinea.



Introduction

Les interactions entre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les maladies systémiques restent mal comprises, en raison de perturbations immunologiques et d'une hétérogénéité clinique qui compliquent leur identification et leur prise en charge.

L'infection par le VIH et son stade avancé, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ont un impact significatif sur divers autres tissus ou organes dont le système musculosquelettique **[1, 2]**. Le traitement antirétroviral (TAR) a amélioré le pronostic des personnes vivant avec le VIH/SIDA, mais a mis en exergue le fardeau des symptômes chroniques **[1, 3, 4]**. Ainsi, les maladies rhumatismales peuvent découler directement des effets du virus, d'infections opportunistes, de toxicités médicamenteuses, d'affections préexistantes aggravées par un dysfonctionnement immunologique ou de la coexistence d'une maladie auto-immune. La prévalence des manifestations rhumatismales chez les patients infectés par le VIH avant l'introduction du HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) variait entre 3 et 71% et était associée à des stades tardifs d'immunosuppression **[5, 6]**.

La fréquence des maladies auto-immunes chez les personnes vivant avec le VIH était superposable à celle de la population générale ; mais des affections comme le syndrome de Sjögren ou le psoriasis sont de plus en plus rapportées **[7, 8]**. En Afrique, les manifestations rhumatologiques sont dominées par les arthrites aseptique et réactionnelle **[9, 10, 11]**. L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des maladies systémiques dans le contexte guinéen où la séroprévalence du VIH est 1,5% **[12]**.

Patients et méthode

Conception, cadre d'étude et période d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive, de janvier 2019 à août 2025, dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry. Cette étude était basée sur les données de patients suivis pour des pathologies rhumatismales, collectées dans le service de rhumatologie du même hôpital durant la période de l'étude.

Population d'étude, source de données, échantillonnage

L'étude a porté sur les patients, hommes et femmes, âgés de 26 à 71 ans. La base de données contenait 3577 cas de pathologies rhumatismales. Cette étude a porté uniquement sur les données des cas de maladies systémiques au cours du VIH. Le diagnostic de maladies systémique avait reposé sur des critères épidémiologiques, cliniques et paracliniques en accord avec leurs critères diagnostiques usuels (ACR/EULAR, Chapel Hill, ASSAS, Rome…). Quant au diagnostic d'infection par le VIH, il avait reposé sur un test ELISA confirmé par Western Blot ou Immunocomb II.

Pour chaque patient, nous avons recueilli :

- Les données démographiques : l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale (mariés, célibataires, veufs, divorcé), mode de contamination (hétérosexuel, homosexuel, transfusion sanguine, toxicomane).
- Le type de virus (VIH-1 ou VIH-2), le taux de lymphocytes TCD4+ au moment du diagnostic et le stade de l'infection par le VIH selon la classification CDC de 1993 (stade 1, stade 2, stade 3, stade 4), le délai au diagnostic, le diagnostic du VIH avant la maladie systémique, en même temps que la maladie systémique (MS) ou au cours de la MS.
- Les manifestations cliniques associées : monoarthrite, oligoarthrite, polyarthrite, syndrome sec (oculaire, buccal, cutané), polyadenopathie, polysérite, hépatomégalie, splénomégalie, fièvre prolongée, altération de l'état général.
- Les données paracliniques : la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, la protéine C réactive, les facteurs rhumatoïdes, anticorps anti-CCP, anticorps antinucléaires, anticorps anti ECT, biopsie des glandes salivaires accessoires.
- Le type de maladies systémiques : la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Sjögren, le syndrome des antiphospholipides, le rhumatisme psoriasique, le lupus systémique, syndrome d'infiltration lymphocytaire diffuse (DILS), périartérite noueuse.
- Autres pathologies associées (arthrite septique, tuberculose, diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique.
- Le traitement des maladies systémiques : corticoïdes, hydroxychloquine, méthotrexate, et celui du VIH sur la trithérapie rétrovirale.

Stratégie d'analyse

Analyses descriptives univariées

Les caractéristiques socio-démographiques des individus ont été décrites dans un tableau. Les fréquences et pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives et pour les variables quantitatives nous avons déterminé les caractéristiques de tendance centrale (moyenne, médiane et les quartiles). Les distributions des différentes variables ont été présentée sous formes

de boîtes à moustaches ; de graphiques en barres empilés en fonction des variables.

Gestion des données manquantes et logiciel d'analyse

Le jeu de donnée ne comportait pas de données manquantes donc aucun traitement n'a été nécessaire. L'ensemble de toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R (version 4.4.2).

Considérations éthiques

L'accès aux données a été approuvé par le comité d'éthique du CHU Ignace Deen de Conakry, avec confirmation du comité d'éthique national en Guinée. Les données obtenues, ont été traitées de manière anonyme et dans le respect des principes éthiques pour préserver la confidentialité des patients.

Résultats

Au total, 49 patients ont été inclus, soit une prévalence hospitalière de 1,4% des pathologies rhumatismales associées au VIH.

Profil sociodémographique

Les caractéristiques sociodémographiques (Tableau I) mettent en évidence un âge moyen de 46,5 ans, avec une prédominance féminine (55,1%). Les travailleurs indépendants et les ménagères représentaient les catégories professionnelles les plus fréquentes. La transmission était majoritairement sexuelle (83,7%).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Variables	Catégories	Effectifs	Pourcentage
Age moyen (ans)	46.51 ± 10.92 (**26 – 71**)		
Sexe	Femme	27	55.1%
	Homme	22	44.9%
Profession	Agriculteurs	1	2%
	Commerçant(e)s	5	10.2%
	Enseignant(e)s	2	4.1%
	Etudiant(e)s	1	2%
	Fonctionnaires	8	16.3%
	Travailleurs indépendants	18	36.7%
	Ménagères	12	24.5%
	Travailleurs du sexe	2	4.1%
Situation matrimoniale	Célibataire	14	28.6%
	Divorcé(e)s	9	18.4%
	Marié(e)s	18	36.7%
	Veuf(ve)s	8	16.3%
Voie de contamination	Voie sexuelle	41	83.7%
	Voie sanguine	3	6.1%
	Inconnue	2	4.1%
	Toxicomanie	3	6.1%

Données liées au VIH

Les paramètres virologiques et immunologiques (Tableau II) montrent une prédominance du VIH-1 (73,5%), un taux moyen de CD4 de 286 cellules/µL et une majorité de patients au stade 3 CDC (42,9%). Dans près de 41 % des cas, le diagnostic de VIH coïncidait avec celui de la maladie systémique. La plupart des patients étaient sous traitement antirétroviral (77,6%).

Tableau II : Description des données liées au VIH

Variables	Catégories	Effectifs	Pourcentage
Délai moyen de diagnostic	98.8 ± 123.44 (6 – 450)		
Taux moyen de CD4	286.37 ± 177.95 (20 – 700)		
Type de VIH	VIH-1	36	73.5%
	VIH -2	9	18.4%
	VIH-1 et 2	4	8.2%
Stade CDC	Stade 1	13	26.5%
	Stade 2	15	30.6%
	Stade 3	21	42.9%
Moment diagnostic	Après	15	30.6%
	Avant	10	20.4%
	En même temps	20	40.8%
	Pendant	4	8.2%
Traitement antirétroviral	Absent	11	22.4%
	Présent	38	77.6%

Maladies systémiques

La distribution des affections systémiques, présentée au tableau III, révèle la fréquence des spondyloarthrites (18,4%), de la polyarthrite rhumatoïde (14,3%), du syndrome de Sjögren (12,2%), du DILS (10,2%) et de la goutte (10,1%). La répartition des atteintes articulaires est illustrée par la Figure 1.

Tableau III : Caractéristiques cliniques et maladies systémiques

Variables	Catégories	Effectifs	Pourcentage
Maladies Systémiques	Arthrite réactionnelle	2	4.1%
	Maladie de Behçet	1	2%
	Dermatomyosite	1	2%
	DILS	5	10.2%
	DILS + SAPL	1	2%
	Fibromyalgie	2	4.1%
	Goutte	5	10.2%
	Lupus	2	4.1%
	MSA	1	2%
	Périartérite noueuse	1	2%
	PR	7	14.3%
	PR+SS	2	4.1%
	Rhumatisme psoriasique	1	2%
	SAM	1	2%
	SS	6	12.2%
	Sclérodermie	1	2%
	SpA	9	18.4%
	SpA + Goutte	1	2%
Présence adénopathie	Absent	40	81.6%
	Présent	9	18.4%
Présence de fièvre	Absent	23	46.9%
	Présent	26	53.1%
Polysérite	Absent	38	77.6%
	Présent	11	22.4%
Hépatomégalie	Absent	40	81.6%
	Présent	9	18.4%
Splénomégalie	Absent	43	87.8%
	Présent	6	12.2%

DILS **:** syndrome d'infiltration lymphocytaire diffuse ; SAPL : syndrome des antiphospholipides ; PR : polyarthrite rhumatoïde ; SS : syndrome de Sjögren ; MSA : maladie de Still de l'adulte ; SAM : syndrome d'activation macrophagique ; SpA : spondyloarthrite

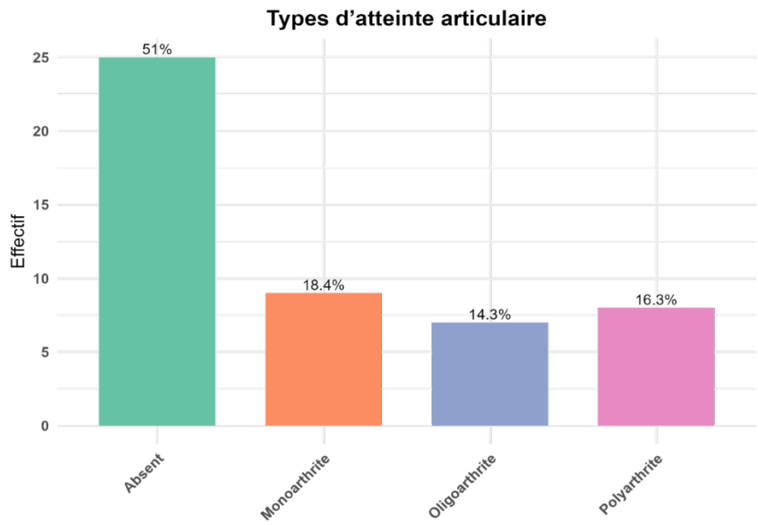

Figure 1 : Répartition des types d'atteinte articulaire

Données biologiques et thérapeutiques

Les résultats biologiques (Tableau IV) montrent une CRP moyenne élevée (70 mg/L) et une NFS normale dans 71,4% des cas, avec quelques anomalies hématologiques. Le facteur rhumatoïde était négatif dans la majorité des cas (85,7%), alors que les ANA étaient positifs chez 22,4% des patients. La répartition des traitements des maladies systémiques est présentée dans la Figure 2, et l'utilisation des antirétroviraux dans la Figure 3.

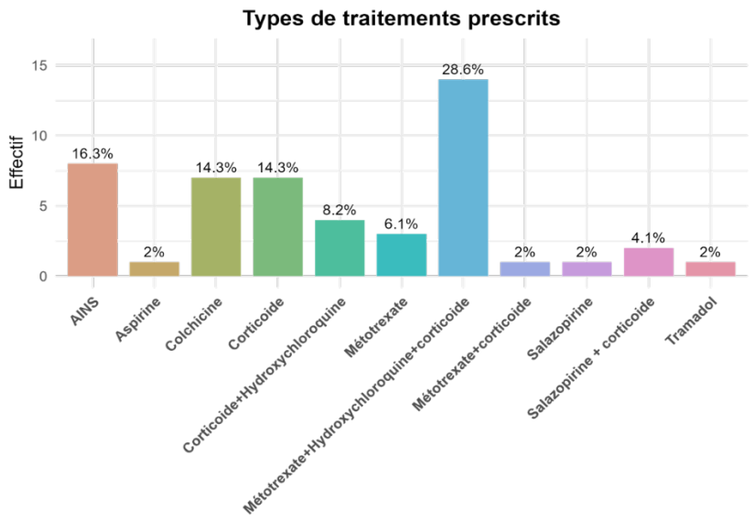

Figure 2 : Répartition des différents types de traitement

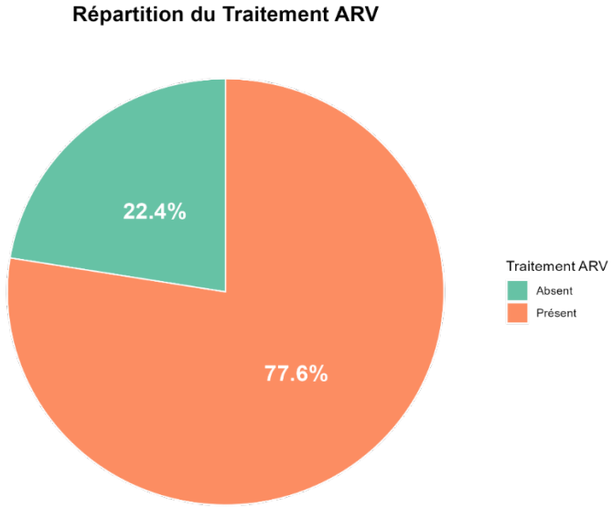

Figure 3 : Répartition des patients selon la présence ou non de traitement d'antirétroviraux.

Tableau IV : Données biologiques des patients

Variables	Catégories	Effectifs	Pourcentage
CRP moyen	70.20 ± 58.13 (6 – 255)		
NFS	Hyperleucocytose	3	6.1%
	Leucopénie	7	14.3%
	Lymphocytose	3	6.1%
	Lymphopénie	1	2.0%
	Normal	35	71.4%
			70.20 (58.13)
Facteur rhumatoïde	Négatif	42	85.7%
	Positif	7	14.3%
ANA	Négatif	38	77.6%
	Positif	11	22.4%
Stade BGS	Stade 0	41	83.6%
	Stade 3	4	8.2%
	Stade 4	4	8.2%
Anticorps anti-ECT	Anti-SSA	2	4.1%
	Négatif	42	85.6%
	Positif	3	6.2%)
	ssa+ssb	2	4.1%

NFS : numération formule sanguine, ANA : anticorps antinucléaires ; BGSA : biopsie des glandes salivaires accessoires ; ECT : anticorps anti-antigènes solubles du noyau

Discussion

L'intrication de plusieurs pathologies chez un même patient constitue une situation fréquente en rhumatologie et représente un défi diagnostique majeur **[13]**. La multimorbidité, définie comme la coexistence de deux affections chroniques ou plus, est un déterminant essentiel de la complexité clinique ; de plus les maladies auto-immunes peuvent coexister ou se succéder chez un même individu, suggérant une rupture globale de la tolérance immunitaire plutôt qu'un processus isolé **[13, 14]**. Cette dynamique est particulièrement marquée lorsque des infections chroniques interviennent comme facteurs déclenchants ou modulateurs de la réponse immunitaire **[13, 14]**.

Les interactions entre maladies infectieuses et auto-immunité sont désormais bien documentées. De nombreux agents infectieux, notamment viraux, peuvent induire des auto-anticorps ou favoriser l'émergence de maladies auto-immunes via plusieurs mécanismes : mimétisme moléculaire, activation bystander, épitope spreading et rupture de tolérance immunitaire **[13]**. Ces mécanismes expliquent que les infections chroniques puissent agir comme catalyseurs d'une auto-immunité latente ou subclinique. Ainsi, l'association entre maladies infectieuses et auto-immunes ne relève pas d'un évènement inopiné, mais d'une convergence immunopathologique. Dans ce cadre général, l'infection par le VIH constitue un modèle particulièrement illustratif d'immuno-dysrégulation. Dès les années 1990, la coexistence paradoxale d'immunodépression et d'auto-immunité chez les personnes vivant avec le VIH a été décrite, avec un rôle central de l'hyperactivation lymphocytaire chronique, de l'hypergammaglobulinémie et de la dérégulation des cellules T régulatrices **[14]**. Par la suite, plusieurs auteurs ont confirmé que le VIH peut induire ou révéler diverses maladies auto-immunes, notamment des spondyloarthropathies, des syndromes secs, des vascularites ou des cytopénies auto-immunes **[15, 16]**.

Dans notre étude menée au CHU Ignace Deen de Conakry, la prévalence des maladies systémiques associées au VIH était de 1,4% parmi les patients suivis pour pathologies rhumatismales. Ce taux est cohérent avec la séroprévalence nationale du VIH en Guinée (1,5%) **[12]**. Les affections les plus fréquentes observées dans notre cohorte étaient les spondyloarthrites (18,4%), la polyarthrite rhumatoïde (14,3%), le syndrome de Sjögren (12,2%), le DILS (10,2%) et la goutte (10,1%). Ces résultats rejoignent les données rapportées en Afrique centrale et australe. Ainsi, au Congo-Brazzaville, l'arthrite aseptique représentait près de 80% des manifestations rhumatologiques chez les patients infectés par le VIH **[9, 10]**. Au Zimbabwe, les arthrites réactionnelles étaient prédominantes **[11]**. En Afrique du Sud, l'évolution du spectre des syndromes rhumatismaux associés au VIH confirme la fréquence des spondyloarthrites et des arthrites réactionnelles **[5]**.

En Afrique du Nord, bien que la prévalence du VIH dans la population générale soit faible (<1%), les manifestations rhumatologiques rapportées présentent des similitudes avec celles observées en Afrique subsaharienne, notamment les arthrites réactionnelles, les spondylarthrites et certaines atteintes auto-immunes **[17]**. Cela souligne que, malgré des contextes épidémiologiques différents, les complications musculosquelettiques du VIH constituent un enjeu transversal sur le continent africain.

La simultanéité du diagnostic de VIH et de maladie systémique dans 41% des cas suggère que l'immunodépression initiale ou les perturbations immunitaires précoces liées au VIH pourraient jouer un rôle déclencheur dans l'expression clinique de ces affections. Ce phénomène est cohérent avec les observations internationales, notamment les données taïwanaises rapportant une prévalence accrue de certaines maladies auto-immunes chez les personnes vivant avec le VIH **[8]**. Aussi, une cohorte canadienne a mis en exergue une incidence plus élevée de maladies auto-immunes chez les patients infectés par le VIH comparés à une population témoin **[4]**.

Sur le plan biologique, la prédominance des formes séronégatives dans notre cohorte (facteur rhumatoïde négatif dans 85,7% des cas) est compatible avec les mécanismes d'activation polyclonale B et d'auto-immunité atypique décrits dans la littérature **[3]**. L'élévation de la CRP traduit un état inflammatoire marqué, concordant avec les données rapportées dans les études antérieures **[3]**. Enfin, la majorité des patients de notre étude étaient sous traitement antirétroviral (77,6%), témoignant des progrès réalisés dans l'accès aux soins. Toutefois, la proportion non négligeable de patients non traités (22,4%) souligne la nécessité de renforcer le dépistage, l'initiation précoce des ARV et la collaboration entre infectiologues et rhumatologues pour prévenir ou limiter les complications systémiques associées au VIH.

Conclusion

Les maladies systémiques associées au VIH constituent une réalité clinique importante dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH. Les affections les plus fréquentes sont les spondyloarthrites, la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Sjögren, le DILS et la goutte. Il convient d'adopter une approche intégrée, fondée sur un dépistage précoce, une prise en charge multidisciplinaire et un accès élargi aux traitements antirétroviraux, afin d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients.

Les auteurs attestent qu'aucun conflit d'intérêts n'est associé à cette étude

REFERENCES

1. **Gopal A, Jose A, Singh BK, Antony PT, Thabah MM. Rheumatic manifestations of HIV/AIDS. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2025; 39(2): 102071**
2. **Virot E, Duclos A, Adelaide L, Miailhes P, Hot A et al. Autoimmune diseases and HIV infection: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(4): e5769**
3. **Vega LE, Espinoza LR. HIV-associated rheumatic manifestations in the pre- and post-HAART eras. *Clin Rheumatol.* 2020 ; 39(9): 2515-2522**
4. **Damba JJ, Laskine M, Jin Y, Sinyavskaya L, Durand M. Incidence of autoimmune diseases in people living with HIV compared to a matched population: a cohort study. *Clin Rheumatol.* 2021 ; 40(6) : 2439-2445**
5. **Fox C, Walker-Bone K. Evolution of the spectrum of HIV-associated rheumatic syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015 ; 29(2): 244-258**
6. **Akram B, Khan M, Humphrey MB. HIV-associated rheumatic diseases: a narrative review. *J Clin Rheumatol.* 2023 ; 29 : 244-258**
7. **Hughes RA, Macatonia SE, Rowe IF, Keat AC, Knight SC. Detection of HIV DNA in dendritic cells from joints of patients with aseptic arthritis. *Br J Rheumatol.* 1990; 29(3): 166-170**
8. **Yen YF, Chuang PH, Jen IA, Chen M, Lan YC et al. Incidence of autoimmune diseases in a nationwide HIV/AIDS cohort in Taiwan. *Ann Rheum Dis.* 2017 ; 76(4) : 661-665**
9. **Bileckot R, Mouaya A, Makuwa M. Prevalence and clinical presentations of arthritis in HIV-positive patients in Congo-Brazzaville. *Rev Rhum Engl Ed.* 1998 ; 65(10) : 549-554**
10. **Ntsiba H, Lamini N. Is inflammatory joint disease in HIV-infected patients a form of spondyloarthropathy? *Joint Bone Spine.* 2004; 71(4): 300-302**
11. **Davis P, Stein M. HIV-related connective tissue diseases: a Zimbabwean perspective. *Rheum Dis Clin North Am.* 1991 ; 17(1): 89-97**
12. **Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). VIH en Guinée.**

13. **Johnson D, Jiang W. Infectious diseases, autoantibodies, and autoimmunity. *J Autoimmun.* 2023 ; 137 : 102962**
14. **Weyand CM, Goronzy JJ. HIV infection and rheumatic diseases-autoimmune mechanisms in immunodeficient hosts. *Z Rheumatol.* 1992; 51(2): 55-64**
15. **Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. HIV and autoimmunity. *Autoimmun Rev.* 2002 ; 1(6): 329-337**
16. **Roszkiewicz J, Smolewska E. Kaleidoscope of autoimmune diseases in HIV infection. *Rheumatol Int.* 2016; 36(11): 1481-1491**
17. **Kaddu-Mukasa M, Ssekasanvu E, Ddumba D, Thomas ET, Katabira ET. Rheumatic manifestations among HIV-positive adults in Uganda. *Afr Health Sci.* 2011 ; 11(1): 4-29**

Date de soumission : 13/12/2025
Date d'acceptation : 08/05/2026