RAFMI



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2026, JUIN - VOLUME 13 (1-2)

Correspondance

Secrétariat
E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.raf-mi.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 **(raf-mi.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

LETTRE A L'EDITEUR

1. **Optimisation de la prise en charge intégrée entre ophtalmologistes et internistes** **7-10**
   Wane AM, Dieng M, Mbengue M, Badji MD, Lagnane M

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Issues maternelles et fœtales des grossesses au cours des maladies auto-immunes systémiques au Sénégal : étude rétrospective multicentrique (2008-2024)** **11-17**
   Ndao Awa Cheikh, Diagne Nafissatou, Sidibé Adama, Faye Atoumane, Fall Birame Codou, Dieng Mohamed, Ndour Michel Assane, Ndongo Souhaïbou, Pouye Abdoulaye

3. **Déterminants de la qualité de vie des patients atteints de lupus systémique au Cameroun** **18-25**
   Eloundou Onomo Paul, Same Bebey Francine, Nkoro Grâce, Balle Sadjo Emmanuel, Doun Fouda, Minko Gaelle, Tcheumagam Kelly, Akah Ghandi, Mawo Alida, Ekoumkang Valérie, Mvoe Sophie, Onambele Inès, Bisseh Vanessa, Halle Marie Patrice

4. **Profil épidémiologique, clinique et nosologique des maladies systémiques auto-immunes et auto-inflammatoires au service de Médecine Interne de l'Hôpital Abass Ndao de Dakar : résultats initiaux d'un registre hospitalier** **26-34**
   Ndour MA, Dieng M, Diouf OBK, Ndiaye M, Niang MA, Ndao AC, Nassour H, Sow D, Diallo IM, Halim C, Gadji FK, Ndoye M, Diembou M, Mbow K, Diop O, Djiba B, Diedhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M

5. **Caractéristiques épidémiologiques, clinicoimmunologiques et évolutives du lupus érythémateux systémique à l'Hôpital National de Zinder (Niger)** **35-44**
   Garba AA, Brah S, Alkassan Y, Issa AK, Daou M, Ousmane TMA, Mamadou AK, Adehossi E

6. **Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'hypothyroïdie primaire en Médecine Interne au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal) : étude rétrospective de janvier 2011 à avril 2023** **45-50**
   Diagne N, Ndao AC, Sow D, Faye A, Djiba B, Ndour MA, Diédhiou D, Sarr A, Mbaye MN, Pouye A

7. **Niveau de connaissance et facteurs associés à l'interprétation de l'électrocardiogramme de surface par les étudiants en médecine de l'université de Thiès** **51-59**
   Kouanou VDU, Akanni SC, Dione J-MA, Tankpinou Zoumenou H, Seck M, Mbaye A, Affangla DA

8. **Post-stroke central neuropathic pain in Sub-Saharan Africa: insights from a Cameroonian referral hospital**
   Magnerou Annick Melanie, Gams Massi Daniel, Gueumekane Lamou Bila Eric, Vessah Njoya Ahmed, Kenmegne Caroline, Sini Victor, Kuate Tegueu Callixte, Mapoure Njankouo Yacouba **60-68**

9. **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des accidents vasculaires cérébraux chez les sujets jeunes à l'hôpital régional de Thiès : étude descriptive rétrospective.** **69-75**
   Guèye AD, Sow K, Diallo BM, Latoundji AA, Ndiaye Y, Marone Z, Dièye R, Diagne R, Ba I, Berthé A, Diop MM, Ka MM

10. **Audit du dispositif de prévention et de contrôle de l'infection au niveau des postes de santé : Hygiène des mains et Ports des gants** **76-86**
    Sidibé M, Diouf ML, Ngom NF, Fortes L, Lawson ATD-D

CAS CLINIQUES

11. **Particularités de la Sarcoïdose médiastino-pulmonaire en Médecine interne au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) : à propos d'une Série de 11 Cas** ***87*-93**
    Kpata Djami Pindjou M, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

12. **Évolution d'une myosite inflammatoire indifférenciée vers une scléromyosite : illustration du continuum des connectivites.** **94-98**
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A

CONTENTS

LETTER TO EDITOR

1. ***Optimization of integrated management between ophthalmologists and internists: diagnostic and structural Issues*** ***7-10***
   Wane AM, Dieng M, Mbengue M, Badji MD, Lagnane M

ORIGINAL ARTICLES

2. ***Maternal and foetal outcomes of pregnancy in systemic autoimmune diseases in Senegal: a multicenter retrospective study (2008-2024)*** ***11-17***
   Ndao Awa Cheikh, Diagne Nafissatou, Sidibé Adama, Faye Atoumane, Fall Birame Codou, Dieng Mohamed, Ndour Michel Assane, Ndongo Souhaïbou, Pouye Abdoulaye

3. ***Determinants of quality of life in patients with systemic lupus in Cameroon*** ***18-25***
   Eloundou OP, Same BF, Nkoro G, Balle SE, Doun F, Minko G, Tcheumagam K, Akah G, Mawo A, Ekoumkang V, Mvoe S, Onambele I, Bisseh V, Halle MP

4. ***Epidemiological, clinical and nosological profile of systemic autoimmune and autoinflammatory diseases in the Internal Medicine Department of Abass Ndao Hospital in Dakar: initial results of a hospital registry*** ***26-34***
   Ndour MA, Dieng M, Diouf OBK, Ndiaye M, Niang MA, Ndao AC, Nassour H, Sow D, Diallo IM, Halim C, Gadji FK, Ndoye M, Diembou M, Mbow K, Diop O, Djiba B, Diedhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M

5. ***Epidemiological, clinical, immunological and outcomes characteristics of systemic lupus erythematosus at the National Hospital of Zinder (Niger)*** ***35-44***
   Garba AA, Brah S, Alkassan Y, Issa AK, Daou M, Ousmane TMA, Mamadou AK, Adehossi E

6. ***Epidemiological, Clinical, Biological, and Etiological Profile of Primary Hypothyroidism in the Department of Internal Medicine at the Abass Ndao Hospital in Dakar (Senegal): A Retrospective Study from January 2011 to April 2023*** ***45-50***
   Diagne N, Ndao AC, Sow D, Faye A, Djiba B, Ndour MA, Diédhiou D, Sarr A, Mbaye MN, Pouye A

7. ***Level of Knowledge and Factors Associated with the Interpretation of Surface Electrocardiograms by Medical Students at the University of Thiès*** ***51-59***
   Kouanou VDU, Akanni SC, Dione J-MA, Tankpinou Zoumenou H, Seck M, Mbaye A, Affangla DA

8. ***Douleur neuropathique centrale post-AVC en Afrique subsaharienne : expérience d'un hôpital de référence Camerounais*** **60-*68***
   Magnerou AM, Gams MD, Gueumekane LBE, Vessah NA, Kenmegne C, Sini V, Kuate TC, Mapoure NY

9. ***Epidemiological, clinical and etiological profile of stroke in young adults at the Thiés Regional Hospital: a retrospective descriptive study*** ***69-75***
   Guèye AD, Sow K, Diallo BM, Latoundji AA, Ndiaye Y, Marone Z, Dièye R, Diagne R, Ba I, Berthé A, Diop MM, Ka MM

10. ***Audit of Infection Prevention and Control Practices at Health Posts: Hand Hygiene and Glove Use*** **76-*86***
    Sidibé M, Diouf ML, Ngom NF, Fortes L, Lawson ATD-D

CLINICAL CASES

11. ***Mediastino-Pulmonary Sarcoidosis in Internal Medicine at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire): A Series of 11 Cases*** ***87-93***
    Kpata DPM, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

12. ***Evolution of an Undifferentiated Inflammatory Myopathy into Scleromyositis: illustrating the Continuum of Connective Tissue Diseases.*** ***94-98***
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A



Issues maternelles et fœtales des grossesses au cours des maladies auto-immunes systémiques au Sénégal : étude rétrospective multicentrique (2008-2024)

Maternal and fetal outcomes of pregnancy in systemic autoimmune diseases in Senegal: a multicenter retrospective study (2008-2024)

Ndao Awa Cheikh*[1], Diagne Nafissatou[1], Sidibé Adama[1], Faye Atoumane[1], Fall Birame Codou[2], Dieng Mohamed[3], Ndour Michel Assane[3], Ndongo Souhaïbou[2], Pouye Abdoulaye[1]

1 : Médecine Interne, Hôpital Aristide Le Dantec, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal.
2 : Médecine Interne, Hôpital Dalal Jamm, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal.
3 : Médecine Interne, Hôpital Abass Ndao, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant : Awa Cheikh NDAO / E-mail : ndaoawacheikh@gmail.com / Tél : 776492808

Résumé

Introduction : Les maladies auto-immunes systémiques (MAIS) touchent préférentiellement les femmes en âge de procréer et exposent à des complications materno-fœtales spécifiques. En Afrique subsaharienne, les données restent limitées. L'objectif principal de cette étude préliminaire était d'évaluer le déroulement de la grossesse chez les patientes suivies pour une MAIS en milieu hospitalier sénégalais.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive multicentrique menée dans deux centres hospitalo-universitaires de Dakar, à partir de dossiers médicaux couvrant la période 2008-2024. Ont été incluses les patientes suivies pour une MAIS ayant présenté au moins une grossesse, quelle qu'en soit l'issue.

Résultats : Quatre-vingt-neuf patientes âgées en moyenne de 37,76 ans ont été incluses. La polyarthrite rhumatoïde (PR) représentait 70,8% des cas, suivie du lupus systémique (10%). Le diagnostic était posé avant la grossesse dans 70% des cas. Cinquante-huit patientes ont présenté au moins une grossesse après le diagnostic, avec 52 naissances vivantes. Les complications obstétricales étaient dominées par la pré-éclampsie (5,2%), l'hypertension artérielle gravidique (3,4%) et la menace d'accouchement prématuré (3,4%). Les complications fœtales observées étaient l'avortement spontané (36,2%), la prématurité (8,6%), et la mortinatalité (5,2%). Une amélioration de la maladie au cours de la grossesse était observée chez 33,9% des patientes, notamment dans la polyarthrite rhumatoïde (36,4%), tandis qu'une aggravation était notée chez 21,4% des patientes, particulièrement dans le lupus systémique. Les poussées survenaient plus fréquemment en post-partum.

Conclusion : La grossesse est possible chez les patientes atteintes de MAIS, en particulier, lorsque la maladie est stabilisée. Le post-partum constitue une période à haut risque de poussée, justifiant une surveillance rapprochée et une prise en charge multidisciplinaire.

Mots-clés : Maladie auto-immune systémique - polyarthrite rhumatoïde - lupus systémique - grossesse - Sénégal.

Summary

Introduction: Systemic autoimmune diseases (SAIDs) predominantly affect women of reproductive age and are associated with specific maternal and fetal complications. In sub-Saharan Africa, data remain limited. The main objective of this preliminary study was to assess pregnancy outcomes in patients followed for SAIDs in a hospital setting in Senegal.

Methods: This was a multicenter retrospective descriptive study conducted in two university hospitals in Dakar, based on medical records covering the period from 2008 to 2024. Patients followed for SAIDs who had experienced at least one pregnancy, regardless of its outcome, were included.

Results: Eighty-nine patients with a mean age of 37.76 years were included. Rheumatoid arthritis (RA) accounted for 70.8% of cases, followed by systemic lupus erythematosus (10%). The diagnosis was established before pregnancy in 70% of cases. Fifty-eight patients had at least one pregnancy after diagnosis, with 52 live births. Obstetric complications were mainly preeclampsia (5.2%), gestational hypertension (3.4%), and threatened preterm labor (3.4%). Observed fetal complications included spontaneous abortion (36.2%), prematurity (8.6%), and stillbirth (5.2%). Improvement of the disease during pregnancy was observed in 33.9% of patients, particularly in those with rheumatoid arthritis (36.4%), whereas disease worsening was noted in 21.4% of patients, especially in systemic lupus erythematosus. Flares occurred more frequently during the postpartum period.

Conclusion: Pregnancy is feasible in patients with SAIDs, particularly when the disease is well controlled. The postpartum period represents a high-risk phase for disease flares, requiring close monitoring and multidisciplinary management.

Keywords: Systemic autoimmune disease - rheumatoid arthritis - systemic lupus – pregnancy - Senegal.

Introduction

Les maladies auto-immunes systémiques (MAIS) sont des affections inflammatoires chroniques caractérisées par une perte de tolérance immunologique et touchant préférentiellement les femmes en âge de procréer [**1-3**]. Elles exposent à des interactions complexes entre activité de la maladie et grossesse, avec des répercussions potentielles sur le pronostic materno-fœtal [**4, 5**].

Si certaines pathologies comme la polyarthrite rhumatoïde évoluent souvent vers une amélioration clinique pendant la grossesse, suivie de poussées en post-partum, d'autres connectivites, notamment le lupus systémique, sont associées à des risques obstétricaux plus élevés et à une évolution imprévisible [**6-9**].

Cependant, les données issues d'Afrique subsaharienne restent limitées. Les difficultés d'accès aux soins spécialisés, le retard diagnostique, l'insuffisance du conseil préconceptionnel et les contraintes socio-économiques pourraient influencer défavorablement le pronostic materno-fœtal dans ces contextes. Au Sénégal, peu d'études hospitalières se sont intéressées aux issues obstétricales et à l'évolution des maladies auto-immunes systémiques pendant la grossesse et le post-partum.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'évaluer le profil évolutif des grossesses et des maladies auto-immunes systémiques en milieu hospitalier sénégalais. L'objectif de cette étude était de décrire les complications materno-fœtales et l'évolution des MAIS au cours de la grossesse et du post-partum dans deux centres hospitalo-universitaires de Dakar.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, multicentrique menée dans les services de Médecine Interne des centres hospitalo-universitaires Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) et l'Hôpital Dalal Jamm (HDJ) de Dakar. L'étude reposait sur l'exploitation de dossiers médicaux couvrant la période de 2008 à 2024.

Ont été incluses les patientes suivies pour une maladie auto-immune systémique (MAIS), diagnostiquée selon les critères de classification consensuels ACR/EULAR en vigueur, en période d'activité génitale. Pour des raisons socio-culturelles, les patientes célibataires n'ont pas été incluses. Les patientes ayant présenté au moins une grossesse ont été retenues pour l'analyse des issues materno-fœtales.

Les données recueillies comprenaient les caractéristiques démographiques, le type de MAIS, la chronologie du diagnostic par rapport à la grossesse, les événements obstétricaux (avortement, prématurité, mortinatalité), les complications maternelles, l'évolution de la maladie au cours de la grossesse et du post-partum, ainsi que les traitements reçus.

L'évolution de la maladie a été définie de manière clinique :

- rémission : amélioration ou disparition des signes
- poussée : réapparition ou aggravation des manifestations cliniques
- stabilité : absence de modification significative

Certaines données manquantes ont été complétées par contact téléphonique avec les patientes lorsque cela était possible.

Après présélection des dossiers médicaux répondant aux critères d'inclusion, un contact téléphonique a été établi avec les patientes afin de compléter et de valider les données obstétricales et évolutives recueillies dans les dossiers médicaux. Cette méthode de recueil expose toutefois à un potentiel biais de mémoire et à un biais de sélection. L'analyse finale a concerné uniquement les patientes ayant donné leur accord et disposant de données exploitables.

L'analyse statistique a été réalisée de manière descriptive à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ± écart-type, et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Une analyse comparative descriptive a été réalisée entre les principales pathologies (notamment polyarthrite rhumatoïde et lupus systémique).

Les données ont été anonymisées conformément aux principes éthiques en vigueur.

Résultats

Population d'étude et caractéristiques générales

Parmi les 186 dossiers initialement identifiés, 89 patientes ont été incluses après vérification des critères d'éligibilité et contact téléphonique soit un taux d'inclusion de 47,8%.

L'âge moyen était de 37,76 ans avec des extrêmes de 23 et 49 ans. La majorité des patientes étaient mariées (97%). Sur le plan socio-professionnel, 38 patientes (42,7%) étaient femmes au foyer et 32 (36,0%) exerçaient dans le secteur informel. Concernant le niveau d'instruction, 32% des patientes n'étaient pas scolarisées.

Données sur les maladies auto-immunes systémiques

La polyarthrite rhumatoïde (PR) était la pathologie la plus fréquente, retrouvée chez 63 patientes (70,8%), suivie du lupus systémique (9 patientes,

10%) et des syndromes de chevauchement (8 patientes, 9%). Les autres pathologies étaient : la sclérodermie systémique et les myopathies inflammatoires (3 patientes chacune, 3,4%), le syndrome de Sjögren primitif (2 patientes, 2,3%) et le syndrome de Sharp (1 patiente, 1,1%).

Le diagnostic de la maladie auto-immune systémique était posé avant la grossesse chez 62 patientes (70%), pendant la grossesse chez 17 patientes (18%) et au cours du post-partum chez 10 patientes (12%). Parmi les patientes diagnostiquées en post-partum, les manifestations étaient apparues dans un délai inférieur à trois mois après l'accouchement dans 27,3% des cas, entre trois et six mois dans 18,1% des cas, après six mois dans 27,3% des cas, tandis que le délai n'était pas précisé chez 27,3% des patientes.

Grossesse et issues materno-fœtales

Parmi les 89 patientes, 58 (65,2%) ont présenté au moins une grossesse après le diagnostic de la maladie, aboutissant à 52 naissances vivantes soit un taux de 89,7%. Parmi les nouveau-nés vivants, 51 (98,1%) étaient en bonne santé, tandis qu'un seul cas (1,9%) de cardiopathie congénitale a été observé.

Les 58 patientes ayant présenté une grossesse étaient atteintes principalement de PR (44 cas), suivie du lupus systémique (5 cas), du syndrome de chevauchement (4 cas), du syndrome de Sjögren primitif (2 cas), de la sclérodermie systémique (2 cas) et du syndrome de Sharp (1 cas). Aucune grossesse n'a été observée chez les patientes atteintes de myopathie inflammatoire. Le nombre moyen de grossesses après le diagnostic était de 1,53 et le nombre moyen d'enfants de 1,04.

Les complications fœtales étaient dominées par les avortements spontanés (36,2% ; n=21), suivis de la prématurité (8,6% ; n=5) et de la mortinatalité (5,2% ; n=3) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des complications fœtales selon la MAIS

	Avortement (n/N)	Prématurité (n/N)	Mort-né (n/N)
Polyarthrite rhumatoïde	15/44	3/44	3/44
Lupus systémique	2/5	1/5	0/5
Syndrome de chevauchement	2/4	1/4	0/4
Sclérodermie Systémique	0/2	0/2	0/2
Syndrome de Sjögren primitif	2/2	0/2	0/2
Syndrome de Sharp	0/1	0/1	0/1
Total	21/58	5/58	3/58

Des complications obstétricales étaient observées chez 12,1% des patientes (n=7), principalement la pré-éclampsie (5,2% ; 3 cas), l'hypertension artérielle gravidique (3,4% ; 2 cas) et la menace d'accouchement prématuré (3,4% ; 2 cas) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des incidents obstétricaux selon la MAIS

	Pré-éclampsie (n/N)	HTA (n/N)	MAP (n/N)
Polyarthrite rhumatoïde	1/44	2/44	0/44
Lupus systémique	1/5	0/5	1/5
Syndrome de chevauchement	1/4	0/4	1/4

HTA : hypertension artérielle ; MAP : menace d'accouchement prématuré

Évolution des connectivites au cours de la grossesse et du post-partum

Au cours de la grossesse, l'évolution de la MAIS était marquée par une rémission chez 27 patientes (46,5%), une poussée chez 19 patientes (32,7%) et un tableau clinique stationnaire chez 10 patientes (17,2%). La rémission concernait principalement les patientes atteintes de PR (Tableau III).

Tableau III : Evolution des différentes pathologies durant la grossesse

	Etat inchangé (n/N)	Poussée (n/N)	Rémission (n/N)
Polyarthrite rhumatoïde	7/44	14/44	23/44
Lupus systémique	1/5	2/5	1/5
Syndrome de chevauchement	1/4	1/4	2/4
Sclérodermie Systémique	0/2	2/2	0/2
Syndrome de Sjögren primitif	0/2	0/2	1/2
Syndrome de Sharp	1/1	0/1	0/1
Total	10/58	19/58	27/58

En post-partum, une poussée était observée chez 35 patientes (60,3%), une rémission chez 14 patientes (24,1%), et une évolution inchangée chez 7 patientes (12%). Les poussées survenaient principalement au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement (Tableau IV).

Tableau IV : Evolution des différentes pathologies dans le post-partum

	Etat inchangé (n/N)	Poussée (n/N)	Rémission (n/N)
Polyarthrite rhumatoïde	5/44	28/44	11/44
Lupus systémique	1/5	1/5	2/5
Syndrome de chevauchement	0/4	4/4	0/4
Sclérodermie Systémique	0/2	1/2	1/2
Syndrome de Sjögren primitif	0/2	1/2	0/2
Syndrome de Sharp	1/1	0/1	0/1
Total	7/58	35/58	14/58

Toutefois, les données évolutives au cours de la grossesse et du post-partum n'étaient pas disponibles chez 2 patientes, soit 3,4% des patientes ayant présenté une grossesse après le diagnostic.

Données thérapeutiques et implication des patientes

Avant la conception, 45 patientes (50,6%) recevaient un traitement de fond. Les traitements les plus utilisés étaient la corticothérapie (66,7%), les antipaludéens de synthèse (57,8%) et le méthotrexate (51,1%). Le méthotrexate a été arrêté chez toutes les patientes concernées avant ou au début de la grossesse. Un arrêt volontaire de l'ensemble des traitements a été rapporté chez 15 patientes (33,3%).

Une communication entre les professionnels impliqués dans le suivi médical et obstétrical n'était rapportée que chez 2 patientes (2%).

Après le diagnostic, 36 patientes (40%) utilisaient une contraception. Les grossesses étaient désirées dans 95% des cas et programmées chez 66% des patientes. Concernant l'information médicale et le conseil préconceptionnel, 70 patientes (79%) rapportaient n'avoir jamais discuté avec leur médecin de l'impact de la maladie sur la grossesse.

Discussion

La présente étude décrit le déroulement de la grossesse chez des patientes atteintes de MAIS suivies en milieu hospitalier sénégalais, avec une nette prédominance de la PR. Le profil épidémiologique de notre population, caractérisé par un âge moyen de 37,76 ans et une majorité de femmes mariées, est comparable à celui rapporté dans les séries africaines et occidentales portant sur les maladies auto-immunes chez la femme en âge de procréer **[1-6, 15]**.

La forte proportion de femmes au foyer et issues du secteur informel, associée à un faible niveau d'instruction chez près d'un tiers des patientes, reflète le contexte socio-économique local. Cette situation pourrait influencer l'accès à l'information médicale, la compréhension des enjeux liés à la grossesse et surtout le recours au conseil préconceptionnel, comme cela a été souligné dans des travaux menés en Afrique et dans des contextes comparables **[15, 16]**.

La PR représentait plus des deux tiers des pathologies observées, confirmant qu'elle constitue l'une des MAIS les plus fréquentes chez la femme en âge de reproduction **[1, 6]**. Cette prédominance est cohérente avec les données épidémiologiques rapportées en Afrique subsaharienne **[15]**.

Dans notre série, le diagnostic de la MAIS était posé avant la grossesse dans 70% des cas, ce qui constitue un élément favorable au pronostic materno-fœtal. En effet, plusieurs études ont montré que la connaissance préalable de la maladie permet une meilleure planification de la grossesse, une adaptation thérapeutique appropriée et une réduction des complications **[16-18]**. À l'inverse, le diagnostic posé pendant la grossesse ou en post-partum expose à des risques accrus de complications et traduit souvent un retard diagnostique **[5, 12]**.

Sur le plan obstétrical, plus de la moitié des patientes ont mené au moins une grossesse après le diagnostic, avec une majorité de naissances vivantes. Ces résultats confirment que la grossesse est possible chez les patientes atteintes de MAIS lorsque la maladie est stabilisée, notamment dans la PR **[7-9, 19]**. Le faible nombre de malformations congénitales observé est concordant avec les données de la littérature, en particulier chez les patientes exposées à des traitements compatibles avec la grossesse **[20, 21]**.

Les antécédents d'avortement, de fausse couche, de prématurité et de mort-né rapportés dans notre étude sont comparables à ceux décrits dans d'autres cohortes de patientes atteintes de maladies auto-immunes, avec une fréquence généralement plus élevée que dans la population générale **[10, 11, 22]**. La prépondérance de ces événements chez nos patientes atteintes de PR est probablement en rapport avec la forte prédominance de cette pathologie dans notre série.

Les incidents obstétricaux observés, dominés par la pré-éclampsie, l'HTA gravidique et la menace d'accouchement prématuré, concernaient principalement les patientes atteintes de PR, de lupus systémique et de syndromes de chevauchement. Ces complications ont été largement rapportées dans la littérature, en particulier au cours du lupus systémique, mais également dans la PR **[12, 14, 23]**.

Concernant l'évolution des MAIS au cours de la grossesse, une rémission a été observée chez près d'un tiers des patientes, surtout dans la PR. Cette amélioration clinique pendant la grossesse est bien documentée et serait liée aux modifications immunologiques et hormonales induites par la gestation **[7, 8, 24]**. Néanmoins, les poussées observées chez environ un cinquième des patientes rappellent que cette évolution favorable n'est pas constante **[9]**.

Le post-partum apparaît, dans notre étude, comme une période particulièrement à risque, avec des poussées rapportées chez 60,3% des patientes, principalement dans les trois premiers mois suivant l'accouchement. Cette observation est en accord avec de nombreuses études qui soulignent la fréquence des rechutes après l'accouchement, notamment dans la PR et la maladie lupique **[8, 9, 25]**. Toutefois, l'interprétation de ces résultats doit tenir compte du caractère rétrospectif et descriptif de l'étude, ainsi que de l'absence d'évaluation standardisée de l'activité des maladies auto-immunes systémiques par des scores validés tels que le DAS28 ou le SLEDAI.

Sur le plan thérapeutique, les adaptations observées, en particulier l'arrêt systématique du méthotrexate avant ou au début de la grossesse, sont conformes aux recommandations internationales **[20, 21, 26, 27)]**. Toutefois, l'arrêt volontaire de tout traitement chez une proportion non négligeable de patientes met en évidence les limites du conseil préconceptionnel et de l'éducation thérapeutique dans notre contexte **[15, 16]**.

Par ailleurs, l'absence d'analyse comparative ou multivariée limite l'identification des facteurs associés aux complications obstétricales et aux poussées observées dans notre population.

Enfin, l'implication des patientes dans la prise de décision apparaissait limitée, avec une majorité n'ayant jamais discuté avec leur médecin de l'impact de la maladie sur la grossesse. Ce déficit d'information, associé à la quasi-absence de communication entre internistes et professionnels du suivi obstétrical, constitue un enjeu majeur et un facteur de risque évitable de complications materno-fœtales **[16, 28]**.

Forces et limites de l'étude :

Cette étude présente plusieurs limites. Son caractère rétrospectif expose à un risque de biais d'information lié à l'exploitation des dossiers médicaux et au recours partiel à des données déclaratives recueillies par téléphone. Cette procédure expose à un possible biais de sélection, lié à l'exclusion des patientes non joignables ou présentant des données incomplètes. De plus, le faible effectif de certaines connectivites limite les possibilités d'analyse comparative et la généralisation des résultats. L'absence de scores standardisés d'activité des maladies auto-immunes systémiques constitue également une limite méthodologique importante.

Cependant, cette étude constitue, à notre connaissance, l'une des rares séries sénégalaises consacrées à la grossesse au cours des maladies auto-immunes systémiques. Son caractère multicentrique et l'évaluation conjointe des issues materno-fœtales ainsi que de l'évolution des maladies pendant la grossesse et le post-partum représentent des points forts. Elle met également en évidence les difficultés de coordination des

soins et les besoins en éducation thérapeutique dans notre contexte.

Conclusion

Les maladies auto-immunes systémiques touchent préférentiellement les femmes jeunes en âge de procréer. La grossesse et les maladies auto-immunes systémiques s'influencent mutuellement, de manière favorable ou défavorable, exposant à des complications materno-fœtales parfois sévères ainsi qu'à un risque élevé de poussées en post-partum.

Ces résultats soulignent l'importance d'une consultation préconceptionnelle, d'une implication active des patientes pour une planification des grossesses durant les phases de quiescence de la maladie et d'un suivi multidisciplinaire associant internistes, rhumatologues et obstétriciens.

Des études prospectives à plus grande échelle, intégrant des scores standardisés d'activité des maladies, seraient nécessaires afin de mieux identifier les facteurs associés aux complications materno-fœtales dans notre contexte.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. 2005; 4: 130-6**
2. **Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2002; 4(Suppl 3): S265-72**
3. **Golding A, Haque UJ, Giles JT. Rheumatoid arthritis and reproduction. *Rheum Dis Clin North Am*. 2007; 33: 319-43**
4. **Gayed M, Gordon C. Pregnancy and rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2007; 46: 1634-40**
5. **Aljary H, Czuzoj-Shulman N, Spence AR et al. Pregnancy outcomes in women with rheumatoid arthritis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020; 33: 618-24**
6. **Niasse M, Ndongo S, Ndao AC et al. Polyarthrite rhumatoïde : étude de 486 observations au Sénégal. *Rev Rhum*. 2016 ; 83 :A286**
7. **Ince-Askan H, Dolhain RJ. Pregnancy and rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015; 29: 580-96**
8. **Østensen M, Aune B, Husby G. Effect of Pregnancy and Hormonal Changes on the Activity of Rheumatoid Arthritis. *Scand J Rheumatol*. 1983; 12: 69-72**
9. **Nelson JL, Østensen M. Pregnancy and rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 1997; 23:195-212.**
10. **Lateef A, Petri M. Management of pregnancy in SLE. *Nat Rev Rheumatol*. 2012; 8: 710-8**
11. **Chakravarty EF, Murray ER, Kelman A et al. Predictors of adverse outcomes in lupus pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 1897-904**
12. **Steen VD. Pregnancy in systemic sclerosis. *Obstet Gynecol*. 1999;94:15-20.**
13. **Blagojevic J, AlOdhaibi KA, Aly AM et al. Pregnancy in Systemic Sclerosis: Results of a Systematic Review and Metaanalysis. *Journal of Rheumatology*. 2020; 47(6): 881-7**
14. **Ballester C, Grobost V, Roblot P et al. Pregnancy and primary Sjögren's syndrome: management and outcomes in a multicentre retrospective study of 54 pregnancies. *Scand J Rheumatol*. 2017 ; 46(1): 56-63**
15. **Kane BS, Ndongo S, Ndiaye AA et al. Maladies systémiques en médecine interne « contexte africain » : aspects épidémiologiques et classification. *Rev Med Interne*. 2016 ; 37(Suppl 1) : A37**
16. **Guettrot-Imbert G, Le Guern V, Tsatsaris V et al. Consultation préconceptionnelle dans les maladies auto-immunes systémiques. *Rev Rhum Monogr*. 2021 ; 88 : 18-24**
17. **Huang W, Wu T, Jin T et al. Maternal and fetal outcomes in pregnant women with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol* 2023; 42: 855-70**
18. **Lin HC, Chen SF, Lin HC, Chen YH. Increased risk of adverse pregnancy outcomes in women with rheumatoid arthritis: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69(4): 715-7**
19. **Wallenius M, Salvesen Kjell Å, Daltveit AK, Skomsvoll JF. Miscarriage and Stillbirth in Women with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. 2015; 42: 1570-2**
20. **Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)*. 2016; 55(9): 1693-7**

21. **Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part II: analgesics and other drugs used in rheumatology practice. *Rheumatology (Oxford)*. 2016; 55(9): 1698-702**
22. **Tian L, Wu J, Chen M et al. Association between rheumatoid arthritis and preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023; 102(24): e34131**
23. **Blomqvist E, Larsson M, Nyberg F et al. Hypertensive disorders in women with systemic lupus erythematosus during pregnancy: a population-based cohort study. *Lupus*. 2019; 28(3): 348-55**
24. **Skomsvoll JF, Østensen M, Irgens LM, Baste V. Hormonal changes in pregnancy and disease activity in rheumatoid arthritis. *Ann N Y Acad Sci*. 2002; 966: 284-92**
25. **Petri M, Howard D, Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. *Arthritis Rheum*. 1991; 34(12): 1538-45**
26. **Sordet C. Grossesse et maladies systémiques. *Rev Rhum Monogr*. 2021 ; 88 : 59-63**
27. **Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Rheumatol*. 2020; 72(4): 529-56**
28. **Østensen M, Andreoli L, Brucato A et al. State of the art: reproduction and pregnancy in rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(8): 141-7**

Date de soumission : 11/02/2026
Date d'acceptation : 30/06/2026