

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Etude de la candidurie chez les patients diabétiques hospitalisés au département de médecine de l'Hôpital Principal de Dakar 7-14

Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F

Déterminants de l'anémie chez les personnes âgées diabétiques du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville de juin 2017 à décembre 2018 15-21

Konan NM, Acko V, Bita D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO

Profil cardio-vasculaire des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil : à propos de 100 cas consécutifs sur 12 mois 22-27

Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M

Facteurs de non compliançe au sondage vésical intermittent propre 28-32

Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG

Pronostic fonctionnel des polyradiculoneuropathies aiguës, en milieu de rééducation 33-37

Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG

Profil des ascites en Médecine interne au centre hospitalier universitaire Abass Ndao : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques 38-45

Diédhiou D, Ndour MA, Gadjji FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M

Covid-19 au Sénégal : expérience du centre de traitement des épidémies (CTE) de l'hôpital Abass Ndao 46-53

Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjji FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M

Diabète sucré chez les sujets atteints de l'hépatite virale C à Cotonou : prévalence et facteurs associés 54-60

Wanvoegbe FA, Kpoussou AR, Agbodande KA, Kouam Kamdem CF, Vignon R, Sokpon M, Gninkoun J, Azon-Kouanou A, Sehonou J, Amoussou-Guenou D, Zannou DM

Le dépistage tardif de l'infection à VIH à l'ère du Tester et traiter : un frein pour l'optimisation du traitement antirétroviral 61-68

Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S

Parcours diagnostique de la maladie de Behçet en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne (à propos de 6 cas) 69-76

Berthé A, Diack M, Gaye A, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM

CAS CLINIQUES

Maladie de Still de l'adulte se dissimulant sous les traits d'une crise vaso-occlusive chez un patient drépanocytaire SS 77-81

Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD

Gangrène périphérique symétrique au cours de l'Infection par le SARS-CoV2 : cas rapporté et revue de la littérature 82-86

Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM

Le lymphome B primitif de la thyroïde : à propos d'une observation et revue de la littérature 87-91

Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Study of the candiduria among in-patients with diabetes mellitus at the internal medicine department of Dakar Principal Hospital* 7-14
Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F
- Determinants of anemia in elderly people with diabetes in the University Hospital Center of Treichville from June 2017 to December 2018* 15-21
Konan NM, Acko V, Bitá D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO
- Cardiovascular profile on 12 months consecutive of 100 patients known for a sleep apnea syndrome* 22-27
Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M
- Factors of non-compliance with clean intermittent catheterization* 28-32
Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG
- Functional prognosis of acute polyradiculoneuropathy, in rehabilitation environment* 33-37
Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG
- Profile of ascites in the internal medicine department of Abass Ndao university hospital center: epidemiological, clinical and etiological aspects* 38-45
Diédhiou D, Ndour MA, Gadji FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Covid-19 in Senegal: experience of the outbreak treatment center (OTC) of Abass Ndao hospital* 46-53
Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadji FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Diabetes mellitus in subjects with viral hepatitis C in Cotonou: prevalence and associated factors* 54-60
Wanvoegbe FA, Kpossou AR, Agbodande KA, Kouam Kamdem CF, Vignon R, Sokpon M, Gninkoun J, Azon-Kouanou A, Sehonou J, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
- HIV Late diagnosis in “Test and Treat“ era: a brake on ART Optimization* 61-68
Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S
- Diagnosis of Behçet’s disease in tropical environments: experience in an internal medicine department (about 6 cases)* 69-76
Berthé A, Diack M, Gaye A, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM

CASES REPORT

- Adult Still’s disease disguising itself under a vaso-occlusive crisis in an SS sickle cell patient* 77-81
Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD
- Symmetrical peripheral gangrene during SARS-CoV2 infection: reported case and literature review* 82-86
Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- Primary thyroid lymphomas: about an observation and review of the literature* 87-91
Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

Parcours diagnostique de la maladie de Behçet en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne (à propos de 6 cas)

Diagnosis of Behçet's disease in tropical environments: experience of an internal medicine department for 6 wandering cases

Berthé A^{1,2}, Diack M², Gaye A⁴, Gueye AD², Marone Z², Ndiaye Y², Faye FA³, Sidibe P O², Nelson N², Elame H², Sow K¹, Ndour JND¹, Diop MM^{1,2}, Diop BM¹, Ka MM^{1,2}

1. Université Iba Der Thiam de Thiès - UFR des Sciences de la Santé Thiès, Sénégal
2. Service de Médecine Interne Centre Hospitalier Régional de Thiès, Thiès, Sénégal
3. Université Alioune Diop de Bambey - UFR des Sciences de la Santé, Sénégal
4. Hôpital Dalal Jam, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Pr BERTHE Adama

Résumé

Introduction : La maladie de Behçet est une vascularite multisystémique qui se caractérise cliniquement par une aphtose buccale ou bucco-génitale avec d'autres atteintes multi viscérales. Son polymorphisme clinique et sa rareté en milieu tropical sont source de retard diagnostique. L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives dans un service de médecine subsaharienne.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une durée de 12 ans incluant 6 patients atteints de maladie de Behçet hospitalisés.

Résultats : Nous avons colligés 6 patients durant la période d'étude soit une prévalence de 0,5 cas par an. La moyenne d'âge était de 38 ans avec des extrêmes de 26 ans et 55 ans. Le sex-ratio Homme/Femme était de 2 en faveur des hommes. Le délai moyen du diagnostic était de 5,8 ans. Au plan clinique, la symptomatologie était dominée par des manifestations d'ordre général (83,3%), cutanéomuqueuses (83%) dont une aphtose bipolaire et un test pathergique positif, articulaires (66%), cardiovasculaire (50%), oculaire (33%) et neurologique (33%).

Le syndrome inflammatoire non spécifique a été la manifestation biologique la plus fréquemment rencontrée (5 cas / 6 soit 83 %) suivie de l'anémie normochrome normocytaire (2 cas / 6 soit 33% %).

L'HLA B 51 n'a pas été recherché chez nos patients.

Le traitement avait consisté chez tous nos malades en l'administration de Colchicine et de Corticoïdes.

L'évolution a été marquée par 3 cas de décès enregistrés. Une cécité bilatérale et une séquelle neurologique ont été notées dans respectivement 33% et 16% des cas.

Conclusion : La maladie de Behçet est une vascularite systémique rare chez le mélanoderme. L'association d'une polyarthrite chronique et d'une aphtose doit amener à y penser.

Mots clés : Maladie de Behçet - Milieu tropical – Thiès.

Summary

Introduction: Behçet's disease (BD) is a multisystemic vasculitis that is clinically characterized by oral or both oral and genital aphtosis with other possible multi-visceral disorders. Clinical polymorphism and rarity of such a disease in tropical areas could lead to a considerable delay in diagnosis. So, we aimed to highlight the clinical, therapeutic and evolutionary characteristics of BD in a sub-Saharan internal medicine department.

Materials and Methods: We proceeded to a retrospective study concerning files collected during 12 years, using as criteria for inclusion patients admitted in the department of internal medicine for whom BD was the final diagnosis. In all, six patients were found.

Results: The number found during the study, represent 0.5 cases per year as prevalence for BD. The average age was 38 years with extremes at 26 and 55 years. The male/female sex ratio was 2 in favor of men. The average time to diagnosis was 5.8 years.

Clinically, the symptomatology was dominated by general manifestations (83.3%), cutaneous (83%) including bipolar aphtosis and a positive pathergic test, joint (66%), cardiovascular (50%), ocular (33%) and neurological (33%).

Non-specific inflammatory syndrome was the most frequently encountered biological manifestation (5 cases/ 6 ; 83%) followed by normochromic anemia (2 cases/ 6 ; 33%).

Due to our conditions of works, the HLA B 51 was not screened for any patients.

Administration of Colchicine and Corticosteroids was the main treatment.

The course was unfortunately marked by 3 cases of death. Also, bilateral blindness and neurological sequelae were noted for 33% and 16% of cases, respectively.

Conclusion: Behçet's disease is not usually described in tropical areas but combination of chronic polyarthritis and aphtosis must lead practitioners to evoke such a vasculitis.

Keywords: Behçet's disease - Tropical areas - Thies.

Introduction

La maladie de Behçet (MB) est une vascularite multisystémique caractérisée classiquement par des manifestations cutanéomuqueuses et articulaires initiales, et secondairement par des atteintes oculaires, vasculaires, neurologiques et digestives pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital [1]. Elle est toujours d'actualité du fait de son polymorphisme clinique, de son absence de spécificité et des difficultés diagnostiques qui en découlent [2].

La prévalence de ce syndrome est particulièrement importante dans les régions de l'ancienne « route de la soie » c'est-à-dire ceux du bassin méditerranéen, la Turquie, l'Iran, la Chine et le Japon en particulier. En Afrique subsaharienne, ce syndrome est peu décrit [3].

Ainsi, son évocation voire sa confirmation, en dehors de ces régions endémiques, peut accuser un retard considérable en raison de sa rareté. Au Sénégal, la première publication sur la MB remonte à 1974 dans le bulletin de la société française de dermatologie [2]. Ailleurs, plusieurs séries, avec diverses présentations, sont régulièrement rapportées. De plus, elles surviennent à tout âge avec une circonstance de découverte très variable. Dans ce cadre, une certaine particularité sur le plan génétique est relevée en Afrique subsaharienne et notamment chez les sujets de pigmentation foncée [4, 5, 6, 7, 8]. L'objectif de notre étude était de décrire les modes de présentations inhabituelles de la MB en milieu tropical.

Patients et Méthode

Il s'est agi d'une étude rétrospective de type descriptive sur une période de 12 ans (allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 Décembre 2020) menée dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Thiès. Elle a porté sur l'exploitation des dossiers médicaux de malades hospitalisés et pour qui le diagnostic de maladie de Behçet a été retenu. Les critères d'inclusion étaient ceux du groupe international d'étude sur la MB.

Résultats

Nous avons colligé 6 patients durant la période d'étude soit une prévalence de 0,5 cas par an. La moyenne d'âge était de 38 ans avec des extrêmes de 26 et 55 ans. Le sex-ratio Homme/Femme était de 2 en faveur des hommes.

L'interrogatoire nous a permis de déterminer à quel âge était apparu le premier signe de la maladie. Ce délai diagnostique était de 5,8 ans.

Au plan clinique, la symptomatologie (figure 1) était dominée par des manifestations d'ordre général, cutanéomuqueuse, oculaire, cardiovasculaire, neurologique, musculaire, articulaire, digestif.

Cinq de nos malades soit 83,3% des cas ont présenté des signes généraux. Ils étaient représentés pour l'essentiel par une fièvre à 83,3% et une asthénie à 66%. A la figure 1, nous illustrons le nombre de cas selon les manifestations cliniques.

Tableau I : Nombre de cas selon les manifestations cliniques

Manifestations cliniques	Nombre de cas
Signes cutanés	6
Test pathergique	5
Signes généraux	5
Signes articulaires	4
Signes musculaires	4
Signes cardiovasculaires	6
Signes oculaires	2
Signes neurologiques	2

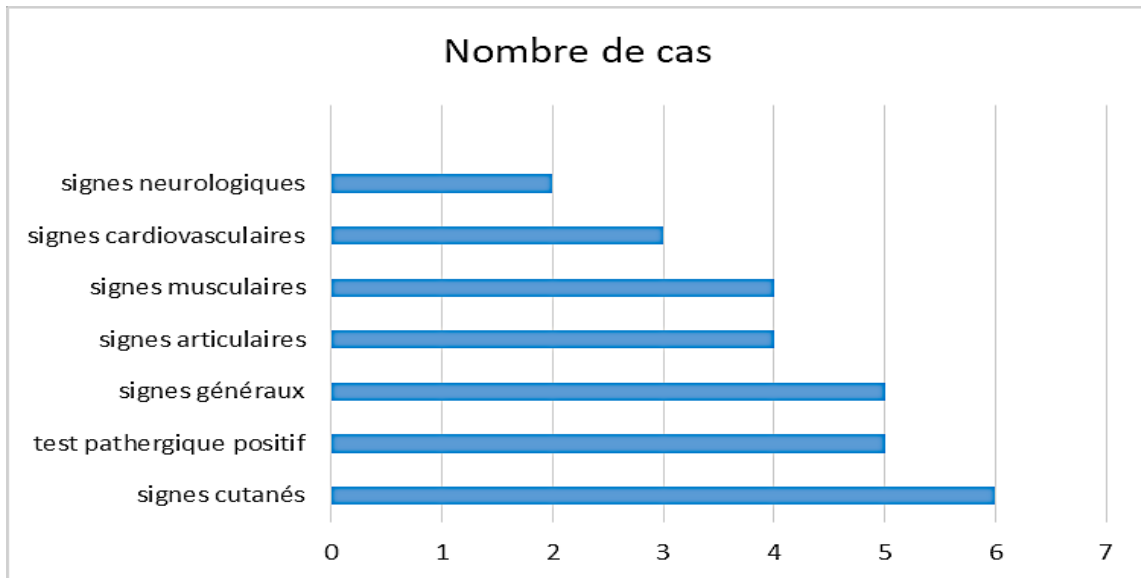


Figure 1 : Nombre de cas selon les manifestations cliniques

Nous avons noté chez tous nos patients des manifestations cutanéomuqueuses. En effet, ils présentaient tous des lésions bipolaires sous forme d'aphtose orale (Figure 2) et génitale

(Figure 3). Le test pathergique (Figure 4) était réalisé chez tous les malades. Il est revenu positif chez 5 de nos malades.

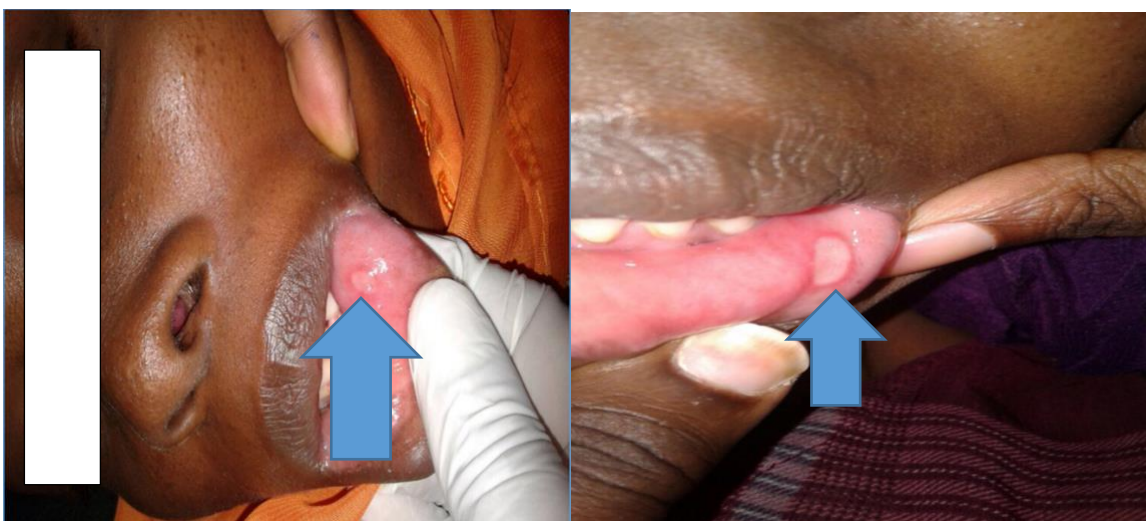


Figure 2 : Ulcération buccale à la lèvre inférieure

Des manifestations articulaires et musculaires d'allure inflammatoire étaient identifiées chez 4 de nos patients (66,6% des cas).

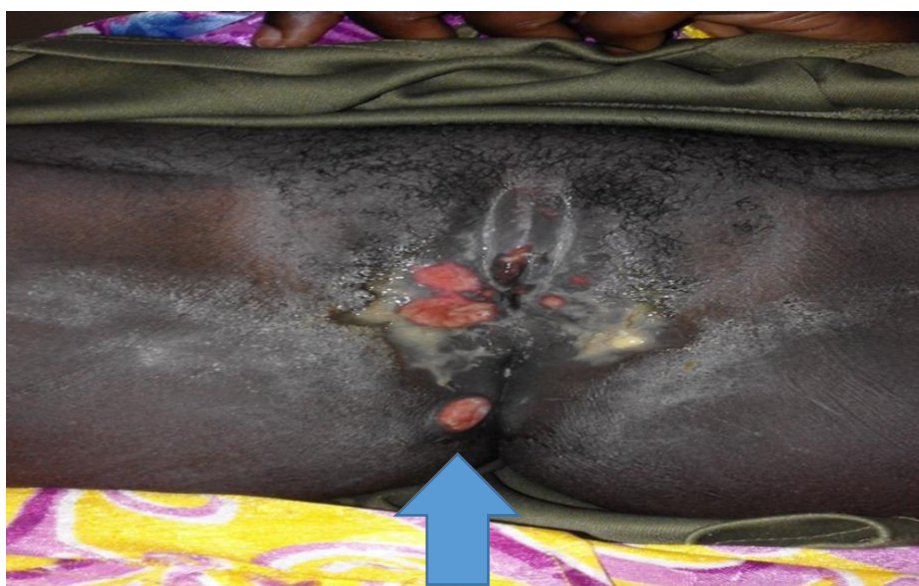


Figure 3 : Multiple ulcérations génitales



Test réalisé à J1

Lecture à J3 : apparition d'une pustule

Figure 4 : Test pathergique

Les manifestations cardiovasculaires étaient retrouvées dans 50% des cas (n = 3).

Les signes neurologiques étaient observés chez deux de nos patients soit 33% et consistaient en des AVCI (accident vasculaire cérébral ischémique) à répétition et en un nystagmus horizontal bilatéral.

Une atteinte oculaire à type d'uvéite antérieure bilatérale était notée chez deux patients (33%). Celle-ci était compliquée d'une cécité bilatérale dans les 2 cas.

Nous avons retrouvé dans notre étude un cas de manifestations digestives à type de trouble intestinaux d'allure fonctionnelle.

Le syndrome inflammatoire non spécifique a été la manifestation biologique la plus fréquemment rencontrée (5 cas / 6 soit 83%) suivie de l'anémie normochrome normocytaire (2 cas / 6 soit 33%). L'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs) était positif chez deux de nos patients, la sérologie rétrovirale était négative chez tous nos patients.

La recherche de l'antigène HLA B 51 n'a pas été effectuée chez nos patients.

Tous nos patients ont reçu un traitement associant colchicine et corticoïde.

Pour un des patients, un traitement antituberculeux a été administré (il s'agissait du patient associant MB et tuberculose pulmonaire) et pour un autre, de l'aspirine à visée antiagrégant plaquettaire et une kinésithérapie (MB et AVCI à répétition). Un patient a présenté une embolie pulmonaire massive ayant nécessité un traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) relayée par un anti vitamine K (acénocoumarol).

L'évolution a été marquée par 3 cas de décès. L'un présentait une comorbidité assez importante (MB, diabète et tuberculose pulmonaire) et les deux autres avaient respectivement une localisation neurologique (à type d'AVCI à

répétition) et cardiovasculaire (embolie pulmonaire et thrombus intracardiaque).

Discussion

Cette étude rétrospective réalisée au sein du service de médecine interne de l'Hôpital Régional de Thiès a permis de regrouper 6 dossiers de patients hospitalisés pour MB. Toutefois, elle comporte des limites :

*C'est une étude rétrospective impliquant des biais de sélection. En effet seuls les patients suivis dans le service d'une manière régulière ont été pris en compte ;

*L'exploitation des données était incomplète dans certains cas, n'autorisant pas une analyse statistique de certaines variables.

Nous avons, toutefois, colligé 06 cas de maladie de Behçet sur une période de 12 ans au service de Médecine Interne. Cette affection semble rare si on tient compte de sa fréquence annuelle dans le service (0,5 cas/an). Ce taux est inférieur à celui de Dia [9] et Niang [10] au Sénégal avec respectivement 0,7 cas/an et 1,44 cas/an. La maladie de Behçet présente une prévalence qui diffère selon l'origine géographique. En effet, la maladie est rencontrée majoritairement le long de la « route de la soie » reliant l'Asie de l'Est et le bassin méditerranéen [11]. Les données concernant les Africains en zone tropicale sont rares. De plus, la maladie n'a pas été décrite chez les Afro-américains et reste exceptionnelle chez les Subsahariens vivants en Europe [10].

La répartition selon le sexe a été caractérisée, dans notre série, par une nette prédominance masculine (4 hommes pour 2 femmes) soit un sex-ratio de 2. Cette prédominance masculine est rapportée dans plusieurs séries en Afrique subsaharienne et au Maghreb [9, 10, 12]. La moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 38 ans avec des extrêmes à 26 ans et 56 ans. Deux patients étaient âgés de plus de 50 ans et quatre avaient un âge allant de 26 à 35 ans. Il s'agit

d'une affection de l'adulte jeune survenant en moyenne vers l'âge de 30 ans et plus généralement entre 15 et 45 ans. Cependant, des cas pédiatriques ont également été observés. Elle touche les deux sexes avec une sévérité accrue chez les hommes [11]. L'âge de diagnostic, de notre série, plus élevé par rapport aux autres, peut s'expliquer par la fréquence des formes bénignes n'amenant pas les patients à consulter rapidement, ou par une errance diagnostique. Le recours fréquent à l'automédication pour certains pourrait aussi être un facteur déterminant.

La majorité de nos patients étaient de pigmentation noire (83%). Un seul avait la peau claire. Dans la série de DIA [9], tous les patients étaient de peau noire. Dans notre étude, quatre patients étaient d'ethnie wolof, un d'origine peulh et un autre berbère. Labou [2] avait aussi trouvé une forte représentativité des wolofs avec 12 cas sur 17. Ce qui laisse supposer que la MB est beaucoup plus fréquente chez les wolofs au Sénégal. L'origine ethnique est un des facteurs qui peut moduler la fréquence et l'expression de la maladie de Behçet. Les travaux évaluant l'appartenance ethnique en rapport avec cette affection sont rares et souvent tirés de petits échantillons empêchant ainsi des conclusions claires. Savey [13] retrouve des différences liées à l'ethnicité avec un mauvais pronostic, chez des sujets originaires de l'Afrique subsaharienne et atteints de MB. Il s'agissait de travaux qui avaient pour but de mettre en exergue les différences concernant l'appartenance ethnique, le phénotype et le pronostic pour cette affection dans un pays francophone multiethnique.

D'autre part, le fait que la maladie de Behçet soit associée au même allèle HLA dans les différentes ethnies est en faveur d'une hypothèse selon laquelle cette maladie s'est développée dans les pays du pourtour méditerranéen pour traverser l'Asie jusqu'au Japon suivant la route de la soie qu'empruntaient les tribus nomades ou turques porteuses de l'antigène B51.

Cet antigène n'a pas été étudié dans notre travail mais de récentes études indiquent de manière unanime que les migrants provenant de zones de forte prévalence gardent un risque de MB élevé, voire identique à celui observé dans leurs pays d'origine.

La maladie de Behçet présente des manifestations cliniques très variées. En effet, elle peut toucher uniquement quelques organes ou bien être systémique. Elle peut se manifester par différentes atteintes qui ne se développent pas forcément chez tous les patients. De manière générale, les patients ne présentent que quelques

manifestations. Certains signes, comme une importante asthénie ainsi qu'une fièvre périodique, sont présents chez la plupart des patients. Cinq de nos malades soit 83,3% des cas ont présenté des signes généraux. Ils étaient représentés pour l'essentiel par une fièvre dans 83,3% des cas et une asthénie dans 66%. Labou [2] dans sa série à Dakar, rapportait la présence de fièvre chez 41,17% des sujets et une altération de l'état général chez 23,52% des patients.

Nous avons noté chez tous les patients des manifestations cutanéomuqueuses. Elles étaient représentées par des lésions bipolaires sous forme d'aphtose (orale et génitale). Des lésions bipolaires ont été constatées dans la plupart des études réalisées sur la MB. En effet, Ndiaye [14] à Dakar, rapportait des lésions aphteuses bipolaires chez tous les patients de sa série. Ce que confirmait Dia [9] qui avait trouvé une fréquence de ces lésions très proche de la nôtre (94% des patients).

Chez le mélanoderme, tout comme pour les autres ethnies, l'atteinte principale est une aphtose bipolaire, buccale et génitale, récurrente, concomitante des poussées aiguës inflammatoires [15]. Les aphtes buccaux récidivants constituent la manifestation clinique la plus fréquente de la maladie de Behçet et sont observés chez 46 à 100% des patients [16]. Il s'agit d'ulcérations douloureuses, isolées ou multiples, qui peuvent siéger sur la face interne des lèvres et dans la quasi-totalité des sites de la région buccale [17]. Concernant les aphtes génitaux, elles peuvent être rencontrées chez 57 à 93% des patients [18].

Nous n'avons pas trouvé d'autres types de manifestations dermatologiques chez nos malades. Ces autres types de manifestations cutanées apparaissent selon le stade évolutif de la maladie et constituent plus un motif de consultation en Dermatologie qu'en Médecine Interne. Le test pathergique a été réalisé chez tous nos patients. Il était positif dans 5 cas soit 83,3% des cas. La réaction pathergique n'est toutefois pas pathognomonique de la maladie de Behçet bien que sa spécificité semble élevée avec une positivité qui atteint 60% en zone d'endémie [10].

Nous avons constaté une atteinte articulaire dans 60% des cas, ce qui est proche de la fréquence rapportée dans la littérature qui varie entre 50 et 60% [19]. Elles ont touché essentiellement les

grosses articulations, surtout les genoux et les chevilles, comme constaté dans d'autres séries. Les manifestations articulaires sont moins fréquentes (40-60%) [15]. Elles peuvent être inaugurales et précéder les autres manifestations, ce qui peut retarder le diagnostic et donc favoriser l'apparition d'atteintes graves.

La gravité de la maladie de Behçet tient à la possibilité d'atteintes systémiques graves notamment oculaires, cardiaques, digestives et neurologiques.

L'atteinte oculaire est la manifestation systémique la plus fréquente [20], compliquant la MB dans 30 à 70% des cas. Elle est précoce et touche plus fréquemment les hommes comme illustré dans notre cohorte. L'uvéite bilatérale récurrente, non granulomateuse en est la présentation la plus rencontrée et dans 25% elle évolue vers une cécité définitive, ce qui a été le cas chez deux de nos patients.

L'atteinte cardiaque, moins fréquente, est rencontrée chez 1 à 6% des patients selon les séries. Rarement inaugurale, elle s'installe dans les 3 à 16 ans après le début de la maladie. Elle était présente dans 50% des cas dans notre étude. L'atteinte a été précoce chez deux de nos patients, se manifestant par une myocardiopathie et un cœur pulmonaire aigu découvert dans un contexte d'insuffisance cardiaque droite inaugurale. De mauvais pronostic, elle peut aussi intéresser le péricarde, l'endocarde et les vaisseaux coronariens.

L'atteinte vasculaire touche le compartiment veineux et artériel avec atteinte de vaisseaux de calibre très variable. Les atteintes artérielles touchent en particulier les artères pulmonaires, ce qui est le cas chez un de nos patients qui a présenté une embolie pulmonaire bilatérale massive prédominant à droite avec dilatation du tronc de l'artère pulmonaire et thrombus intracardiaque. Toutefois, il semblerait que les thromboses profondes associées au syndrome de Behçet ne se compliquent qu'exceptionnellement par des embolies pulmonaires [3].

L'atteinte neurologique était présente chez deux de nos patients soit 33,3% et sont constituées d'AVCI à répétition et de nystagmus horizontal bilatéral.

La fréquence de l'atteinte neurologique au cours de la MB est diversement appréciée. Elle varie de 2 à 48% avec une moyenne de 15,25% selon la population étudiée, le recrutement des séries et

l'inclusion ou non des céphalées isolées. Dans la plus grande série de patients avec neuro-Behçet publiée à ce jour [21], il y avait une période moyenne de 5-6 ans entre le début des symptômes non-neurologiques et l'apparition de symptômes ou signes neurologiques objectifs. Néanmoins, les symptômes neurologiques peuvent apparaître de façon concomitante (7,5%) ou précéder (3%) les symptômes non-neurologiques.

Le traitement actuel de la MB est guidé par la sévérité de la maladie et le type d'organe atteint [22]. Tous nos patients ont reçu un traitement associant colchicine et corticoïde, comme dans la plupart des séries sénégalaises [9]. Ce choix thérapeutique s'explique en grande partie par la disponibilité et l'accessibilité de ces molécules. La réponse thérapeutique à la colchicine a été un élément d'orientation diagnostique pertinent. La colchicine a eu un effet bénéfique spectaculaire sur l'aphtose et l'arthrite chez nos patients. Cette efficacité est bien connue de nos jours, mais reste limitée aux formes cutané-articulaires [23]. Les traitements associés tenaient compte de la comorbidité. Ainsi, pour un cas, un traitement antituberculeux a été donné (MB et tuberculose pulmonaire) et pour un autre, de l'aspirine à visée antiagrégant plaquettaire et une kinésithérapie (MB et AVCI à répétition). Un malade a reçu une anticoagulation curative relayée par un antivitamine K (MB et embolie pulmonaire).

Les atteintes systémiques graves échappent à la colchicine et justifient le plus souvent la mise sous immunosuppresseur et à l'heure actuelle de biothérapie par anti-TNF α [15].

Concernant l'évolution nous avons enregistré 3 cas de décès. L'un présentait une comorbidité assez importante (MB, diabète et tuberculose pulmonaire) et les deux autres avaient respectivement une localisation neurologique (à type d'AVCI à répétition) et cardiovasculaire (embolie pulmonaire et thrombus intracardiaque). En effet, bien que le traitement soit devenu beaucoup plus efficace ces dernières années avec l'introduction de nouveaux médicaments [24], la MB est toujours associée à une morbidité considérable et à une mortalité accrue. La mortalité était 3 fois plus élevée chez les africains au sud du Sahara par rapport aux patients Nord-africains et européens dans les travaux de Savey [13]. Le taux de mortalité peut atteindre 10% et est en rapport avec le sexe masculin, le jeune âge d'apparition et le nombre d'organes impliqués au moment du diagnostic.

Ces présentations nécessitent un traitement plus agressif [13].

Conclusion

Le MB est une affection inflammatoire systémique avec des variations individuelles importantes en ce qui concerne les manifestations cliniques. Les formes à début précoce chez les hommes sont plus sévères. Les atteintes vasculaires, neurologiques ou oculaires sont des facteurs qui influencent le pronostic vital. Un diagnostic précoce et la détection rapide d'éventuelles complications de la maladie permettent d'améliorer le pronostic fonctionnel et la survie. Notre étude a mis en exergue différents aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection en milieu tropical ainsi que le profil évolutif. Nos résultats sont globalement comparables à ceux publiés par les différentes séries de la littérature. De plus ce travail conforte également le fait que la MB ne soit pas l'apanage de la « route de la soie ».

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Tougorti M, Daoud F, Aydi Z et al. Maladie de Behçet : étude monocentrique à propos de 130 cas. *Rev Med Int* 2017, 38S : A110-A225
2. Labou A. Mise au point sur la maladie de Behçet à Dakar. Thèse N.08 avril 1996 ; FMPOS, UCAD
3. Cem Gabay. Syndrome de Behçet. *Rev Med Suisse* 2008, 4 : 728-33
4. Borlu M, Uksal U, Ferahbas A, Evereklioglu C. Caractéristiques cliniques de la maladie de Behçet chez les enfants. *Int J Dermatol.* 2006, 45 : 713-716
5. Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. Behçet's syndrome: a critical digest of the 2014-2015 literature. *Clin Exp Rheumatol.* 2015, 33(6 Suppl 94): S3-14
6. Ajose FO, Adelowo O, Oderinlo O. Clinical presentations of Behçet's disease among Nigerians: a 4-year prospective study. *Int J Dermatol.* 2015, 54(8): 889-97
7. Liozon E, Roussin C, Puéchal X et al. Behçet's disease in East African patients may not be unusual and is an HLA-B51 negative condition: a case series from Mayotte (Comoros). *Joint Bone Spine.* 2011, 78(2): 166-70
8. Sarr SA, Fall PD, Mboup MC, Dia K, Bodian M, Jobe M. Superior vena cava syndrome revealing a Behçet's disease. *Thromb J.* 2015, 31: 13-7
9. Dia D, Dieng MT, Sy Ndiaye T, Fall S, Ndongo S, Diallo M et al. Behçet's disease in Dakar (Senegal): epidemiological and clinical features *Dakar Med.* 2003; 48(1): 64-7
10. Niang P, Tine SD, Ba A et al. Manifestations buccales de la maladie de Behçet. A propos de 12 cas au Sénégal. *Médecine buccale chirurgie buccale* 2009, 15(4) : 183-188
11. Behçet (Maladie de). Société Nationale Française de Médecin Interne. David SAADOUN. Juin 2014
12. Hamzaoui A, Klii R, Harzallah O, Attig C, Mahjoub S. La maladie de Behçet chez la femme *rev med int* 2012 ; 10(33) : 552-555
13. Savey L, Resche-Rigon M, Saadoun D Ethnicity and association with disease manifestations and mortality in Behçet's disease. *Orphanet J Rare Dis.* 2014 Mar 27; 9: 42
14. Ndiaye M, Sow AS, Valiollah A, Diallo M, Diop A, Alaoui RA et al. Behçet's disease in black skin. A retrospective study of 50 cases in Dakar. *J Dermatol Case Rep.* 2015; 31, 9(4): 98-102
15. Lamini N'Soundhat NE, Nganga Ngabou CGF, Mimiesse JF et al. Maladie de behçet avec atteinte systémique. *Bull Med Owendo* 2017, 15(43) : 63-66
16. Ait Ourh Rouil M, Bennouna-Biaz F, Yazidi A, Senouci K, Hassam B, Lazrek B et al. Maladie de Behçet, profil dermatologique à propos de 82 cas. *Médecine du Maghreb* 1993 ; 37 : 7-11
17. Mendes D, Correia M, Barbedo M. Behçet's disease a contemporary review. *J Autoimmun* 2009; 32(3-4): 178-188
18. Al-Araji A. Neuro-Behçet's disease: epidemiology, clinical characteristics, and management. *Lancet Neurol* 2009; 8(2): 192
19. Wechsler B, Caoub P, Saadoun D. La maladie de Behçet : actualités en 2014. *Rev Med Int.* 2014 ; (35) : 79-80

20. Calamia KT, Wilson FC, Icen M et al. Epidemiology and Clinical Characteristics of Behçet's Disease in the US: A Population-Based Study. *Arthritis Rheum* 2009, 61(5): 600-4
21. Zuber JP, Chizzolini C, Leimgruber A, Bart PA, Spertini F. Mécanismes pathogéniques de la sclérodermie et leurs conséquences thérapeutiques. 1ère partie : pathogénie. *Rev Med Suisse*. 2006 Apr 19 ; 2(62) : 1052-7
22. Comarmond C, Wechsler B, Cacoub P, Saadoun D. Mise au point : traitement de la maladie de Behçet. *Rev Med Int* 2014, 35 : 126-138
23. Hirohata S, Kikuchi H. Behçet's disease. *Arthritis Res Therapy* 2003, 5: 139-46
24. Shahneh FZ, Hamzavi F, Bayazi B et al. New insights into HLA class I association to Behçet's syndrome in Iranian Azari patients. *Auto Immun Highlights* 2013; 4(3): 101-102