

LE LUPUS SYSTÉMIQUE À LOMÉ, TOGO*

Kombate K¹, Saka B¹, Oniankitan OI², Sodonougbo P¹, Mouhari-Toure A¹,
Tchangai-Walla K¹, Pitche P¹

1 - Service de Dermatologie CHU Tokoin, BP 81056, Lomé Togo

2 - Service de Rhumatologie, CHU Tokoin, Lomé Togo

Med Trop 2008 ; 68 : 283-286

RÉSUMÉ • Une étude rétrospective a été menée entre 1991 et 2003 afin de documenter le profil sémiologique et évolutif du lupus érythémateux systémique à Lomé. Nous avons recensé dans quatre services à Lomé 16 cas de lupus systémique, tous chez des femmes dont l'âge moyen était de 31,93 ans. Les manifestations cliniques les plus fréquentes étaient : les lésions de lupus discoïde (87,5 %), le rash malaire (56,25 %), l'alopecie (43,7 %), les polyarthralgies (87,5 %) et des sérites (37,5 %). Les anomalies biologiques observées étaient : une anémie hémolytique (68,7 %), une leucopénie (31,25 %) et une protéinurie (37,5 %). Les anticorps antinucléaires et les DNA natifs étaient présents respectivement dans 92,3 % et 76,9 %. La durée moyenne de suivi était de 33,56 mois. Les infections (68,7 %) ont constitué les principales complications. Nous avons enregistré 5 cas de décès (31,25 %) dont les causes étaient essentiellement iatrogènes.

MOTS-CLÉS • Lupus Erythémateux Systémique - Lomé - Togo.

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN LOMÉ, TOGO

ABSTRACT • The purpose of this retrospective study was to analyze clinical findings and outcomes in patients treated for systemic lupus erythematosus (SLE) in Lomé, Togo between 1991 and 2003. Review of records from four departments turned up a total of 16 cases of SLE. All patients were women. Mean patient age was 31.93 years. The most frequent clinical manifestations were discoid lupus (87.5%), malar rash (56.25%), alopecia (43.7%), polyarthralgia (87.5%), and seritis (37.5%). Laboratory findings included haemolytic anemia (68.7%), leucocytopenia (31.25%), and proteinuria (37.5%). Antinuclear and anti-DNA antibodies were detected in 92.3% and 76.9% of cases respectively. The mean duration of follow-up was 33.56 months. The most common complication was infection (68.7%). Death occurred in five patients (31.25%) due mainly to iatrogenic causes.

KEY WORDS • Systemic Lupus erythematosus - Lomé - Togo.

Le lupus systémique ou lupus érythémateux systémique (LES) est une affection relativement rare, mais il existe des variations importantes selon le sexe et l'origine ethnique (1). Le lupus systémique, comme toutes les connectivites, a fait l'objet d'un nombre restreint de travaux en Afrique sub-saharienne à cause probablement de l'étroitesse du plateau technique existant, et de la sous médicalisation des pays Africains (2-6).

Le lupus systémique, compte tenu de son polymorphisme sémiologique et de la fréquence des atteintes viscérales, pose en pratique des problèmes diagnostiques et de prise en charge thérapeutique. La présente étude a eu pour but de documenter le profil sémiologique et évolutif du lupus systémique à Lomé.

* Le travail a fait l'objet d'une communication au 26^e congrès des dermatologues francophones en février 2007 avec publication de l'abstract dans les Annales de Dermatologie (n°1 suppl. 1 de 2007).

• Correspondance : ppitche@yahoo.fr

• Article reçu le 30/10/2007, définitivement accepté le 14/03/2008.

OBSERVATIONS

Nous avons observé, entre 1991 et 2003, 72 cas de lupus dans les services de dermatologie et de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de Lomé, dans l'unité de rhumatologie du Centre hospitalier régional de Lomé et dans une clinique privée dermatologique de Lomé. Il s'agissait de 46 cas de lupus cutané chronique, 10 cas de lupus subaigu et 16 cas de lupus érythémateux systémique. Tous les malades ont fait l'objet d'un dossier médical et d'un suivi documenté ; ce qui a permis d'une part de retrouver les malades qui ont été suivis simultanément ou successivement dans deux services différents et d'identifier les perdus de vue.

Les 16 cas de lupus systémique qui font l'objet de la présente étude répondaient à au moins 4 critères de la classification de l'American College of Rheumatology de 1997 (7). Pour des raisons techniques, aucun malade n'a fait l'objet d'une ponction biopsique rénale. Pour des raisons économiques et techniques (absence de laboratoire d'immunologie dans le pays, ces examens étant effectués à l'étranger), toutes les patientes n'ont pas bénéficié d'un bilan immuno-

Tableau I. Résumé des signes observés dans notre série.

Signes cliniques	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Rash malaire	9	56,25
Lupus discoïde	14	87,5
Alopécie	7	43,75
Ulcération buccales	4	25
Photosensibilité	3	18,75
Polyarthralgie/polyarthrite	14	87,5
Pleurésie	3	18,75
Péricardite	3	18,75
Démence/convulsions	2	12,50
Anémie	11	68,75
Leucopénie	05	31,25
Protéinurie (> 0,5g/24h)	06	37,5
Anticorps antinucléaires*	12	92,3 *
Anti-DNA natifs*	10	76,9*
Fausse sérologie syphilitique	13	81,25

Notes : * Seules 13 patientes ont effectué les antinucléaires et anti-DNA.

logique complet (notamment la recherche des anticorps anti-cardiolipines). Tous nos malades étaient des femmes avec un âge moyen de 31,93 ans (extrêmes : 15 et 46 ans). La durée moyenne de suivi était de 33,56 mois (extrêmes : 9 jours et 180 mois).

Les manifestations cutanéomuqueuses étaient présentes chez toutes nos malades. Elles étaient représentées essentiellement par : les lésions de lupus discoïde présentes chez 14 de nos 16 malades, suivi de rash malaire chez 9 malades (Fig. 1 et 2). L'alopecie était présente chez 7 des 16 malades. L'atteinte articulaire a été observée chez 14 malades, il s'agissait essentiellement des polyarthralgies (12 cas sur 14). Nous avons noté 6 cas de sérites (3 cas de pleurésie et 3 cas de péricardite) et deux cas d'atteinte neurologique : une psychose et un cas de convulsion (Tableau I). Il existait un syndrome inflammatoire biologique (accélération de la vitesse de sédimentation globulaire) chez toutes les malades. Onze cas d'anémie hémolytique, cinq cas de leucopénie ont été relevés. Une protéinurie des 24 heures supérieure à 0,5g/l était observée chez 6 de nos malades. Les cellules LE étaient présentes chez 12 patients. Les anticorps antinucléaires étaient présents chez 12 des 13 patientes qui ont effectué cet examen, avec des anti-DNA natifs dans 10 cas. Par contre, les anticorps Ro/SSA et Ro/SSB n'étaient présents que chez 3 des 10 patientes chez lesquelles ils ont été recherchés.

Toutes les malades ont eu un traitement à base de corticoïde. Chez trois patientes, la corticothérapie a été associée



Figure 1. Lésions en vesperilio de la face au cours d'un lupus systémique (LES).

secondairement à un immunosuppresseur (cyclophosphamide dans un cas, azathioprine dans deux cas). Quatre patientes ont reçu un traitement corticoïde associé à l'hydroxychloroquine. Nous avons enregistré 13 cas de rémissions favorables après 12 mois de suivi. Le taux de rechute après 18 mois était de 30%. Six de nos malades ont été perdues de vue après un



Figure 2. Lupus discoïde.

suivi moyen de 28 mois. Les complications les plus fréquentes étaient les infections (11 cas dont deux cas de tuberculose), le diabète sucré (3 cas), la myopathie cortisonique (3 cas), une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale et une hémorragie digestive haute. Nous avons enregistré 5 cas de décès. Les causes de décès étaient: les infections (septicémie : 2 cas), une hémorragie digestive haute, un cas d'insuffisance rénale chronique (IRC) et un cas d'accident vasculaire cérébral (AVC).

DISCUSSION

Dans les pays du Nord, le lupus systémique est une affection plus fréquente chez les sujets à peau pigmentée que chez l'Européen caucasien (8-10). Cela contraste avec la rareté du LES en Afrique sub-saharienne (2-5). Cette différence entre le lupus systémique chez le sujet de peau noire de la diaspora et le sujet noir autochtone en Afrique sub-saharienne s'explique probablement par les facteurs environnementaux. A cela, il faut ajouter la sous-médicalisation des pays africains (faible fréquentation des centres de soins due en partie à des problèmes d'accessibilité économiques et géographiques que rencontre la majorité de la population). En effet, ces facteurs pourraient avoir une influence sur l'évaluation de la fréquence du LES dans ces pays où la plupart des études disponibles sont souvent monocentriques, se limitant à une spécialité médicale. Notre étude n'est pas exempte de ces biais: en effet, notre série est multicentrique mais menée dans la capitale Lomé. En Afrique sub-saharienne, en dehors des problèmes d'accessibilité économique et géographique, l'absence de culture médicale où la maladie est encore perçue comme ayant une origine surnaturelle (11), surtout lorsqu'elle est chronique, est un fait qui explique en partie la courte durée moyenne de suivi des patients et le nombre de perdus de vue.

Dans notre série, les manifestations dermatologiques et rhumatologiques ont dominé le tableau clinique. Les manifestations dermatologiques étaient présentes chez tous nos malades. Elles étaient inaugurales dans 50% des cas. Les signes cutanés étaient présents chez 68% des malades de Mody *et al.* (9). Le rash malaire caractéristique du LES était observé chez 56,25% de nos malades. Cette fréquence est légèrement inférieure, à celle trouvée en Europe et en Amérique du Nord (1, 12). Ce fait est confirmé par l'étude comparée du LES chez les Noirs sud-africains de Jacyk *et al.* (4) avec celle des sujets de type européen caucasien qui a montré que le rash malaire est plus fréquent chez les sujets à peau blanche. Les lésions discoïdes évocatrices du lupus systémique ont été retrouvées chez 87,5% de nos malades. Ward *et al.* (12) et Jacyk *et al.* (4), ont montré que les lésions discoïdes du LES sont significativement plus fréquentes chez le sujet à peau noire que chez le sujet à peau claire. L'atteinte alopecique du cuir chevelu a été retrouvée chez 43,75% de nos patientes contre 13,33% des cas dans la série sénégalaise (3). La photosensibilité, rare dans notre série, est un signe

plus fréquent chez le sujet de peau blanche que chez le sujet de peau noire (1, 10, 12, 13).

L'atteinte articulaire était présente chez 87,50% de nos patientes. Elle a inauguré la maladie dans 43,75% des cas. L'atteinte articulaire est présente chez 86 à 100% des lupiques décrits dans la littérature (9) et inaugure la maladie une fois sur deux. L'atteinte articulaire était notée dans 72% des cas dans la série sud-africaine (4). Monnier *et al.* (2) à Abidjan ont trouvé 77% d'atteinte articulaire. Il s'agissait essentiellement des polyarthralgies. Notre étude, comme celles d'autres auteurs, confirme l'atteinte inflammatoire des articulations comme étant l'un des signes les plus fréquents de LES.

La fréquence des sérîtes était de 37,5% dans notre série; fréquence superposable à celles d'autres séries africaines. Mais une fréquence plus élevée (36% à 56%) est observée dans les grandes séries des pays du Nord, aussi bien chez le sujet de peau noire que chez le sujet de peau claire (1, 10, 12, 14). Fessel *et al.* ont montré que les sérîtes ont une fréquence significativement plus importante chez le sujet de peau noire que chez le sujet de peau claire (14). La petite taille des séries africaines explique probablement la sous-estimation de ces atteintes. La fréquence de la néphropathie lupique varie en fonction des paramètres ethniques, du mode de recrutement du service, de l'âge et du sexe (1, 4, 9-14). Elle serait plus fréquente dans le sexe masculin et chez le sujet d'ascendance africaine (9,10, 14). L'atteinte neurologique n'est retrouvée que dans 12,5% des cas dans notre étude. Ces résultats concordent avec ceux d'autres auteurs (10, 14) qui ont montré que les atteintes neurologiques sont moins fréquentes chez le sujet de peau noire que chez le sujet de peau claire.

Le bilan immunologique incomplet dans notre étude, ne nous permet pas de tirer des conclusions pertinentes. Pour des raisons économiques, la recherche d'anticorps antinucléaires (AAN) et des auto-anticorps n'a pas été effectuée chez toutes les malades, mais ces auto-anticorps étaient présents chez la majorité (92,3%) des patientes chez lesquelles ils ont été recherchés. Ces résultats sont similaires à ceux des grandes séries de la littérature. Les AAN sont présents chez 92% des cas dans la série tunisienne (13), 100% chez les Noirs sud-africains (4). Un taux plus faible 72% est par contre observé dans la série sénégalaise (3). Les désordres hématologiques dans notre série se résumaient essentiellement à la leucopénie et à l'anémie. L'anémie était retrouvée chez 11 de nos malades. Elle était présente chez tous les malades de Monnier *et al.* (2). Ka *et al.* (3) ont trouvé une fréquence similaire à celle de notre série soit 77%. La leucopénie était présente chez 5 de nos patientes avec une fréquence comparable à la série de Ka *et al.* (3) au Sénégal. Dans les séries africaines disponibles, l'association du syndrome des anticorps anti-phospholipides et LES n'est pas encore documentée probablement à cause des difficultés techniques.

Sur le plan évolutif, dans l'année qui a suivi le diagnostique, la corticothérapie a donné de bons résultats, puisque

87,50% des malades ont une évolution favorable avec une rémission des symptômes. Ka *et al.* (3) ont eu un résultat similaire de 88%. Ces données confirment l'efficacité du traitement corticoïde à doses adéquates s'il est entrepris précocement avant l'installation d'une insuffisance rénale. Au cours de la deuxième année, 31,25% des malades ont été réhospitalisés au moins une fois pour une poussée évolutive de la maladie lupique contre 20% de poussées dans la série sénégalaise (3). Ces chiffres montrent la difficulté de suivi à moyen et à long terme d'une maladie chronique dans les pays pauvres où le coût de la prise en charge du LES (bilan, achat de médicaments) n'est pas négligeable. Ces difficultés financières sont parfois responsables, en partie, de l'observance du traitement et des pertes de vue.

Le taux de mortalité globale retrouvé dans notre série était de 31,25%. Il est légèrement plus élevé que ceux rapportés dans les autres séries africaines, du Cameroun (5), d'Afrique du Sud (4) et du Sénégal (3) qui sont respectivement de 25%, 27% et 29%. Avec un suivi moyen de 33,56 mois, la survie à 1 an était de 87,50%. La durée de suivi de nos malades relativement courte ne nous a pas permis d'apprécier le pronostic de nos malades à long terme. Les facteurs classiques de mauvais pronostic ont été l'insuffisance rénale, le neurolupus, le sexe masculin, les sujets originaires d'Afrique sub-saharienne et les complications iatrogènes (1,9, 10, 13). D'autres études ont montré que l'ethnicité n'était pas un facteur pronostique important ; par contre les facteurs socioculturels (pauvreté, précarité, absence de couverture sociale) étaient des facteurs de risque déterminants du pronostic du lupus systémique (12, 15).

Remerciements • Nous adressons nos remerciements aux Drs Barruet (dermatologue privé) et Denke (unité de Rhumatologie du CHR de Lomé) pour leur collaboration.

RÉFÉRENCES

- 1 - Meyer O, Kahn MF. Lupus érythémateux systémique. In «Kahn MF, Peltier A, Meyer O, Piette JC. Maladies et syndrome systémiques». 4^e édition. Flammarion Médecine Science ed, Paris, 2000, pp 137-48.
- 2 - Monnier A, Delmarre B, Peghini M, Genelle B, Dexemple P, Lokrou A *et al.* Le lupus érythémateux aigu disséminé en côte d'Ivoire. A propos de 9 observations. *Med Trop* 1985; 45 : 47-54.
- 3 - Ka MM, Diouf B, Mbengue M, Kane A, Wade B, Diallo S *et al.* Aspects évolutifs du lupus érythémateux disséminé à Dakar. A propos de 30 cas. *Bull Soc Pathol Exot* 1998; 91 : 306-8.
- 4 - Jacyk WK, Steenkamp KJ. Systemic lupus erythematosus in South African blacks: prospective study. *Int J Dermatol* 1996; 35 : 707-10.
- 5 - Youmbissi TJ, Emole-Ngondi D, Mpoudi-Ngolle E, Mbakop A. Profil clinicopathologique du lupus érythémateux disséminé chez un groupe de malades noirs Africains à Yaoundé. *Sem Hôp Paris* 1996; 72 : 826-27.
- 6 - Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan OI, Pitche P, Tchangai-Walla K. Les connectivités en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Med Interne* 1999; 20 : 13-7.
- 7 - Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40 : 1725.
- 8 - Molokhia M, McKeigue PM, Cuadrado M, Hughes G. Systemic lupus erythematosus in migrants from West Africa compared with Afro - Caribbean people in the UK. *Lancet* 2001; 357 : 1414-15.
- 9 - Mody GM, Parag KB, Nathoo BC, Pudifin DJ, Duursma J, Seedat YK *et al.* High mortality with systemic lupus erythematosus in hospitalised African blacks. *Br J Rheumatol* 1994; 33 : 1151-53.
- 10 - Deligny C, Thomas L, Dubreuil F, Théodose C, Garsaud AM, Numéric P *et al.* Lupus systémique en Martinique : enquête épidémiologique. *Rev Med Interne* 2002; 23 : 21-9.
- 11 - Mijiyawa M. Aspects socioculturels de la pratique rhumatologique en Afrique Noire. *Histoire des Sciences Médicales* 1995; 71 : 312-23.
- 12 - Ward MM, Studenski S. Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus. Identification of racial and socioeconomic influences. *Arch Intern Med* 1990; 150 : 849-53.
- 13 - Louzir B, Othmani S, Ben Abdelhafid N et le Groupe d'étude du lupus systémique en Tunisie. Le lupus érythémateux systémique en Tunisie. Etude multicentrique nationale. A propos de 295 observations. *Rev Med Interne* 2003; 24 : 768-74.
- 14 - Fessel WJ. Systemic lupus erythematosus in the community. Incidence, prevalence, outcome and first symptoms., the high prevalence in black women. *Arch Intern Med* 1984; 134 : 1027-35.
- 15 - Reveille JD, Moulds JM, Ahn C, Friedman AW, Baethge B, Roseman J *et al.* Systematic lupus erythematosus in three ethnic groups : I The effects of HLA class II, C4, and CR1 alleles, socio-economic factors, and ethnicity at disease onset LUMINA Study Group. Lupus in minority populations: nature versus nurture. *Arthritis Rheum* 1998; 41 : 1161-72.