

Lupus érythémateux systémique : Particularités au Bénin et en Afrique de l'Ouest.

Pattern of Systemic Lupus Erythematosus in Benin and West African patients.

Zomalheto Zavier, Assogba Michee, Agbodande Anthelme, Atadokpede Felix, Gounongbe Marcelle, Avimadje Martin

les services de rhumatologie, de dermatologie et de médecine interne Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou - Faculté des Sciences de la Santé de l'université d'Abomey-Calavi du Bénin

RÉSUMÉ

Objectifs : Décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif du lupus érythémateux systémique (LES) au CNHU-HKM de Cotonou (Bénin) et dans la sous-région de l'Afrique occidentale afin de définir les particularités de la maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective qui dans un premier temps a porté sur les patients vus dans les services de rhumatologie, de dermatologie et de médecine interne du Centre National Hospitalo-Universitaire de Cotonou pendant la période de janvier 2000 à Mars 2013 (14 ans). Les patients inclus dans l'étude étaient tous âgés de plus de 16 ans et répondaient à au moins 4 critères de l'ACR 1997. Dans un second temps, les données des pays de l'Afrique de l'ouest où un travail sur le LES a été fait ont été recensées grâce à une revue de littérature incluant tous les articles publiés sur le lupus dans les revues locales régionales et internationales. Les données démographiques, cliniques et évolutives ont été analysées.

Résultats : 33 cas de lupus ont été diagnostiqués en 14 ans à Cotonou. La sex-ratio était de 32/1. Tous les patients étaient de race noire avec un âge moyen de 28,76±8,01 [16-51]. Le délai moyen d'évolution de la maladie avant le diagnostic était de 15 mois [1-84mois]. Les manifestations articulaires étaient prédominantes (94,3%) suivies des manifestations générales (78,9%). Les manifestations cutanéomuqueuses et rénales étaient présentes respectivement dans 70,7% et 36,8% des cas. Dix-neuf (19) patients ont réalisé un bilan immunologique. Les anti-DNA natifs étaient positifs dans 15 cas, les anti-Sm dans 10 cas et les anti-SSA dans 5 cas. Les Anti-phospholipides et les anticoagulants lupiques étaient absents. Les modalités thérapeutiques étaient : corticothérapie générale (n=21) antipaludéens de synthèse (n=15), méthotrexate (n=4), dermocorticoïdes (n=5), suivi clinique sans traitement (n=3). L'évolution reste satisfaisante dans 25 cas. Huit (8) patients ont développé des complications, 4 cas de décès ont été observés et 8 patients sont perdus de vu. Ces données sont superposables à celles publiées dans les pays de l'Afrique de l'Ouest

Conclusion: Le LES semble rare en milieu hospitalier béninois. De façon générale, en Afrique de l'ouest, le diagnostic demeure difficile du fait du polymorphisme clinique faisant errer le diagnostic et de la difficulté d'accès au bilan immunologique être. Cependant la maladie semble bénigne dans la sous-région avec une prise en charge qui reste dominée par la corticothérapie.

Mots-clés

Lupus érythémateux systémique, CNHU, Bénin, Afrique de l'Ouest

SUMMARY

Aims: To describe the clinical features, laboratory characteristics and the treatment of systemic lupus erythematosus (SLE) among Benin people and West Africa people

Methods: This is a part of a retrospective study which initially concerned patients seen in the rheumatology, dermatology and internal medicine departments of National Hospital University of Cotonou during January 2000 to March 2013 (14 years). Patients included in the study were all older than 16 years and fulfilling at least four of ACR criteria 1997 for Systemic lupus erythematosus. In a second step, we collect the data of the countries of West Africa where the work on the systemic lupus erythematosus have been published through a literature review including all articles published in the local, regional and international journals. Demographic, clinical and outcomes data were analyzed.

Results: 33 cases of lupus were diagnosed in 14 years in Cotonou. The sex ratio was 32/1 and means age 28.76 ± 8.01 [16-51]. The mean delay before diagnosis was 15 months [1- 84months]. Polyarthralgia/ polyarthritis were the most common presentations (94.3 %) followed by systemic manifestations (78.9 %). Nineteen (19) patients achieved serological profiles. The anti-ds DNA were positive in 15 cases, anti-Sm in 10 cases and anti-SSA in 5 cases. Anti-phospholipids and lupus anticoagulant were absent. Treatment modalities were: corticosteroids (n = 21) antimalarials (n=15) , methotrexate (n = 4) , body corticosteroids (n=5), clinical monitoring without treatment (n = 3). Outcome was satisfactory in 25 cases. Eight (8) patients developed complications, 4 cases of death were observed and 8 patients lost to follow. These data are congruent with those published in the countries of West Africa

Conclusion: SLE seems rare in Benin. In general, in West Africa, the diagnosis is difficult because the clinical polymorphism by misdiagnosis and access serological profiles difficulty. However, the disease appears to be well controlled by treatment dominated by corticosteroids.

Key- words

Systemic lupus erythematosus, Benin, West Africa

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie inflammatoire de cause inconnue, caractérisée sur le plan biologique par la production de multiples autoanticorps dont les plus caractéristiques sont dirigés contre certains composants du noyau tels que l'acide désoxyribonucléique (ADN) natif et les nucléosomes [1]. Le rhumatologue est le spécialiste le plus fréquemment confronté au diagnostic de lupus. En effet, les manifestations musculoarticulaires sont inaugurales dans plus de la moitié des cas et sont présentes chez 95 % des patients au cours de l'évolution de la maladie [2,3].

Alors que la prévalence est de 15 à 60/100000 habitants/an en occident [4,5,6], le nombre de cas rapporté par les séries africaines demeure infime; 49 cas en 15 ans en Côte d'Ivoire (2004)[7], 16 cas en 13 ans au Togo (2008) [8], 30 cas en 10 ans au Sénégal (1998) [9].

Au Bénin, pays de l'Afrique occidentale, aucune étude de prévalence ni de fréquence hospitalière n'a été faite sur le lupus. La présente étude relève les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques du lupus en milieu hospitalier à Cotonou d'une part et celles des pays de la sous-région de l'Afrique occidentale d'autre part.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive qui dans un premier temps a porté sur les patients vus dans les services de rhumatologie, de dermatologie et de médecine interne du Centre National Hospitalo-Universitaire de Cotonou pendant la période de janvier 2000 à Mars 2013 (14 ans). Les patients inclus dans l'étude sont âgés de plus de 16 ans et répondant à au moins 4 critères de l'ACR 1997. Les données démographiques, cliniques et évolutives ont été recensées à l'aide d'une fiche d'enquête pré-établie

Dans un second temps, les données des pays de l'Afrique de l'ouest, où un travail sur le lupus a été fait, ont été recensées grâce à une revue de littérature incluant tous les articles publiés sur le lupus (avec les mêmes critères d'inclusion) dans les revues locales régionales et internationales. Ainsi, cinq pays ont été sélectionnés en dehors du Bénin après la revue de littérature. Il s'agit du Nigéria, du Togo, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Sénégal.

Nous avons établi une comparaison synoptique de données socio-démographiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives du LES dans ces pays grâce au logiciel épi-info 6.0 afin de dégager les particularités de la maladie en Afrique Occidentale.

RÉSULTATS

• Au Bénin

Caractéristiques socio- économiques

Nous avons colligé 33 cas de lupus ont été diagnostiqués sur la base des critères de l'ACR 1997. Il y avait 32 femmes pour 1 homme. Tous les patients étaient de race noire. L'âge moyen des patients était de 28,76±8,01 [16-51].

Caractéristiques cliniques

Le délai moyen d'évolution de la maladie avant le diagnostic était de 15 mois [1-84] mois.

Les manifestations articulaires étaient prédominantes (94,3%) suivies

des manifestations générales (78,9%). Les manifestations cutanéomuqueuses et rénales étaient présentes respectivement dans 70,7% et 27,3% des cas.

Les atteintes articulaires étaient dominées par la polyarthrite bilatérale et symétrique non érosive (n=25). Les signes cutanéomuqueux étaient : le rash malaire (n=11), le lupus discoïde (n=10), la photosensibilité (n=8) l'alopécie (n=6), les ulcérations buccales (n=6) et la panniculite (n=2).

Les données cliniques sont résumées dans le tableau n°1

Tableau 1 : Caractéristiques clinique du lupus au Bénin

Caractéristiques cliniques	Nombre	Fréquence (%)
Manifestations articulaires	31	94,3
Manifestations cutanéomuqueuses	23	70,7
Manifestations générales	26	78,9
Manifestations cardio-vasculaires	2	6,06
Manifestations pleuro-pulmonaires	2	6,06
Manifestations neuro-psychiatriques	3	9,09
Manifestations hépato-digestives	3	9,09
Atteintes rénales	9	27,3
-protéinurie	6	
-protéinurie +insuffisance rénale chronique	3	

Données Immunologiques

Dix-neuf (19) patients ont réalisé un bilan immunologique. Les anti-DNA natifs étaient positifs dans 15 cas, les anti-Sm dans 10 cas et les anti-SSA dans 5 cas. Les Anti-phospholipides et les anticoagulants lupiques étaient absents. Les données immunologiques sont résumées dans le tableau n° 2

Tableau 2 : Données immunologiques

Anticorps testés	Nombre	Fréquence (%)
Facteurs antinucléaires présents	18/19	94
Anti-DNA natif présents	15/19	79
Anti-sm présents	10/19	52
Anti SSA présents	5/19	26
Anti SSB présents	0	0
Antiphospholipides présents	0	0

Données thérapeutiques et évolutives

Les modalités thérapeutiques étaient : corticothérapie générale (n=30) associée à un antipaludéen de synthèse dans 15 cas, au méthotrexate dans 4 cas et aux dermocorticoïdes dans 5 cas. Trois patients ont bénéficié d'un suivi clinique sans traitement.

L'évolution avec un recul d'au moins six mois était satisfaisante dans 25 cas. Huit patients ont développé des complications : 3 cas d'atteintes rénales avec insuffisance rénale chronique aboutissant à la dialyse, 2 cas de vascularite, 2 cas de rhumatisme de Jaccoud, 1 cas de Goujerot Sjögren. Quatre cas de décès ont été observés et 8 patients sont perdus de vue. Le tableau n°3 résume les données thérapeutiques et évolutives.

Tableau 3 : Données thérapeutiques et évolutives

Traitement	Nombre	(%)
Corticoïde	30	(91)
Hydroxychloroquine	15	(45)
Méthotrexate	4	(12,12)
Azathioprine	0	
cyclophosphamide	0	
Biothérapie	0	
Sans traitement	3	(9)

Evolution (recul d'au moins 6mois)		
Stabilité de la maladie	21	(63,6)
Décès	4	(12,12)
Perdus de vue	8	(24,24)

• En Afrique occidentale

Les données socio-économiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives disponibles dans la littérature concernant les pays de l'Afrique de l'Ouest ont été résumées dans le tableau n°4

Tableau 4 : Données synoptiques sur le lupus en Afrique de l'ouest

Pays	Bénin	Nigeria	Togo	Ghana	Côte d'Ivoire	Sénégal	Mali	Niger	Burkina Faso
Fréquence	33 cas en 14 ans	66 cas en 6 ans	16 cas en 13 ans	ND	49 cas en 15 ans	30 cas en 10 ans	ND	ND	10 cas en 5 ans
Sex-ratio (SH/F)	1/32	3/63	0/16	ND	2/47	0/30	ND	ND	3/7
Age moyen (ans)	28,76±8,01 [16-51]	33 [17-55]	31,92 [15-46]	ND	35,1 [17-71]	30 [16-75]	ND	ND	45, 4±11,72
Délai moyen d'évolution avant le diagnostic (mois)	15(1-34)	31,2	33,56	ND	13,2 [1-60]	20,4	ND	ND	28,7; 18,66
Manifestations articulaires	31	58	14	ND	38	26	ND	ND	10
Manifestations cutané-muqueuses	23	29	14	ND	29	21	ND	ND	7
Manifestations générales	26	33	11	ND	26	20	ND	ND	9
Manifestations cardio-vasculaires	2	-	6	ND	13	8	ND	ND	4
Manifestations pleuro-pulmonaires	2	17	3	ND	9	3	ND	ND	0
Manifestations neuro-psychiatriques	3	8	2	ND	11	3	ND	ND	0
Manifestations hépato-digestives	3	-	-	ND	-	-	ND	ND	0
Atteintes rénales(proteinurie)	9	35	6	ND	24	7	ND	ND	1
Anti-DNA natif	15	14	10	ND	-	9	ND	ND	4
Anti-sm	10	7	0	ND	-	-	ND	ND	4
Anti SSA	5	7	3	ND	-	-	ND	ND	-
Anti SSB	0	1	3	ND	-	-	ND	ND	-
Anti-phospholipides	0	-	0	ND	-	-	ND	ND	-

DISCUSSION

Cette mise au point de la maladie lupique en Afrique de l'ouest révèle certaines particularités. Il s'agit d'une maladie peu fréquente dans la région avec des fréquences hospitalières variant entre 1,5 à 10 cas par an [10-11]. La grande variabilité des fréquences entre les pays partageant de façon globale les mêmes réalités économiques pourrait être liée à un grand nombre de cas sous-diagnostiqués et ceci lié à la méconnaissance de la maladie par les praticiens de ville. George et al.[13] avaient déjà remarqué que le lupus était rare en Afrique de l'ouest mais signalaient une fréquence très faible (35 cas par 100000 habitants). Le long délai diagnostique observé en général similaire dans les divers pays vient renforcer cette méconnaissance de la pathologie par les praticiens qui confondent la pathologie à diverses autres pathologies tropicales du fait du polymorphisme clinique. En effet, du fait du polymorphisme clinique et de la prépondérance des signes généraux notamment la fièvre, bon nombre de cas sont traités comme paludisme ou fièvre typhoïde par les praticiens de ville [12,13]. La prédominance féminine et l'âge moyen relativement jeune de la

maladie observés dans les différents pays ne diffèrent pas des données des pays occidentaux [1,4,5].

Au plan clinique, les données publiées dans la sous-région révèlent la prépondérance des signes articulaires et cutanéomuqueuses sur les autres signes. Ceci témoigne de la bénignité de la pathologie dans la sous-région [9-13]. Ces données sont en contraste avec les données occidentales où la maladie est réputée grave [1,4,5]. La différence n'est-elle liée au nombre de cas sous-diagnostiqués ? N'y a-t-il pas des cas graves qui décèdent avant même leur arrivée au centre hospitalier ? Une étude de prévalence multicentrique précédée d'une formation des praticiens des hôpitaux périphériques pourrait aider à confirmer ou infirmer ce constat de bénignité ou non de la maladie dans la sous-région.

L'absence de réalisation de biopsie rénale dans les conditions de travail dans les pays de l'Afrique de l'ouest peut expliquer le faible taux de complications rénales observées dans les pays. Notons cependant qu'en dehors de la côte d'Ivoire et Nigéria où près de 50 % des patients avaient une protéinurie [10,12], l'atteinte rénale semble rare dans la sous-région [8, 9,11].

Au plan paraclinique, le bilan immunologique et la biopsie rénale ne se réalisent pas dans les pays africains. La grande majorité du bilan est acheminé en Europe (France, Belgique Angleterre) avec un coût élevé hors de la portée de la plupart des patients. Ainsi le taux de réalisation des anticorps anti-nucléaires et des antiDNA natif varie entre 30 et 50%. Les résultats révélés par ces bilans ont objectivé la forte présence d'anti-DNA natif (45 à 79%) et des anti-Sm (30 à 52%) [8-13]. Les anti-SSA sont faiblement présents tandis que les anti-SSB et les antiphospholipides semblent rares [9-13].

Références

1. Meyer O, Kahn MF. Lupus érythémateux disséminé. In: Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC, editors. Les maladies systémiques. Paris: Flammarion-Médecine Sciences; 2000. p. 131-368.
2. Wallace DJ, Hahn BH. Dubois'lupus erythematosus. Philadelphia: Lippincott-Williams and Wilkins; 2002 1348 p.
3. Lahita RG. Systemic lupus erythematosus. New York: Academic Press; 1999 1051p.
4. Lopez P, Mozo L, Gutierrez C, Suarez A. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in northern Spanish population: gender and age influence on immunological features. *Lupus* 2003;12:860-5
5. Mok CC, Lau CS. Lupus in Hong Kong Chinese. *Lupus* 2003; 12:717-22.
6. Meyer O. Lupus érythémateux systémique. *EMC rhumatologie-orthopédie* 2005; 1-32
7. Kombaté K, Saka B, Oniankitan O, Sodonougbo P, Mouhare-Touré A, tchangai-walla K, Pitché P. *Med trop* 2008; 68: 283-6
8. Ka M.M., Diallo S., Kane A., Wade B., Diouf B. et Coll. Lupus érythémateux systémique et syndromes lupiques au Sénégal. Etude rétrospective de trente observations en dix ans. *Rev. Rhum* 1998 ; 65:

Au plan thérapeutique, la corticothérapie occupe une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Le traitement de fond reste dominé par l'hydroxychloroquine qui semble bien contrôler la maladie comme en témoigne le faible taux de décès et le faible taux de perdus de vue observé dans tous ces pays.

De façon générale, en Afrique de l'ouest, le diagnostic du LES demeure difficile du fait du polymorphisme clinique faisant errer le diagnostic et de la difficulté d'accès au bilan immunologique ; ce dernier ne se pratiquant dans aucun pays de l'Afrique de l'ouest. Cependant la maladie semble bénigne dans la sous-région avec une prise en charge qui reste dominée par la corticothérapie ; les immunosuppresseurs étant d'utilisation et d'accessibilité difficile dans ces pays.

CONCLUSION

Le LES revêt des particularités en Afrique de l'ouest. La rareté, la bénignité, la fréquence des anti-DNA natif, la faible fréquence des antiphospholipides et enfin la très grande efficacité de la corticothérapie et de l'hydroxychloroquine sont les caractéristiques particulières relevées en Afrique de l'ouest par cette étude. Toutefois, il faut préciser qu'il s'agit ici d'une étude prenant en compte les fréquences hospitalières de la maladie et qu'une étude de prévalence dans ces pays aiderait à étayer ce constat.

Aucun Conflit d'intérêt