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, 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 AC, Diagne N, Faye A, Fall BC, Dieng M, Ndour MA, Ndongo S, Pouye A

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



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

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

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, Mbaye MN

Centre Hospitalier Abass Ndao, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Michel Assane NDOUR / e-mail : michelassanendour@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Les maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques représentent une cause importante de morbidité en médecine interne, mais leur profil demeure insuffisamment documenté en Afrique subsaharienne. Cette étude visait à décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et nosologiques des maladies systémiques auto-immunes et auto-inflammatoires prises en charge dans un service de médecine interne au Sénégal.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive, monocentrique, incluant de façon exhaustive les patients âgés de 16 ans et plus suivis pour une maladie systémique auto-immune ou auto-inflammatoire entre janvier 2021 et décembre 2025. Les données, recueillies à partir des dossiers médicaux, ont été intégrées en 2025 dans un registre hospitalier dédié aux maladies systémiques.

Résultats : Au total, 202 patients ont été inclus. Les femmes représentaient 85,6% des cas et l'âge moyen était de 43,6 ± 16,3 ans. Les principales maladies étaient la polyarthrite rhumatoïde (32,2%), le lupus érythémateux systémique (21,8%), le syndrome de Sjögren (20,3%) et la sclérodermie systémique (11,4%). Une association de maladies auto-immunes était observée chez 22 patients. Le délai diagnostique médian était de 12 mois, soulignant une errance diagnostique encore importante.

Conclusion : Les maladies systémiques prises en charge dans notre service concernent principalement des femmes jeunes et sont dominées par les connectivites. Le retard diagnostique observé souligne la nécessité d'améliorer le dépistage et l'accès aux explorations spécialisées. Les premières données issues de ce registre hospitalier constituent une base pour renforcer la surveillance épidémiologique, améliorer la prise en charge et soutenir la recherche clinique au Sénégal.

Mots-clés : lupus - sclérodermie - Sjögren - polyarthrite rhumatoïde - connectivites - Sénégal.

Summary

Introduction: Systemic autoimmune and autoinflammatory diseases represent a significant cause of morbidity in internal medicine, but their profile remains poorly documented in sub-Saharan Africa. This study aimed to describe the epidemiological, clinical, and nosological characteristics of systemic autoimmune and autoinflammatory diseases managed in an internal medicine department in Senegal.

Methods: We conducted a retrospective, descriptive, single-center study, exhaustively including patients aged 16 years and older followed for a systemic autoimmune or autoinflammatory disease between January 2021 and December 2025. Data, collected from medical records, were integrated in 2025 into a hospital registry dedicated to systemic diseases.

Results: A total of 202 patients were included. Women represented 85.6% of cases, and the mean age was 43.6 ± 16.3 years. The main diseases were rheumatoid arthritis (32.2%), systemic lupus erythematosus (21.8%), Sjögren's syndrome (20.3%), and systemic scleroderma (11.4%). An association of autoimmune diseases was observed in 22 patients. The median diagnostic delay was 12 months, highlighting a still significant diagnostic delay.

Conclusion: The systemic diseases treated in our department primarily affect young women and are dominated by connective tissue diseases. The observed diagnostic delay underscores the need to improve screening and access to specialized investigations. The initial data from this hospital registry provide a basis for strengthening epidemiological surveillance, improving patient care, and supporting clinical research in Senegal.

Keywords: lupus - scleroderma - Sjögren's syndrome - rheumatoid arthritis - connective tissue diseases - Senegal.



Introduction

Les maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques (MAI-AIS) regroupent un ensemble hétérogène d'affections chroniques liées à une dérégulation du système immunitaire, responsables d'atteintes multiviscérales pouvant compromettre le pronostic fonctionnel et vital **[1-3]**. Les maladies auto-immunes systémiques résultent d'une rupture de la tolérance immunitaire avec production d'auto-anticorps, tandis que les maladies auto-inflammatoires sont caractérisées par une activation excessive de l'immunité innée **[2]**. Leur prévalence est estimée entre 3 et 5% dans la population générale et tend à augmenter à l'échelle mondiale **[3, 4]**.

En Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques demeurent encore limitées malgré une meilleure reconnaissance de ces affections. Les études disponibles, notamment au Bénin et au Sénégal, rapportent une prédominance féminine, un âge relativement jeune des patients et un retard diagnostique souvent important **[5, 6, 9, 10]**. Toutefois, ces travaux concernent généralement des pathologies spécifiques ou des séries hospitalières limitées, laissant insuffisamment documenté le profil global des maladies systémiques prises en charge dans les services de médecine interne.

Dans les pays à ressources limitées, le polymorphisme clinique des maladies systémiques, l'accès restreint aux explorations immunologiques spécialisées, le coût élevé des examens complémentaires et le retard d'orientation vers les structures de référence contribuent à une errance diagnostique susceptible d'aggraver les atteintes viscérales et d'altérer le pronostic. Ces difficultés diagnostiques et thérapeutiques ont été largement décrites dans les populations africaines, où persistent d'importantes disparités d'accès aux soins spécialisés et aux ressources diagnostiques **[4, 14]**. Dans ce contexte, la mise en place d'un registre hospitalier constitue un outil stratégique permettant de standardiser le recueil des données, de renforcer la surveillance épidémiologique, d'évaluer les pratiques de prise en charge et de favoriser le développement de la recherche clinique.

Ainsi, cette étude avait pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et nosologiques des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques prises en charge au service de médecine interne du Centre Hospitalier National Abass Ndao de Dakar, à partir des premières données issues d'un registre hospitalier.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective, monocentrique et descriptive au sein du service de Médecine Interne (Clinique Médicale II) du Centre Hospitalier National Abass Ndao de Dakar. L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2021 au 1er décembre 2025.

Le recrutement était exhaustif et concernait tous les patients âgés de 16 ans ou plus suivis en consultation externe, en hôpital de jour ou en hospitalisation conventionnelle pour une maladie systémique auto-immune ou auto-inflammatoire durant la période d'étude.

Ont été inclus les patients présentant une maladie systémique retenue selon les critères internationaux de classification en vigueur, notamment la polyarthrite rhumatoïde (ACR/EULAR 2010), le lupus érythémateux systémique (ACR/EULAR 2019), la sclérodermie systémique (ACR/EULAR 2013), le syndrome de Gougerot-Sjögren (ACR/EULAR 2016), les myopathies inflammatoires idiopathiques (ACR/EULAR 2017), ainsi que les vascularites systémiques, le syndrome des antiphospholipides et la maladie de Behçet. Les maladies auto-inflammatoires et les autres maladies inflammatoires immunomédiées étaient retenues sur des arguments cliniques, biologiques, immunologiques, génétiques ou spécialisés, lorsque ceux-ci étaient disponibles.

Les patients dont le diagnostic n'était pas confirmé, ceux présentant un dossier médical insuffisamment documenté ou ceux suivis en dehors de la période d'étude n'ont pas été inclus.

Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers médicaux papier et informatisés à l'aide d'un formulaire standardisé développé sous KoboToolbox. Les informations collectées comprenaient les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents, les données cliniques, biologiques, immunologiques, radiologiques et thérapeutiques. Les données issues de cette cohorte rétrospective ont ensuite été intégrées, en 2025, dans le registre hospitalier des maladies systémiques mis en place au sein du service.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel RStudio version 4.3.3. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne ± écart-type ou de médiane avec intervalle interquartile selon leur distribution. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages.

En raison du caractère rétrospectif de l'étude, certaines variables comportaient des données manquantes. Les analyses ont été réalisées sur les dossiers disposant des informations nécessaires

pour chaque variable étudiée, et les effectifs analysés ont été précisés lorsque cela était pertinent.

Cette étude était observationnelle, rétrospective et non interventionnelle. Elle reposait exclusivement sur l'exploitation de dossiers médicaux et n'impliquait aucun contact direct avec les patients. Les données ont été anonymisées avant leur analyse afin de garantir leur confidentialité, conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki et au respect du secret médical. En raison de son caractère rétrospectif et non interventionnel, aucun avis formel d'un comité d'éthique n'a été sollicité.

Résultats

Données sociodémographiques

Au total, 202 patients ont été inclus durant la période d'étude. La population était majoritairement féminine (85,6%), avec un sex-ratio de 0,17. L'âge moyen était de 43,6 ± 16,3 ans (extrêmes : 16-96 ans), tandis que l'âge médian était de 41 ans (IQR : 30-56 ans). Les adultes jeunes constituaient la tranche d'âge la plus représentée. Les principales caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population (n = 202)

Variable	Effectif	%
Sexe		
Féminin	173	85,6
Masculin	29	14,4
Classes d'âge (ans)		
16–20	17	8,4
21–30	42	21,1
31–40	46	23,1
41–50	33	16,3
51–60	27	13,4
>60	37	18,3
Profession		
Femme au foyer	64	31,7
Commerce/restauration	25	12,4
Élèves/étudiants	22	10,9
Professionnels de santé	14	6,9
Artisanat/transport	13	6,4
Autres	64	31,7
Situation matrimoniale*		
Marié(e)	79	64,8
Célibataire	26	21,3
Veuf(ve)	10	8,2
Divorcé(e)	7	5,7

Répartition nosologique

La polyarthrite rhumatoïde représentait la maladie systémique la plus fréquente (32,2%), suivie du lupus érythémateux systémique (21,8%), du syndrome de Gougerot-Sjögren (20,3%) et de la

sclérodermie systémique (11,4%). Les autres maladies étaient plus rares (Tableau II).
Une association de maladies auto-immunes était observée chez **22 patients (10,9%)**. Le délai diagnostique médian était de **12 mois** (IQR : 3-24), avec un délai maximal de 312 mois.

Tableau II : Répartition des maladies systémiques (n = 202)

Diagnostic	n	%
Polyarthrite rhumatoïde	65	32,2
Lupus érythémateux systémique	44	21,8
Syndrome de Gougerot-Sjögren	41	20,3
Sclérodermie systémique	23	11,4
Connectivite indifférenciée	16	7,9
Dermatomyosite	9	4,5
Spondylarthrite ankylosante	6	3,0
Syndrome des antiphospholipides	5	2,5
Syndrome des antisynthétases	4	2,0
Maladie de Behçet	4	2,0
Syndrome de Sharp	2	1,0
Maladie de Takayasu	2	1,0
GEPA	2	1,0
Myopathie nécrosante auto-immune	1	0,5
Maladie de Horton	1	0,5
Granulomatose avec polyangéite	1	0,5

Manifestations cliniques
Les manifestations articulaires constituaient les atteintes les plus fréquentes (70,1%), suivies des manifestations cutanées (43,5%), digestives (33,7%) et oculaires (31,5%). Les autres manifestations cliniques sont présentées dans le **tableau III**.

Tableau III : Principales manifestations cliniques

Manifestation	n	%
Atteinte articulaire	129	70,1
Atteinte cutanée	80	43,5
Atteinte digestive	62	33,7
Atteinte oculaire	58	31,5
Atteinte vasculaire	33	18,0
Atteinte musculaire	22	12,0
Atteinte cardiaque	22	12,0

Les manifestations articulaires étaient dominées par les arthralgies inflammatoires acroméliques et rhizoméliques. Les principales atteintes articulaires sont résumées dans le tableau IV.

Tableau IV : Manifestations articulaires (n = 122)

Manifestation	n	%
Arthralgies inflammatoires acroméliques	96	78,7
Arthralgies inflammatoires rhizoméliques	90	73,8
Déformations articulaires irréductibles	16	13,1
Atteinte axiale	16	13,1
Synovites	13	10,7
Déformations réductibles	10	8,2
Calcinoses juxta-articulaires	5	4,1
Ténosynovites	3	2,5

Les manifestations cutanéo-muqueuses étaient principalement représentées par la photosensibilité, la sclérose cutanée diffuse et la sclérodactylie (Tableau V). D'autres manifestations cutanées ont été illustrées à travers la figure 1 et 2.

Tableau V : Principales manifestations cutanéo-muqueuses (n = 67)

Manifestation	n	%
Photosensibilité	28	41,8
Sclérose cutanée diffuse	19	28,4
Sclérodactylie	16	23,9
Lupus cutané aigu	16	23,9
Sclérose localisée	14	20,9
Signe de la manucure	12	17,9
Papules de Gottron	11	16,4
Érythro-œdème périorbitaire	11	16,4
Lupus cutané subaigu	10	14,9
Alopécie cicatricielle	10	14,9

Données paracliniques

L'anémie inflammatoire représentait la principale anomalie hématologique. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé chez la majorité des patients explorés. Les principales anomalies biologiques et les examens complémentaires sont présentés dans le **tableau VI**.

Tableau VI : Principales anomalies biologiques et examens complémentaires

Variable	n	%
Biologie		
Anémie inflammatoire	36/49	73,5
VS accélérée	76	73,1
CRP élevée	61	58,7
Thrombopénie	9	18,4
Anémie auto-immune	5	10,2
Atteinte rénale		
Protéinurie	16/24	66,7
Insuffisance rénale	10/24	41,7
Échocardiographie (n=22)		
HTAP	11	50,0
Péricardite	5	22,7
Cardiomyopathie dilatée	4	18,2
TDM thoracique (n=20)		
Pneumopathie interstitielle diffuse	17	85,0

Traitements

La corticothérapie constituait le principal traitement symptomatique. Le méthotrexate (63,5%) et l'hydroxychloroquine (41,2%) étaient les traitements de fond les plus prescrits **(Tableau VII)**.

Tableau VII. Principaux traitements administrés

Traitement	n	%
Traitement symptomatique (n=128)		
Corticothérapie dose modérée	66	51,6
Corticothérapie forte dose	52	40,6
Traitement de fond (n=85)		
Méthotrexate	54	63,5
Hydroxychloroquine	35	41,2
Mycophénolate mofétil	3	3,5
Cyclophosphamide	3	3,5
Sulfasalazine	1	1,2
Azathioprine	1	1,2
Rituximab	1	1,2



Figure 1: Lésion de lupus discoïde du cuir chevelu avec alopécie cicatricielle (cercle)
(Source : Banque d'iconographie Clinique médicale II, Dakar)

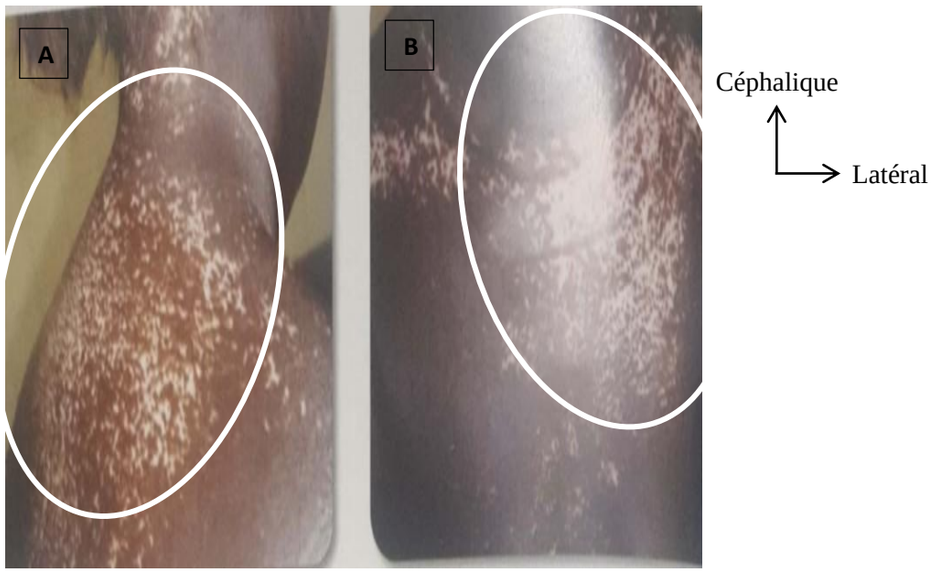

Figure 2: A et B : taches en mouchetures des faces antérieure et postérieure du tronc (cercle)
(Banque d'iconographies de la clinique médicale II, Dakar)



Figure 3 : Sclérodactylie avec déformations digitales (flèches).

(Banque d'iconographies de la clinique médicale II, Dakar)

Discussion

Cette étude constitue, à notre connaissance, l'une des plus importantes séries hospitalières sénégalaises consacrées aux maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques prises en charge dans un service de médecine interne. Elle dresse un panorama du profil épidémiologique, clinique, biologique et thérapeutique de ces affections dans un centre de référence national, tout en s'appuyant sur les premières données issues d'un registre hospitalier dédié. Les principaux résultats mettent en évidence une nette prédominance féminine, une atteinte préférentielle de l'adulte jeune, une prédominance des connectivites, notamment de la polyarthrite rhumatoïde, du lupus érythémateux systémique et du syndrome de Gougerot-Sjögren, ainsi qu'un retard diagnostique encore important.

La prédominance féminine observée dans notre série (85,6% ; sex-ratio = 0,17) est conforme aux données de la littérature internationale et africaine. Les maladies auto-immunes systémiques touchent préférentiellement les femmes, en raison de l'interaction complexe entre facteurs hormonaux, génétiques et immunologiques impliqués dans la rupture de la tolérance immunitaire **[2, 3, 7]**. Les sex-ratios rapportés au Bénin, à Thiès et à Tivaouane sont proches de ceux observés dans notre étude **[6, 9, 10]**, suggérant une homogénéité du profil épidémiologique des connectivites en Afrique de l'Ouest.

L'âge moyen de 43,6 ans confirme que ces maladies surviennent essentiellement chez des adultes jeunes ou d'âge moyen, correspondant à une population en pleine activité socio-professionnelle. Cette observation est également retrouvée dans les séries africaines **[6, 9, 10]**. Au-delà de leur fréquence, ces maladies représentent donc un enjeu socio-économique majeur en raison de leur impact sur la qualité de vie, la capacité de travail et les dépenses de santé, particulièrement dans des contextes où les systèmes de protection sociale restent limités.

La polyarthrite rhumatoïde constituait la principale affection de notre cohorte, suivie du lupus érythémateux systémique et du syndrome de Gougerot-Sjögren. Cette distribution est comparable à celle rapportée dans plusieurs séries africaines **[9, 10]**. En revanche, certaines études sénégalaises réalisées en dermatologie rapportent une prédominance du lupus érythémateux systémique **[6]**. Ces différences peuvent s'expliquer par les modalités de recrutement des patients, les profils d'adressage et les spécificités des structures de prise en charge. Elles illustrent également le rôle central de la médecine interne dans la prise en charge globale des maladies systémiques, au-delà des manifestations d'organe.

L'association de plusieurs maladies auto-immunes chez près de 11% de nos patients confirme le phénomène de clustering auto-immun, largement décrit dans la littérature **[2]**. Les associations les plus fréquentes concernaient la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux systémique et le syndrome de Gougerot-Sjögren. Cette coexistence souligne l'importance d'une évaluation clinique globale et d'un suivi prolongé afin de dépister précocement l'apparition d'autres maladies auto-immunes chez les patients atteints de connectivites.

Le délai diagnostique médian de 12 mois constitue l'un des principaux enseignements de cette étude. Bien qu'il soit comparable à celui rapporté dans d'autres séries africaines **[6, 10]**, il demeure préoccupant compte tenu du risque d'évolution vers des atteintes viscérales irréversibles. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette errance diagnostique, notamment le polymorphisme clinique des maladies systémiques, l'accès limité aux explorations immunologiques spécialisées, le coût des examens complémentaires, ainsi que le recours parfois initial à la médecine traditionnelle **[4, 11]**. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé de premier recours, de faciliter l'accès aux examens immunologiques et de développer des filières de référence plus précoces vers les services spécialisés.

Les manifestations articulaires représentaient les principales manifestations cliniques de notre cohorte, suivies des atteintes cutanées, digestives et oculaires. Cette prédominance est conforme aux données de la littérature africaine **[6, 9, 10]**. Les manifestations cutanées, notamment la photosensibilité, les lésions lupiques et les signes sclérodermiques, constituent souvent des éléments d'orientation diagnostique majeurs. Leur reconnaissance précoce par les médecins généralistes, dermatologues et internistes pourrait contribuer à réduire les délais diagnostiques.

Les atteintes viscérales observées dans notre étude traduisent la gravité potentielle des maladies systémiques lorsqu'elles sont diagnostiquées tardivement. L'hypertension artérielle pulmonaire, les pneumopathies interstitielles diffuses et les atteintes rénales représentaient les principales complications sévères. Ces manifestations sont reconnues comme des facteurs majeurs de morbidité et de mortalité, notamment au cours de la sclérodermie systémique et du lupus érythémateux systémique **[8, 13]**. Leur fréquence justifie une évaluation multidisciplinaire régulière

et un dépistage systématique des atteintes d'organes au cours du suivi.

Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie demeurait le traitement symptomatique le plus utilisé, tandis que le méthotrexate et l'hydroxychloroquine constituaient les principaux traitements de fond. Cette stratégie est conforme aux recommandations internationales pour la prise en charge des principales connectivites. En revanche, le recours limité aux biothérapies et aux immunosuppresseurs de dernière génération reflète probablement les contraintes économiques, la disponibilité limitée de ces traitements et les difficultés d'accès aux médicaments innovants dans notre contexte. L'amélioration de leur accessibilité constitue un enjeu majeur pour optimiser la prise en charge des formes sévères ou réfractaires.

L'un des principaux apports de cette étude réside dans la mise en place d'un registre hospitalier des maladies systémiques. Au-delà de la description épidémiologique, ce registre permet un recueil standardisé des données, une meilleure traçabilité des informations cliniques, un suivi longitudinal des patients et une évaluation des pratiques de prise en charge. Il constitue également un outil précieux pour la recherche clinique et pourrait servir de base au développement d'un registre multicentrique, voire national, des maladies systémiques au Sénégal.

Notre étude présente certaines limites. Son caractère rétrospectif expose à un risque de données manquantes et de biais d'information. Le faible nombre d'examens spécialisés disponibles chez certains patients limite l'évaluation exhaustive de certaines atteintes viscérales. Enfin, son caractère monocentrique ne permet pas d'extrapoler directement les résultats à l'ensemble du pays. Néanmoins, cette étude présente plusieurs points forts, notamment un recrutement exhaustif sur une période de cinq ans, un effectif relativement important pour notre contexte, ainsi que la mise en place d'un registre hospitalier structuré, offrant une base solide pour de futurs travaux prospectifs et multicentriques.

Conclusion

Les maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques prises en charge au service de médecine interne du Centre Hospitalier National Abass Ndao concernent principalement des femmes jeunes et sont dominées par la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux systémique et le syndrome de Gougerot-Sjögren. Cette étude met également en évidence un retard diagnostique important ainsi qu'une fréquence non négligeable d'atteintes viscérales, soulignant les défis persistants de leur prise en charge dans notre contexte. Au-delà de la description du profil épidémiologique et nosologique de ces affections, ce travail constitue une contribution originale à la connaissance des maladies systémiques au Sénégal. Les premières données issues du registre hospitalier offrent une base structurée pour la surveillance épidémiologique, l'évaluation des pratiques cliniques et le développement de la recherche.

Le renforcement du dépistage précoce, l'amélioration de l'accès aux explorations immunologiques spécialisées et la structuration de réseaux de prise en charge multidisciplinaires apparaissent comme des priorités pour réduire l'errance diagnostique et améliorer le pronostic des patients. À terme, l'extension de ce registre à d'autres centres hospitaliers pourrait contribuer à la mise en place d'un registre national des maladies systémiques et favoriser le développement de collaborations multicentriques au Sénégal et en Afrique de l'Ouest.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Rose NR, Bona C. Defining criteria for autoimmune diseases: Witebsky's postulates revisited. Immunol Today. 1993; 14(9): 426-430. doi: 10.1016/0167-5699(93)90244-F**
2. **Cooper GS, Bynum MLK, Somers EC. Recent insights in the epidemiology of autoimmune diseases: improved prevalence estimates and understanding of clustering of diseases. J Autoimmun. 2009; 33(3-4): 197-207. doi: 10.1016/j.jaut.2009.09.008**
3. **Hayter SM, Cook MC. Updated assessment of the prevalence, spectrum and case definition of autoimmune disease. Autoimmun Rev. 2012; 11(10): 754-765. doi: 10.1016/j.autrev.2012.02.001**
4. **Lerner A, Jeremias P, Matthias T. The world incidence and prevalence of autoimmune diseases is increasing. Int J Celiac Dis. 2015; 3(4): 151-155. doi: 10.12691/ijcd-3-4-8**
5. **Kane BS, Ndongo S, Ndiaye AA, Djiba B, Niasse M, Diack N et al. Maladies systémiques en médecine interne : contexte africain, aspects épidémiologiques et classification. Rev Med Interne. 2016 ; 37(Suppl 1) : A37**

6. **Diousse P, Berthe A, Dione H, Touré PS, Bammo M, Seck F et al. Profil épidémio-clinique des maladies auto-immunes systémiques dans un service de dermatologie. Rev Afr Med Interne. 2017 ; 4(2) : 18-21**
7. **Angum F, Khan T, Kaler J, Siddiqui L, Hussain A. The prevalence of autoimmune disorders in women: a narrative review. Cureus. 2020; 12(5): e8094. doi: 10.7759/cureus.8094**
8. **Kwon OC, Han K, Park MC. Sex differences in the risk of incident systemic sclerosis: a nationwide population-based study with subgroup analyses. Sci Rep. 2025; 15: 8803 doi: 10.1038/s41598-025-93181-8**
9. **Anthelme AK, Armand WF, Flora DM, Ange F, Mickael A, Eugénie D et al. Panorama, reasons for seeking care and evolution of systemic autoimmune diseases in Benin hospitals in 2021. Open J Intern Med. 2023; 13: 76-84. doi: 10.4236/ojim.2023.131008**
10. **Diallo BM, Ndour JND, Sow A, Thiam AI, Dieye I, Wade A et al. Profil épidémioclinique et diagnostique des maladies auto-immunes systémiques et inflammatoires à l'Hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane. Médecine d'Afrique Francophone. 2025 ; 72(6) : 347-358**
11. **Hammond N, Belue R, Elewonibi B, Moise R, Leuenberger L, Hughes G. Traditional healers in Senegal: characteristics and beliefs about treatment of diabetes. Int J Non Commun Dis. 2019; 4: 115-120**
12. **Ungprasert P, Crowson CS, Chowdhary VR, Ernste FC, Moder KG, Matteson EL. Epidemiology of mixed connective tissue disease, 1985-2014: a population-based study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016; 68(12): 1843-1848. doi: 10.1002/acr.22872**
13. **Urowitz MB, Gladman DD, Ibáñez D, Su J, Mursleen S, Sayani A et al. Effect of disease activity on organ damage progression in systemic lupus erythematosus: University of Toronto Lupus Clinic Cohort. J Rheumatol. 2021; 48(1): 67-73. doi: 10.3899/jrheum.200705**
14. **Essouma M, Noubiap JJ. Lupus and other autoimmune diseases: Epidemiology in the population of African ancestry and diagnostic and management challenges in Africa. J Allergy Clin Immunol Glob. 2024; 3(4): 100288. doi: 10.1016/j.jacig.2024.100288**

Date de soumission : 24/06/2026
Date d'acceptation : 06/07/2026