

**PROFIL CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DES PATIENTS LUPIQUES SUIVIS AU  
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU  
MAGA DE COTONOU**



AZON-KOUANOU Angèle<sup>1</sup>, AGBODANDE Kouessi Anthelme<sup>1</sup>, KENMOE  
TCHOUANCHE-WENDEU ABESSOLO Christelle<sup>1</sup>, ZANNOU Djimon Marcel<sup>1</sup>, ADE  
Gabriel<sup>1</sup>, HOUNGBE Fabien<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinique Universitaire de Médecine Interne et Oncologie Médicale. Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koudougou Maga (HKM), Cotonou (Bénin)

**Auteur correspondant :** AZON-KOUANOU Angèle, 06 BP 1782 Cotonou, Téléphone : 00 (229) 97 99 78 50  
Adresse mail : [angele.azonkouanou@gmail.com](mailto:angele.azonkouanou@gmail.com)

**RESUME**

**Objectif:** Evaluer le profil clinique, biologique et les complications évolutives des patients lupiques suivis au CNHU-HKM de Cotonou.

**Patients et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique menée dans le service de septembre 2012 à Septembre 2013. La population d'étude a été celle de tous les patients, âgés de 16 ans et plus hospitalisés dans le service et chez qui le diagnostic de lupus érythémateux systémique a été retenu sur la base des critères de l'ACR 1997. Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche établie à partir du dossier d'hospitalisation.

**Résultats :** Sur 417 patients hospitalisés dans le service, 11 étaient atteints de LES, soit une fréquence de 2,6%. L'âge moyen des patients était de 32,9 ans avec des extrêmes qui vont de 17 ans à 51 ans. Parmi les 11 patients atteints de lupus, 9 étaient de sexe masculin, avec un sexe ratio de 2/9. Les principaux motifs de consultation étaient la fièvre prolongée et la Polyarthralgie. Les manifestations cliniques mineures étaient dominées par l'asthénie et la fièvre, et les manifestations cliniques majeures par l'anxiété, le syndrome dépressif, l'insuffisance rénale. La VS et la CRP étaient les signes inflammatoires biologiques les plus rencontrés.

**Conclusion :** Le LES est une connectivite qui semble être relativement fréquente à Cotonou. Dans un pays comme le nôtre où le plateau technique reste insuffisant, l'utilisation des critères de l'ACR1997 prend une place importante dans le diagnostic de la maladie permettant une prise en charge plus ou précoce limitant les complications graves.

**Mots clés :** Lupus érythémateux systémique, CNHU-HKM, Cotonou

**ABSTRACT** Clinical and biological profile of lupus patient in the National Teaching Hospital Hubert Koutoukou Maga of Cotonou

**Objective:** Evaluate the clinical biological profile, and evolutionary complications of lupus patients hospitalized to CNHU - HKM of Cotonou.

**Study Method:** a descriptive and analytical prospective study conducted from September 2012 to September 2013. The study population was that of all patients aged 16 and older hospitalized and in whom the diagnosis of systemic lupus erythematosus has been done based on the ACR criteria. Data collection was done using a form drawn from the files hospitalising records.

**Results:** Of 417 patients hospitalized in the service, 11 were suffering from systemic lupus erythematosus a frequency of 2.6%. The average age of the patients was 32.9 years with extremes ranging from 17 years to 51 years. Of the 11 patients with Lupus, 9 were male with a sex ratio of 2 to 9. The main reasons for consultation were prolonged fever and polyarthralgia. Minors clinical manifestations were dominated by asthenia and fever. The major clinical manifestations by anxiety and depressive disorders, kidney failure. ESR and CRP are the most encountered signs of inflammation.

**Conclusion:** the frequency of systemic erythematosus lupus in hospital is high in Cotonou. It is a chronic disease? His diagnosis is difficult because the biological test for the diagnostic not disponible in bénin. So not accessible the time of diagnosis, and the treatment of the lupus is for long terme with multiles adverse effects

**Keywords:** Systemic lupus erythematosus, CNHU-HKM, Cotonou

**INTRODUCTION**

Le Lupus Erythémateux Systémique (LES) est une maladie auto-immune non spécifique d'organe caractérisée cliniquement par l'association de manifestations protéiformes et

biologiquement par la présence constante d'anticorps anti-nucléaire [1]. Doté d'un polymorphisme clinique parfois trompeur, le LES pose des problèmes diagnostiques et de prise en charge thérapeutique. Son diagnostic exige l'association de plusieurs critères cliniques et

biologiques, en particulier immunologiques. Les premiers critères diagnostiques ont été établis en 1971 par Cohen et al [2], et révisés en 1982 par Tan et al. [3] par Tan EM et al. puis actualisée en 1997 [4] par l'American College of Rheumatology (ACR). Un nombre minimum de 4 critères est exigé pour retenir le diagnostic avec une sensibilité et une spécificité de 96% [4, 5]. Le lupus systémique comme toutes les connectivites, a fait l'objet d'un nombre restreint de travaux en Afrique sub saharienne à cause de l'insuffisance du plateau technique [3-6]. Sa fréquence semble relativement faible dans les pays d'Afrique occidentale au vu des premiers cas publiés [7,8].

Au Bénin, les premiers cas décrits par do Ango Padonou et al en 1996 [9] ont concerné le lupus cutané chronique. Depuis lors, quelques cas ont été publiés. Mais, quelle est l'expérience du service de médecine interne du CNHU de Cotonou en matière de diagnostic et de prise en charge du lupus érythémateux systémique? Ceci a motivé la présente étude dont l'objectif a été d'évaluer le profil clinique, biologique et les complications évolutives des patients lupiques suivis au CNHU-HKM de Cotonou.

#### **PATIENTS et METHODE**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique menée dans le service de Médecine Interne du CNHU-HKM de Cotonou sur un an (septembre 2012 à Septembre 2013). La population d'étude a été celle de tous les patients, âgés de 16 ans et plus hospitalisés dans le service et chez qui le diagnostic de lupus érythémateux systémique a été retenu sur la base de 4 des 11 critères de l'ACR1997 [4].

Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche établie à partir du dossier d'hospitalisation. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques à savoir (l'âge, le sexe, le niveau d'instruction), Les signes cliniques et biologiques et les complications l'analyse statistique a été faite grâce au logiciel épi info 3.5.3. Les fréquences et les moyennes sont calculées.

## **RESULTATS**

### **Fréquence :**

Sur 417 patients hospitalisés dans le service pendant la période d'étude, 11 étaient atteints du lupus, soit une fréquence de 2,6%.

### **Caractéristiques sociodémographiques des patients**

#### **3-2-1. Age**

La moyenne d'âge des patients était de 32,9 ans, avec des extrêmes qui vont de 17 ans à 51 ans.

#### **Sexe**

Parmi les 11 patients atteints de lupus, 9 étaient de sexe féminin soit 81,8 % contre 2 hommes (18,2 %). Le sex ratio était de 2/9.

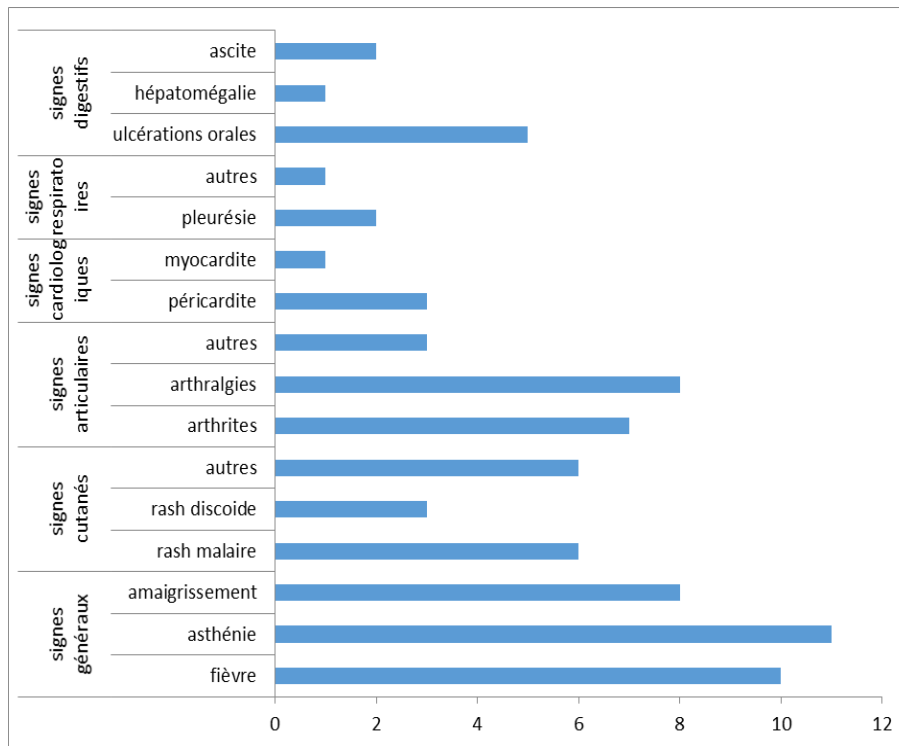
#### **Profil clinique**

Le délai moyen de consultation après les premiers symptômes était de 207,2 jours avec des extrêmes qui varient de 14 jours à 548 jours. Les motifs de consultation étaient dominés par la fièvre prolongée dans 36,5% des cas. Les principaux motifs de consultation sont résumés dans le tableau n°1 :

**Tableau n°1 : Principaux motifs de consultation**

<b>Variables</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Fièvre prolongée	4	36,5
Poly arthralgies	3	27,1
Sérite	2	18,2
Insuffisance rénale	1	9,1
Lésions cutanées	1	9,1

Les manifestations cliniques du lupus sont polymorphes. Elles seront regroupées en manifestations « mineures » et « majeures ». La figure n°1 montre les manifestations cliniques mineures présentées par les patients de l'étude.



**Figure n°1** : Profil des manifestations mineures

Les signes cutanés étaient surtout : le rash malaire (**image 1**) chez 6 patients, le rash discoïde (**image 2**), chez 6 patients et l'alopecie chez 3 patients (**image 3**).



**Image n°1** : Le rash malaire  
Siège au niveau des pommettes et de la racine du nez réalisant une éruption érythémateuse non prurigineuse en masque de loup



**Image n°2** : le Rash discoïde  
Lésions diffuses sur tout le corps prédominant au niveau du thorax et des seins. Elle associe érythème, squame et atrophie



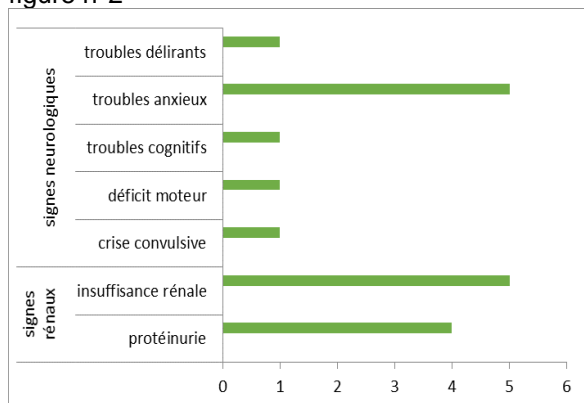
**Image 3** : Alopecie  
Elle est frontale, diffuse, s'étendant jusqu'au vertex

D'autres signes cutanés non spécifiques ont été retrouvés. Ces signes sont résumés dans le tableau n°2

**Tableau n°2 :** Atteintes cutanées non spécifiques

Signes	Fréquence	%
Alopécie	3	27,8
Lésions squameuses	1	9,1
Lésions dyschromiques	1	9,1
Prurigo	1	9,1

A part les manifestations cliniques Mineures, des manifestations majeures ont été retrouvées. Ces manifestations sont résumées sur la figure n°2



**Figure n°2 :** Manifestations cliniques majeures rencontrées au cours du LES dans l'étude. Ces manifestations sont dominées par les troubles anxieux 5 patients, et l'insuffisance rénale 5 patients dans respectivement (45,4%). chacun.

### Profil des complications

#### Complications viscérales

Des complications ont été révélées chez nos patients au cours du lupus. Il s'agit des complications viscérales comme : la fibrose pulmonaire, le lupus vésiculo-bulleux (image4), et des complications infectieuses.



**Image 4 :** lésion bulleuse de la marde anale

Les complications viscérales sont résumées dans le tableau n°3.

**Tableau 3 :** Les complications viscérales

Atteinte	Fréquence	%
Fibrose pulmonaire	1	9.1
Lupus vésiculo-bulleux	1	9.1
Pseudo rétinopathie de Purtscher	1	9.1

#### Complications infectieuses

Quatre patients sur 11 ont présenté une infection urinaire d'origine bactérienne (à Escherichia Coli). Un cas d'infection parasitaire à plasmodium falciparum a été également noté.

#### Profil biologique

##### Signes inflammatoires

Le tableau n°4 montre les signes inflammatoires identifiés chez les patients au cours de l'étude

**Tableau n° 4 :** Signes inflammatoires identifiés

Variables	Valeur	Effectifs	%
Vitesse de sédimentation (mm à la 1 <sup>ère</sup> h)*	Supérieure ou égale à 100	4	36,4
	Inférieure à 100	6	54,5
	Normale	1	9,1
	C réactive protéine (mg) **		
C réactive protéine	Varie entre 50-100	1	9,1
	Inférieure à 50	3	27,3
	Négative	7	63,6

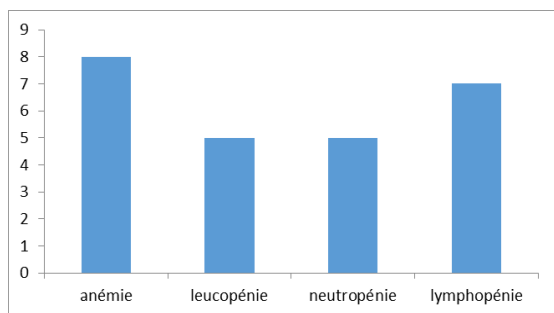
\*Millimètre à la première heure  
\*\*Milligramme

Le signe inflammatoire biologique le plus rencontré était la vitesse de sédimentation dans une proportion de 36,4%.

La moyenne de la VS est de 82,1 millimètre à la première heure avec des extrêmes qui vont de 26 à 177 mm. Dans 63,6% des cas, la C Réactive protéine (CRP) est positive et inférieure à 50 mg/litre.

D'autres manifestations biologiques sont possibles au cours du lupus. Il s'agit des manifestations hématologiques. Ces dernières sont consignées sur la figure n°3

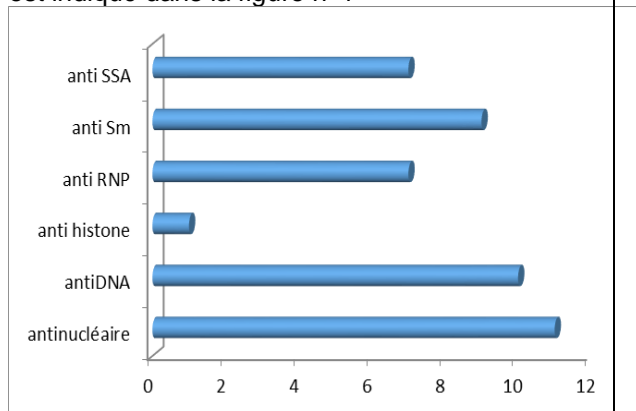
### Manifestations hématologiques



**Figure n°3** : manifestations hématologiques  
Ces manifestations sont dominées par l'anémie 8 patients sur 11 (72,8%), et la lymphopénie chez 7 patients sur 11 (63,7%)

### Manifestations immunologiques

Le profil immunologique des patients lupiques est indiqué dans la figure n°4



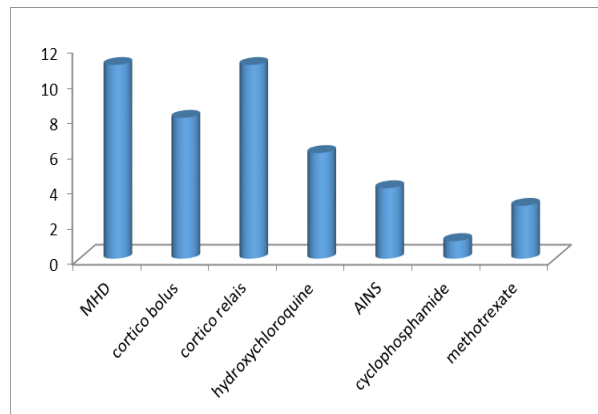
**Figure n°4** : Profil immunologique des patients lupiques

Les anti-nucléaires 11 patients sur 11 et les DNA natifs 10 patients sur 11 sont les bilans immunologiques les plus rencontrés au cours du LES dans notre étude.

Par rapport au type de fluorescence, la réponse était mouchetée dans 63,6% des cas, avec un titre supérieur à 5000 chez 27,3 % des patients.

### Profil thérapeutique

La figure n°5 montre les différents types de traitement administrés aux patients dans l'étude



**Figure 5** : Types de traitement administrés

Les mesures hygiéno-diététiques et la cortico thérapie sont les plus utilisées dans respectivement 91% des cas.

### DISCUSSION

L'incidence hospitalière du LES dans notre travail était de 2,6%. Elle varie selon les pays de 1 à 10 pour 100 000 habitants [10] avec une faible incidence au Bénin de 0,12% [9], en Espagne de 2,15 [11] et une incidence élevée au Brésil de 8,7 [12] Depuis quelques années, l'incidence du lupus est en augmentation.

La moyenne d'âge de nos patients a été de 32,18 ans. Cette moyenne reste proche de celle retrouvée par do Anjo et al dans le même centre national hospitalier en 1996 [9]. Dans la littérature, l'âge des patients lupiques au moment du diagnostic varie de 20 à 30 ans [13]. En Afrique subsaharienne, des auteurs ont retrouvé un âge tardif, égal ou supérieur à 30 ans. KA et al. à Dakar en 1998 avaient trouvé 31,8 ans [14], IBA BA et al dans sa série en 2011 à Libreville avaient eu un âge similaire 31,93 [15]. Kombate K et al en 2008 à Lomé ont eu 32,18 ans [16]. Toutes ces tranches d'âge se superposent. C'est la preuve que le LES est, une maladie du sujet jeune.

Une nette prédominance féminine : a été retrouvée dans l'étude : 2 hommes pour 9 femmes. Cette prédominance féminine est déjà connue au cours du lupus, et fait discuter une participation hormonale [17]. Ceci est d'autant vrai et s'accorde avec la théorie selon laquelle la grossesse est un facteur qui déclenche des poussées [18]. C'est le cas d'une des patientes chez qui le diagnostic de lupus a été posé dans les suites d'un accouchement. Des études familiales ont montré que certains gènes indépendants du système HLA joueraient un rôle dans la susceptibilité individuelle à la maladie. Cette susceptibilité semble être plus marquée chez les femmes [19].

Dans notre série, 7 patients sur 11 sont d'ethnie Fon, les données de la littérature sont pauvres à ce sujet, néanmoins il est important de préciser que l'hôpital se trouve dans la région Sud du Bénin où les l'ethnie Fon est majoritaire. Les atteintes au cours du lupus sont protéiformes, intéressant plusieurs organes avec néanmoins des atteintes plus ou moins spécifiques de la maladie.

Le délai moyen du diagnostic est de 207.18 jours. Ce retard au diagnostic peut s'expliquer de deux manières. La première est le caractère protéiforme de l'affection car les signes sont variés et ne survenant pas toujours en même temps, peut faire errer le diagnostic. D'autre part en Afrique, comme pour bon nombre de maladies chroniques, les croyances portées sur les mauvais sorts jetés donnent raison à l'émergence de la médecine parallèle, éloignant ainsi les patients des centres de soins médicaux.

Les manifestations dites mineures sont cutané-articulaires. L'atteinte cutanée dans notre étude est représentée par le rash malaire 5 patients sur 11 (54.5%) des cas et le rash discoïde 3 patients sur 11 (27.3%), d'autres atteintes sont également notées à type d'alopécie. Ces atteintes tout comme relevé par l'étude de Iba Ba [15] ne constituent pas un motif fréquent de consultation 9.1%, bien que parfois très inesthétiques, elles sont le plus souvent associées à d'autres atteintes plus invalidantes amenant les patients à consulter, essentiellement la fièvre prolongée 36.40% et les douleurs articulaires 27.30%. La fièvre prolongée a inaugurée la maladie dans 10% des cas dans la série de Wallace et Du bois [20].

L'atteinte articulaire de par la gêne fonctionnelle qu'elle occasionne, prédomine aussi bien comme motif de consultation (45.9%), qu'élément de l'examen clinique (59.4%) dans l'étude Iba Ba [15]. Dans notre série, elle représente le 2ème motif de consultation et le 3<sup>ème</sup> signe clinique (72.72%) après les manifestations générales, asthénie (100%), fièvre prolongée (90.90%). Cette fréquence de l'atteinte articulaire se rapproche plus de celle retrouvée dans la série de Kombate 87.5% [16]. Il s'agit dans notre série de 8 cas d'arthralgies pour 7 cas d'arthrites vraies, alors que KA retrouvait à Dakar, plus souvent d'arthrites que d'arthralgies (8/2) [14].

Ces atteintes cutané-articulaires bien que dites mineures de par leur caractère inesthétique et invalidant sont sources de stigmatisa-

tion, désinsertion socio professionnelle, renforcent ainsi la connotation mystique de la maladie et les troubles anxio-dépressifs liés à la maladie. Ceci rend par ailleurs difficile le diagnostic de neuro lupus à manifestations psychiatriques, il n'est pas toujours évident de séparer le syndrome dépressif lié à l'annonce d'une maladie grave, invalidante, stigmatisante du syndrome dépressif dû lui-même à la maladie.

Ainsi concernant l'atteinte neurologique, nous notons 45.45% de syndrome anxio-dépressif, pour 27.27% de troubles neurologiques autres, ceci est superposable aux données de Deligny et al. en Martinique 24.5% [21], Iba Ba 24,3% à Libreville [15].

L'atteinte rénale et l'atteinte neurologique, déterminent le pronostic de gravité de la maladie. Dans notre étude, 5 patients sur 11 (45.45%) avaient eu une insuffisance rénale. Cette fréquence est beaucoup plus élevée que celle de la série de IBA BA 16.2% [15]. La fréquence de la néphropathie lupique varie en fonction des paramètres ethnique, du mode de recrutement du service, de l'âge et du sexe [22]. Elle serait plus fréquente chez le sujet noir et de sexe masculin. Les 2 patients de sexe masculin de notre série ont présenté une altération de la fonction rénale, qui a été réversible pour un parmi eux. Jaziri retrouve en Tunisie 87% d'atteinte rénale dans une série exclusivement masculine confirmée par la ponction biopsie rénale 85%, ceci constitue une donnée manquante pour notre série, le plateau technique au Bénin ne permettant pas la réalisation de cet examen [23].

L'atteinte cardiaque est dominée par la périocardite 27.30%, l'atteinte respiratoire par la pleurésie 18.20%. Kombate retrouve une fréquence des sérites de 37.5% comparable à celles d'autres séries africaines [16]. Fessel et al. ont montré que les sérites ont une fréquence significativement plus importante chez le sujet de peau noire que chez le sujet caucasien [23].

Le Lupus est connu dans toutes les populations de part le monde. Son spectre de manifestations cliniques est commun au niveau des différentes régions mais la sévérité de la maladie ainsi que la comorbidité varie selon le niveau de développement du pays considéré. Ainsi certaines connectivites sont déjà décrites comme fréquemment associées au LES, essentiellement le SAPL et le syndrome de Gougerot. Environ 40% des patients lupiques ont des anticorps anti phospholipides [24].

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. Dans notre étude nous ne disposons que de sérologie syphilitique afin d'évoquer ce diagnostic, elle s'est révélée négative dans tous les cas tout comme dans la série de Iba Ba [15]. Il serait donc nécessaire chez nos patients de faire le dosage des anticorps anti phospholipides durables afin d'éliminer ce diagnostic, 3 patientes sur 11 avaient présentés des fausses couches. Les principes du traitement du SAPL font l'objet d'un consensus en 2012 [24].

En revanche le syndrome de Gougerot ou syndrome sec se révèle la pathologie la plus associée dans notre série 6 patients sur 11. Harmouche et al retrouvent 6 cas sur une série de 166 patients [25].

Une patiente a présenté une PR associée. Le rhupus, syndrome ou association de la polyarthrite rhumatoïde et du lupus systémique est décrite pour la première fois par Shur en 1971 [26]. C'est une affection rare avec une prévalence de 0.09%. Quelques observations sont rapportées dans la littérature, Hachicha et al. rapportent un cas [27]. Banwari Sharma en rapporte 3 en Inde [28].

Nous avons également observé 2/11 cas d'association avec la drépanocytose hétérozygote et 1/11 cas d'infection VIH [29,30]. La coexistence du LES avec l'infection VIH est un évènement rare mais remarquable tant on sait les importants désordres immunologiques dans ces deux pathologies et le syndrome de restauration immunitaire peut non seulement révéler des maladies infectieuses mais aussi auto-immunes. Carugati et al. publient en Avril 2013 deux cas de patients hospitalisés à l'hôpital de Milan [30], un cas de lupus découvert après l'introduction des ARV chez une africaine de 32 ans, un autre cas chez une caucasienne de 44 ans reçue pour un AVC. Chez notre patient le diagnostic du lupus et du VIH sont fait simultanément dans le bilan d'une polyarthrite avec fièvre prolongée.

L'association d'une drépanocytose à un lupus est rarement rapportée [29]. Seuls 39 cas relatant cette association sont décrits dans la littérature [29]. Au plan pathogénique, le défaut d'activation de la voie alterne du complément observé au cours de la drépanocytose, entraîne une baisse d'élimination des antigènes à l'origine de la formation de complexes immuns pouvant être responsable de l'émergence de

maladies auto-immunes. Maamar rapporte un cas chez une femme de 23 ans au Maroc [29].

En dehors des atteintes rénales et neurologiques sévères, les complications liées à l'évolutivité de la maladie sont représentées par une atteinte pulmonaire à type de fibrose diffuse, une atteinte oculaire : la pseudo rétinopathie de Purtscher et le lupus vésiculo bulleux.

Les signes respiratoires représentent le tiers des manifestations cliniques au cours du LES [31]. Ils sont d'une sévérité variable allant d'une atteinte pleurale asymptomatique à une hémorragie alvéolaire sévère. Le scanner thoracique est un moyen diagnostique important au cours du LES. Sur 15 scanners thoraciques réalisés chez des patients lupiques, Kechida et al. retrouvaient un cas de fibrose pulmonaire [31]. Chez notre patiente la dyspnée représentait le premier signe de la maladie, elle a longtemps fait errer le diagnostic. Chez un patient avec un antécédent d'hypertension artérielle, la recherche d'une cause cardiaque devant une dyspnée était primordiale.

La pseudo rétinopathie de Purtscher est une vascularite rétinienne ischémique de physiopathologie mal comprise pouvant révéler un lupus. La rétinopathie de Purtscher est décrite dans les traumatismes crâniens comme l'association d'une baisse de l'acuité visuelle, l'atteinte du champ visuel, d'hémorragie rétinienne, de nodules cotonneux et de plages d'œdème ischémique au fond d'œil. Ces signes ont été retrouvés chez une des patientes, et l'évolution a été favorable sous corticothérapie. Cette atteinte lupique rare est décrite par DEVILLIERS et al. En France en 2007 chez une patiente de 31 ans [32].

Le lupus bulleux est une manifestation rare de la maladie lupique, concernant moins de 5% des patients atteints de LES et dont l'incidence annuelle est de un sur cinq millions habitants [33-35]. Il survient généralement chez des adultes jeunes et se manifeste par la présence de bulles ou de vésiculo-bulles apparaissant sur peau érythémateuse ou peau saine et disparaissant sans cicatrice. Son traitement repose sur la Dapsone, d'où la nécessité avant de débiter le traitement chez le mélanoderme, d'éliminer une hémoglobinoopathie et un déficit en G6PD [35]. Lorcy rapporte un cas chez un homme Comorien de 22 ans [35], cet âge est identique à celui de notre patiente de 21 ans porteuse d'un trait drépanocytaire et chez qui la Dapsone a provoqué une anémie sévère, obligeant son arrêt. Le relai du traitement a été

fait par la colchicine avec de bons résultats. Cette atteinte cutanée sévère est de mauvais pronostic. Les complications iatrogènes sont dominées par une anémie hémolytique à la prise de la Dapsone utilisée pour le traitement du lupus bulleux. L'anémie faisant partir des effets indésirable connus pour cette molécule.

Enfin les complications infectieuses surtout d'origine bactérienne à type d'infection urinaire à *Escherichia Coli* 4/11 et d'origine parasitaire 1 cas de paludisme ont été retrouvées. Jallouli et al. confirment cette prépondérance des infections bactériennes au cours du LES (67.5%) [36].

Les paramètres inflammatoires sont perturbés de façon quasi constante : 10/11 patients ont une VS accélérée et 72.72% une CRP positive ; l'augmentation de la CRP imposait la recherche systématique de l'association à un foyer infectieux, ce qui n'était pas toujours retrouvé. Ce résultat est corroboré par ceux de IBA BA qui constatent un taux supérieur à 30 mg/l chez 15 patients sur 31 patients [15]. Cette élévation de la CRP n'était pas corrélée à un processus infectieux. Mais elle a été normalisée sous corticothérapie seule, ce qui n'est pas habituel au cours du lupus. RHODES et al. évoquent le caractère variable de l'expression de la CRP sous dépendance génétique ; ils démontrent dans des familles lupiques aux Philippines, l'existence de déterminants génétiques dans la variation de la CRP de base et soulignent l'intérêt d'une meilleure cartographie génétique de ces patients [37].

Sur le plan hématologique, les désordres de la série de Kombat se résument en anémie et leucopénie [16]. Dans notre série, 8 patients sur 11 ont présenté une anémie, suivie de lymphopénie chez 7 patients sur 11 patients. Aucune thrombopénie n'a été constatée. KA et al. ont trouvé une fréquence similaire de 77% [14]. L'atteinte hématologique signe une évolutivité voire une gravité de l'affection et relève d'une thérapeutique parfois agressive, elle doit de ce fait être rapidement identifiée et analysée au même titre que les autres atteintes viscérales conditionnant le pronostic de la maladie lupique. Nos résultats concordent avec ceux de Zbadi Rhita en 2012 à Fès où l'anémie (82%) et la lymphopénie (93.7%) représentaient les principales anomalies hématologiques [38].

Le profil immunologique révèle une positivité des anticorps antinucléaires chez tous nos patients 11 sur 11. Les anticorps anti DNA prédominent 90.90%, suivis des anti-Sm

81.80%, puis les anti-SSA et RNP 63.6%, enfin les anti-histones 9.1%. Les anticorps anti SSB sont négatifs chez tous nos patients. On constate une fréquence très élevée des anti-Sm en comparaison à la série de Iba Ba 33.3% [15], Quintero Del Rio et al. [39] dans une étude multicentrique et multi-ethnique. Cette étude a montré une prévalence plus importante des anticorps anti RNP et anti Sm dans la population afro-américaine que dans la population caucasienne et hispanique.

Les mesures hygiéno-diététiques et la corticothérapie orale représentent le traitement de base de tous nos patients. Cette corticothérapie était réalisée dans les atteintes viscérales sévères et les poussées articulaires initialement administrée sous forme de bolus intraveineux. Le risque d'une corticothérapie au long cours est la survenue plus fréquente d'affections opportunistes par rapport à la population générale.

Les immunosuppresseurs utilisés étaient surtout le méthotrexate dans une forme associée à la PR et chez une patiente dont les lésions oculaires ont contre-indiqué l'introduction d'un antipaludéen de synthèse ; le Cyclophosphamide a été indiqué dans un cas de neurolupus avec déficit moteur et syndrome démentiel.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13.1 jours, beaucoup moins que dans la série de IBA BA où elle est de 25.1 jours [15]. Le coût élevé de l'hospitalisation était très souvent à l'origine d'un retour précoce à domicile.

Nous avons observé 3 décès dans notre série, les 3 patientes avaient présenté une atteinte rénale associée dans 2 cas à un neurolupus et dans un cas à une fibrose pulmonaire. Ce qui représente une mortalité de 27.27% comparable à celui retrouvé dans d'autres séries africaines : 25% au Cameroun [40], 29% au Sénégal [14].

## **CONCLUSION**

Le LES est une connectivite qui semble être relativement fréquente à Cotonou. Sa fréquence hospitalière au CNHU/HKM de Cotonou est évaluée à un patient en moyenne par mois, ce qui n'est pas négligeable. Dans un pays comme le nôtre où le plateau technique reste insuffisant, l'utilisation des critères de l'ACR1997 prend une place importante dans le diagnostic de la maladie permettant une prise en charge plus ou précoce limitant les complications graves. Il s'agit d'une maladie chronique, très invalidante. Le traitement est au long cours et n'est pas toujours aisé. Il est pourvoyeur de complications. Et ces dernières ne sont pas toujours pris en charge par l'assurance, même pour ceux qui en disposent.



**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Meyer O, Kahn MF. Lupus érythémateux systémique. In «Kahn MF, Peltier A, Meyer O, Piette JC. Maladies et syndrome systémiques». 4<sup>e</sup> édition. Flammarion Médecine Science ed, Paris, 2000, 137-148
2. Cohen AS, Reynolds WE, Franklin EC, Kulka JP, Ropes MW, Shulman LE, Wallace SL. Preliminary criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Bull Rheum Dis* 1971 ; 21: 643-645
3. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, Mcshane DJ, Rothfield NF, Schaller JG, Talal N, and Winchester RJ. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982; 25(11) : 1271- 1277
4. Hochberg M. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [letter]. *Arthritis Rheum* 1997 ; 40 : 1725
5. Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan OI, Pitche P, Tchangai-Walla K. Les connectivités en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Med Interne* 1999 ; 20 : 13-17
6. Canoso J and Cohen A. A review of the use, evaluations, and criticisms of the preliminary criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1979 ; 22: 917-921
7. Zomalhèto Z, Assogba M, Agbodandé A, Atadokpèdé F, GounongbéM Avimadjè M. Lupus érythémateux systémique : Particularité au Bénin et en Afrique de l'Ouest. *La Tunisie Médicale* 2014 ; 92 (12) : 707-710
8. Basset A, Hocquet P, Sow AM, Richir CL. A propos d'un cas de lupus érythémateux disséminé. *Bull. Soc. Med. Afr. Noire Langue Française* 1960 ; 5 : 172-175
9. DO Ango-Padonou, Yedomon, Foyet. Lupus érythémateux chronique : étude épidémiologique et clinique au Bénin. *Bénin Médical* 1996 ; 5 : 50-53
10. Guillermo J, Pons-Estel, Graciela S. Alarcon, Lacie Scofield, Leslie Reinlib, Glinda S. Cooper. Understanding the Epidemiology and Progression of Systemic Lupus Erythematosus. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, In Press, Corrected Proof, Available online 10 January 2009
11. Lopez P, Mozo L, Gutierrez C, Suarez A. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in a northern spanish population: gender and age influence on immunological features. *Lupus* 2003; 12: 860-865
12. Vilar MJ, Sato EI. Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal, Brazil). *Lupus*, 2002; 11(8): 528-532
13. Graham H. The London lupus centre, book of lupus: a patient guide. Springer London Ltd, 2009. ISBN, 1848003730, 9781848003736
14. Ka M M, Diouf B, Mbengue M, Kane A, Wade B, Diallo S, Diop TM. Aspects évolutifs du lupus érythémateux disséminé à Dakar. A propos de 30 cas. *Bull Soc Pathol Exot* 1998 ; 91 : 306-308
15. IBA BA J, Nzenze JR, Biteghe B, Missounga L, Bignoumba I. Profil Clinique, biologique et évolutif du lupus systémique en milieu hospitalier à Libreville. *Médecine d'Afrique Noire* 2011 ; 5812 : 551-559
16. Kombate K, Saka B, Oniankitan OI, Sodonougbo P, Mouhari T. le lupus systémique à Lomé, Togo. *Med Trop* 2008 ; 68 : 283-286
17. Deligny C, Thomas L, Dubreuil F. Lupus systémique en Martinique : enquête épidémiologique. *Rev Med Interne* 2002 ; 23 : 21-29
18. Le Thi Huong D, Wechsler B, Piette JC. Rein, lupus et grossesse. *Rev Med Interne* 2002; 23 : 813-818
19. Hahn BH. Lupus érythémateux disséminé. In Harrison Médecine interne 14<sup>ème</sup> édition, McGraw-Hill International (UK) Ltd 2000: 2156-2164
20. Wallace DJ, Dubois EL. Lupus erythematosus (2nd edition). Lea Fibiger ed., Philadelphia, 1987.
21. Deligny C, Thomas L, Dubreuil F. Lupus systémique en Martinique : enquête épidémiologique. *Rev Med Interne* 2002 ; 23 : 21-29
22. Jacyk WK, Steenkamp KJ. Systemic lupus erythematosus in South African blacks : prospective study. *Int J Dermatol* 1996 ; 35 : 707-710
23. 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 : 1027-1035

24. Ruiz-Irastorza G, Cuadrado MJ, Ruiz-Arruza I, Brey R, Crowther M, Derksen R, Erkan D, Krilis S, Machin S, Pengo V, Pierangeli S, Tektonidou M, Khamashta M. Evidence based recommendations for the prevention and long-term management of thrombosis in antiphospholipid antibody-positive patients: report of a task force at the 13th International Congress on antiphospholipid antibodies. *Lupus* 2011 ; 20 : 206-218
25. Harmouche H, Adnaoui M, Mezaalek-Tazi Z. Le lupus érythémateux systémique au Maroc. 166 observations. Société tunisienne de médecine interne.
26. Schur PH. Systemic lupus erythematosus, In: Beeson PB, McDermott W (eds): Cecil- Loeb Textbook of Medicine. Ed 13. Philadelphia : WB Saunders, Co. 1971; 821
27. Hachicha I, Sellami M, Fourati H. Rhupus syndrome : à propos d'une observation. *Revue du rhumatisme* 2006; 73 (10-11) : 1229-1230
28. Banwari S. Rhupus : report of 3 cases. *J Indian Rheumatol Assoc* 2003;11: 51-54
29. Maamar M, Tazi Mezalek Z, Mounfaloti W, Harmouche H, Adnaoui M, Aouni M. Drépanocytose et lupus systémique : une association rare. *La revue de médecine interne* 2012 ; 33 (1) : 195.
30. Carugati M, Franzetti M, Torre A, Giorgi R, Genderini A, Strambio de Castilla F, Gervasoni C, Riva A. Systemic lupus erythematosus and hiv infection : a whimsical relationship. Reports of two cases and review of literature. *Clin Rheumatol* 2013; 32 (9): 1399-1405.
31. Kechida M, Harzallah O, Salem R, Klii R, Mahjoub S. Profil global des manifestations pulmonaires au cours du lupus érythémateux systémique : étude tomodensitométrique. *Rev Med Interne* 2011 ; S2 : 318
32. Devilliers H, Bonnotte B, Mura H, Leguy V, Bron A, Audia S, Samson M, Berthier S, Vinit J, Lorcerie B, Fabre M. Pseudo rétinopathie de Purtscher au diagnostic d'un lupus systémique. In : *Revue de Médecine interne* 2007 ; 28 (1) : 132.
33. Shirahama S, Furukawa F, Yagi H, Tanaka T, Hashimoto T, Takigawa M. Bullous systemic lupus erythematosus: detection of antibodies against non collagenous domain of type VII collagen. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:844-848
34. Hadj I, Mernissi FZ. Generalized bullous lupus: a rare initial presentation of systemic lupus erythematosus. *Pan Afr Med J* 2013 ; 16 (56).
35. Lorcy S, Hacia J, Roche C. Lupus bulleux : une observation sur peau génétiquement pigmentée. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2011 ; 138, 792-794
36. Jallouli M, Frigui M, Marzouk S. Complications infectieuses au cours du lupus érythémateux systémique : étude de 146 patients. *La revue de médecine interne* 2008 ; 29 : 626-631
37. Rhodes B, Wong A, Navarra SV. Genetic determinants of basal C-reactive protein expression in Filipino systemic lupus erythematosus families. *Genes Immun* 2008; 9(2) 153-160
38. Zbadi R. Manifestations hématologiques au cours du lupus systémique: étude prospective à propos de 39 cas. Thèse médecine N°045.2012. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès (Maroc)
39. Quintero-Del-Rio AI, Bacino D, Kelly J. Familial systemic lupus erythematosus: a comparison of clinical manifestations and antibody presentation in three ethnic groups. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)* 2001; 47 (7) :1223-1227
40. Youmbissi TJ, Emole-Ngondi D, Mpoudi-Ngolle E, Mbakop A. Profil clinico pathologique du lupus érythémateux disséminé chez un groupe de malades noirs Africains à Yaoundé. *Sem Hôp Paris* 1996 ; 72 : 826- 827