

**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](mailto:revueafricainemi@gmail.com) – Site web : [www.rafmi.org](http://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<sup>ème</sup> 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](mailto:revueafricainemi@gmail.com)) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne ([rafmi.org](http://rafmi.org)).

### **IV. Publication**

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



## SOMMAIRE

### 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, 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. **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 orchépididymites 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 Mefféja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diao B, Fall PA, Ndoye 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, Bita 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, Aïdara 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, 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. *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, Diao B, Fall PA, Ndoye AK
10. *Hyponatremia: epidemiological, clinical and etiologic 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, Adhossi 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



**Prévalence des maladies systémiques aux CHU de Conakry, 2022**  
*Frequency of systemic diseases at Conakry CHU, 2022*

Sylla D<sup>1</sup>, Kake A<sup>1</sup>, Wann TA<sup>1</sup>, Bah MLY<sup>1</sup>, Bah MM<sup>1</sup>, Koba AL<sup>2</sup>, Keita MC<sup>2</sup>, Diakhaby M<sup>1</sup>

1. Service de Médecine Interne de l'Hôpital National Donka, Guinée  
2. Service des urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital National Donka, Guinée

Auteur correspondant : Dr Djibril SYLLA

## Résumé

**Introduction :** l'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence des maladies systémiques dans les CHU de Conakry (Donka et Ignace Deen).

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale descriptive. La collecte des données s'est déroulée du 01 Janvier 2019 au 30 Mars 2022. Nous avons inclus dans notre étude tous les dossiers des patients admis dans les services (Médecine Interne, Dermatologie, Rhumatologie) pour lesquels le diagnostic de maladie systémique a été retenu.

**Résultats :** Sur un total de 16361 dossiers consultés nous avons trouvé 397 cas de maladies systémiques soit une fréquence de 2,43%. Les tranches d'âge de 30-39 ans, 40-49 ans et de 50-59 ans étaient les plus représentés avec les proportions respectives de 16,37%, 15,62% et de 17,13%. L'âge moyen de nos patients était de 41,07 ans +/- 19,21 ans avec des extrêmes de 1 an et 100 ans. Le sexe féminin était majoritaire (75,06%) avec un sexe ratio (H/F) de 0,33. Les manifestations cliniques les plus représentées étaient la polyarthralgie (78,58%) et la tuméfaction des parties molles (39,55%). La polyarthrite rhumatoïde (63,98%) était l'affection prédominante. Le traitement de fond était fait principalement de corticoïde (54,41%) et d'antipaludéens de synthèse (34,76%). Le traitement symptomatique était principalement d'antalgique (66,17%), de fer (49,62%), de calcium (35,01%) et d'IPP (34,51%).

**Conclusion :** Les maladies systémiques représentent une entité très peu étudiée en Guinée. Le renforcement des capacités du personnel de santé au diagnostic des maladies systémiques et l'amélioration du plateau technique pour la réalisation des examens complémentaires permettraient un dépistage précoce et une bonne prise en charge des maladies systémiques afin d'améliorer leur pronostic.

**Mots clés :** maladies systémiques – prévalence-CHU de Conakry.

## Summary

**Introduction:** the objective of this study was to evaluate the frequency of systemic diseases in the University Hospitals of Conakry (Donka and Ignace Deen).

**Material and Methods:** This was a descriptive retrospective cross-sectional study, data collection took place from January 1, 2018 to March 30, 2021. We included in our study all patients admitted to the services (internal medicine, dermatology, rheumatology) for whom the diagnosis of systemic disease was retained, having agreed to participate in the study.

**Results:** Out of a total of 16,361 files consulted, we detected 397 cases of systemic disease, a frequency of 2.43%. The age groups of 30-39 years, 40-49 years and 50-59 years were the most represented with the respective proportions of 16.37%; 15.62% and 17.13%. The average age was 41.07 +/- 19.21 years with extremes of 1 year and 100 years. The female sex was in the majority (75.06%) with a sex ratio (M/F) of 0.33. The most represented clinical manifestations were polyarthralgia 78.58% and soft tissue swelling 39.55%. Rheumatoid arthritis (63.98%) was the predominant condition. The background treatment consisted mainly of corticosteroids (54.41%) and synthetic antimalarials (34.76%). The symptomatic treatment is mainly made of analgesic (66.17%), iron (49.62%), calcium (35.01%) and PPI (34.51%).

**Conclusion:** Systemic diseases represent an entity very little studied in Guinea. Strengthening the capacity of health personnel to diagnose systemic diseases and improving the technical platform for carrying out additional examinations would allow early detection and good management of systemic diseases in order to improve their prognosis.

**Keywords:** systemic diseases - CHU of Conakry.

## Introduction

Les maladies systémiques (MS) constituent un groupe hétérogène de maladies et syndromes auto-immuns et/ou auto-inflammatoires diffus, intéressant habituellement plusieurs appareils [1]. Les manifestations cutanéophanéariennes et muqueuses sont parmi les plus fréquentes de ces affections [2, 3]. Elles fascinent les médecins et particulièrement les immunologistes et les internistes mais leur physiopathologie est très mal connue. Leur prise en charge thérapeutique tourne autour de l'utilisation des stéroïdes associés aux immunosuppresseurs [4]. Elles touchent 5 à 8% de la population mondiale avec une nette prédominance féminine (80%) [5]. Les Maladies systémiques ont été pendant longtemps considérées en Afrique comme très rares voire inexistantes [4, 6].

Au Sénégal, Kane B en 2016 dans son étude avait retrouvé que la polyarthrite rhumatoïde était l'affection prédominante (568 cas), suivie du lupus (56 cas), du syndrome de Sjögren (32 cas), de la sclérodermie (26 cas), des myopathies inflammatoires (21 cas) [7].

Cette étude avait pour l'objectif de déterminer la prévalence des maladies systémiques dans les CHU de Conakry (Donka et Ignace Deen).

## Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale de type descriptif, la collecte des données s'est déroulée du 01 Janvier 2019 au 30 Mars 2022. Nous avons inclus dans notre étude tous les patients admis dans les services (médecine interne, dermatologie, rhumatologie) pour lesquels le diagnostic de

maladie systémique a été retenu, ayant accepté de participer à l'étude.

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête. Nous avons procédé comme suit : identifier tous les dossiers des patients où le diagnostic de maladies systémiques a été posé dans les différents services déjà déterminés. Ensuite les renseignements généraux des patients, les informations utiles au diagnostic ont été recueillis en fonction des questionnaires préétablies afin de déterminer la fréquence des maladies systémiques dans notre contexte en se basant sur leurs critères internationaux. Nos données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi-info dans sa version 7.2.

## Résultats

Sur un total de 16361 dossiers consultés nous avons décelé 397 cas de maladies systémiques soit une prévalence de 2,43%. Les tranches d'âge de 30-39 ans, 40-49 ans et de 50-59 ans étaient les plus représentées avec les proportions respectives de 16,37%, 15,62% et de 17,13%. L'âge moyen était de 41,07 ans  $\pm$  19,21 ans avec des extrêmes de 1 et 100 ans. Le sexe féminin était majoritaire (75,06%) avec un sexe ratio (H/F) de 0,33. Les antécédents familiaux de polyarthrite rhumatoïde et de rhumatisme inflammatoire chronique étaient retrouvés dans respectivement 10,33% et 0,76% des cas. Les manifestations cliniques les plus représentées étaient la polyarthralgie (78,58%) et la tuméfaction des parties molles (39,55%). La polyarthrite rhumatoïde (63,98%) était l'affection prédominante (Tableau I).

**Tableau I : Répartition des patients selon type de maladie systémique retenu.**

Diagnostic	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	
<b>Polyarthrite Rhumatoïde</b>	<b>254</b>	<b>63,98</b>	<b>59,14</b>	<b>68,55</b>
<b>Syndrome de Gourgerot Sjogren</b>	<b>85</b>	<b>21,41</b>	<b>17,66</b>	<b>25,71</b>
Arthrite Juvénile Idiopathie	41	10,33	7,80	12,50
Lupus Érythémateux Systémique	14	3,53	2,11	5,83
Vascularite	11	2,77	1,49	4,80
Sclérodermie	10	2,52	1,37	4,57
Myopathie Inflammatoire	4	1,01	0,39	2,56
Sarcoïdose	3	0,76	0,26	2,20
Syndrome de Sharp	2	0,50	0,14	1,82
Syndrome des Anti Phospholipides	1	0,25	0,12	1,40

A la biologie (Tableau II), on observait à l'hémogramme une anémie chez 113 patients (28,46%). Un syndrome biologique inflammatoire a été aussi noté avec une élévation de la VS (196

patients soit 49,97%) et de la CRP (138 patients soit 34,76%). Par ailleurs, on notait une dyscalcémie avec une hypercalcémie (35 cas soit 8,81%) et une hypocalcémie (129 cas soit 32,49%).



**Tableau II : Répartition des patients selon les résultats du bilan biologiques**

Bilans biologiques	Effectif	Pourcentage
<b>Taux d'hémoglobine</b>		
Anémie	113	28,46
<b>Vitesse de sédimentation (VS)</b>		
Elevée	196	49,97
<b>CRP</b>		
Elevée	138	34,76
Normale	17	4,28
<b>Calcémie</b>		
Elevée	35	8,81
Normale	97	24,43
Basse	129	32,49

Au plan immunologique (Tableau III), les facteurs rhumatoïdes (FR) et les anticorps anti peptides cycliques cytrullinés (Ac Anti CCP) étaient revenus

positifs respectivement dans 38,93% et 23,89% des cas.

**Tableau III : Répartition des patients atteints de maladies systémiques selon les examens immunologiques réalisés**

Examens immunologiques	Effectif	Pourcentage
	N=113	
<b>Facteur rhumatoïde</b>		
<b>Positif</b>	<b>44</b>	<b>38,93</b>
Négatif	28	24,77
<b>Anti CCP</b>		
<b>Positif</b>	<b>27</b>	<b>23,89</b>
Négatif	5	4,42
*Autres	9	7,96

Autres : Anti SCL (2), test de schirmer (2), Anti JOI (1), Anti Sm (1), Anti SSA (1), Anti SSB (1), Anti histone (1).

Les anomalies radiologiques (Tableau IV) observées étaient une déminéralisation en bande (5,3%), une

carpité fusionnante (5,0%), une érosion (3,3%) et un pincement articulaire (2,5%).

**Tableau IV : Répartition des patients selon les anomalies radiologiques**

Radiographie	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	
<b>Déminéralisation en bande</b>	<b>21</b>	<b>5,3</b>	<b>3,5</b>	<b>7,9</b>
<b>Carpité fusionnante</b>	<b>20</b>	<b>5,0</b>	<b>3,3</b>	<b>7,6</b>
Erosion	13	3,3	1,9	5,5
Pincement articulaire	10	2,5	1,4	4,6

Le traitement de fond (Tableau V) consistait principalement à l'administration de corticoïde (54,41%) et d'antipaludéens de synthèse (34,76%). L'antifolique (Méthotrexate) était utilisé dans

23,43%. Le traitement symptomatique était basé sur la prescription d'antalgique (66,17%), de fer (49,62%), de calcium (35,01%), de potassium (22,67%) et d'IPP (34,51%).



Tableau V : Répartition selon le traitement de fond reçu des patients atteints de maladies systémiques

Traitement de fond	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Corticoïde</b>	<b>216</b>	<b>54,41</b>	<b>49,49 59,24</b>
<b>Antipaludéens de synthèse</b>	<b>138</b>	<b>34,76</b>	<b>30,24 39,57</b>
Immunosuppresseurs			
Méthotrexate	93	23,43	19,53 27,83
Azathioprine	4	1,01	0,39 2,56

### Discussion

Sur un total de 16 361 dossiers consultés nous avons décelé 397 cas de maladies systémiques soit une fréquence de 2,43%. Dioussé [8] au Sénégal avait rapporté une prévalence hospitalière de 0,29% de maladies systémiques dans un service de Dermatologie. Nos résultats pourraient s'expliquer par la diversité des services parcourus.

L'âge moyen de nos patients était de 41,07 ans +/- 19,21 ans, plus de 17% de nos patients avaient un âge compris entre 50-59 ans. Le sexe féminin était prédominant avec 75,06%. Kane [7] au Sénégal avait trouvé un âge moyen de 43,76 ans et Lamini [9] au Congo avait trouvé une prédominance féminine des maladies systémiques soit 89%. Nos résultats confirment les données de la littérature qui affirme que les maladies systémiques sont plus fréquentes chez la femme.

La Polyarthrite Rhumatoïde était l'antécédent familial le plus rencontré (0,33%). Kane [7] au Sénégal avait trouvé que les antécédents de rhumatisme inflammatoire familial étaient notés dans 10,06% des cas.

Les manifestations cliniques les plus représentées étaient la polyarthralgie et la tuméfaction des parties molles soient respectivement 78,58% et 39,55% des cas. Lamini [9] au Congo avait noté que les manifestations cliniques étaient dominées par la polyarthralgie inflammatoire avec une fréquence de 68,8%. Ces résultats permettent d'affirmer que les manifestations cutanées et ostéo-articulaires sont les principales manifestations des maladies systémiques comme mentionnées dans la littérature.

Sur le plan immunologique, le facteur rhumatoïde et les Anti CCP sont plus demandés et étaient revenus positifs respectivement dans 44 cas sur 72 réalisés et 27 cas sur 32 réalisés. Lamini [9] au Congo avait noté que le bilan auto immun, prescrit chez tous les patients, a été réalisé par 61 patients (67,7%) et s'est avéré contributif chez 41 d'entre eux (45,5%). Ces examens étaient plus accessibles dans notre contexte que les autres par manque de marqueurs spécifiques des autres maladies systémiques.

La Polyarthrite rhumatoïde et le syndrome de Gougerot Sjogren sont les affections prédominantes soit respectives 63,98% et 21,41% des cas. Kane [7] au Sénégal avait rapporté que la polyarthrite rhumatoïde était l'affection prédominante, retrouvée chez 568 patients, suivie du lupus (56 cas) et du syndrome de Sjögren (32 cas).

Le traitement de fond était fait principalement de corticoïde (54,41%) et d'antipaludéens de synthèse (34,76%). Nala [10] à Antananarivo avait rapporté que les classes de médicaments les plus prescrites au cours des maladies systémiques étaient les corticoïdes (84,84%), les antipaludiques de synthèse (24,24%).

### Conclusion

Les maladies systémiques représentent une entité très peu étudiée en Guinée. La polyarthrite rhumatoïde était la principale pathologie rencontrée. La prise en charge repose principalement sur l'utilisation des corticoïdes et les antipaludéens de synthèse.

Le renforcement des capacités du personnel de santé au diagnostic des maladies systémiques et du plateau technique permettrait un dépistage précoce et une bonne prise en charge des maladies systémiques afin d'améliorer leur pronostic.

**Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.**

### REFERENCES

1. Combe B. Des maladies auto-immunes aux «IMID» en passant par les syndromes auto-inflammatoires. *Rev Rhum.* 2007 ; 8(74) : 711-713
2. Niang S, Oumou, Mamadou C, Maodo N, Assane D, Diatta B et al. The Scalp Involvements in the Connective Tissue Diseases. *J Cosmet Dermatol Sci Appl.* 2011, 01 (3) : 95-98
3. Dieng MT, Diallo M, Dia D, Sow A, Ndiaye B. Dermatomyositis in Senegal. Study of 56 cases. *Dakar Med.* 2005; 50(3): 123-127



4. Ka MM, Diop MM, Lèye A, Lèye Y, Toure PS, Berthe A et al. La problématique des Maladies Auto-immunes en Afrique. Rev Afr Médecine Interne. 2017 ; 4(121) : 728
5. Collège d'enseignement d'Immunologie. Immunologie fondamentale et immunopathologie : Enseignements thématique et intégré - Tissu lymphoïde et sanguin / Immunopathologie et immuno-intervention. Elsevier Health Sciences ; 2018. 1-343
6. Ndong S. Syndromes généraux et systémiques : contexte tropical. KATANA Santé Éditions Paris. 2015
7. Kane B, Ndong S, Ndiaye A, Djiba B, Niasse M, Diack N. Maladies systémiques en médecine interne « contexte africain » : aspects épidémiologiques et classification. Rev Méd Interne. 2016 ; 37 : 27288
8. Diousse P, Berthe A, Dione H, Toure PS, Bammo M, Fatou S et al. Profil épidémioclinique des maladies auto-immunes systémiques dans un service de Dermatologie. Rev Afr Médecine Interne. 2017 ; 4(2) : 1821
9. N'Soundhat NEL, Ntsiba H. Les Maladies Auto Immunes et de Système au Service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Health Sci Dis. 2020 ; 21(4) : 13840
10. Nala RR. Prise en charge des maladies systémiques dans le service de médecine interne de L'HUJRB. [Antananarivo] : Université d'Antananarivo ; 2015