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

11. **Cancer du sein de la femme âgée au maximum de 30 ans : profil diagnostique, thérapeutique et pronostique au Centre Hospitalier Régional de Thiès** **87-95**
    Fall KBM, Guèye L, Wade M, Thiam O, Traoré A, Thiam M, Cissé ML

CAS CLINIQUES

12. **Particularités de la Sarcoïdose médiastino-pulmonaire en Médecine interne au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) : à propos d'une Série de 11 Cas** **96-102**
    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

13. **Évolution d'une myosite inflammatoire indifférenciée vers une scléromyosite : illustration du continuum des connectivites.** **103-107**
    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

11. ***Breast cancer in women aged 30 years or younger: diagnostic, therapeutic and prognostic profile at the Thies Regional Hospital Center*** ***87-95***
    Fall KBM, Guèye L, Wade M, Thiam O, Traoré A, Thiam M, Cissé ML

CLINICAL CASES

12. ***Mediastino-Pulmonary Sarcoidosis in Internal Medicine at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire): A Series of 11 Cases*** ***96-102***
    Kpata DPM, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

13. ***Evolution of an Undifferentiated Inflammatory Myopathy into Scleromyositis: illustrating the Continuum of Connective Tissue Diseases.*** ***103-107***
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A



Particularités de la Sarcoïdose médiastino-pulmonaire en Médecine interne au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) : à propos d'une Série de 11 Cas

Mediastino-Pulmonary Sarcoidosis in Internal Medicine at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire): A Series of 11 Cases

Kpata Djami Pindjou M[1], Konan NM[1], Lobah YG[1], Yapa GS[2], Bamba A[1], Bamba NS[1], Akahi JN[1], Ouattara TR[1], Sanogo I[1], Abbe FL[1], Acko UV[1], Binan Y[1]

1. **Médecine interne, Unité pédagogique de médecine interne - endocrinologie - maladies métaboliques et nutrition - gériatrie - néphrologie - hépato gastro entérologie, Département médecine et spécialités, UFR sciences médicales, université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire**
2. **Université Alassane Ouattara, UFR Sciences Médicales, Médecine Interne, Bouaké, Côte d'Ivoire**

Auteur correspondant : Dr Djami Pindjou KPATA / E-mail : maureenlife90@gmail.com

Résumé

Introduction : La sarcoïdose est une maladie inflammatoire systémique de cause inconnue, caractérisée par la formation de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséeuse. Elle fait partie des maladies rares. L'objectif de ce travail était de mettre en évidence les particularités de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire dans un service de médecine interne d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

Matériel et Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, réalisée dans le service de Médecine Interne du CHU de Treichville sur une période de cinq ans (2014-2018). Les cas confirmés sur la base de données cliniques, radiologiques et histologiques ont été inclus. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.2.5, version française.

Résultats : Sur les 11 dossiers de patients étudiés, l'âge moyen était de 55 ans et la prédominance masculine de 64%. La symptomatologie clinique était dominée par la dyspnée (45,4%), la toux chronique (27,3%), des lésions cutanées variables (45,4% de nodules et 27,3% de plaques) ainsi que des adénopathies médiastinales. L'histologie, concluante dans une minorité de cas, a révélé des granulomes non caséeux. Les patients ont bénéficié d'une corticothérapie dans 82% des cas et d'une abstention thérapeutique dans 18% des cas. La voie orale était la plus utilisée.

Conclusion : Les particularités de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire en Côte d'Ivoire sont les suivantes : diagnostic tardif, forte prévalence de comorbidités métaboliques, atteinte cutanée importante et accès limité aux biothérapies.

Mots clés : Sarcoïdose - Épidémiologie - Clinique - Côte d'Ivoire - Médecine interne.

Summary

Introduction: Sarcoidosis is a systemic inflammatory disease of unknown etiology, characterized by the formation of non-caseating epithelioid and giant-cell granulomas. It is classified among rare diseases. The aim of this study was to highlight the specific features of mediastinal-pulmonary sarcoidosis in an internal medicine department in Abidjan (Côte d'Ivoire).

Materials and Methods: This was a retrospective, descriptive, single-center study conducted in the Internal Medicine Department of the Treichville University Hospital over a five-year period (2014-2018). Confirmed cases based on clinical, radiological, and histological data were included. Data were analyzed using Epi Info 7.2.5 software (French version).

Results: Of the 11 patient records studied, the mean age was 55 years, with a male predominance (64%). Clinical manifestations were mainly dyspnea (45.4%), chronic cough (27.3%), variable cutaneous lesions (45.4% nodules and 27.3% plaques), and mediastinal lymphadenopathy. Histological confirmation, obtained in a minority of cases, revealed non-caseating granulomas. Corticosteroid therapy was administered in 82% of patients, while therapeutic abstention was observed in 18%. Oral route was the most commonly used.

Conclusion: The specific features of mediastinal-pulmonary sarcoidosis in Côte d'Ivoire include delayed diagnosis, a high prevalence of metabolic comorbidities, significant cutaneous involvement, and limited access to biologics therapies.

Keywords: Sarcoidosis - Epidemiology - Clinical features - Côte d'Ivoire - Internal medicine.



Introduction

La sarcoïdose est une maladie systémique auto-inflammatoire caractérisée par la présence de granulomes non caséeux dans les organes touchés. Les organes les plus fréquemment touchés sont les ganglions lymphatiques intrathoraciques et les poumons, qui sont atteints dans plus de 90% des cas **[1]**. Son étiologie reste mystérieuse, mais il existe une composante génétique en rapport avec le HLA de classe II. Elle touche des individus à travers le monde, avec une prédominance chez les patients d'origine africaine et chez les personnes de moins de 40 ans **[1-3]**.

Selon la région géographique, l'âge et le sexe, la sarcoïdose se présente sous plusieurs formes, ce qui rend son incidence et sa prévalence variables **[4]**. Sa gravité réside dans le risque, présent dans 10 à 25% des cas, d'évolution vers des complications pulmonaires, cardiaques ou neurologiques centrales. Elle entraîne également une altération de la qualité de vie des patients en raison de la survenue de complications invalidantes telles que le lupus pernio ou l'uvéite du segment postérieur. Le traitement dépend de la sévérité de la maladie et de son caractère rechutant ou réfractaire, sans qu'il n'y ait de recommandation spécifique. Il repose principalement sur les corticoïdes, dont la durée de traitement varie en fonction de la localisation. En cas d'échec, un traitement immunosuppresseur à base de méthotrexate ou d'azathioprine, ou un traitement par biothérapie à base d'infliximab ou d'adalimumab, peut être envisagé **[3]**. Le degré d'atteinte viscérale, tout comme l'efficacité du traitement, déterminent l'issue de la maladie. Près d'un cinquième des patients atteints de sarcoïdose souffriront d'un handicap, et le risque de mortalité se situe entre 3% et 5% **[5]**.

Dans notre contexte d'Afrique subsaharienne, la sarcoïdose est mal connue, ce qui rend son diagnostic difficile et source d'errance. Par ailleurs, il existe très peu d'études sur le sujet, qui sont pour la plupart très anciennes et ne tiennent pas compte des nouvelles modalités thérapeutiques. C'est pourquoi nous avons décidé de mener cette étude sur des patients noirs suivis dans un service de médecine interne à Abidjan.

L'objectif de ce travail était de mettre en évidence les particularités des cas de sarcoïdose rencontrés dans ce service.

Méthodes

Il s'agit d'une étude de cas rétrospective à visée descriptive, réalisée dans le service de médecine interne du CHU de Treichville, à Abidjan (Côte d'Ivoire), entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2018, soit sur une période de 5 ans.

Tous les patients des deux sexes, suivis en consultation externe ou en hospitalisation, présentant les critères suivants **[6]** ont été inclus :

- un tableau clinique, radiologique, biologique et évolutif évocateur ou compatible ;
- la mise en évidence de granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséeuse au niveau d'une ou plusieurs localisations significatives ;
- l'exclusion de toute autre maladie granulomateuse.

N'étaient pas inclus les patients dont les dossiers étaient incomplets.

Les données ont été collectées électroniquement à partir d'un questionnaire comportant plusieurs variables :

- données sociodémographiques du patient (âge, sexe, profession).
- données cliniques : antécédents, manifestations cliniques (signes généraux et d'atteintes organiques), types de sarcoïdose supposés ;
- données paracliniques : hémogramme, taux d'enzyme de conversion de l'angiotensine, calcémie, protéine C réactive, lavage broncho-alvéolaire, biopsie, électrocardiogramme, épreuves fonctionnelles respiratoires, radiographie thoracique, tomodensitométrie thoracique, fond d'œil, et autres en fonction de la localisation supposée de la sarcoïdose.
- données thérapeutiques : corticothérapie, immunosuppresseurs, traitement symptomatique, abstention thérapeutique.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Épi info 7.2.5, version française. Aucun test statistique n'a été utilisé, car l'étude est descriptive.

Résultats

Données épidémiologiques

Sur les 2 518 patients reçus en cinq ans, 11 présentaient une sarcoïdose, ce qui correspond à une prévalence hospitalière de 0,4%.

L'âge moyen des patients était de 55,27 ans, avec des extrêmes allant de 37 à 73 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 48 à 58 ans, avec 63,6% des patients.

Il y avait 7 hommes et 4 femmes, soit une prédominance masculine de 64% et un sex-ratio de 1,75.

Notre série était constituée de 45,4% d'ouvriers. Parmi ces ouvriers, 27% avaient été exposés à des

produits toxiques (plomb, produits d'optique, insecticides) (Tableau I).

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des patients

Données épidémiologiques	Effectif (N=11)	Pourcentage (%)
Age		
[37-47]	1	9 ,1
[48-58]	7	63,6
[59-69]	2	18,2
≥70	1	9,1
Sexe		
Masculin	7	63,6
Féminin	4	36,4
Profession		
Ouvriers	5	45,4
Chefs d'entreprises	3	27,3
Fonctionnaires	2	18,2
Sans emploi	1	9,1
Exposition aux toxiques		
Oui	3	27,3
Non	8	72,7

Histoire médicale

Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète sucré (82%) et l'hypertension artérielle (27%). La plupart des patients étaient en surpoids (45,4%) ou obèses (27,3%). L'uvéite était observée chez 36,4% de nos patients (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon leur histoire médicale

Histoire médicale	Effectif (N=11)	Pourcentage (%)
HTA		
Oui	3	27,3
Non	8	72,7
Diabète		
Oui	9	81,8
Non	2	18,2
Tabagisme		
Oui	1	9,1
Non	10	90,9
Charge pondérale		
Surpoids	5	45,4
Obésité	3	27,3
Uvéite		
Oui	4	36,4
Non	7	63,6

Données cliniques

Au moment du diagnostic, 72,3% des patients étaient asthéniques. Les manifestations cliniques respiratoires les plus fréquentes étaient la dyspnée (45,4%) et la toux (27,3%). À proportion égale, 80% des patients dyspnéiques étaient classés NYHA 1 et 2. L'atteinte cutanée était diverse, dominée par des nodules (45,4%) et des plaques (27,3%) (Tableau III). L'atteinte rhumatologique se manifestait principalement par des douleurs inflammatoires aux articulations (36,4%) et aux muscles (27,3%) (voir le tableau III).

Tableau III: Répartition des patients selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif (N=11)	Pourcentage (%)
Signes généraux		
Asthénie	8	72,7
Fièvre	3	27,3
Signes respiratoires		
Dyspnée	5	45,4
Toux	3	27,3
Douleur thoracique	2	18,2
Hémoptysie	1	9,1
Classification NYHA de la dyspnée		
Stade 1	2	40,0
Stade 2	2	40,0
Stade 3	1	20,0
Signes cutanés		
Nodules	5	45,4
Plaques	3	27,3
Erythèmes	2	18,2
Purpuras vasculaires	1	9,1
Autres signes		
Arthralgies	3	27,3
Myalgies	4	36,4
Nodules conjonctivaux	1	9,1

Données paracliniques

Dans cette étude, la radiographie thoracique des patients présentait à parts égales, les grades 1 et 2, soit 18,2%. Le scanner thoracique révélait par ailleurs des adénopathies médiastinales (45,4%) chez 81,8% des patients. A l'EFR, nous avons constaté autant de syndrome restrictif qu'obstructif, soit 27,3%. L'activité de l'enzyme de conversion était augmentée chez la moitié des patients. L'histologie, après biopsie, s'est révélée contributive dans 33,3% des cas (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patients selon les données paracliniques

Signes paracliniques	Effectif (N=11)	Pourcentage (%)
Grade radiologique		
Grade 1	2	18,2
Grade 2	2	18,2
Grade 4	1	9,1
TDM thoracique		
Adénopathies (ADNP)	9	81,8
ADNP médiastinales	5	45,4
ADNP rétro-péritonéale	2	18,2
ADNP hilaires unilatérales	1	9,1
ADNP hilaires bilatérales	1	9,1
Spirométrie		
Restriction	3	27,3
Obstruction	3	27,3
Biologie		
Elévation de l'ECA	6	54,5
Hypercalcémie	4	36,4
Anémie inflammatoire	3	27,3
Histologie		
Granulome sarcoïdosique	2	33,3

Données thérapeutiques

Aucun traitement n'a été administré à 18% des patients ; 82% d'entre eux ont reçu une corticothérapie par voie orale (Figure 3).

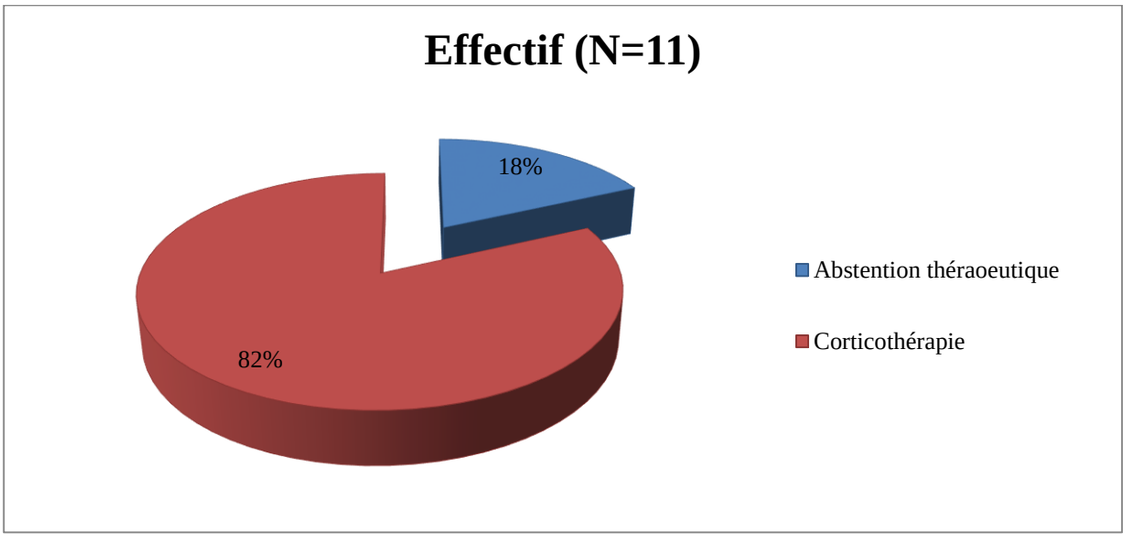

Figure 1 : répartition des patients selon la thérapeutique administrée

Discussion

Nous avons retrouvé 11 cas de sarcoïdose en 5 ans, avec une prévalence de 0,4%. Ce faible résultat suggère une rareté de la pathologie ; tout comme en témoigne plusieurs autres auteurs. C'est le cas de Mouad à Rabat et Elyousfy à Marrakech, qui en 10 ans dans un service de médecine interne, ont respectivement rapporté 40 et 81 cas **[7, 8]**. Dje Bi a colligé 24 cas en 6 ans dans le service de pneumologie à Bouaké en Côte d'ivoire **[9]**. La prévalence de la maladie s'est donc avérée plus faible au Maroc que dans notre étude, soit 2.09‰ **[10]**.

Dans notre série, l'âge moyen des patients se situait principalement entre 48 et 58 ans (63,6% des cas), soit 55 ans. En Afrique, en dehors de Dje Bi en Côte d'Ivoire qui rapportait un âge moyen plus bas (de 42 ans +/- 7,88), Youba et al. au Mali, et Elyousfy au Maroc rapportaient des tranches d'âge similaires **[8, 9, 11]**. Le diagnostic tardif pourrait s'expliquer par le retard de consultation de nos patients et la méconnaissance de la maladie par certains praticiens hospitaliers. De façon culturelle la plupart des patients sont adeptes de médecine indigène et d'autres d'automédication, ne consultant qu'en cas de complications.

La prédominance masculine observée (64%) dans notre étude est contradictoire avec les données de la littérature internationale **[8, 9, 12]**. Cette disparité pourrait être influencée par des expositions professionnelles différentes. En effet la répartition professionnelle de notre cohorte montre une prédominance des ouvriers (45%), suivis des responsables d'entreprise (27%). Ces données se rapprochent de ceux de Lhote, qui retrouvait 40,5% d'ouvriers et 29% d'employés **[13]**. Trois patients (27%) avaient une notion d'exposition à des toxiques (plomb, produits d'opticien et insecticides). En comparaison, Elyousfy avait retrouvé chez 4% des cas une exposition professionnelle **[8].** Ceci corrobore l'hypothèse forte d'une composante professionnelle dans la pathogenèse de la sarcoïdose. L'étude ACCESS (A Case Control Etiologic Study of Sarcoidosis) a identifié des associations significatives avec des expositions professionnelles (matériaux d'isolation, milieux humides) et environnementales (agriculture, pesticides) **[14]**.

La prévalence élevée du diabète (82%) et de l'hypertension artérielle (27%) dans notre petite série est notable. En comparaison, dans la série d'Elyousfy, le diabète a été retrouvé dans 35% des cas et l'hypertension artérielle dans 22,5% des cas **[8]**. Cela pourrait s'expliquer à la fois par la forte prévalence du diabète en Afrique de l'Ouest, le profil d'âge de nos patients et par un biais lié à la petite taille de notre échantillon. Pratiquement trois quarts des patients (72,7%) étaient en surcharge pondérale : 45,4% de surpoids et 27,3% d'obésité. En effet, plusieurs études établissent un lien étroit entre la sarcoïdose et la surcharge pondérale **[15, 16, 17]**.

L'asthénie, symptôme majeur (72,7%) dans notre série, était tout aussi notable dans l'étude d'Elyousfy (46%) que de Dje Bi **[8, 9]**. Cela reflète le retentissement systémique de l'inflammation, comme décrit par Judson dans son étude portant sur les manifestations cliniques de la sarcoïdose **[18]**.

L'atteinte respiratoire reste la pierre angulaire de la sarcoïdose. La dyspnée (45,4%) et la toux (27,3%) étaient les symptômes les plus fréquents. Ces résultats rejoignent ceux de Valeyre et al. en

France (dyspnée 40%, toux 30%) **[12]** ; tout en restant inférieurs à ceux d'Iannuzzi et Elyousfy qui avait retrouvé respectivement 65% et 92% de dyspnée dans leurs études **[8, 19]**. Cependant la dyspnée peut manquer au tableau ; cas observé par Koné au Mali, où existait uniquement une toux sèche chronique **[20]**.

Les lésions cutanées, présentes chez tous nos patients, étaient dominées par les nodules (45,4%) et les plaques (27,3%). Cela rappelle davantage les formes africaines chroniques décrites par Elyousfy au Maroc, où l'atteinte cutanée représentait 54% des cas **[8]**. Haimovic et al. corrèlent ces lésions à un impact systémique grave et durable **[21]**. L'érythème noueux (18,2%), bien que non spécifique, c'est un des modes révélateurs de la sarcoïdose surtout lorsqu'il s'associe à des arthralgies et des adénopathies médiastinales pour constituer le syndrome de Lôfgren.

Les myalgies et les arthralgies, volontiers initiateurs sont des manifestations fréquentes **[22]**. Dans notre série elles sont présentes dans respectivement 36,4% et 27,3% des cas. En comparaison, Kobak retrouvait 90,9% d'arthralgies, pourcentage élevé du recrutement exclusif des cas dans un service de rhumatologie **[23]**.

Dans leurs études, Dje Bi retrouvait 66,7% de stade radiologique II; Elyousfy 39% de stade II et 14,6% de stade I **[8, 9]**. Bien qu'étant plus bas dans notre étude, la prédominance des stades radiologiques I et II chez nos patients (36,4% des cas) suggère un profil évolutif potentiellement favorable. Pour affiner le diagnostic, la TDM thoracique réalisée a mis en évidence des adénopathies (81,8%) à localisation essentiellement médiastinale dans 45,4% des cas. Cette localisation diffère de celle rencontrée dans les séries occidentales, où les adénopathies hilaires bilatérales dominent aux mêmes stades I et II (60-90%) **[12]**. Les EFR présentaient des anomalies réparties équitablement entre un syndrome restrictif et un obstructif, soit 27,3% chacun. Ceci suggère que la sarcoïdose touche aussi bien le parenchyme pulmonaire que les voies aériennes ; assertion démontrée par certaines études **[8, 19]**. Cela dénote de la complémentarité qui existe entre les examens radiologiques et les EFR pour l'évaluation du retentissement fonctionnel da la maladie.

La biopsie, idéale pour la confirmation histologique, n'a été réalisée que chez 6 patients ; justifiable par le faible niveau économique de certains patients et leur peur devant le caractère invasif du geste. Le granulome gigantocellulaire sans nécrose caséeuse a été retrouvé chez 2 patients, soit 33,3% des biopsies. Ce faible rendement peut s'expliquer par le choix des sites biopsiques (accessibles mais peu contributifs comme la glande salivaire) et aussi par le caractère focal des lésions. Cela a été le cas pour Kone au Mali, qui a retrouvé ledit granulome après biopsie par vidéo médiastinoscopie **[20]**.

La corticothérapie systémique était le traitement de fond administrée par voie orale (82% des cas). Ceci est conforme aux recommandations internationales qui considèrent la prednisone (0,5-1 mg/kg/jour) comme traitement de première ligne. Cependant, contrairement aux pays occidentaux où des épargnants cortisoniques (méthotrexate, azathioprine, anti-TNFα) sont utilisés dans 10-20% des cas **[24]**, notre série ne rapporte pas d'alternative thérapeutique, traduisant une limitation d'accès aux biothérapies dans notre contexte.

Conclusion

Cette étude sur la sarcoïdose met en évidence des particularités propres au contexte africain. L'âge plus tardif au diagnostic, la forte prévalence des comorbidités métaboliques, ainsi que la fréquence élevée des atteintes cutanées traduisent à la fois un retard diagnostique et une influence possible de facteurs environnementaux et génétiques spécifiques. Les limitations thérapeutiques, liées notamment à la disponibilité restreinte de certaines biothérapies, soulignent la nécessité d'une adaptation des recommandations internationales à nos réalités locales.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

- Conception :
- Collecte de données et analyses statistiques :
- Interprétations des résultats et rédaction :
- Révision du manuscrit :

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

REFERENCES

1. **Sparks Ja, Mcsparron JI, Shah N, Aliabadi P, Paulson V, Fanta CH et al. Osseous sarcoidosis: clinical characteristics, treatment, and outcomes-experience from a large, academic hospital. Semin Arthritis Rheum. 2014; 44(3): 371-9**
2. **Thomas KW, Hunninghake GW. Sarcoidosis. JAMA. 2003; 289(24): 3300-3**
3. **Baughman RP, Teirstein AS, Judson MA, Rossman MD, Yeager H, Bresnitz EA et al. Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 164(10 Pt 1): 1885-9**

4. **Judson M, Boan A, Lackland D. The clinical course of sarcoidosis: presentation, diagnosis, and treatment in a large white and black cohort in the United States. Sarcoidosis, Vasculitis, and Diffuse Lung Diseases: Official Journal of WASOG. 2012; 29(2): 119-27**
5. **Puyade M. La sarcoïdose: clinique, traitement, pronostic. Revue Neurologique. 2021 ; 177 : S137**
6. **Zuber JP, Spertini F, Leimgruber A, Bart PA. Sarcoidosis: new therapeutic and pathogenic aspects for an "old" disease. Rev Med Suisse. 2005;1(15): 1026, 1029-34, 1036-8**
7. **MOUAD, JMYI. Répartition saisonnière et facteurs environnementaux dans la sarcoidose. 2021. MLA**
8. **Elyousfy J. La sarcoïdose [Thèse]. Marrakech (Maroc): Université CADI AYYAD. 2021**
9. **Dje Bi IH, Yeo L, Toh Bi Y, Anon JC, Dembele R, Kpi HY et al. Corticothérapie dans la sarcoïdose médiastino-pulmonaire. Expérience du CHU de Bouaké à propos de 24 cas suivis de 2016 à 2022. Côte d'Ivoire**
10. **YOUBA C. Sarcoïdose Etude rétrospective de 26 cas [Thèse]. Marrakech (Maroc) : Université CADI AYYAD. 2014**
11. **Youba T, Moussa C, Oumar D et al. La sarcoïdose au Mali : à propos de 31 cas. Rev Mal Respir. 2018 ; 35 : A224**
12. **Valeyre D, Prasse A, Nunes H, Uzunhan Y, Brillet PY, Müller-Quernheim J. Sarcoidosis. Lancet. 2014; 383(9923): 1155-67**
13. **Lhote R, Annesi-Maesano I, Haroche J, Chazal T, Launay D, Sacre K et al. Catégories socio-professionnelles au cours de la sarcoïdose : données d'une cohorte multicentrique. La Revue de Médecine Interne. 2019 ; 40 : A52**
14. **ACCESS Research Group. Design of a case control etiologic study of sarcoidosis (ACCESS). J Clin Epidemiol. 1999; 52(12): 1173-86**
15. **Ungprasert P, Crowson C, Matteson E. Smoking, obesity and risk of sarcoidosis: A population-based nested case-control study. Respiratory Medicine. 2016; 120: 87-90**
16. **Versini M, Jeandel P, Rosenthal E, Shoenfeld Y. Obesity in autoimmune diseases: not a passive bystander. Autoimmunity reviews. 2014; 13(9): 981-1000**
17. **Cozier Y, Coogan P, Govender P, Berman J, Palmer J, Rosenberg L. Obesity and Weight Gain in Relation to Incidence of Sarcoidosis in US Black Women. Black Women's Health Study. 2015; 147(4): 1086-93**
18. **Judson MA. The clinical features of sarcoidosis: a comprehensive review. Clin Rev Allergy Immunol. 2015; 49(1): 63-78**
19. **Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. N Engl J Med. 2007; 357: 2153-65**
20. **Kone D. Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : à propos d'un cas [Mémoire]. Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, université des sciences des techniques et des technologies de Bamako (Mali). 2022**
21. **Haimovic A, Sanchez M, Judson MA, Prystowsky S. Sarcoidosis: a comprehensive review and update for the dermatologist: part I. Cutaneous disease. J Am Acad Dermatol. 2012; 66(5): 699. e1-18**
22. **Sweiss NJ, Patterson K, Sawaqed R, Jabbar U, Korsten P, Hogarth K et al. Rheumatologic manifestations of sarcoidosis. Semin Respir Crit Care Med. 2010; 31(4): 463-73**
23. **Kobak S, Semiz H, Akyildiz M, Gokduman A, Atabay T, Vural H. Serum adipokine levels in patients with sarcoidosis. Clin Rheumatol. 2020 Jul; 39(7): 2121-5**
24. **Baughman RP, Culver DA, Judson MA. A Concise Review of Pulmonary Sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 2011; 183(5): 573-81**

Date de soumission : 06/02/2026
Date d'acceptation : 28/03/2026