

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal



DIRECTEUR DE PUBLICATION

Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF

Pr Ag. Adama BERTHE (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 Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal)

Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES

Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)

Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETARE 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 Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. 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 télécopie 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 tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.

Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. **Regard d'un interniste sur la lèpre, MTN (Maladie Tropicale Négligée) simulatrice de maladie auto-immune systémique** 7-10
- Diop MM, Diédhiou D, Kane BS, Faye FA, Diop A, Dioussé P, Djiba B, Ndao AC, Faye A, Dia AD, Dia DG, Diagne N, Dieng M, Ndour MA, Fall BC, Berthé A, Touré PS, KA MM

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Prévalence des maladies systémiques au CHU de Conakry, 2022** 11-15
Sylla D, Kaké A, Wann TA, Bah MLY, Bah MM, Koba AL, Keita MC, Diakhaby M
3. **Etiologies des cytopénies : Résultats d'un département de médecine interne au Mali** 16-20
Traoré D, Sy D, Sawadogo N, Nyanke NR, NDong F-L, Keita K, Landouré S, Sow DS, Koné N, Sangaré M, Diarra A, Mallé M, Dembélé IA, Cissoko M, Koné Y, Soukho AK
4. **Troubles sexuels chez les femmes diabétiques à Porto-Novo (Bénin)** 21-27
Wanvoegbe FA, Ogoudjobi OM, Agbodande KA, Arrawo Jd'A, Alassani A, Dovonou A, Azon Kouanou A, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
5. **Fréquence et sensibilité aux antibiotiques des souches d'Escherichia coli uropathogènes à l'Hôpital Militaire d'Ouakam** 28-35
Guèye PAT, Aïdara S, Ba MD, Engoa PE, Faye C, Mbow M, Seck MC
6. **Dysglycémies et troubles ioniques chez des patients atteints de la COVID-19 : Expérience de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)** 36-42
Bagbila WPAH, Ollou D, Sourabié A, Placide CAAD, Yempabou S, Ouedraogo V, Some N, Sylla B, Guibla I, Poda A, Zoungrana J, Tougouma J-B, Ouédraogo P, Diallo F, Rainatou B, Drabo L, Traoré I, Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo SM
7. **Facteurs de mortalité de l'accident vasculaire cérébral hémorragique aigu du sujet âgé aux urgences médicales du chu de Bouake (côte d'ivoire)** 43-48
Yapa GSK, Koné S, Kouassi L, Touré KH, Koné F, Kouamé KGR, Acho JK, Sako K, Gboko L, Ramde E, Gonan AY, Koffi RM, Kpan J, Koffi KJ, Botti RP, Traoré D, Traoré A, Touré L, Bourhaima B
8. **Profil clinique et évolutif des urgences hyperglycémiques au centre hospitalier universitaire de Bouaké, Côte d'Ivoire** 49-53
Koné F, Touré KH, Kouassi L, Koné S, Ndour MA, Acho JK, Yapa GSK, Kouamé KGR, Gboko KKL, Sako K, Diédhiou D, Bourhaima B
9. **Les orchiepididymites tuberculeuses : à propos de 14 cas pris en charge en milieu urologique** 54-60
Sarr A, Sow O, Thiam A, Ndiath A, Gaye AM, Ndour NS, Djoufang Meffeja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diao B, Fall PA, Ndoeye AK
10. **Hyponatrémie : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques dans un service de médecine interne au Niger** 61-67
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Saidou A, Hamadou A, Moussa Souna H, Andia DKA, Adehossi E
11. **Évaluation gériatrique standardisée du sujet âgé cancéreux à Abidjan - Côte d'Ivoire** 68-73
Acko UV, Kouassi L, Koné S, Bitia D, Ouattara R, Abbé F, Loba Y, Binan Y
12. **Manifestations rhumatologiques au cours du diabète sucré au service de rhumatologie de l'Hôpital National Ignace Deen** 74-80
Condé K, Barry A, Adjakou F, Touré M, Kamissoko AB, Baldé NM
13. **Panorama des activités et pathologies ORL au centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel sur 12 mois** 81-88
Faty A, Loum B, Dème MDB, Sy A, Diallo OA, Diallo BK
14. **L'ulcère de Mooren chez le mélanoderme sénégalais à l'Hôpital Principal de Dakar : à propos de 19 cas** 89-95
Wade B, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

CAS CLINIQUE

15. **Pneumothorax au cours de la polyarthrite rhumatoïde : manifestation de novo ou rare complication induite par le méthotrexate : à propos d'une observation clinique et revue de la littérature** 96-99
Traoré AD, Kouakou EC, Touré KH, Yao KJ-C, Koffi EJ, Goua JJ, Daboiko FJ-C



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. **An internist's view on leprosy, a neglected tropical disease which could mimic systemic autoimmune diseases** 7-10
Diop MM, Diédhiou D, Kane BS, Faye FA, Diop A, Dioussé P, Djiba B, Ndao AC, Faye A, Dia AD, Dia DG, Diagne N, Dieng M, Ndour MA, Fall BC, Berthé A, Touré PS, KA MM

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Frequency of systemic diseases at Conakry CHU, 2022** 11-15
Sylla D, Kaké A, Wann TA, Bah MLY, Bah MM, Koba AL, Keita MC, Diakhaby M
3. **Etiologies of cytopenias: results from a department of internal medicine in Mali** 16-20
Traoré D, Sy D, Sawadogo N, Nyanke NR, NDong F-L, Keita K, Landouré S, Sow DS, Koné N, Sangaré M, Diarra A, Mallé M, Dembélé IA, Cissoko M, Koné Y, Soukho AK
4. **Sexual disorders in diabetic women in Porto-Novo (Benin)** 21-27
Wanvoegbe FA, Ogoudjobi OM, Agbodande KA, Arrawo Jd'A, Alassani A, Dovonou A, Azon Kouanou A, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
5. **Frequency and Antibiotic Susceptibility Pattern of Uropathogenic Escherichia coli strains at Hôpital Militaire de Ouakam** 28-35
Guèye PAT, Aidara S, Ba MD, Engoa PE, Faye C, Mbow M, Seck MC
6. **Dysglycemia and ionic disorders on COVID-19: Experience of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)** 36-42
Bagbila WPAH, Ollo D, Sourabié A, Placide CAAD, Yempabou S, Ouedraogo V, Some N, Sylla B, Guibla I, Poda A, Zoungrana J, Tougouma J-B, Ouédraogo P, Diallo F, Rainatou B, Drabo L, Traoré I, Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo SM
7. **Mortality factors for acute hemorrhagic stroke in the elderly in medical emergencies at Bouaké University Hospital (Ivory Coast)** 43-48
Yapa GSK, Koné S, Kouassi L, Touré KH, Koné F, Kouamé KGR, Acho JK, Sako K, Gboko L, Ramde E, Gonan AY, Koffi RM, Kpan J, Koffi KJ, Botti RP, Traoré D, Traoré A, Touré L, Bourhaima B
8. **Clinical and evolving profile of hyperglycemic emergencies at centre hospitalier universitaire de Bouaké, Côte d'Ivoire** 49-53
Koné F, Touré KH, Kouassi L, Koné S, Ndour MA, Acho JK, Yapa GSK, Kouamé KGR, Gboko KKL, Sako K, Diédhiou D, Bourhaima B
9. **Tubercular orchiepididymitis: apropos of 14 cases treated in urology** 54-60
Sarr A, Sow O, Thiam A, Ndiath A, Gaye AM, Ndour NS, Djoufang Meffeja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diaio B, Fall PA, Ndoeye AK
10. **Hyponatremia: epidemiological, clinical and etiological aspects in an Internal Medicine Department in Niger** 61-67
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Saidou A, Hamadou A, Moussa Souna H, Andia DKA, Adehossi E
11. **Standardized geriatric assessment of elderly cancer patients in Abidjan - Côte d'Ivoire** 68-73
Acko UV, Kouassi L, Koné S, Bitá D, Ouattara R, Abbé F, Loba Y, Binan Y
12. **Rheumatological manifestations during diabetes mellitus in the rheumatology department of the Ignace Deen National Hospital** 74-80
Condé K, Barry A, Adjakou F, Touré M, Kamissoko AB, Baldé NM
13. **Overview of ENT activities and pathologies at Diourbel Heinrich Lübke Regional Hospital in over 12 Months** 81-88
Faty A, Loum B, Dème MDB, Sy A, Diallo OA, Diallo BK
14. **Mooren's ulcer in senegalese melanoderma at Hôpital Principal de Dakar: about 19 cases** 89-95
Wade B, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

CLINICAL CASE

15. **Occurrence of pneumothorax during a course of rheumatoid arthritis: wondering about manifestation of novo or a case induced by methotrexate** 96-99
Traoré AD, Kouakou EC, Touré KH, Yao KJ-C, Koffi EJ, Goua JJ, Daboiko FJ-C

EDITORIAL

Regard d'un interniste sur la lèpre, MTN (Maladie Tropicale Négligée) simulatrice de maladie auto-immune systémique

An internist's view on leprosy, a neglected tropical disease which could mimick systemic autoimmune diseases

Diop MM¹, Diédhiou D², Kane BS², Faye FA³, Diop A⁴, Dioussé P⁵, Djiba B², Ndao AC², Faye A², Dia AD⁶, Dia DG³, Diagne N², Dieng M², Ndour MA², Fall BC², Berthe A¹, Touré PS¹, KA MM¹

1. Médecine interne UIDT (Université Iba Der Thiam de Thiès) ; Sénégal
2. Médecine interne UCAD (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Sénégal
3. Médecine interne UADB (Université Alioune Diop de Bambey), Sénégal
4. Dermatologie UCAD (Université Cheikh Anta Diop de Dakar), Sénégal
5. Dermatologie UIDT (Université Iba Der Thiam de Thiès) ; Sénégal
6. Médecine interne UGB (Université Gaston Berger de Saint Louis), Sénégal

Auteur correspondant : Pr Madoky Magatte DIOP

La lèpre est une maladie ancienne avec des présentations protéiformes parfois très trompeuses. Elle peut ainsi évoluer dans un contexte d'arthrite avec la présence d'auto-anticorps et de cytopénie suggérant d'emblée une maladie lupique [1]. La figure 1 illustre des lésions hypochromiques de siège malaire chez un patient atteint de lèpre tuberculoïde. Ces signes dermatologiques ont fait évoquer, en première intention, un lupus érythémateux systémique. De même, la perforation de la cloison nasale de patients atteints de lèpre lépromateuse peut faire discuter un large spectre de maladies systémiques en plus du lupus. Il s'agit, entre autres, de la polychondrite atrophiante, de la granulomatose avec polyangéite, de la sclérodermie et de la sarcoïdose [2]. La maladie de Hansen a été éliminée comme problème de *Santé publique* dans la plupart des pays. Toutefois, près de

200.000 cas ont été récemment rapportés à travers le monde. Toutes les tranches d'âge semblent concernées, particulièrement les enfants où la maladie représente 1 cas pour 10 nouveaux diagnostics. Il s'agit donc manifestement de signaux de réémergence d'une affection dont le traitement est pourtant accessible. Ceci conforte son inscription dans la rubrique des MTN (maladies tropicales négligées) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). De plus, un niveau élevé de circulation de *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) a été mis en évidence dans certaines zones d'endémie du Sénégal où la transmission est persistante. Il s'agit d'anciens VRS (village de reclassement social) dédiés initialement à l'isolement des cas mais qui se sont urbanisés avec le temps [3].



Figure 1 : lésions hypochromiques malaires, de lèpre tuberculoïde, ayant fait évoquer un lupus (image obtenue par courtoisie du service de Dermatologie de l'hôpital régional de Thiès, Sénégal)

L'agent responsable est *Mycobacterium leprae*, bacille acido-alcool-résistant (BAAR) à multiplication lente, coloré en rouge par la technique de Ziehl-Neelsen. Il appartient au genre des mycobactéries atypiques et a un tropisme particulier pour la peau et les nerfs périphériques. *Mycobacterium Leprae* possède un antigène spécifique qui le distingue des autres mycobactéries, le glycolipide phénolique. Sa principale source de contamination est la voie muqueuse des malades à certains stades de l'affection. Il s'agit classiquement des formes lépromateuses. Cependant, d'autres modes de contaminations sont discutés. Des travaux chez les tatous et singes ont suggéré qu'elle puisse aussi être une zoonose [4]. De même, une transmission tellurique est également discutée du fait de la présence du bacille de Hansen (BH) dans le sol et de nombreux cas dépistés à l'âge jeune. En effet, *Mycobacterium leprae* viable peut être détecté dans le sol de zones endémiques grâce à l'amplification par Protein Chain Reaction ou PCR [5].

Concernant le terrain, la durée du contact avec un sujet affecté explique une fréquence élevée de cas de lèpre familiale. Toutefois, une prédisposition génétique est fortement évoquée surtout devant certaines formes comme la lèpre histoïde [3, 6]. L'anergie immunologique lépromateuse (qui ressemble à une tolérance immunitaire) est caractérisée par une inactivité des phagocytes vis-à-vis du bacille de Hansen, qui implique la production d'un glycolipide phénolique à propriété immunosuppressive avec réduction de la synthèse d'interleukine 2 [4]. Au total, diverses cellules de l'immunité innée et adaptative participent aux réponses à la lèpre avec des différences remarquables entre les deux formes polaires. Cette immunologie complexe est aussi à l'origine de réactions, dites reverses, très sévères et fréquentes dans les stades tuberculoïdes (TT)

et borderline (BT), qui peuvent engager le pronostic vital du malade [2-7].

L'expression clinique de la maladie est extrêmement polymorphe et conditionnée par l'immunité adaptative du sujet infecté. La lèpre est une affection systémique dont les lésions les plus apparentes sont cutanées et nerveuses. *M. leprae* est caractérisé par un neurotropisme avec des granulomes immunologiques qui causent une dégénérescence des fibres nerveuses à l'origine de troubles sensitifs et paralysies motrices. On distingue classiquement un pôle tuberculoïde (qui est la forme hyper-réactive ou TT) et un pôle lépromateux (qui est le stade anergique ou LL), avec des formes intermédiaires (ou *borderline*, BT, BB et BL). La maladie débute habituellement par une forme indéterminée évoluant parfois en stade TT où la barrière immunologique bloque l'infection. Toutefois, l'évolution est graduelle chez certains patients, allant du stade TT vers les formes borderline, qui peuvent aussi progresser vers le pôle lépromateux, irréversible [2-7].

Les circonstances de découverte de la lèpre sont diverses et simulent parfois un diabète du fait d'un mal perforant plantaire. La maladie de Hansen peut aussi être confondue avec une polyarthrite rhumatoïde de par ses manifestations articulaires. La figure 2 montre une brûlure non ressentie chez un patient atteint de lèpre et qui a été d'abord suivi pour une arthrite déformante des doigts de la main droite (image du service Médecine interne de l'hôpital régional de Thiès, Sénégal). En outre, une réaction lépreuse peut prêter le change avec un syndrome de Sharp du fait de la présence de doigts boudinés dans un contexte de manifestations systémiques. De plus, par association d'allure fortuite, une hématochezie due à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin a été le fil conducteur vers une lèpre.

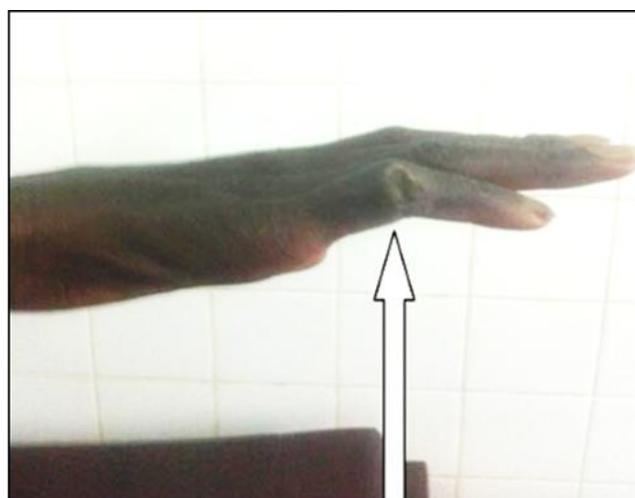


Figure 2 : Brûlure indolore à la face externe du Vème doigt chez un patient qui avait une arthrite et une lèpre [10]

Chez cette patiente, la lagophtalmie a permis, entre autres, d'évoquer puis de confirmer la maladie de Hansen (figure 3). En fait, la rareté relative des cas de lèpre notée dans les structures

de soins et les similitudes sérologiques telles que la présence d'anticorps antinucléaires et une leuco-lymphopénie constituent des causes d'errance diagnostique [1, 8-10].



Figure 3 : Lagophtalmie droite chez la patiente qui avait une RCH associée à une Lèpre [10]

Il en résulte des présentations inesthétiques contribuant à la stigmatisation comme le faciès et ulcérations digitales, illustrés par la figure 4. Il s'agit également des amputations dues à de

nombreux traumatismes non ressentis, de la cécité liée aux atteintes oculaires et des remaniements de la cloison nasale et du visage qui donne le classique faciès léonin [7, 10].



Figure 4 : Lèpre lépromateuse avec des troubles trophiques à type d'ulcérations digitales (image obtenue par courtoisie de l'IHS, Institut Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal)



Le diagnostic est cependant aisé devant les signes cardinaux que sont : les lésions cutanées avec perte de la sensibilité, une hypertrophie de nerfs périphériques et la mise en évidence des BAAR. Les bacilles sont identifiés après prélèvement exsangue au niveau des lobules des oreilles ou sur le mucus nasal. La polychimiothérapie (associant la rifampicine, la clofazimine et la dapsoné) a révolutionné la lutte contre la lèpre. En effet, sa morbidité a globalement diminué à l'échelle mondiale. Mais il persiste encore des poches hyperendémiques dans certaines régions du monde [11]. L'éradication de la lèpre tarde donc à être effective du fait de cette seule stratégie. Ceci a amené l'OMS à préconiser des stratégies plus performantes. Il s'agit de continuer à dépister et traiter les clusters tout en administrant de la Rifampicine (RMP) à visée prophylactique aux cas contacts (stratégie PEP comme prophylaxie post exposition). D'autre part, le vaccin BCG ayant prouvé des vertus protectrices contre la maladie de Hansen, il est fortement recommandé de combiner les deux actions dans les zones d'endémie (PEP et BCG). Le bacille de Hansen a naturellement des similitudes antigéniques avec le BK (ou bacille de Koch) pouvant expliquer une immunologie croisée. Une chimioprophylaxie avec une dose unique de RMP pour les contacts de patients affectés, a un effet protecteur global d'environ 60% dans les 2 premières années. L'effet est additif, d'environ 80% en cas d'administration du vaccin BCG (bacille de Calmette-Guérin). Un dépistage actif associé à la chimioprophylaxie et à l'immunoprophylaxie réduira drastiquement l'incidence de la lèpre [12].

Conclusion : La lèpre existe toujours et sa présentation peut être subtile. Le traitement précoce par PCT combiné à la prévention par le BCG et la RMP permettront d'aboutir à son éradication.

Mots clés : Lèpre - Maladie tropicale négligée - Eradication - Prophylaxie post exposition - BCG.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Horta-Baas G, Hernández-Cabrera MF, Barile-Fabris LA et al. Multibacillary leprosy mimicking systemic lupus erythematosus: case report and literature review. *Lupus* 2015 24(10): 1095-102
2. Vignes S, Chailet M, Cabane J, Piette JC. Perforation de la cloison nasale et maladies systémiques. *Rev Med Int* 2002 ; 23(11) : 919-926
3. Diop MM, Fall L, Dioussé P et al. High transmission of leprosy among inhabitants in two former isolated leprosy villages in Senegal. *Lepr Rev* 2021; 92: 2-10
4. Cocito C, Coene M, Delville J. Microbiologie de la lèpre. *Médecine/sciences* 1987 ; 3 : 461-70
5. Aboagye SY, Danso E, Ampah KA et al. Isolation of Nontuberculous Mycobacteria from the Environment of Ghanaian Communities Where Buruli Ulcer Is Endemic. *Appl Environ Microbiol.* 2016; 82(14): 4320-4329
6. Hali F, Benchikhi H, Azzouzi S et al. Lèpre hystéroïde familiale. *Ann Dermatol Venereol.* 2011 ; 138(1) : 42-45
7. Mi Z, Liu H, Zhang F. Advances in the Immunology and Genetics of Leprosy. *Front Immunol.* 2020. 11: 567
8. Miladi MI, Feki I, Bahloul Z et al. Rhumatisme inflammatoire chronique révélant une lèpre « borderline » *Rev. Rhum,* 2006 ; 73(5) : 502-505
9. Bobin P. Les différentes formes de lèpre In. Sansarricq H, editor, 1995
10. Diop MM, Berthe A, Dioussé P et al. La lèpre 4 cas de « retard tardif » *Rev Cames Santé* 2013 ; 1(2) : 21-24
11. Mahé A. La lèpre n'est pas une maladie du passé. *Med Sci (Paris)* 2015 ; 31 : 764-769
12. Richardus JH, Oskam L. Protecting people against leprosy: chemoprophylaxis and immunoprophylaxis. *Clin Dermatol.* 2015; 33(1): 19-25