

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but - Une foi



# **Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2021 – 2022

N°...../

MÉMOIRE

## **PROFIL ÉPIDÉMIO-CLINIQUE, PARACLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES SYSTEMIQUES À EXPRESSION CUTANÉE AU SERVICE DE DERMATOLOGIE-VÉNÉROLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE TREICHVILLE (ABIDJAN), DE 2016 À 2022**

Présenté et soutenu publiquement le .... /.... /2023  
devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

**Docteur SOUMAHORO Nina Madjako**

Pour l'obtention du Diplôme d'études spécialisées  
de Dermatologie-Léprologie-Vénérologie

**JURY**

**PRÉSIDENT : Professeur Ousmane FAYE**

**DIRECTEUR : Professeur Adama A. DICKO**

**CO-DIRECTEUR : Professeur Sarah Hamdan KOUROUMA**

**MEMBRES: Dr Binta GUINOD**

**Dr Claude A AKAKPO**



**DÉDICACES**

**A Allah le Tout Puissant, le Miséricordieux et au Prophète Mahomet, Paix et salut sur son âme**

*Grand merci de m'avoir donné la chance d'atteindre cet objectif.*

**A mon père adoré El Hadj SOUMAHORO Zoumana**

*Père exemplaire, dévoué, tu es un éducateur envié de toute ta famille. Tu as toujours été attentif à notre égard. Tu as œuvré pour notre bien-être, notre réussite et notre éducation.*

*Papa, tu as rempli ton contrat moral envers nous tes enfants et je prie Dieu pour que tu continues toujours à être fier de nous comme tu l'es aujourd'hui. Tes conseils, tes actes sociaux et humanitaires, ton sens du partage et ton engagement pour la cause familiale seront pour nous des exemples pour le reste de la vie. Papa je ne te remercierai jamais assez. Je te prie de recevoir ici l'expression de mes sentiments de fierté et de gloire, ce travail est le tien.*

*Que Dieu te garde encore longtemps à nos côtés. Amine.*

**A ma tendre mère Hadja SOUMAHORO Maboundou épouse SOUMAHORO**

*Maman, tu as toujours su nous guider sur le droit chemin. Tu étais toujours là quand on avait besoin de toi, tu t'es sacrifiée pour nous et on ne saura jamais te dire merci. Femme vertueuse, attentionnée, les mots me manquent pour te dire combien je suis fière d'être ta fille. Je me rappellerai toujours tout ce que tu nous as enseigné par rapport au mieux vivre et mieux être « la patience, la tolérance, l'assistance, la foi et la cohésion familiale etc. ».*

*Je te prie Maman de savourer ici ce jour de gloire occasionné par ton sacrifice et tes conseils. Ce travail est le tien très chère mère.*

**A mes petits princes, Abdou Rayane TOURÉ et Bonzèye Imad TOURÉ**

*Mes garçons, votre maman a réussi, elle y est arrivée et cela, grâce à vous.  
Vous avez su me donner la force et le courage de terminer cette spécialisation.  
J'espère que vous êtes fière de la maman « warrior » que je suis et que ce  
travail saura vous guider dans votre vie car avec ALLAH, l'impossible devient  
possible. Retenez que « seul le travail libère l'Homme ».*

# REMERCIEMENTS

**A ma sœur adorée SOUMAHORO Leila Madoussou et mes frères SOUMAHORO Mohamed et SOUMAHORO Hassane :**

*Le parcours fut long et parsemé d'embûches je n'y serais arrivée sans vous et votre assistance quotidienne. Merci pour votre affection qui ne m'a jamais fait défaut ce travail est le vôtre.*

**A mes neveux et nièces**

*Toutes ces années loin de vous n'ont pas été gratuites. Ce travail pour dire combien la vie est belle.*

**A Docteur FOFANA Fatou**

*Je perds mes mots quand il s'agit de toi, ma sœur, mon amie, ma confidente merci du fond du cœur pour tous ces moments de doutes ou ton soutien a rendu mes épreuves moins pénibles. Je suis si heureuse de t'avoir dans ma vie. Merci d'être à mes côtés qu'ALLAH bénisse nos enfants.*

**A Monsieur KANTÉ Souleymane**

*Tu as su illuminer ma vie par ta présence, merci d'apporter de la joie dans mon cœur, de la beauté dans mon monde et de l'amour dans ma vie. Tu es exceptionnel.*

**A mon grand frère et ami, ZOH Saïba Serge Pacôme**

*Nous avons réussi malgré tout, merci d'avoir été près de moi pendant les moments difficiles lors de la réalisation de ce travail. Que le seigneur garde toi et ta famille dans le creux de ces mains. Ce travail est le tien.*

**A la famille FALL**

*Merci pour toutes ces années près de vous ou je ne suis sentie chez moi au Mali. Tout ce que je dirai ici ne pourra représenter ce que je ressens au fond de moi.*

**A l'ensemble des Dermatologues du Mali**

*Recevez tous mon profond respect.*

*Merci pour tout.*

**A l'ensemble de mes collègues en spécialisation**

*Ce travail est la fin d'un parcours à vos côtés.*

*Fasse ALLAH que chacun de nous ait une carrière exceptionnelle.*

**A l'ensemble du personnel de l'Hôpital de Dermatologie de BAMAKO**

*Merci pour la convivialité.*

**Au Professeur SANGARÉ Abdoulaye**

*Vous m'avez accueilli dans votre service à bras ouverts, j'y ai beaucoup appris et je ne saurais vous remercier pour tous les enseignements reçus. Qu'ALLAH vous en récompense.*

**Au Professeur KALOGA**

*Depuis notre première rencontre, vos qualités humaines n'ont cessé de m'impressionner.*

*Mon papa, merci pour vos prestigieux conseils. Apprendre auprès de vous a été un honneur.*

*Qu'ALLAH vous garde longtemps.*

**A l'ensemble du personnel du service de Dermatologie du CHU de Treichville**

*Merci pour ces moments passés à vos côtés lors de l'élaboration de ce travail.*

**A Docteur SANOGO Ousmane, Directeur départemental de la Santé de la Région de la Mé et à l'ensemble du personnel du district sanitaire d'Adzopé**

*Grand-frère, merci est un mot bien peu pour te signifier ma gratitude, sans toi ce travail aurait été impossible.*

*Qu'Allah te comble au-delà de tes attentes.*

**« ALLAH n'impose à aucune âme une charge supérieure à sa capacité »**

S2V286

# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ACR</b>	American College of Rheumatology (Collège américain de rhumatologie)
<b>ANCA</b>	Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles)
<b>Anti-ARN</b>	Anti-acide ribonucléique
<b>Anti-DNA</b>	Anti-deoxyribonucleic acid (anticorps de l'acide désoxyribonucléique ou anti-ADN)
<b>Anti-MDA5</b>	Anti-melanoma differentiation antigen 5
<b>ANCA</b>	Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles)
<b>Anti-NXP2</b>	Anti-nuclear matrix protein 2
<b>Anti-RNP</b>	Anti-ribonucleoprotein
<b>Anti-SAE</b>	Anti-small ubiquitin-like modifier activating enzyme
<b>Anti-Scl 70</b>	Anti-scleroderma 70 (appelé aussi anti-topoisomerase I)
<b>Anti-Sm</b>	Anticorps anti-Smith
<b>Anti-SSA/SSB</b>	Anti-Sjögren's-syndrome-related antigen A / B
<b>Anti-TIF1<math>\gamma</math></b>	Anti-transcription intermediary factor 1 $\gamma$
<b>ALAT</b>	Alamine aminotransférases
<b>ASAT</b>	Aspartate aminotransférases
<b>BBS</b>	Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann ou sarcoïdose
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaires
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier et Universitaire

<b>CPK</b>	Créatine phosphokinase
<b>CRP</b>	créatine phosphokinase C-reactive protein (Protéine-C réactive)
<b>CSPro</b>	Census and Survey Processing System
<b>DES</b>	Diplôme d'Études Spécialisées
<b>ECG</b>	Electrocardiogramme
<b>EFR</b>	Exploration fonctionnelle respiratoire
<b>EMG</b>	Electromyographie
<b>ENMG</b>	Electro-neuro-myographie
<b>EULAR</b>	European League Against Rheumatism (Ligue européenne contre le rhumatisme)
<b>FOGD</b>	Fibroskopie oesophago-gastro-duodénal
<b>Ig</b>	Immunoglobuline
<b>IPP</b>	Inhibiteurs de la pompe à protons
<b><i>Kdm6A</i></b>	Lysine Demethylase 6A (déméthylase 6A spécifique de la lysine)
<b>LDH</b>	Lactates déshydrogénases
<b>MSA</b>	Maladie de Still de l'adulte
<b>MI</b>	Membre inférieur
<b>NFS</b>	Numération-formule sanguine
<b>PVVIH</b>	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TDF</b>	Ténofovir disoproxil fumarate
<b>TNF</b>	Tumor necrosis factors (facteurs de nécrose tumorale)
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VS</b>	Vitesse de sédimentation



**LISTE  
DES FIGURES**

<b>Figure 1</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le sexe	<b>13</b>
<b>Figure 2</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'âge	<b>14</b>
<b>Figure 3</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la zone de résidence	<b>15</b>
<b>Figure 4</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le niveau d'instruction	<b>16</b>
<b>Figure 5</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la situation matrimoniale	<b>17</b>
<b>Figure 6</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les antécédents médicaux des patients	<b>20</b>
<b>Figure 7</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'exposition au soleil	<b>23</b>
<b>Figure 8</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le motif de consultation	<b>24</b>
<b>Figure 9</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le type de connectivite	<b>25</b>
<b>Figure 10</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'organe atteint	<b>27</b>
<b>Figure 11</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon leur suivi sous traitement	<b>50</b>



**LISTE  
DES TABLEAUX**

<b>Tableau I</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la profession	<b>10</b>
<b>Tableau II</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'assurance maladie	<b>11</b>
<b>Tableau III</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les médicaments régulièrement pris	<b>25</b>
<b>Tableau IV</b>	Répartition des patientes atteintes de maladies systémiques à expression cutanée selon les antécédents gynéco-obstétricaux	<b>26</b>
<b>Tableau V</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'atteinte mixte	<b>29</b>
<b>Tableau VI</b>	Répartition des patients atteints de lupus érythémateux systémique selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes	<b>34</b>
<b>Tableau VII</b>	Répartition des patients atteints de sclérodermie selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes	<b>35</b>
<b>Tableau VIII</b>	Répartition des patients atteints de dermatomyosite selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes	<b>36</b>
<b>Tableau IX</b>	Répartition des patients atteints d'une connectivite mixte selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes	<b>49</b>
<b>Tableau X</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations liées à l'atteinte de l'appareil locomoteur	<b>51</b>
<b>Tableau XI</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations respiratoires	<b>53</b>
<b>Tableau XII</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations digestives	<b>54</b>
<b>Tableau XIII</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations cardiaques	<b>56</b>

<b>Tableau XIV</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le bilan biologique	<b>57</b>
<b>Tableau XV</b>	Fréquence des anticorps retrouvés chez les patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée	<b>59</b>
<b>Tableau XVI</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la confirmation du résultat anatomo-pathologique.	<b>60</b>
<b>Tableau XVII</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les aspects radiographiques, échographiques et scanographiques.	<b>61</b>
<b>Tableau XVIII</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les anomalies fonctionnelles respiratoires	<b>62</b>
<b>Tableau XIX</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les anomalies au fond d'œil	<b>63</b>
<b>Tableau XX</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le traitement spécifique par voie générale	<b>64</b>
<b>Tableau XXI</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le traitement local.	<b>65</b>
<b>Tableau XXII</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le traitement complémentaire	<b>66</b>
<b>Tableau XXIII</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le régime hygiéno-diététique	<b>67</b>
<b>Tableau XXIV</b>	Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le suivi spécialisé	<b>68-69</b>



# SOMMAIRE

<b>DEDICACES</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>IV</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>XI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>XIII</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>I. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>4</b>
I.1. MATÉRIEL	5
I.2. MÉTHODES	9
<b>II. RÉSULTATS</b>	<b>11</b>
II.1. PROFIL ÉPIDEMIOLOGIQUE	12
II.2. ASPECTS CLINIQUES	24
II.3. ASPECTS PARACLINIQUES	36
II.4. MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIVES	45
<b>III. DISCUSSION</b>	<b>51</b>
III.1. PROFIL ÉPIDEMIOLOGIQUE	52
III.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES	55
III.3. ASPECTS DIAGNOSTIQUES	58
III.4. MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIVES	59
<b>CONCLUSION</b>	<b>61</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>63</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>73</b>

# INTRODUCTION

Les maladies de système ou maladies systémiques sont des affections caractérisées par une atteinte inflammatoire et immunologique du tissu conjonctif, lequel représente les deux tiers de notre masse corporelle. Comme le tissu conjonctif est riche en collagène, elles sont souvent qualifiées de collagénoses. En anglais, le tissu conjonctif s'appelle "connective tissue" ce qui explique qu'elles soient aussi dénommées connectivites [1-4].

Les maladies systémiques font partie des affections dites auto-immunes. Celles-ci sont consécutives à l'attaque et la destruction des tissus sains de l'organisme par le système immunitaire qui présente un dysfonctionnement, lié à des facteurs génétiques, endocriniens et environnementaux [1-4]. La race noire aurait une plus grande prédisposition [5-7], de même que la gente féminine [8-11].

Il existe plus de 80 types différents de maladies auto-immunes connues [12]. Elles touchent presque tous les principaux organes dans le corps. Elles peuvent être schématiquement divisées en maladies auto-immunes spécifiques d'organes ou de tissus et en maladies auto-immunes non spécifiques d'organes encore appelées maladies systémiques [1-4, 12].

Ces affections sont graves car elles peuvent être mortelles avec notamment des atteintes viscérales (cœur, reins, poumons, système nerveux central et périphérique, etc.) et un préjudice fonctionnel surtout esthétique, impactant la qualité de vie [13-16]. En Europe, leur prévalence varie de 5 à 10% dans la population générale [3, 4, 17, 18]. En Afrique, ces maladies sont restées longtemps méconnues. Cependant au cours des deux dernières décennies, de plus en plus de cas ont été rapportés par les auteurs africains notamment en Afrique noire sub-saharienne [6, 13, 19-26]. Ces travaux ont surtout décrit les aspects épidémiologiques et/ou la qualité de vie chez des patients présentant des connectivites.

Les prévalences hospitalières en Afrique noire sub-saharienne ont été observées au Niger et au Sénégal, respectivement avec 5,7% et 8,5% en 2019 et 2022 [19, 20]. En Côte d'Ivoire, elle était de 0,8% selon Sangaré et al au service de Dermatologie en 2015 [6]. Les principales connectivites en Afrique subsahariennes selon les résultats des études sont le lupus qui occupe le premier rang, suivi de la sclérodermie et de la dermatomyosite puis, des connectivites mixtes, du syndrome de Gougerot-Sjögren et du syndrome des anti-phospholipides [6, 13, 19-31].

Peu d'études ont été réalisées sur ces maladies en Côte d'Ivoire particulièrement, sur les aspects épidémiologiques, paracliniques et thérapeutiques. Notre étude a pour but de contribuer à une meilleure connaissance de ces dermatoses et améliorer leur prise en charge.

L'objectif général est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des maladies systémiques à expression cutanée dans le service de dermatologie du CHU de Treichville.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) Déterminer le profil épidémiologique des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée dans le service de dermatologie du CHU de Treichville ;
- 2) Décrire les signes cliniques et dégager leurs particularités ;
- 3) Décrire les aspects diagnostiques ;
- 4) Identifier les modalités thérapeutiques et évolutives.

## **Chapitre I :**

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

## **I.1. MATÉRIEL**

### **I.1.1. Cadre de l'étude**

Notre étude est un travail de recherche qui s'inscrit dans le cadre du mémoire de fin de formation pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Dermatologie-Vénérologie.

### **I.1.2. Lieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée au CHU de Treichville situé à Abidjan, en Côte d'Ivoire, précisément dans le service de dermatologie. C'est l'un des quatre établissements sanitaires multidisciplinaires de référence d'Abidjan.

Le service de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville a été ouvert en 1983 et constitue le seul service de dernière référence des quatre CHU d'Abidjan. Il comporte les unités suivantes :

- l'unité de consultation avec cinq salles de consultation ;
- l'unité de CDV où est assurée la prise en charge des PVVIH ;
- les unités d'hospitalisation A et B ;
- l'unité de plaies et cicatrisations ;
- une école d'atopie ;
- un bloc opératoire avec 2 salles ;
- un laboratoire de biologie en attente de réhabilitation.

Il y est assuré la prise en charge des cas de dermatoses les plus graves et les plus rares ainsi que la formation des spécialistes de Côte d'Ivoire et d'Afrique noire. Il est dirigé par le Professeur Sangaré Abdoulaye.

L'étude s'est principalement déroulée à l'unité de consultation du service de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville. La plupart des patients qui y sont reçus, sont référés par d'autres services sanitaires internes ou extérieurs au CHU de Treichville. Quelques patients viennent d'eux-mêmes.

### **I.1.3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée de 2016 à 2022.

### **I.1.4. Population d'étude**

#### **I.1.4.1. Population cible**

Les sujets concernés par notre étude étaient tous les patients reçus au service de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville, de 2016 à 2022.

#### **I.1.4.2. Définition des cas**

- Les cas ont été définis comme les patients de tous âges et de tous sexes, atteints d'une maladie systémique avec manifestation cutanée, muqueuse et/ou phanérienne.
- Les maladies systémiques retenues pour l'étude sont les plus fréquentes des connectivites en Afrique sub-saharienne à savoir le lupus érythémateux systémique, la sclérodermie, la dermatomyosite et les connectivites mixtes selon leurs critères diagnostiques :

○ **Critères de diagnostic du lupus systémique par l'ACR :**

- Rash malaire
- Lupus discoïde
- Photosensibilité
- Ulcérations orales ou nasopharyngées
- Arthrites non érosives touchant au moins 2 articulations périphériques, caractérisées par une douleur, un gonflement ou un épanchement
- Pleurésie ou péricardite
- Protéinurie persistante > 0,5 g/jour ou cylindrurie
- Convulsions ou psychose (en l'absence de cause médicamenteuse ou métabolique)
- Atteinte hématologique : anémie hémolytique ou leucopénie < 4 000/ $\mu$ L constatée à 2 reprises ou lymphopénie < 1 500/ $\mu$ L constatée à 2 reprises ou thrombopénie < 100 000/ $\mu$ L en l'absence de drogues cytopéniantes
- Titre anormal de facteurs antinucléaires par immunofluorescence (en l'absence de drogues inductrices)
- Perturbations immunologiques : titre anormal d'anticorps anti-ADN natif, anticorps anti-Sm ou présence d'anticorps antiphospholipides : sérologie syphilitique dissociée constatée à 2 reprises en 6 mois ou anticoagulant circulant de type lupique ou titre anormal d'anticorps anticardioline en IgG ou IgM.

Quatre critères simultanés ou successifs sont nécessaires pour classer la maladie comme un lupus systémique.

○ **Critères de classification ACR/EULAR de la sclérodermie systémique :**

Critères majeurs	Infiltration cutanée proximale
Critères mineurs	Sclérodactylie Ulcération pulpaire Fibrose pulmonaire des deux bases
Le critère majeur seul suffit pour poser le diagnostic. En son absence, deux critères mineurs dont la sclérodactylie sont nécessaires.	

○ **Critère de classification PETER et BOHAN de la dermatomyosite et ACR/EULAR :**

- Atteinte symétrique des muscles des ceintures avec ou sans atteinte pharyngée
- Histologie musculaire montrant une nécrose des fibres avec une atrophie des foyers de régénération associée à des infiltrats inflammatoires mononucléés
- Élévation des enzymes musculaires
- Érythème périorbitaire, péri-unguéal ou de la face d'extension des articulations
- Triade électromyographique caractéristique
- Anticorps spécifiques (Anti-Mi-1 et Mi2, les anticorps anti-ARNt synthétases (Jo-1, PL7, PL12, EJ), les nouveaux anticorps Anti-SAE, anti-NXP-2, anti-Mi2, anti-MDA-5 et anti-TIF1- $\gamma$ ). La présence d'un des nouveaux anticorps permet de poser le diagnostic de dermatomyosite.

### **I.1.4.3. Critères d'inclusion**

Ont été inclus les patients ayant répondu à la définition de cas.

### **I.1.4.4. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses les personnes suivantes :

- Patients dont le diagnostic n'a pas pu être confirmé par les examens paracliniques (anticorps auto immuns et/ou anatomo-histopathologiques).

## **I.2. MÉTHODES**

### **I.2.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale à visée descriptive.

### **I.2.2. Échantillonnage**

L'échantillonnage a porté sur l'ensemble des dossiers de patients suivis pour maladie systémique pendant la période d'étude.

### **I.2.3. Recueil des données**

Les données indispensables à l'étude ont été obtenues à partir des dossiers des malades. Elles ont été recueillies sur une fiche d'enquête insérée en annexe.

Les données ainsi collectées sont détaillées comme suit :

- Données épidémiologiques : sexe, âge, statut matrimonial, religion, profession, niveau d'étude, antécédents ;
- Données cliniques : motif de consultation, signes fonctionnels et physiques, diagnostic de la maladie systémique à expression cutanée, pathologies associées ;

- Données paracliniques : analyses biologiques, immunologiques, examens radiologiques, histologie, explorations cardiologiques et endoscopies ;
- Données thérapeutiques et évolutives.

#### **I.2.4. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies dans le logiciel CSPro version 7.7. Puis, elles ont été exportées dans le logiciel SPSS version 26.0 pour l'analyse statistique des données.

L'âge des patients et la durée d'exposition au soleil, seules variables quantitatives, ont été exprimées par la moyenne accompagnée de l'écart-type et des extrêmes.

Les autres variables, toutes qualitatives, ont été exprimées par leurs effectifs et pourcentages, sous forme de tableaux ou de graphiques.

Les graphiques et tableaux ont été édités avec le logiciel Microsoft Office 2019 (Word, Excel).

#### **I.2.5. Considérations légales et éthiques**

Étant un travail de mémoire pour l'obtention du DES. L'étude a été menée après autorisation du Chef du service de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville. Elle a été réalisée sous l'autorisation tacite du Directeur Médical et Scientifique du CHU de Treichville, qui donne son approbation sur toutes les recherches effectuées dans cet établissement sanitaire.

L'inclusion dans l'étude, la prise des photographies et leur exploitation ont été faites avec un respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients,

conformément aux procédures du service de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville.

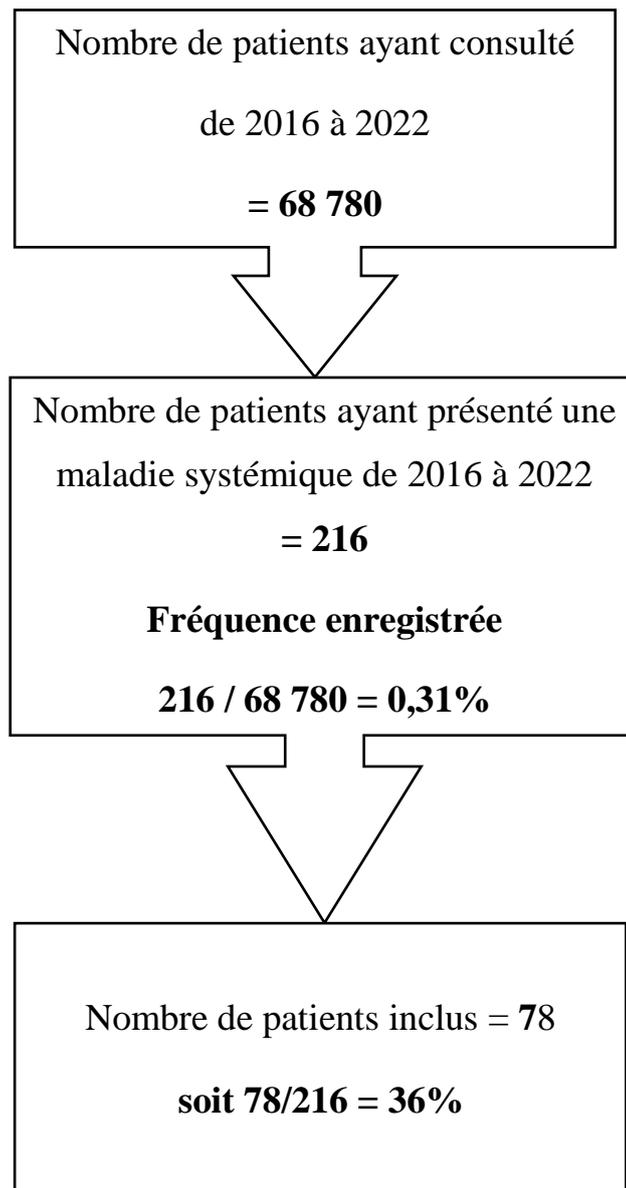
## **Chapitre II**



# **RÉSULTATS**

## II.1. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

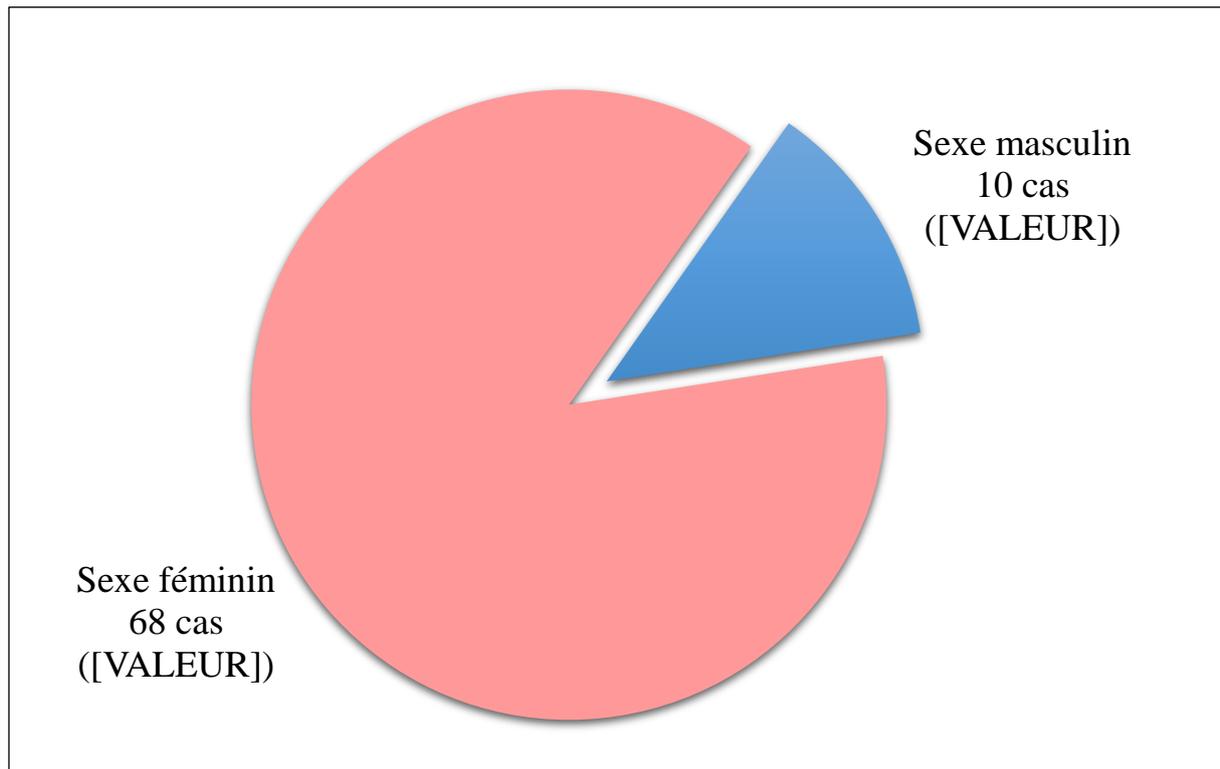
### II.1.1. Diagramme de flux



Parmi les 68 780 consultations, 216 patients présentaient une maladie systémique à expression cutanée dont 78 répondaient aux critères de sélection soit 36%.

## II.1.2. Profil sociodémographique des patients

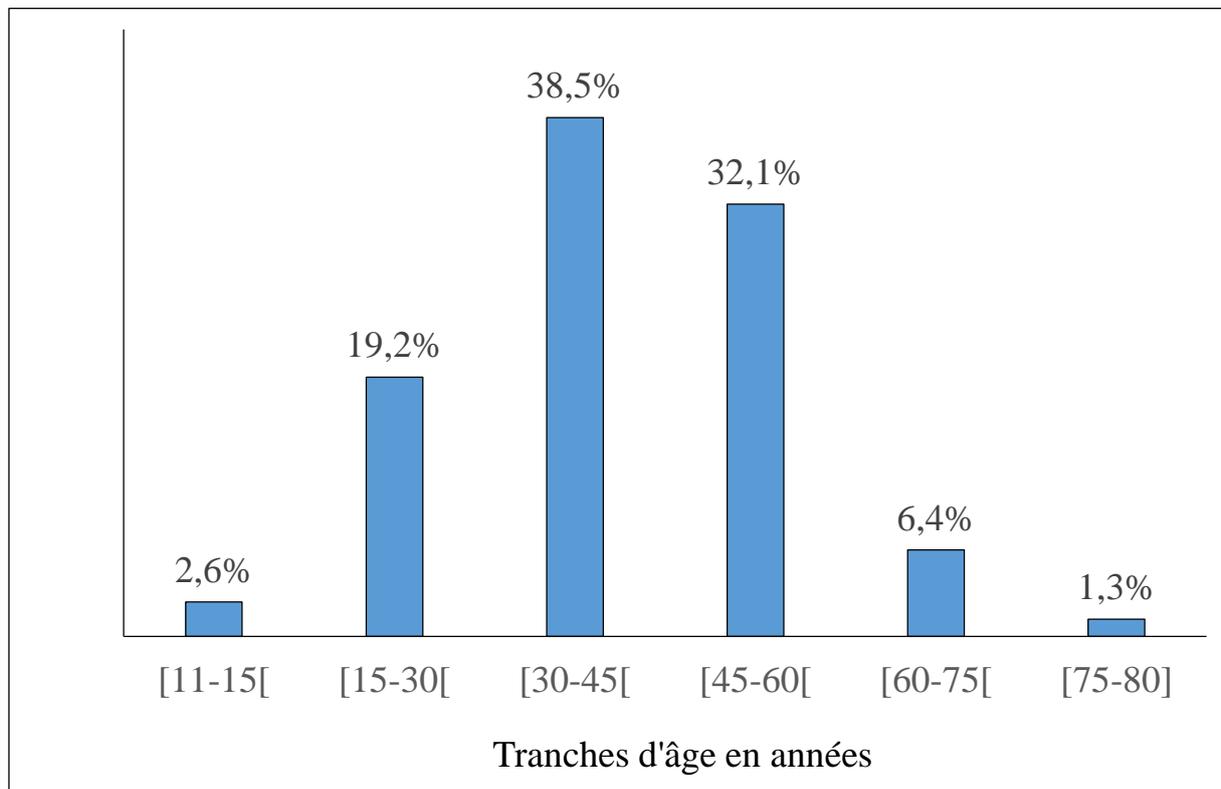
### II.1.2.1. Sexe des patients



**Figure 1 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le sexe (N = 78)**

Les femmes représentaient 87,2% de notre cohorte soit 68 patientes sur 78.

### II.1.2.2. Age des patients

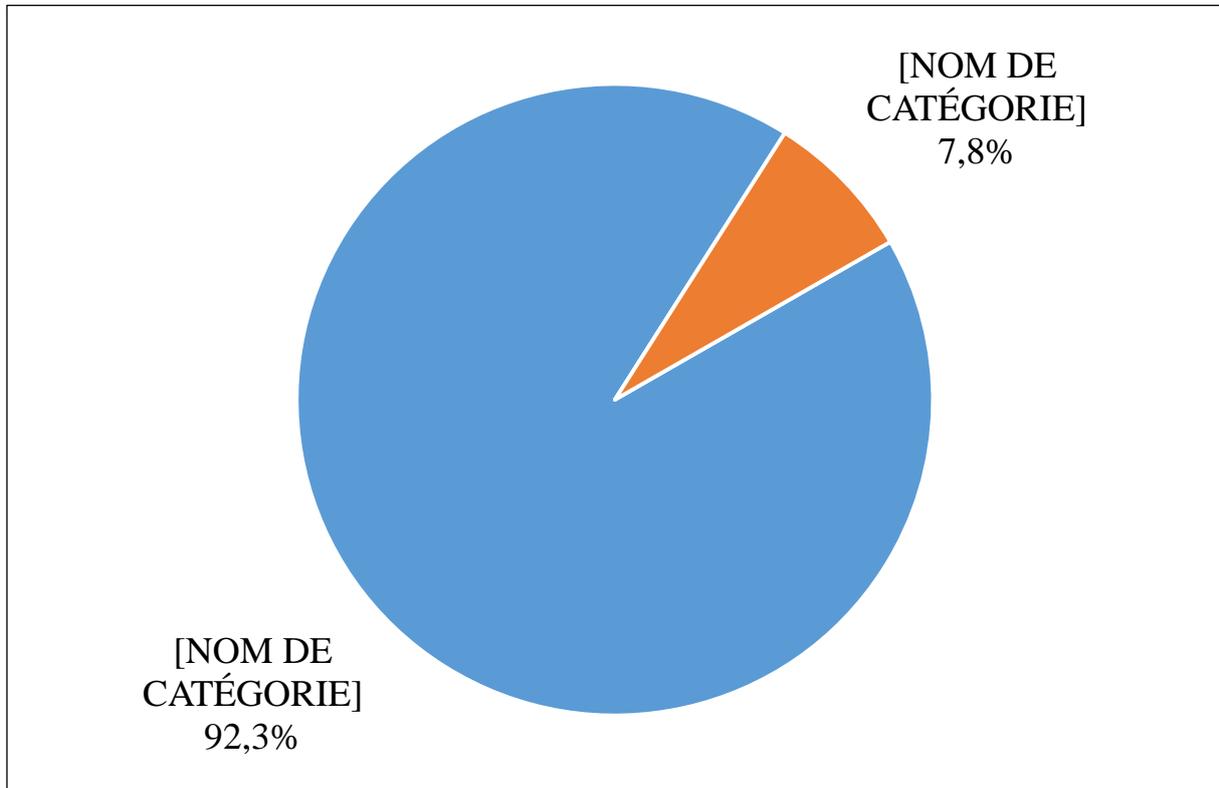


**Figure 2 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'âge (N = 78)**

L'âge moyen des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée était de  $41,06 \pm 14,4$  ans avec des extrêmes de 11 ans et 80 ans.

La tranche d'âge [30 ans-45 ans[ représentait 38,5% suivie de la tranche d'âge [45 ans-60 ans[ avec 32,1%.

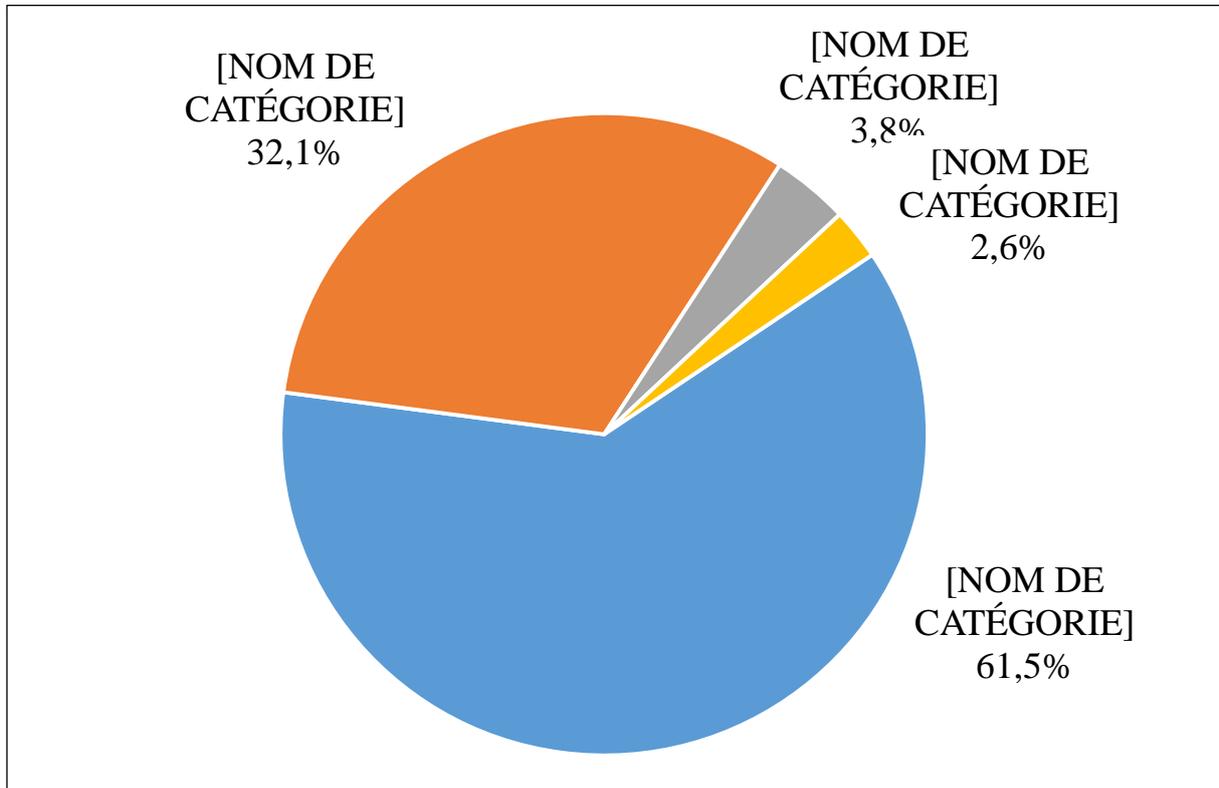
### II.1.2.3. Zone de résidence des patients



**Figure 3 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la zone de résidence (N = 78)**

Les patients qui habitaient en zone urbaine représentaient 92,3%.

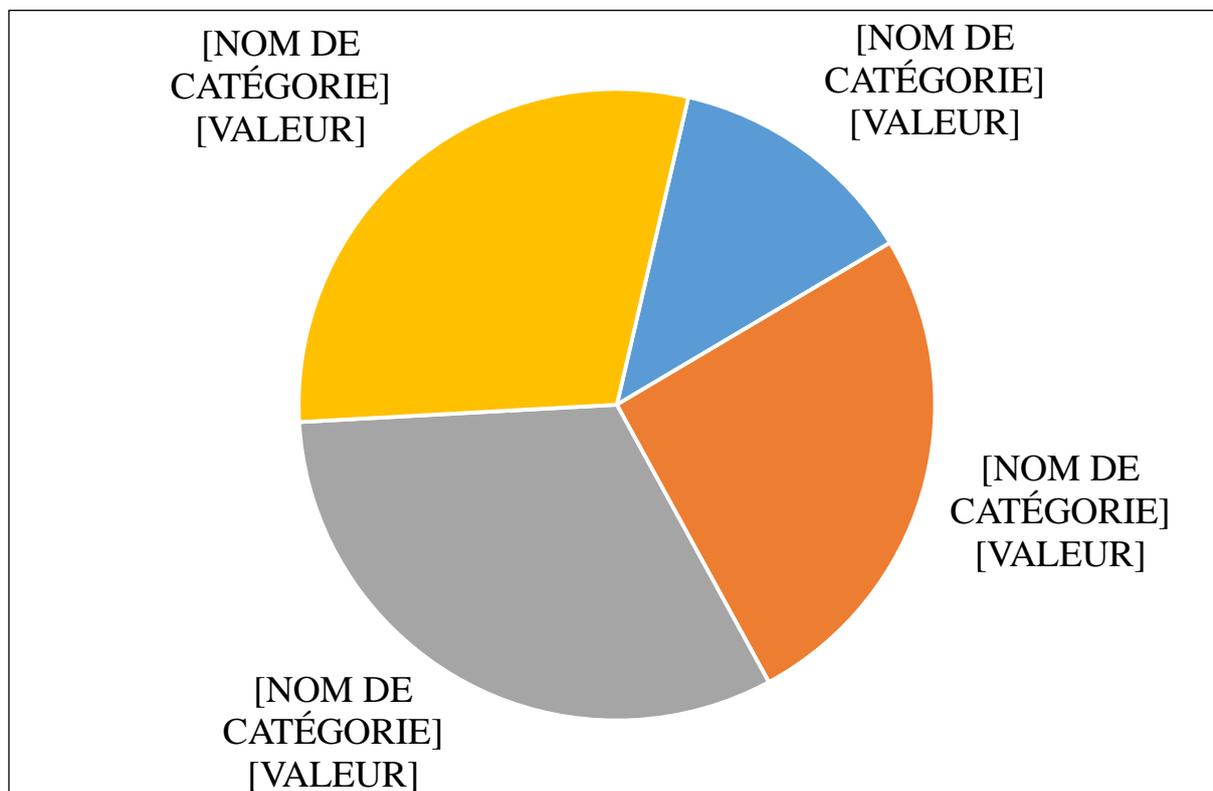
#### II.1.2.4. Situation matrimoniale des patients



**Figure 4 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la situation matrimoniale (N = 78)**

Les mariés étaient les plus représentés avec 61,5%.

### II.1.2.5. Niveau d'instruction des patients



**Figure 5 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le niveau d'instruction (N = 78)**

Une proportion de 70% de nos patients avaient un niveau d'instruction allant du primaire à l'université.

### II.1.2.6. Profession des patients

**Tableau I : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la profession (N = 78)**

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	18	23,1
Secteur informel	16	20,5
Élève/étudiant	15	19,2
Secteur privé	11	14,1
Sans emploi	10	12,8
Secteur public	8	10,3
Retraite	1	1,3
Total	78	100

Les ménagères, les travailleurs du secteur informel et les étudiants étaient les plus représentatifs de notre cohorte.

### **II.1.2.7. Assurance maladie des patients**

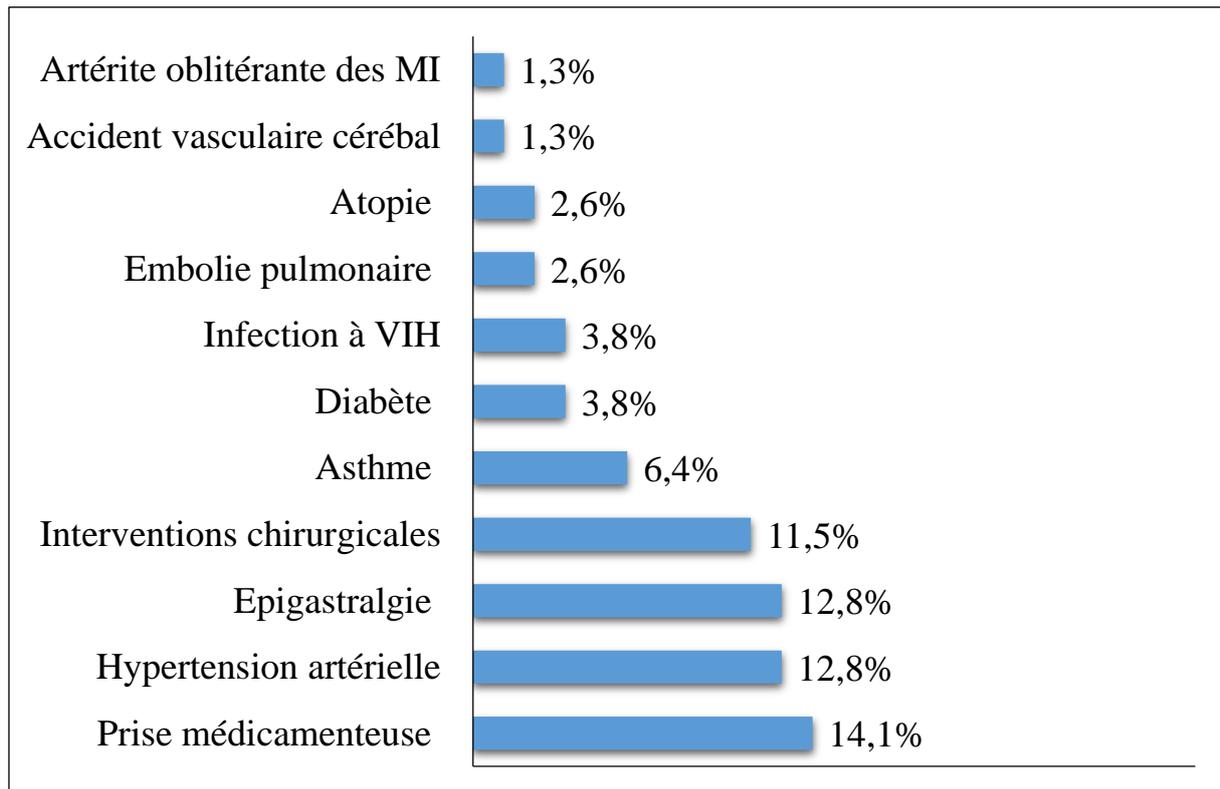
**Tableau II : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'assurance maladie (N = 78)**

<b>Adhérent à une assurance maladie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	52	66,7
Oui	16	20,5
Non précisé	10	12,8
Total	78	100

Plus de la moitié des patients soit 52 sur les 78 ne disposaient pas d'une couverture médicale.

### II.1.3. Antécédents personnels des patients

#### II.1.3.1. Antécédents médicaux



**Figure 6 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les antécédents médicaux des patients (N = 78)**

### II.1.3.2. Médicaments régulièrement consommés

**Tableau III : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les médicaments régulièrement pris (N = 11)**

Produits médicamenteux	Effectif	Pourcentage
<b>Lupus érythémateux systémique</b>		
Méthoxsalène + Vitiskin	1	18,1
Ténofovir + Efavirenz + Lamivudine + TDF	1	9
Ténofovir + Efavirenz + Lamivudine + Cotrimoxazole	1	9
<b>Sclérodémie</b>		
Méthoxsalène	1	18,1
Fer	1	9
Vastarel	1	9
Prednisone + Levothyroxine	1	9
Amlodipine-Valsartan	1	9
Vastarel	1	9
Tobramycine collyre + Ciprofloxacine collyre	1	9
Metformine + Levofloxacine + Atorvastatine + Acide acétylsalicylique	1	9

Sur les 78 patients de notre cohorte, 11 ont notifié la notion de prise régulière de médicaments dont 3 cas de médicaments liés au lupus érythémateux systémique et 8 cas liés à la sclérodémie. Aucun patient n'a notifié la consommation régulière de médicaments liés à la dermatomyosite.

### II.1.3.3. Antécédents obstétricaux des patientes

Sur 68 personnes de sexe féminin, les informations relatives aux antécédents obstétricaux ont été obtenues pour 53 d'entre elles.

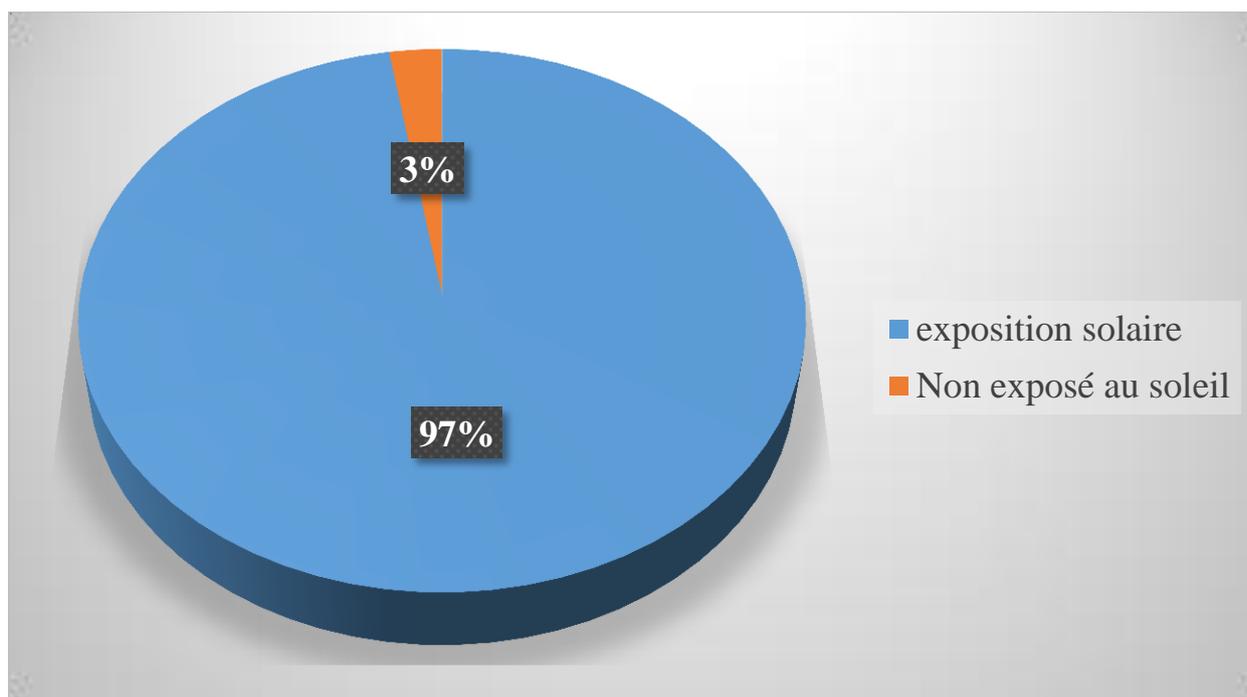
**Tableau IV : Répartition des patientes atteintes de maladies systémiques à expression cutanée selon les antécédents gynéco-obstétricaux (N = 53)**

Antécédents gynéco-obstétricaux	Effectif	Pourcentage
<b>Gestité</b>		
• Nulligeste	9	17
• Primigeste	15	28,3
• Multigeste	29	54,7
<b>Parité</b>		
• Nullipare	16	30,2
• Primipare	10	18,9
• Multipare	27	50,9
<b>Antécédents obstétricaux</b>		
• Avortement spontané	18	34
• Césarienne	3	5,7

---

#### II.1.3.4. Mode de vie

##### II.1.3.4.1. Exposition au soleil



**Figure 7 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'exposition au soleil (N = 78)**

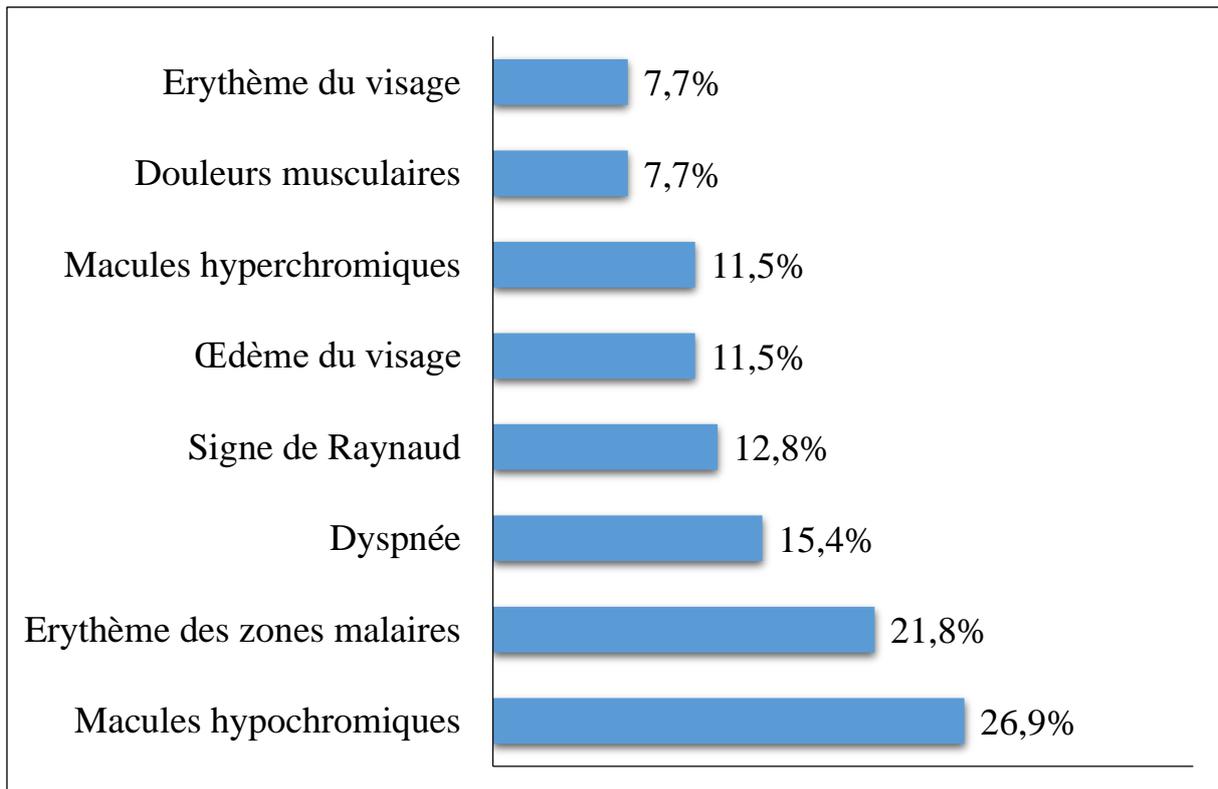
Le nombre moyen d'heures d'exposition journalière au soleil des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée était de  $4,5 \pm 2,4$  avec des extrêmes d'une heure et de 10 heures

##### II.1.3.4.2. Prise d'alcool et de tabac

Sur l'ensemble des 78 patients 13 consommaient de l'alcool (16,7%), 3 étaient tabagiques (3,8%).

## II.2. ASPECTS CLINIQUES

### II.2.1. Motifs de consultation

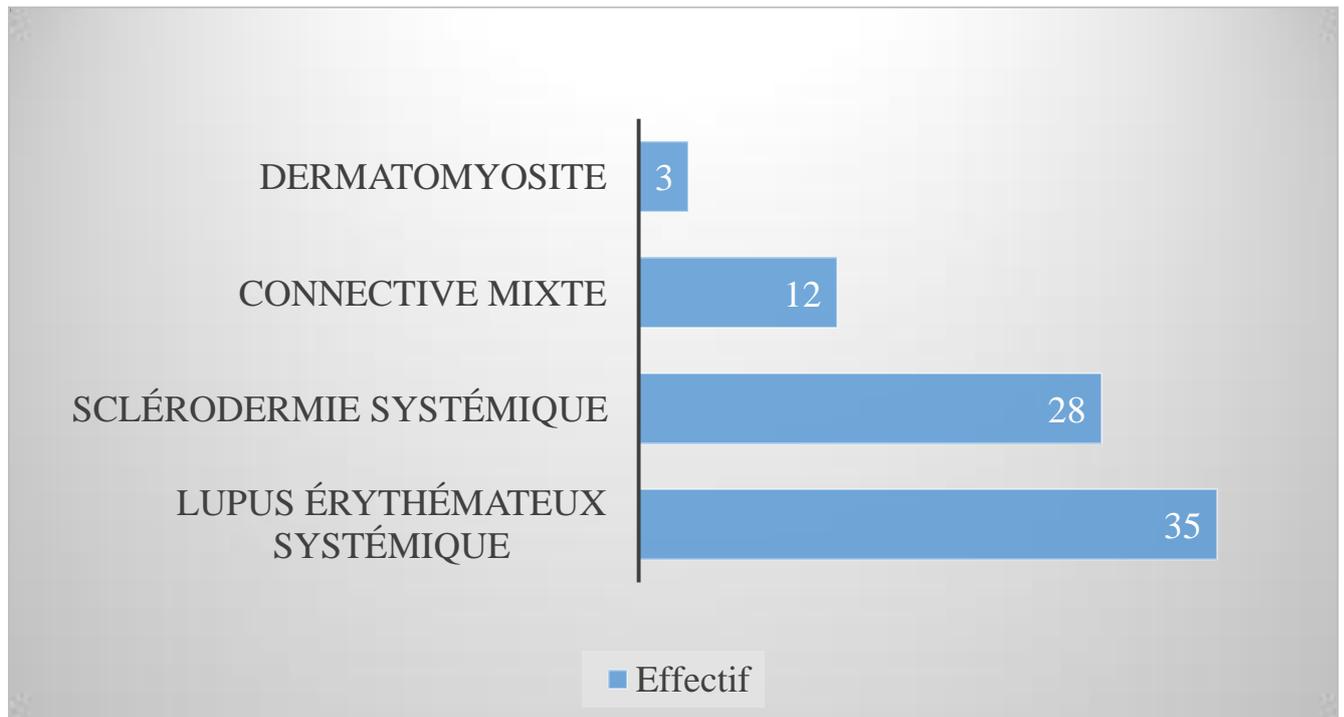


**Figure 8 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le motif de consultation (N=78)**

Les macules hypochromiques ont été signalées comme motif de consultation dans 26,9% des cas, suivies de l'érythème malaire 21,8% des cas et la dyspnée avec 15,4% des cas.

## II.2.2. Diagnostic clinique retenu

### II.2.2.1. Type de maladie systémique



**Figure 9 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le type de connectivite (N = 78)**

Les patients atteints de lupus érythémateux systémique représentaient 35 cas (44,9%), de sclérodermie 28 cas (35,9%), de connectivite mixte 12 cas (15,4%) et de dermatomyosite 3 cas (3,8%).

### **II.2.2.2. Connectivites mixtes**

**Tableau V : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'atteinte mixte (N = 12)**

<b>Connectivites mixtes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sclérodermie + dermatomyosite	5	41,6
Lupus + dermatomyosite	5	41,6
Lupus + sclérodermie	2	16,6

L'association dermatomyosite et lupus ou sclérodermie était retrouvée chez 41,6% des cas.

## II.2.3. Manifestations cliniques

### II.2.3.1. Différents organes atteints

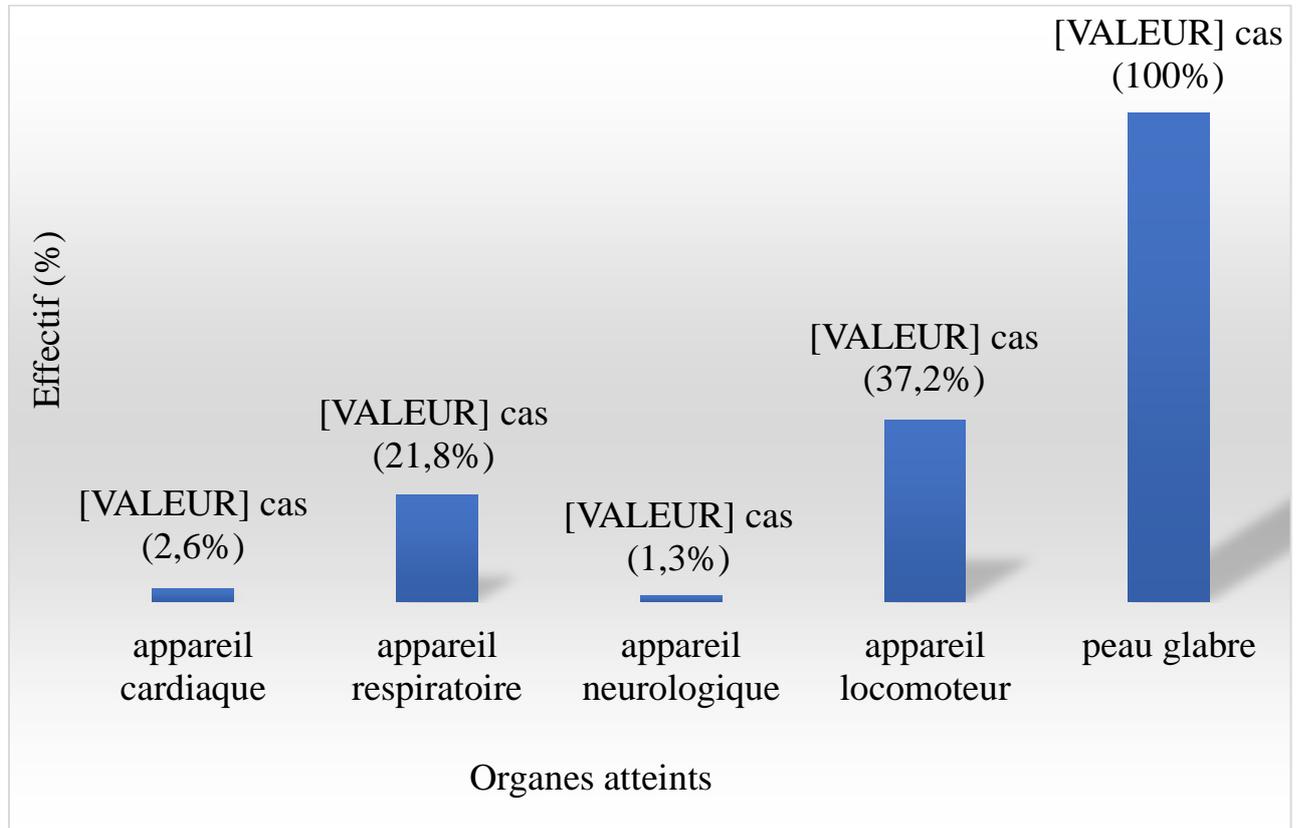


Figure 10 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon l'organe atteint (N= 78)

L'atteinte cutanée était présente chez l'ensemble de nos patients, suivie de l'atteinte de l'appareil locomoteur dans 29 cas.

### III.2.3.2. Manifestations dermatologiques

**Tableau VI : Répartition des patients atteints de lupus érythémateux systémique selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes (N = 35)**

Manifestations dermatologiques			Effectif	Pourcentage
<b>Peau</b>				
Plaques discoïdes			<b>35</b>	<b>100</b>
Érythème en aile de papillon			17	48,6
Érosions/ulcérations cutanées			12	34,3
Squames			5	14,3
Atrophie			5	14,3
Œdème du visage			7	20
Purpura			1	2,9
Lésions urticariformes			1	2,9
<b>Muqueuses</b>				
Buccale			<b>7</b>	<b>20</b>
Oculaire			1	2,9
Génitale			1	2,9
<b>Phanères</b>				
<b>Cuir chevelu</b>	Alopécie non cicatricielle	Localisée	4	11,4
		Diffuse	5	14,2
	Alopécie cicatricielle	Localisée	9	25,7
		Diffuse	3	8,5
<b>Ongles</b>	Onychodystrophie		1	2,85

Les plaques discoïdes étaient présentes chez les 35 patients atteints de lupus érythémateux systémique, suivies de l'érythème en aile de papillon chez 17 patients.

**Tableau VII : Répartition des patients atteints de sclérodermie selon les manifestations cutanées muqueuses et phanériennes (N = 28)**

Manifestations dermatologiques			Effectif	Pourcentage
<b>Peau</b>				
Sclérose			28	100
Syndrome de Raynaud			28	100
Achromie mouchetée			28	100
Pulpite			10	35,7
Érosions/ulcérations cutanées			3	10,7
Télangiectasie			1	3,6
<b>Muqueuses</b>				
Buccale			12	42,8
Oculaire			1	3,6
Génitale			1	3,6
<b>Phanères</b>				
<b>Cuir chevelu</b>	Alopécie non	Localisée	0	0
	cicatricielle	Diffuse	4	14,3
	Alopécie	Localisée	2	7,1
	cicatricielle	Diffuse	3	10,7
<b>Ongles</b>	Onychodystrophie		2	7,1
	Onychomycose		2	7,1
	Onycholyse		1	3,6

La sclérose cutanée, le syndrome de Raynaud et l'achromie mouchetée étaient présents chez tous les patients atteints de sclérodermie.

Une atteinte buccale a été retrouvée chez 12 patients.

**Tableau VIII : Répartition des patients atteints de dermatomyosite selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes (N = 3)**

<b>Manifestations dermatologiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Peau</b>		
Érythème héliotrope	3	100
Œdème périorbitaire	3	100
Poikilodermie	2	66,7
Érosions/ulcérations cutanées	1	33,3
Papule de Gottron	1	33,3
Œdème du visage	2	66,7
Télangiectasie	1	33,3
<b>Muqueuses</b>		
Buccale	1	33,3
Génitale	1	33,3
<b>Phanères</b>		
Pas d'atteinte phanérienne		

L'érythème héliotrope et l'œdème périorbitaire étaient observés dans les 3 cas de dermatomyosite. Il n'y avait pas d'atteinte des phanères.

**Tableau IX : Répartition des patients atteints d'une connectivite mixte selon les manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes (N = 12)**

Manifestations cutanées	Effectif	Pourcentage	
<b>Peau</b>			
Sclérose	5	41,7	
Squames	5	41,7	
Érythème en aile de papillon	4	33,3	
Érosions/ulcérations cutanées	4	33,4	
Achromie mouchetée	4	33,3	
Érythème héliotrope	3	25	
Œdème périorbitaire	3	25	
Plaques discoïdes	7	58,3	
Poïkilodermie	2	16,7	
Œdème du visage	4	33,3	
Télangiectasie	1	8,3	
Papules de Gottron	1	8,3	
Pulpite	1	8,3	
Atrophie	1	9,1	
Purpura	1	9,1	
<b>Muqueuses</b>			
Pas d'atteinte des muqueuses			
<b>Phanères</b>			
	Alopécie localisée	4	33,3
	Alopécie cicatricielle	3	25
<b>Cuir chevelu</b>	Alopécie diffuse	1	8,3
	Alopécie non cicatricielle	1	8,3
<b>Ongles</b>	Onychodystrophie	1	8,3

Les cas de connectivites mixtes présentaient des atteintes dermatologiques mixtes selon l'association.

### II.2.2.3. Manifestations extra dermatologiques

#### II.2.2.3.1. Manifestations liées à l'atteinte de l'appareil locomoteur

**Tableau X : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations cliniques liées à l'atteinte de l'appareil locomoteur (N = 52)**

Manifestations liées à l'atteinte de l'appareil locomoteur	Effectif	Pourcentage
<b>Lupus érythémateux systémique</b>	<b>14</b>	<b>26,9</b>
Signe du tabouret	4	28,5
Signe du foulard	2	14,2
Signe de la prière	0	0
Polyarthralgies	2	14,2
Faiblesse musculaire	3	21,4
Myalgie	3	21,4
<b>Sclérodermie</b>	<b>24</b>	<b>46,1</b>
Signe du foulard	6	25
Signe de la prière	5	20,8
Signe du tabouret	8	33,3
Polyarthralgies	1	4,1
Myalgies	2	8,3
Faiblesse musculaire	2	8,3
<b>Dermatomyosite</b>	<b>3</b>	<b>5,7</b>
Signe de tabouret	3	100
Signe de foulard	3	100
Signe de la prière	1	33,3
Polyarthralgie	1	33,3
Myalgie	2	66,6
Faiblesse musculaire	3	100
<b>Connectivite mixte</b>	<b>11</b>	<b>21,1</b>
Signe du tabouret	6	54,5
Signe de foulard	3	27,2
Signe de prière	1	9
Polyarthralgie	1	9
Myalgie	2	18,1
Faiblesse musculaire	2	18,1

### II.2.2.3.2. Manifestations liées à l'atteinte de l'appareil respiratoire

**Tableau XI: Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations respiratoires (N = 32)**

Manifestations respiratoires	Effectif	Pourcentage
<b>Lupus érythémateux systémique</b>	<b>11</b>	<b>34,3</b>
Dyspnée	6	54,5
Râles crépitants	3	27,2
Râles ronflants	1	9
Toux sèche	1	9
<b>Sclérodermie</b>	<b>10</b>	<b>31,2</b>
Dyspnée	7	70
Râles crépitants	1	10
Râles ronflants	1	10
Toux sèche	1	10
<b>Dermatomyosite</b>	<b>1</b>	<b>3,1</b>
Dyspnée	1	100
<b>Connectivite mixte</b>	<b>10</b>	<b>31,2</b>
Dyspnée	6	60
Râles crépitants	1	10
Râles ronflants	1	10
Toux sèche	1	10

La manifestation pulmonaire la plus retrouvée était la dyspnée dans tous les types de connectivites.

### II.2.2.3.3. Manifestations liées à l'atteinte de l'appareil digestif

**Tableau XII : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations digestives (N = 31)**

<b>Manifestations cliniques digestives</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Lupus érythémateux systémique</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>
Douleur abdominale	1	20
Dysphagie	2	40
Épigastralgie	1	20
Perlèche	1	20
<b>Sclérodermie</b>	<b>18</b>	<b>58</b>
Douleur abdominale	1	5,5
Dysphagie	1	5,5
Épigastralgie	8	44,4
Perlèche	1	5,5
Dysphagie	1	5,5
Vomissement	7	38,8
Nausées	10	55,5
Reflux	15	83,3
<b>Dermatomyosite</b>	<b>2</b>	<b>6,4</b>
Épigastralgie	2	100
Vomissements	2	100
Nausées	1	50
<b>Connectivite mixte</b>	<b>6</b>	<b>19,3</b>
Douleur abdominale	3	50
Épigastralgie	5	83,3
Nausées	4	66,6
Vomissements	5	83,3

Les manifestations digestives les plus retrouvées étaient les reflux, épigastralgie, nausées et vomissements.

#### II.2.2.3.4. Manifestations liées à l'atteinte de l'appareil cardiaque

**Tableau XIII : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les manifestations cardiaques (N = 26)**

Manifestations cardiaques	Effectif	Pourcentage
<b>Lupus érythémateux systémique</b>	<b>8</b>	<b>30,7</b>
Tachycardie	1	12,5
<b>Sclérodermie</b>	<b>7</b>	<b>27</b>
Tachycardie	1	14,2
<b>Dermatomyosite</b>	<b>1</b>	<b>3,8</b>
Tachycardie	1	100
<b>Connectivite mixte</b>	<b>10</b>	<b>38,4</b>
Tachycardie	5	50

La manifestation cardiaque la plus retrouvée était la tachycardie dans toutes les connectivites.

#### II.2.2.3.5. Manifestations liées à l'atteinte de l'appareil neurologique

Un patient lupique a présenté une atteinte neurologique à type de convulsion.

### II.3. ASPECTS PARACLINIQUES

#### II.3.1. Aspects biologiques

**Tableau XIV : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le bilan biologique**

Biologie		Sclérodermie systémique		Lupus érythémateux systémique		Dermatomyosite		Connectivite mixte	
		Effectif= 28	%	Effectif= 35	%	Effectif= 3	%	Effectif= 12	%
<b>NFS</b>	Normal	16	57,1	19	54,2	1	33,3	7	58,3
	Non réalisé	4	14,2	5	14,2	0	0	0	0
	Anémie	9	32,1	11	31,4	3	100	5	41,7
	Hyperleucocytose	3	10,7	2	5,7	1	33,3	1	8,3
<b>Glycémie à jeun</b>	Normal	19	67,8	25	71,4	3	100	9	75
	Non réalisé	7	25	8	22,8	0	0	0	0
	Élevé	3	10,7	2	5,7	0	0	2	16,7
<b>Protéines inflammatoires</b>									
<b>VS</b>	Normal	3	10,7	4	11,4	0	0	7	58,3
	Non réalisé	22	78,5	27	77,1	3	100	2	16,7
	Élevé	4	14,2	4	11,4	0	0	3	25
<b>CRP</b>	Normal	4	14,2	5	14,2	0	0	5	41,7
	Non réalisé	17	60,7	29	82,8	3	100	4	33,3
	Élevé	8	28,5	1	2,8	1	33,3	3	25,0

**Profil épidémio-clinique, paraclinique et thérapeutique des maladies systémiques à expression cutanée au service de dermatologie-vénérologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan), de 2016 à 2022**

<b>Enzymes musculaires</b>									
<b>CPK</b>	Normal	8	28,5	0	0	0	0	2	16,7
	Non réalisé	17	60,7	31	88,5	3	100	9	75,0
	Élevé	4	14,2	4	11,4	0	0	1	8,3
<b>LDH</b>	Normal	7	25	0	0	0	0	2	16,7
	Non réalisé	18	64,2	32	91,4	2	66,6	10	83,3
	Élevé	4	14,2	3	8,5	2	66,6	0	0
<b>Aldolase</b>	Normal	7	25	3	8,5	2	66,6	8	66,7
	Non réalisé	21	75	32	91,4	2	66,6	4	33,3
	Élevé	1	3,5	0	0	0	0	0	0
<b>Biochimie urinaire</b>									
<b>Protéinurie de 24 heures</b>	Normal	5	17,8	9	25,7	0	0	7	58,
	Non réalisé	20	71,4	15	42,8	3	100	2	16
	Élevé	4	14,2	11	31,4	1	33,3	3	25
<b>Urée</b>	Normal	4	14,2	1	2,8	0	0	4	33,3
	Non réalisé	25	89,2	33	94,2	3	100	5	41,7
	Élevé	0	0	1	2,8	0	0	1	8,3
<b>Bilan hépatique</b>									
<b>ASAT</b>	Normal	11	39,2	14	40	3	100	6	50
	Non réalisé	14	50	17	48,5	1	33,3	4	33,3
	Élevé	4	14	4	11,4	0	0	2	16,7
<b>ALAT</b>	Normal	11	39,2	14	40	3	100	6	50
	Non réalisé	14	50	17	48,5	1	33,3	4	33,3
	Élevé	4	14,2	4	11,4	0	0	2	16,7

### II.3.2. Aspects immunologiques

**Tableau XV : Fréquence des anticorps retrouvés chez les patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée**

Bilan d'auto-immunité		Sclérodermie systémique		Lupus érythémateux systémique		Dermatomyosite		Connectivite Mixte	
		Effectif= 28	%	Effectif= 35	%	Effectif= 3	%	Effectif= 12	%
FAN	Normal	2	7,1	5	14,3	1	33,3	1	8,3
	<b>Positif</b>	7	25	17	48,6	1	33,3	11	91,7
	non fait	19	67,9	13	37,1	1	33,3	0	0,0
Ac anti Sm	Normal	3	10,7	5	14,3	0	0	2	16,7
	<b>Positif</b>	1	3,6	7	20	1	33,3	5	41,7
	non fait	24	85,7	23	65,7	2	66,7	5	41,7
Anticorps anti DNA natif	Normal	2	7,1	9	25,7	1	33,3	3	25,0
	<b>Positif</b>	1	3,6	10	28,6	1	33,3	6	50,0
	non fait	25	89,3	16	45,7	1	33,3	3	25,0
Anticorps anti Scl 70	Normal	2	7,1	8	22,9	1	33,3	3	25,0
	<b>Positif</b>	3	10,7	2	5,7	0	0	1	8,3
	non fait	23	82,1	25	71,4	2	66,7	8	66,7
Anti SSA	Normal	2	7,1	6	17,1	1	33,3	2	16,7

**Profil épidémiologique, paraclinique et thérapeutique des maladies systémiques à expression cutanée au service de dermatologie-vénérologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan), de 2016 à 2022**

	<b>Positif</b>	2	7,1	7	20	0	0	1	8,3
	non fait	24	85,7	22	62,9	2	66,7	9	75,0
<b>Anti SSB</b>	Normal	2	7,1	6	17,1	1	33,3	2	16,7
	<b>Positif</b>	2	7,1	7	20	0	0	1	8,3
	non fait	24	85,7	22	62,9	2	66,7	9	75,0
<b>Anti J0</b>	Normal	3	10,7	7	20	1	33,3	1	8,3
	<b>Positif</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
	non fait	25	89,3	28	80	2	66,7	11	91,7
<b>Anticorps anti centromères</b>	Normal	3	10,7	4	11,4	0	0	4	33,3
	<b>Positif</b>	1	3,6	0	0	0	0	1	8,3
	non fait	24	85,7	31	88,6	3	100	7	58,3
<b>Anti RNP</b>	Normal	2	7,1	4	11,4	0	0	2	16,7
	<b>Positif</b>	2	7,1	6	17,1	1	33,3	8	66,7
	non fait	24	85,7	25	71,4	2	66,7	2	16,7
<b>Anti-Mi2</b>	Normal	0	0	0	0	1	33,3	2	16,7
	<b>Positif</b>	0	0	0	0	1	33,3	1	8,3
	non fait	28	100	35	100	1	33,3	9	75
<b>Anti-MDA5</b>	Normal	0	0	0	0	1	33,3	2	16,7
	<b>Positif</b>	0	0	0	0	1	33,3	1	8,3
	non fait	28	100	35	100	1	33,3	9	75

### II.3.3. Aspects anatomo-pathologiques

**Tableau XVI : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon la confirmation du résultat anatomo-pathologique**

Anatomo-pathologie		Sclérodermie systémique		Lupus érythémateux systémique		Dermatomyosite		Connectivite Mixte	
		Effectif = 28	%	Effectif = 35	%	Effectif = 3	%	Effectif = 12	%
<b>Biopsie cutanée</b>	Non réalisé	25	89,2	18	51,4	2	66,6	12	100
	Image compatible	2	7,1	14	40,0	1	33,3	0	0
	Image non compatible	1	3,5	3	8,5	0	0,0	0	0

### II.3.4. Imagerie médicale

**Tableau XVII : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les aspects radiographiques, échographiques et scanographiques**

Imagerie médicale	Sclérodermie systémique		Lupus érythémateux systémique		Dermatomyosite		Connectivite mixte		
	Effectif= 28	%	Effectif= 35	%	Effectif= 3	%	Effectif= 12	%	
<b>Radiographie du thorax</b>	Normal	11	39,3	9	25,7	3	100	0	0
	Non Réalisé	7	25	16	45,7	0	0	4	33,3
	Bronchopneumopathie alvéolaire	1	3,6	0	0	0	0	2	16,7
	Cardiomégalie	3	10,7	2	5,7	0	0	3	25
	Cardiomégalie + Pneumopathie interstitielle	1	3,6	1	2,9	0	0	1	8,3
	Pleurésie gauche	1	3,6	1	2,9	0	0	0	0
	Pleurésie bilatérale	1	3,6	0	0	0	0	0	0
	Syndrome interstitiel	3	10,7	6	17,1	0	0	2	16,7
	Normal	6	21,4	1	2,9	1	33,3	4	33,3
	Non Réalisé	17	60,7	33	94,3	2	66,7	3	25
<b>Échographie cardiaque</b>	Anomalie ventriculaire	1	3,6	0	0	0	0	1	8,3
	Cardiomyopathie dilatée	1	3,6	0	0	0	0	3	25
	Décollement péricardique	1	3,6	0	0	0	0	1	8,3
	Dilatation du massif	1	3,6	0	0	0	0	1	8,3
	Déviations axiales	1	3,6	1	2,9	0	0	1	8,3

**Profil épidémiologique, paraclinique et thérapeutique des maladies systémiques à expression cutanée au service de dermatologie-vénérologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan), de 2016 à 2022**

	Normal	2	7,1	4	11,4	0	0	3	25
	Non Réalisé	21	75	25	71,4	2	66,7	2	16,7
<b>ECG</b>	Cardiomyopathie	1	3,6	0	0	0	0	1	8,3
	Déviations axiales	1	3,6	1	2,9	0	0	2	16,7
	Tachycardie axiale	1	3,6	1	2,9	0	0	2	16,7
	Hypertrophie ventriculaire/auriculaire	1	3,6	2	5,7	1	33,3	1	8,3
	Tachycardie sinusale	1	3,6	1	2,9	0	0	1	8,3
	Bloc auriculaire gauche	0	0	1	2,9	0	0	0	0
		Normal	1	3,5	0	0	0	0	3
<b>EMG</b>	Non réalisé	24	85,7	35	100	3	100	5	41,6
	Polyneuropathie	3	10,7	0	0	0	0	4	33,3
<b>ENMG</b>	Normal	2	7,1	0	0	0	0	0	0
	Anormal	0	0	1	2,8	0	0	0	0
	Non réalisé	26	92,8	34	97,1	3	100	12	100
<b>Scanner thoracique</b>	Normal	2	7,1	0	0	0	0	0	0
	Non réalisé	26	92,8	32	91,4	3	100	8	66,6
	Pneumopathie interstitielle	0	0	2	5,7	0	0	3	25
	Pleurésie bilatérale	0	0	1	2,8	0	0	1	8,3
<b>Scanner cérébral</b>	Encéphalite	0	0	1	2,8	0	0	0	0
	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>FOGD</b>	Non réalisé	19	67,8	35	100	2	66,6	4	33,33
	Gastropathie	3	10,7	0	0	0	0	4	33,33
	Œsophagite	3	10,7	0	0	0	0	2	16,6
	Pangastrite	3	10,7	0	0	1	33,3	2	16,6

Nous n'avons observé aucun cas d'hypertension artérielle pulmonaire à l'échographie cardiaque.

### II.3.6. Aspects à l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)

**Tableau XVIII : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les anomalies fonctionnelles respiratoires (N=10)**

Anomalies à l'EFR	Effectif	Pourcentage
<b>Sclérodémie systémique</b>	<b>9</b>	<b>90</b>
Syndrome restrictif	4	40
Insuffisance ventilatoire	2	20
Syndrome obstructif	1	10
Hypoxémie/Hypocapnie	2	20
<b>Dermatomyosite</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
Insuffisance ventilatoire	1	10

Dix patients ont présenté des anomalies à l'EFR dont 8 patients atteints de sclérodémie.

Les principales atteintes à l'EFR étaient le syndrome restrictif, l'insuffisance ventilatoire et l'hypoxie/hypocapnie.

### II.3.7. Aspects ophtalmologiques

**Tableau XIX : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon les anomalies au fond d'œil (N = 3)**

Anomalies ophtalmologiques au fond d'œil	Effectif	Pourcentage
<b>Lupus érythémateux systémique</b>	<b>1</b>	<b>33,3</b>
Neuropathie optique bilatérale sans macule	1	100
<b>Sclérodermie</b>	<b>1</b>	<b>33,3</b>
Glaucome	1	100
<b>Dermatomyosite</b>	<b>1</b>	<b>33,3</b>
Exsudats bilatéraux	1	100

Trois patients ont présenté une atteinte oculaire au fond d'œil. Il s'agissait d'une neuropathie bilatérale pour le lupus érythémateux systémique, de glaucome pour la sclérodermie et d'exsudats bilatéraux pour la dermatomyosite

## II.4. MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIVES

### II.4.1. Modalités thérapeutiques

#### II.4.1.1. Traitement spécifique

**Tableau XX : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le traitement spécifique par voie générale**

Traitement par voie générale	Effectif	Pourcentage
<b>Lupus érythémateux systémique</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
Hydroxychloroquine	25	71,4
Prednisone	12	34,3
Méthotrexate	3	8,6
Mycophénolate mofétil	3	8,6
Azathioprine	1	2,9
<b>Sclérodermie</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
Prednisone	28	100
Méthotrexate	1	3,6
<b>Dermatomyosite</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
Prednisone	3	100
Hydroxychloroquine	2	66,7
Azathioprine	2	66,7
<b>Connectivite mixte</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Prednisone	12	100
Hydroxychloroquine	3	25
Azathioprine	5	41,6

Les patients atteints de lupus érythémateux systémique, de connectivite mixte et de dermatomyosite ont été traités par l'hydroxychloroquine associée ou non à la prednisone, au méthotrexate, au mycophénolate mofétil ou à l'azathioprine. Le traitement en cas de sclérodermie était la prednisone +/- le méthotrexate.

### II.4.1.2. Traitement local

**Tableau XXI : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le traitement local**

Traitement	Sclérodermie systémique		Lupus érythémateux systémique		Dermatomyosite		Connectivite Mixte		
	Effectif = 28	%	Effectif = 35	%	Effectif = 3	%	Effectif = 12	%	
<b>Traitement spécifique</b>	Tacrolimus	0	0	15	42,8	1	33,3	7	58,3
	Propionate de clobétasol	23	82,1	19	54,2	0	0	4	33,3
<b>Traitement adjuvant</b>	Émollient	25	89,2	20	57,1	3	100	12	100
	Cicatrisant	4	14,2	0	0	1	33,3		0
	Crème solaire	28	100	35	100	3	100	12	100

### II.4.1.3. Traitements complémentaires

**Tableau XXII : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le traitement adjuvant (N = 78)**

Traitement adjuvant	Sclérodermie systémique		Lupus érythémateux systémique		Dermatomyosite		Connectivite Mixte	
	Effectif = 28	%	Effectif = 35	%	Effectif = 3	%	Effectif = 12	%
IPP	18	64,3	12	34,3	2	66,7	8	66,7
Potassium	20	71,4	2	5,7	0	0	4	33,3
Calcium	1	3,6	1	2,9	1	33,3	5	41,7
Albendazole	7	25,0	3	8,6	2	66,7	8	66,7
Nifédipine	2	7,1	0	0	0	0	4	33,3
Ramipril	14	50	1	2,9	0	0	1	8,3
Acide folique	0	0	3	8,6	0	0	0	0
Paracétamol + codéine + caféine	5	17,9	3	8,6	1	33,3	0	0
Hydroxyde d'aluminium et de magnésium	7	25,0	5	14,3	0	0	3	25
Fer	4	14,3	3	8,6	1	33,3	2	16,7
Desloratadine	0	0	1	2,9	0	0	0	0
Prégabaline	0	0	1	2,9	0	0	0	0



#### II.4.1.4. Régime hygiéno-diététique

**Tableau XXIII : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le régime hygiéno-diététique (N=78)**

Régime hygiéno-diététique	Effectif	Pourcentage
Protection vestimentaire	78	100
Régime hyposodé	40	51,3
Régime hypocalorique	38	48,7
Régime hypoglycémiant	35	44,9

## II.4.2. Modalités évolutives

### II.4.2.1. Suivi médical des patients

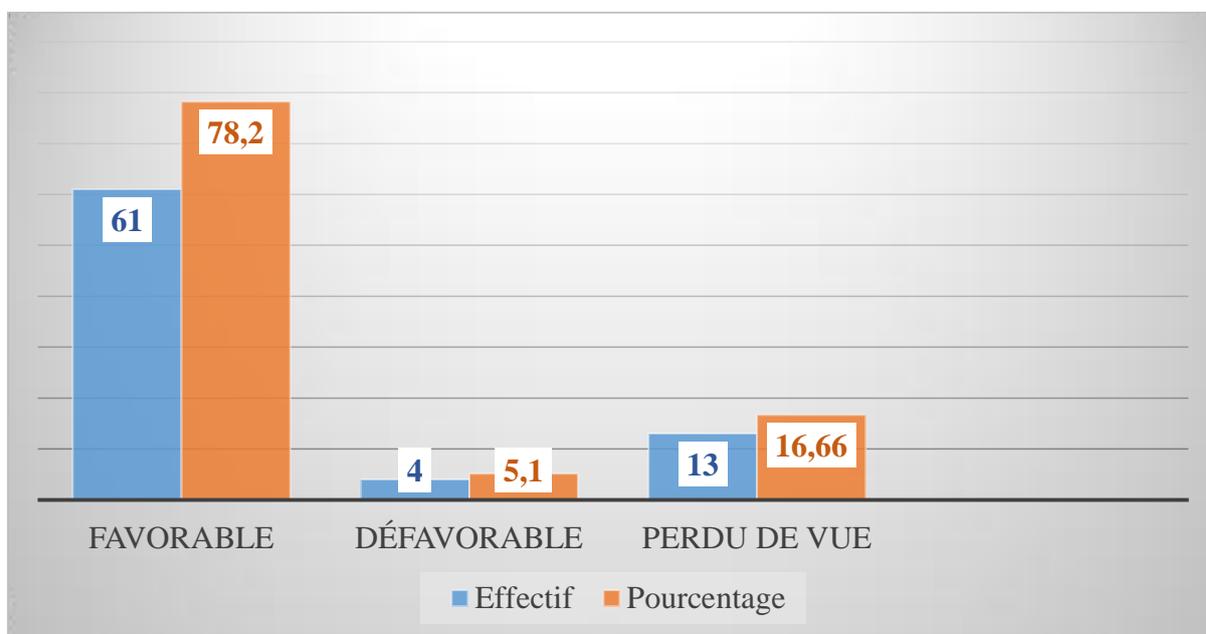
Le suivi médical était soit uniquement dermatologique (44 patients) soit pluridisciplinaire (34 patients). Les spécialités concernées par le suivi pluridisciplinaire sont présentées dans le tableau ci-après.

**Tableau XXIV : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon le suivi spécialisé**

Spécialités médicales	Effectif	Pourcentage
Cardiologie	15	44,1
Kinésithérapie	13	38,2
Pneumologie	9	26,5
Médecine interne	7	20,6
Néphrologie	6	17,6
Rhumatologie	6	17,6
Psychiatrie	1	2,9
Hématologie	1	2,9
Gastroentérologie	1	2,9
Neurologie	1	2,9
Gynécologie	1	2,9

La cardiologie (15 cas) et la kinésithérapie (13 cas) étaient les spécialités les plus sollicitées chez nos patients.

### II.4.2.3. Suivi des patients



**Figure 11 : Répartition des patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée selon leur suivi sous traitement (N = 78)**

Les cas défavorables sont des cas d'hospitalisations.

Les perdus de vue représentaient les patients qui n'ont pas été revus en consultation depuis 6 mois.

## **Chapitre III**



# **DISCUSSION**

Notre étude qui s'est intéressée aux maladies systémiques a dressé un profil épidémiologique, paraclinique et thérapeutique des maladies systémiques à expression cutanée qui présentait des limites. Il s'agissait de limites relatives à une étude rétrospective, effectuée à partir de dossiers médicaux de patients.

Nous avons essentiellement relevé des informations incomplètes dans certains dossiers médicaux, liées au fait qu'elles n'ont pas été renseignées ou l'ont été insuffisamment par les praticiens (données manquantes ou insuffisantes). La non complétude des dossiers a souvent concerné les examens paracliniques qui n'ont pas pu être réalisés par les patients à cause du coût.

Même si l'exploitation de ces dossiers médicaux incomplets ne permet pas une généralisation des résultats, notre étude a abouti à des données susceptibles d'être confrontées à celles obtenues par d'autres auteurs et discutées en considérant chaque variable.

### **III.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS**

Nous avons recensé 216 dossiers de patients atteints de maladies systémiques à expression cutanée sur 68780 consultations, ce qui représentait une fréquence hospitalière de 0,31%. Elle est faible comparativement à celles obtenues dans les études antérieures en Afrique subsaharienne [6, 19, 20, 23-26, 30, 31].

Sur ces 216 dossiers, 78 (36%) ont été retenus conformément aux critères de sélection, constituant ainsi notre population d'étude. Celle-ci est dominée par les patients de sexe féminin avec une large majorité de 87,2% soit plus de 4 cas sur 5 (Figure 1). Ce résultat concorde avec les données de la littérature qui situent à au moins 80%, la prévalence de femmes atteintes de maladies systémiques. Hounsounou et al en Côte d'Ivoire [26] et Lamini et al au Congo Brazzaville [32] ont obtenu des prévalences supérieures respectives de 89,4% et 89%.

Sangaré et al en Côte d'Ivoire [6] et Mijiyawa et al au Togo [27] rapportent une prédominance féminine moins marquée avec respectivement 65,3% et 72,6%. La disparité entre les chiffres peut s'expliquer par les approches méthodologiques de chaque étude.

La susceptibilité de la femme aux maladies auto-immunes systémiques résulterait de l'interaction complexe entre plusieurs conditions : un terrain génétique à risque lié au double chromosome X porteur de gènes capables d'entraîner un dysfonctionnement du système d'auto-immunité (par exemple, le gène *Kdm6a*), un terrain immunologique à risque où l'expression de la régulation immunitaire est réduite alors que la réactivité immunitaire est accrue et des facteurs endocriniens par le rôle des hormones sexuelles féminines sur la réponse immunitaire [8, 9, 11].

La moyenne d'âge de notre population d'étude était de 41,1 ans. Elle se rapproche des données des différentes études en Afrique sub-saharienne [6, 13, 20, 28, 29, 33, 34]. Selon les données de la littérature, les maladies systémiques affectent habituellement l'adulte jeune [35-38]. Cela est concordant avec nos résultats, d'autant plus que la tranche de 30 à 45 ans était prédominante dans notre série, comme dans ces études précitées (Figure 2).

La répartition selon le lieu de résidence (Figure 3) a révélé que la plupart de nos patients vivait en zone urbaine (92,3%). Kaya et al au Mali ont recensé 64,04% de résidents urbains dans leur série [24]. Quant à Kane au Sénégal, il a identifié que 50% de ses patients provenait d'une zone urbaine [34]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le rôle des facteurs environnementaux notamment de la pollution atmosphérique, dans la survenue des maladies auto-immunes. Or, les zones urbaines connaissent plus de pollution que les zones rurales et

constituent des conditions à risque. Cependant ce constat doit être nuancé par le biais éventuel

de recrutement lié au fait que les dermatologues exercent habituellement dans les grands centres urbains et reçoivent à la fois des patients provenant des zones urbaines et rurales.

Concernant les autres variables sociodémographiques comme la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'instruction et la couverture par une assurance maladie, même si elles n'ont pas été évoquées dans la littérature comme des facteurs de risque de maladies auto-immunes systémiques, elles ont fait partie des données collectées et ont permis d'étendre la description du profil épidémiologique de notre population d'étude (Figures 4 et 5, Tableaux I et II). Ainsi, nous constatons que dans notre série étaient plus nombreux, les mariés (61,5%), les patients de niveau d'instruction supérieur (32,1%), les ménagères (23,1%) et les patients qui n'avaient pas d'assurance maladie (66,7%).

Le profil épidémiologique de nos patients a été aussi décrit à partir de leurs antécédents personnels dont certains ont été incriminés parmi les facteurs de risque des maladies auto-immunes. Il s'agit de produits médicamenteux, de la coexistence de maladies chroniques, de l'intoxication tabagique et chez les femmes, d'antécédents obstétricaux.

Dans notre série, la prise antérieure ou courante de médicaments liés à la survenue d'une connectivite a été signalée par 14,1% des patients (Figure 6). Il s'agissait de 3 cas de lupus érythémateux systémique et de 8 cas de sclérodermie (Tableau III). Ekabane a obtenu une fréquence beaucoup plus élevée de cas de prise médicamenteuse (60,5%) dans sa série de 43 patients [23] soit 5 fois plus que la nôtre.

En ce qui concerne les antécédents gynécologiques de nos patientes (Tableau IV), les multigestes et les multipares étaient au premier rang avec respectivement une

fréquence de 42,6% et 39,7%. Kéita au Mali a recensé 60,67% de multigestes et 59,22% de multipares [39]. Ces fréquences élevées sont probablement en rapport avec la forte prévalence féminine atteinte de connectivites et pourraient expliquer l'influence de la grossesse sur leur évolution [3, 9, 10].

L'avortement spontané qui constitue l'une des complications du syndrome des anti-phospholipides et de la sclérodémie systémique a été signalé dans les antécédents obstétricaux par nos patientes, avec une fréquence de 34%. Elle est plus élevée que celles enregistrées par Ekabane, Kéita, Ndiaye et Kane, avec respectivement 29,7% [23], 29,61% [39], 15,66% [33] et 11,5% [34].

Nous avons exploré également le mode de vie notamment l'exposition au soleil (Figure 7) et le profil alcoolo-tabagique. La quasi-totalité des patients soit 97% était exposée au soleil durant un temps moyen journalier de 4,5 heures. Cela correspond à environ le tiers d'une journée ensoleillée de 12 heures.

L'intoxication alcoolique a été relevée dans 16,7% contre 3,8% pour l'intoxication tabagique. Des chiffres discordants de 1,7% et 9,15% de consommation tabagique ont été rapportés respectivement par Kane au Sénégal [34] et Kéita au Mali [39].

Au vu de ce qui précède, plusieurs antécédents personnels évoqués comme facteurs déclenchant la survenue d'une maladie systémique ont été retrouvés chez nos patients.

### **III.2. CARACTERISTIQUES CLINIQUES**

Sur le plan symptomatologique, les motifs de consultation ont été dominés par les macules hypochromiques et l'érythème malaire avec respectivement 26,9%

et 21,8% (Figure 8). Les autres symptômes étaient cutanés, hormis une dyspnée et une myalgie observée avec des fréquences respectives de 15,4% et 7,7%.

Ces résultats témoignent de la symptomatologie décrite classiquement dans la littérature à propos des maladies systémiques. Pratiquement les mêmes signes ont été retrouvés dans les études réalisées dans des services de dermatologie de Sangaré et al en Côte d'Ivoire [6] et de Ndiaye au Sénégal [33]. Dans les études non dermatologiques réalisées en Afrique subsaharienne, [22, 23, 25, 26, 29, 31], la symptomatologie est dominée par les arthralgies.

Sur le plan du diagnostic clinique (Figure 9), le lupus érythémateux systémique était au premier rang des connectivites à expression cutanée dans notre série, avec une fréquence de 44,9%. Cette prédominance de la maladie lupique a été retrouvée dans la quasi-totalité des études réalisées en Afrique subsaharienne [6, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 33]. Comparativement aux résultats d'autres études effectuées dans au moins un service de dermatologie, notre fréquence est inférieure à celles de Sangaré et al (65,3%) [6], de Dioussé (65,2%) [28], de Téleclessou et al (50,22%) [22] mais supérieure à celles de Hounsounou et al (35,24%) [26], de Ndiaye (27,5%) [33], de Ndour et al (25,86%) [20]. Ces variations dans les chiffres sont probablement dues à la qualité de la source des informations recueillies. Les insuffisances parfois constatées dans la tenue et le remplissage des dossiers médicaux ne permettent pas toujours d'obtenir des données complètes.

Concernant les autres types de maladies systémiques, la sclérodermie et les connectivites mixtes occupaient le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> rang avec des fréquences respectives de 35,9% et 15,4%. Au 4<sup>ème</sup> rang, la dermatomyosite a été peu retrouvée lorsqu'elle était isolée (3,8%). Elle était par contre, souvent associée à une sclérodermie ou à un lupus érythémateux disséminé dans 41,6% en cas de connectivite mixte (Tableau V).

Concernant les organes touchés, la fréquence d'atteinte de la peau était de 100%, dominant largement l'atteinte des autres organes notamment celle de l'appareil locomoteur qui suivait à une fréquence de 37,2% (Figure 10).

Au niveau de l'atteinte de la peau, les manifestations observées étaient dans la plupart des cas, celles fréquemment décrites dans la littérature (Tableaux VI à IX).

Cependant les plaques discoïdes constituaient la manifestation cutanée dominante avec une prévalence de 100% chez les cas de lupus érythémateux systémique (Tableau VI). C'était le cas également dans l'étude de Sangaré et al [6] où le lupus discoïde a été le plus retrouvé dans 79% des lupus systémiques. Il en est de même de l'étude de Ndour et al [20] qui a recensé 40% de lésions de lupus discoïde parmi les cas de lupus systémique. Ces deux résultats et le nôtre rejoignent ce que rapportaient Ameen et al [5] d'une part et Mahé et al [7] d'autre part, comme étant des particularités cliniques des maladies systémiques à expression cutanée chez les sujets à peau noire.

La sclérose cutanée, le syndrome de Raynaud et l'achromie mouchetée étaient les manifestations cutanées observées dans 100% des cas de sclérodermie systémique (Tableau VII). Sangaré et al [6] a retrouvé également une sclérose cutanée chez tous ses patients atteints de sclérodermie systémique tandis que chez ceux de Ndour et al [20], l'achromie mouchetée prédominait dans 86% des cas.

L'érythème héliotrope et l'œdème périorbitaire étaient les signes cliniques retrouvés dans 100% des cas de dermatomyosite (Tableau VIII). La sclérose cutanée était également la manifestation la plus fréquente dans les connectivites mixtes de notre série avec une fréquence de 41,7% au même titre que des lésions squameuses. (Tableau IX).

Concernant les manifestations extra-dermatologiques, le signe du tabouret était globalement le plus fréquent pour chacune des connectivites diagnostiquées, en cas d'atteinte de l'appareil locomoteur (Tableau X). La dyspnée l'était en cas d'atteinte respiratoire (Tableau XI), la douleur abdominale pour l'atteinte digestive (Tableau XII), la tachycardie en cas d'atteinte cardiaque (Tableau XIII). L'atteinte neurologique n'a concerné qu'un seul patient atteint de lupus érythémateux systémique avec une manifestation à type de convulsion. Il n'a pas été retrouvé de manifestations rénales à l'examen clinique.

L'érythème héliotrope et l'œdème périorbitaire étaient les signes cliniques retrouvés dans 100% des cas de dermatomyosite (Tableau IX).

### **III.3. ASPECTS PARACLINIQUES**

Sur le plan paraclinique, le bilan des analyses biologiques (Tableau XIV) montre que l'anémie était le signe hématologique prédominant (53,8%). Notre résultat est comparable à celui de Kane (53,3%) [34] et de Ndiaye (54,71%) [33]. Par contre, il est nettement supérieur à celui de Lèye et al (28,6%) [29] et inférieur à celui de Kéita (87,92%) [39]. Les anomalies des autres paramètres hématologiques (CRP notamment) étaient à des fréquences peu significatives.

Le bilan biochimique montre une élévation des transaminases chez 11,5% (ASAT) et 10,3% (ALAT) de nos patients. Une hyper-créatininémie a été mesurée chez 2,6%. Il en est de même de l'hyper-aldolasémie. Ces anomalies pourraient traduire une atteinte hépatique, rénale ou musculaire. Une hyperprotéinurie a été objectivée à une fréquence de 17,9% témoignant de troubles rénaux.

Sur le plan immunologique (Tableau XV), nous avons noté que les facteurs anti-nucléaires étaient plus fréquents avec une positivité dans 80% des tests réalisés. Nous avons aussi déterminé que la plupart des auto-anticorps ont été retrouvés.

Sur le plan histologique, le diagnostic a été confirmé dans 17 cas soit 81% des 21 patients ayant réalisé l'examen. Parmi eux, 14 cas ont été identifiés comme un lupus soit 40% des 35 patients lupiques (Tableau XVI).

Concernant les examens radiologiques (radiographie, scanner, échographie) et les explorations spécialisées (ECG, EMG, ENMG, EFR, ophtalmologie), ils ont été réalisés pour assurer le bilan d'extension de l'atteinte systémique (Tableaux XVII à XIX).

Dans l'ensemble, les examens paracliniques demandés systématiquement par le praticien n'ont pas pu être réalisés par tous les patients étant donné le coût élevé.

#### **III.4. MODALITES THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES**

Tous les patients ont reçu un traitement spécifique par voie générale selon la maladie systémique (Tableau XX). En l'absence des traitements ciblés comme la biothérapie liée au faible moyen financier pour l'acquisition de ces nouvelles molécules, nos patients atteints de lupus érythémateux systémique, de connectivite mixte et de dermatomyosite ont été majoritairement mis sous corticothérapie par voie générale seule ou associée à un antipaludéen de synthèse ou un immunosuppresseur tel que le méthotrexate, le mycophénolate mofétil ou l'azathioprine. Les cas de sclérodémie ont tous bénéficié d'une corticothérapie, associée dans un seul cas au méthotrexate.

Notre conduite thérapeutique est similaire à celles des auteurs Ndour et al [20], de Télecou et al [22], de Dia et al [25], de Hounsounou et al [26] qui ont administré de la corticothérapie à tous leurs patients ou majoritairement.

Comme traitement local, l'application de crème solaire a été la plus utilisée, suivie de dermocorticoïde et d'émollients dans des proportions variant selon la maladie systémique concernée (Tableau XXII).

Un traitement complémentaire général a été envisagé en cas de nécessité, pour corriger différents troubles comme des douleurs abdominales, une anémie, etc. (Tableau XXIII).

Il a été préconisé à tous nos patients une protection vestimentaire à laquelle a été associée selon le cas un régime diététique hyposodé (51,3%), hypocalorique (48,7%) et/ou hypoglycémiant (44,9%) (Tableau XXIII).

Sur le plan évolutif, les maladies systémiques évoluent de manière chronique avec des complications qui sont liées soit à la maladie elle-même ou aux différents traitements reçus par les patients, d'autre part. Ainsi, la prise en charge exige un suivi régulier, pluridisciplinaire ou non. Dans notre série, la cardiologie (44,1%) et la kinésithérapie (38,2%) étaient les spécialités les plus sollicitées (Tableau XXIV).

Globalement, l'évolution sous traitement chez nos patients était favorable dans 78,2% (Figure 11) comme l'a été en général observée dans d'autres études [20, 22, 25, 26], avec relativement peu de perdus de vue soit 16,7%.

# CONCLUSION

L'intérêt des scientifiques africains pour les maladies auto-immunes en général et pour les maladies systémiques en particulier est de plus en plus croissant. L'atteinte cutanée fréquemment rencontrée au cours de ces maladies implique l'apport indispensable du dermatologue.

Notre étude a permis de décrire le profil épidémiologique, paraclinique et thérapeutique des maladies systémiques à expression cutanée, en dégagant notamment leurs particularités cliniques.

Le diagnostic a été essentiellement clinique car les examens paracliniques n'ont pas été parfois réalisés par les patients ; le lupus érythémateux systémique était la maladie systémique dominante.

L'évolution sous traitement était bonne avec une bonne adhésion des patients au suivi, étant donné la faible proportion de perdus de vue.

Quoique peu fréquentes, les maladies systémiques peuvent néanmoins être rencontrées en consultation de dermatologie. Par conséquent, elles doivent faire l'objet d'une attention systématique des praticiens.

# RECOMMANDATIONS

Au terme de notre mémoire, nous faisons les recommandations suivantes :

### **Au Gouvernement et au Ministère en charge de la santé**

- Rendre disponible les tests immunologiques en milieu hospitalier
- Continuer la formation des médecins généralistes sur les moyens diagnostics des maladies systémiques.
- Former des spécialistes aux maladies systémiques

### **Aux médecins et autres professionnels de la santé**

- Initier une informatisation des dossiers des patients souffrant de maladies systémiques.
- Promouvoir l'éducation thérapeutique et la prise en charge multidisciplinaire du patient.
- Initier des études multicentriques afin d'avoir de données fiables sur les maladies systémiques.
- Assurer la prise en charge psychosociale de ces malades.

### **Aux sociétés savantes de dermatologie**

- Favoriser la formation des médecins pour la spécialisation en prise en charge des maladies systémiques

### **Aux patients et accompagnants**

- Respecter rigoureusement les prescriptions du médecin.
- Honorer les rendez-vous de consultation.
- Éviter l'automédication.
- Observer les règles hygiéno-diététiques.

### **A la population générale**

- Consulter rapidement un service de dermatologie en cas de maladie de peau.

# REFERENCES

1. Collège français des enseignants en rhumatologie (COFER). Item 116 - Maladies auto-immunes [En ligne]. 2010-2011 [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: [https://www.cfnestlerecruitment.ci/uploads\\_doc/cours.pdf](https://www.cfnestlerecruitment.ci/uploads_doc/cours.pdf)
2. Association des Collèges des Enseignants d'Immunologie des Universités de Langue française. Item 116 - Pathologies auto-immunes: aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes du traitement [En ligne]. 2010-2011 [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: <https://confkhalifa.com/trainingkhalifa/wp-content/uploads/2015/08/UMVF-Maladies-auto-immunes.pdf>
3. Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) et Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI). UE 7 - Item 188 - Pathologies auto-immunes: aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement. In: Mouthon L, Hanslik T et Viallard JF. Le Référentiel. Livre officiel du Collège. Médecine interne [En ligne]. Med-Line Edition. 2015 [cité le 15 novembre 2022]; pp.163-184. Disponible: [https://ia800900.us.archive.org/8/items/Medecine\\_Interne\\_2015/Medecine\\_interne\\_2015.pdf](https://ia800900.us.archive.org/8/items/Medecine_Interne_2015/Medecine_interne_2015.pdf)
4. Rizkou A. Qualité de vie au cours des maladies systémiques au service de Médecine interne à l'Hôpital Militaire Avicenne. [Thèse en ligne]. Marrakech, Maroc: Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université Cadi Ayyad; 2019 [cité le 15 novembre 2022]. 81 p. Disponible: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these275-19.pdf>
5. Ameen M & Ly F. Cutaneous manifestations of systemic diseases. In: Dadzie OE, Petit A, Alexis AF (ed.). Ethnic dermatology - principles and practice. West Sussex, Wiley-Blackwell, 2013, S79-84

6. Sangaré A, Ecra EJ, Kourouma SH, Kaloga M, Gbery IP, Kacou DE et al. Dermatological Manifestations of Connective Tissue Diseases in Black People. *J Clin Exp Dermatol Res* [En ligne]. 2015 [cité le 14 novembre 2022];6:264. Disponible: <https://www.longdom.org/open-access/dermatological-manifestations-of-connective-tissue-diseases-in-black-people-2155-9554.1000264.pdf>
7. Mahé A & Ly F. Maladies systémiques à expression cutanée chez les sujets ayant la peau dite noire. In: Bessis D, Francès C, Guillot B, Guilhou JJ (éds). *Dermatologie et Médecine*, vol. 1: Manifestations dermatologiques des connectivites, vasculites et affections systémiques apparentées. Springer-Verlag France, Paris 2006:19.1-19.6
8. Fairweather D, Frisancho-Kiss S, Rose NR. Sex differences in autoimmune disease from a pathological perspective. *Am J Pathol*. 2008;173(3):600-9
9. Ngo ST, Steyn FJ, McCombe PA. Gender differences in autoimmune disease. *Front Endocrinol*. 2014;35:347-369
10. Dragin N, Le Panse R, Berrih-Aknin S. Prédilection aux pathologies auto-immunes: les hommes ne manquent pas d'Aire. *Med Sci*. 2017;33:169-175
11. Itoh Y, Golden LC, Itoh N, Matsukawa MA, Ren E, Tse V, Arnold AP, Voskuhl RR. The X-linked histone demethylase *Kdm6a* in CD4+T lymphocytes modulates autoimmunity. *J Clin Invest*. 2019;129(9):3852-3863
12. Hayter S & Cook M. Updated assessment of the prevalence, spectrum and case definition of autoimmune disease. *Autoimmunity Reviews*. 2012;11(10):754-765

13. Gbandama KKP. Impact des maladies systémiques sur la qualité de vie des sujets noirs suivis en consultation de dermatologie-vénérologie du CHU de Treichville de 2016 à 2019. Abidjan, Côte d'Ivoire: Unité de formation et de recherche des sciences médicales de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan; 2020. 104 p.
14. Kouchit Y, Morand L, Martis N. Mortality and its risk factors in critically ill patients with connective tissue diseases: A meta-analysis. *Eur J Intern Med.* 2022;98:83-92
15. Krasselt M, Baerwald C, Petros S, Seifert O. Sepsis mortality is high in patients with connective tissue diseases admitted to the Intensive Care Unit (ICU). *J Intensive Care Med.* 2022;37(3):401-7.  
<https://doi.org/10.1177/0885066621996257>
16. Malezieux-Picard A, Hyvernats H, Doyen D, Fuzibet JG, Dellamonica J, Queyrel V. Maladies inflammatoires systémiques en réanimation : étude rétrospective sur 98 patients. *Rev Med Int,* 2016;37:A63.  
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2016.04.280>
17. Attal J. Approche diagnostique des maladies auto-immunes en soins primaires. [Thèse en ligne]. Limoges, France: Faculté de médecine de l'Université de Limoges; 2012 [cité le 15 novembre 2022]. 105 p.  
Disponible: <https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/36934e86-1ae1-4dff-8653-93c9266d639d/blobholder:0/M20123168.pdf>
18. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2022. *Enhancing NIH Research on Autoimmune Disease.* Washington, DC: The National Academies Press.  
<https://doi.org/10.17226/26554>

19. Garba KK, Andia A, Brah S, Daou M, Hassane H, Abdoul Wahab S, Djermakoye A, Maman Laminou MS, Adehossi E. Profil des maladies auto immunes au service de médecine interne de l'hôpital général de référence (HGR) de Niamey: bilan de 11 mois d'activités. In: Deuxièmes Journées Scientifiques du CERMES sur « la santé face aux changements climatiques et environnementaux en Afrique subsaharienne », Niamey, 29-31/10/19. Niger, CERMES ; 23 p.  
<https://drive.google.com/file/d/1jAdiB4aG9YOK4X1Bnr4U5PQ-F6AIRFJI/view>
20. Ndour N, Ndiaye M, Diatta BA, Ndiaye C, Berrada I, Kaddoura J et al. Les connectivites en dermatologie: une série de 290 cas à Dakar, Sénégal. *Our Dermatol Online*. 2022;13(Suppl. 2):20-26.  
<https://doi.org/10.7241/ourd.2022S2.1>
21. Ouédraogo DD, Korsaga-Somé N, Zabsonné Tiendrébéogo J, Tiéno H, Kaboré H, Niamba P, Drabo J. Les connectivites en pratique hospitalière à Ouagadougou (Burkina Faso). *Med Sante Trop*. 2014;24:271-274
22. Téleclessou NJ, Saka B, Akakpo AS, Matakloé H, Mouhari-Touré A, Kombaté K et al. Les connectivites en milieu hospitalier à Lomé: étude rétrospective de 231 cas. *Pan Afr Med J* [En ligne]. 2018 [cité le 14 novembre 2022];30:176. Disponible: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/30/176/pdf/176.pdf>

23. Ekabane OUA. Etude des comorbidités au cours des maladies systémiques. [Mémoire en ligne]. Bamako, Mali: Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'Université des sciences, techniques et technologiques de Bamako; 2020 [cité le 15 novembre 2022]. 76 p. Disponible:   
  
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/4476/20M322.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Kaya SA, Kaly K, Djibril S, Djénébou T, Amadou DI, Mamadou M et al. Panorama of autoimmune and autoinflammatory diseases in internal medicine at the University Hospital Center (UHC) of the Point G. *Open J Intern Med.* 2021;11:91-108
25. Dia DG, Dia AD, Diagne N, Ndao AC, Tall CT, Nguouamba BM. Difficulties in the management of systemic autoimmune diseases in Saint-Louis du Senegal through the analysis of a series of 70 observations. *Open J Intern Med.* 2021;11:258-264
26. Hounsounou M, Gbane M, Djaha KJM, Bamba A, Gbandama KKP, Coulibaly MM, Houndenou SCG, Coulibaly AK, Diomande M, Konan M, Ouattara B, Eti E. Maladies auto-immunes systémiques en milieu hospitalier à Abidjan: étude multicentrique à propos de 227 cas. *RAFMI.* 2022;9(1):14-21
27. Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan OI, Pitché P, Tchangai-Walla K. *Rev Med Interne.* 1999;20:13-17
28. Dioussé P, Berthé A, Dione H, Touré PS, Bammo M, Seck F et al. Profil épidémiologique des maladies auto-immunes systémiques dans un service de dermatologie. *RAFMI.* 2017;4(2):18-21

29. Lèye YM, Ndiaye, Diack ND, Ndour MA, Fall BC, Kâ W et al. Aspects épidémiologiques et diagnostiques des connectivites au service de Médecine Interne du CHUN de Pikine: analyse de 287 observations. RAFMI. 2017;4(2):22-25
30. Missounga L, Ba IJ, Ondo NNIR, Madjinou NMIC, Malekou D, Mouloungui MEG et al. La connectivite mixte: prévalence et caractéristiques cliniques chez le noir africain, étude de 7 cas au Gabon et revue de la littérature. Pan African Medical Journal [En ligne]. 2017 [cité le 15 novembre 2022];27:162. Disponible: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/162/pdf/162.pdf>
31. Konan M, Binan Y, Acko UV, Bitá D, Ouattara R, Toutou T. Caractéristiques des maladies auto-immunes: analyse d'une série de 45 patients. RISM. 2019;21(4):306-311
32. Lamini N'Soundhat NE & 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):138-142
33. Ndiaye A. Profil épidémiologique clinique et immunologique des affections systémiques à l'Hôpital EPS1 IHS: Etude rétrospective portant sur 106 cas durant une période de 05 ans (janvier 2012-décembre 2016). [Thèse en ligne]. Dakar, Sénégal: Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2017 [cité le 15 novembre 2022]. 159 p. Disponible: <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2017%5f0670>

34. Kane BS. Les maladies systémiques dans les services de médecine interne dakarois: étude multicentrique portant sur 726 observations. [Thèse en ligne]. Dakar, Sénégal: Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2015 [cité le 15 novembre 2022]. 173 p. Disponible:  
<http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2016%5f0192>
35. Cooper GS, Bynum ML, Somers EC. Recent insights in the epidemiology of autoimmune diseases: improved prevalence estimates and understanding of clustering of diseases. *J Autoimmun* [En ligne]. 2009 [cité le 14 novembre 2022];33(3-4):197-207. Disponible:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2783422/pdf/nihms-151887.pdf>
36. Sampaio AL, Bressan AL, Vasconcelos BN, Gripp AC. Skin manifestations associated with systemic diseases - Part I. *An Bras Dermatol*. 2021;96:655-71. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.008>
37. Goldman N, Han J, LaChance A. Diagnosis and management of cutaneous manifestations of autoimmune connective tissue diseases. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:2285-2312
38. Mekinian A & Fain O. Item 188 - Pathologies auto-immunes: Aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement. *Rev Prat* [En ligne]. 2018 [cité le 15 novembre 2022];68(7):e269-76. Disponible:  
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/pathologies-auto-immunes>

39. Kéita K. Panorama des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires en médecine interne au CHU du Point G. [Mémoire en ligne]. Bamako, Mali: Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de l'Université des sciences, techniques et technologiques de Bamako; 2019-2020 [cité le 15 novembre 2022]. 75 p. Disponible: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3824/Memoire%20Kaly%20KEITA.pdf?sequence=1>



# ANNEXES



**ERYTHEME EN VESPERTILIO CHEZ UNE PATIENTE DE 26 ANS  
ATTEINTE DE LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE  
PHOTOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE  
TREICHVILLE]**



**ALOPECIE CICATRICIELLE CHEZ UNE PATIENTE DE 66 ANS  
ATTEINTE DE LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE  
PHOTOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE  
TREICHVILLE]**



**LESION ERYTHEMATOSQUAMEUSE DU BAS DU DOS CHEZ UNE  
PATIENTE DE 68 ANS ATTEINTE DE LUPUS ERYTHEMATEUX  
SYSTEMIQUE**

**PHOTOThÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE  
TREICHVILLE]**



**ACHROMIE MOUCHETÉE DES CLAVICULES ET DU VISAGE CHEZ UNE  
DAME DE 22 ANS ATTEINTE DE SCLERODERMIE**

**PHOTO THÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE TREICHVILLE]**



**PULPITE CHEZ UNE FEMME DE 22 ANS ATTEINTE DE  
SCLERODERMIE**

**PHOTOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE  
TREICHVILLE]**



**ALOPECIE NON CICATRICIELLE CHEZ UNE PATIENTE DE 32 ANS  
DANS LA SCLERODERMIE**

**PHOTOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE  
TREICHVILLE]**



**LESION HYPERTROPHIQUE CHEZ UNE FEMME DE 34 ANS  
ATTEINTE DE LUPUS ÉRYTHEMATEUX SYSTÉMIQUE  
PHOTOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE  
TREICHVILLE]**



**DERMATOMYOSITE : ŒDÈME PÉRIORBITAIRE AVEC ÉRYTHÈME PALPÉBRAL CHEZ UN ENFANT DE 11 ANS [PHOTOOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE TREICHVILLE]**



**PAPULES DE GOTTRON [PHOTOTHÈQUE SERVICE DE DERMATOLOGIE, CHU DE TREICHVILLE]**

# RÉSUMÉ

## **Introduction**

Les maladies systémiques sont des maladies auto-immunes affectant plusieurs organes d'où leur polymorphisme clinique. L'atteinte cutanée est fréquente voire prédominante dans certains cas. Peu d'études ont été réalisées sur les maladies systémiques à expression cutanée en Côte d'Ivoire. Notre étude a pour but de contribuer à une meilleure connaissance de ces dermatoses.

## **Matériel et méthodes**

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive réalisée à partir des dossiers médicaux des patients vus en consultation au service de dermatologie du CHU de Treichville, de 2016 à 2022, pour une maladie systémique avec manifestation cutanée, muqueuse et/ou phanérienne.

## **Résultats**

Sur 68 780 patients enregistrés, 216 patients avaient une maladie systémique à expression cutanée soit une fréquence de 0,31% parmi lesquels 78 ont été inclus. Il s'agissait en majorité de patients de sexe féminin (87,2%). L'âge moyen était de 41,06 ans. Le lupus érythémateux systémique était au premier rang (44,9%) suivi de la sclérodermie (35,9%). Sur le plan de la séméiologie, les plaques discoïdes étaient présentes dans 100% des cas de lupus. Il en était de même de la sclérose cutanée, du syndrome de Raynaud et l'achromie mouchetée en cas de sclérodermie. Le bilan immunologique a montré que les facteurs anti-nucléaires étaient les anticorps les plus fréquents. L'évolution sous traitement a été favorable dans 78,2% des cas.

## **Conclusion**

Même si leur prévalence est faible, les maladies systémiques à expression cutanée doivent être l'objet d'une recherche systématique par les praticiens en consultation de dermatologie.

**Mots-clés :** maladie systémique à expression cutanée, connectivite, lupus érythémateux systémique, sclérodermie, dermatomyosite, connectivite mixte