

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, JUIN - VOLUME 10 (1-3)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal



DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Ag. Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire),
Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire),
Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal),
Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal),
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal),
Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France),
Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin),
Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte
d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal),
Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali),
Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire
OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France),
Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil
SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso),
Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal),
Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire),
Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• **articles originaux :**

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter:

- 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),
- 2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• **articles de synthèse :**

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• **cas cliniques :**

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

- 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• **actualités thérapeutiques :**

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• **lettres à la rédaction :**

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• **articles d'intérêt général :**

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• **articles d'opinion :**

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• **courrier des lecteurs :**

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• **images commentées :**

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.



II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de "et al." ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. *Rev Med Interne* 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. *Méd. Afr. Noire* 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). *Bull Soc Path Ex* 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (**revueafricainemi@gmail.com**) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (**rafmi.org**).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.

Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



ARTICLES ORIGINAUX

1. **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des polysérites dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 7-14
Sawadogo N, Ouédraogo GA, Savadogo I, Hien S, Zoungrana L, Yaogho I, Guira O
2. **Uvéite postérieure : profils épidémiologique, clinique et thérapeutique chez les patients de 18- 40 ans au CHU de Conakry** 15-20
Baldé AK, Wann TM, Bah TM, Diallo DO, Baldé AI, Magassouba A, Barry AK, Ly M
3. **Les troubles musculosquelettiques (TMS) parmi le personnel soignant du centre de santé Samu municipal de Grand Yoff de Dakar** 21-27
Diédhiou BB, Diatta AER, Ndiaye M, Ndiaye M
4. **Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutifs et pronostics de la covid-19 chez l'adulte à Bouake (Côte d'Ivoire)** 28-38
Kone D, Akanji IA, Kone S, Yapo MT, Karidioula JM, Kouamé KGR, Koné F, Adou LR, Soumahoro NJ, Kra O, Bourhaima O
5. **Perception et Attitude des sujets âgés face à la douleur** 39-42
Nyanke N R, Traoré D, Sy D, Keita K, Cissoko M, Cissé AO, Diassana N M, Landouré S1, Koné N, Sangaré M, Koné J, Mallé M, Fofana Y, Soukho A K.
6. **Evaluation de l'enseignement à distance en période de pandémie à Covid-19 : Exemple du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Chirurgie Buccale de l'UCAD** 43-50
Seck K, Diatta M, Kane M, Kounta A, Gassama BC, Ba A, Dieng A, Tamba B, Dia-tine S
7. **Complications maternelles et périnatales chez la femme diabétique enceinte au CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire** 51-56
Koné S, Samaké Y, Yéboua KR, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa S, Kouamé GR Acho K, Coulibaly F, Sako K, Gboko KKL, Bourhaima O.
8. **Profil des patients reçus en consultations itinérantes dans les régions de Louga et de Bambey (Sénégal). Une expérience en santé mentale primaire du Centre Dalal Xel de Thiès** 57-66
Diagne I, Sissako MIM, Camara M, Ndiaye-Ndong ND, Sylla A

CAS CLINIQUES

9. **De la peau aux poumons : à propos de deux cas de pneumopathie interstitielle compliquant une sclérodémie systémique** 67-71
Diallo BM, Faye FA, Gueye AD, Mbaye AK, Diack M, Ndiaye Y, Nana MB, Marone Z, Ndour JN, Elamé H, Wade A, Dièye I, Berthe A, Touré PS, Diop MM
10. **Le syndrome des anti-synthétases post-vaccination COVID-19 : à propos d'un cas et revue de littérature** 72-78
Agbodande AK, Doukpo M, Assogba M, Dansou E, Ahouandogbo JL, Kouanou AA
11. **Syndrome des anticorps antiphospholipides ou maladie de Behçet ? Quand il devient difficile de faire la part des choses** 79-82
Marone Z, Gueye AD, Ndiaye Y, Mbaye SAK, Diallo BM, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
12. **Intoxication volontaire au paraquat : à propos d'un cas en milieu hospitalier à Ouagadougou et revue de la littérature** 83-87
Zorome KAA, Guingane A, Kawane U, Yameogo S, Bouda M, Zongo A, Tieno H



CONTENTS

ARTICLES ORIGINAUX

1. *Epidemiological, clinical and etiologic profile of polyseritis in the Department of Internal Medicine of Ouahigouya Regional Teaching Hospital* 7-14
Sawadogo N, Ouédraogo GA, Savadogo I, Hien S, Zoungrana L, Yaogho I, Guira O
2. *Posterior uveitis: epidemiological, clinical and therapeutic profiles in patients aged 18-40 years at the University Hospital of Conakry* 15-20
Baldé AK, Wann TM, Bah TM, Diallo DO, Baldé AI, Magassouba A, Barry AK, Ly M
3. *Musculoskeletal disorders among nursing staff at the Emergency Medical Assistance Service (EMAS) of Grand Yoff Dakar* 21-27
Diédhiou BB, Diatta AER, Tine JAD, Ndiaye M, Touré H, Ndiaye M
4. *Epidemiological, clinical, therapeutic, evolutive and prognostic aspects of COVID-19 in adults in Bouake (Ivory Coast)* 28-38
Kone D, Akanji IA, Kone S, Yapo MT, Karidioula JM, Kouamé KGR, Koné F, Adou LR, Soumahoro NJ, Kra O, Bourhaima O
5. *Perception and attitude of elderly subjects to pain* 39-42
Nyanke NR, Traoré D, Sy D, Keita K, Cissoko M, Cissé AO, Diassana NM, Landouré S1, Koné N, Sangaré M, Koné J, Mallé M, Fofana Y, Soukho AK.
6. *Evaluation of distance education during the Covid-19 pandemic: Example of the Special Studies Diploma (DES) in Oral Surgery from UCAD* 43-50
Seck K, Diatta M, Kane M, Kounta A, Gassama BC, Ba A, Dieng A, Tamba B, Dia-Tine S
7. *Maternal and perinatal complications in diabetic women at the Bouake University Hospital, Ivory Coast* 51-56
Koné S, Samaké Y, Yéboua KR, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa S, Kouamé GR Acho K, Coulibaly F, Sako K, Gboko KKL, Bourhaima O.
8. *Profile of patients received in itinerant consultations in the Louga and Bambey regions (Senegal). An experience in primary mental health at the Dalal Xel Center in Thies* 57-66
Diagne I, Sissako MIM, Camara M, Ndiaye-Ndong ND, Sylla A

CAS CLINIQUES

9. *From skin to lungs: about two cases of interstitial lung disease and a fibrosing lung disease associated systemic scleroderma* 67-71
Diallo BM, Faye FA, Gueye AD, Mbaye AK, Diack M, Ndiaye Y, Nana MB, Marone Z, Ndour JN, Elamé H, Wade A, Diéye I, Berthe A, Touré PS, Diop MM
10. *COVID-19 post-vaccination anti-synthetase syndrome: a case report and review of the literature* 72-78
Agbodande AK, Doukpo M, Assogba M, Dansou E, Ahouandogbo JL, Kouanou AA
11. *Antiphospholipid antibody syndrome or Behcet's disease? When it becomes difficult to distinguish between things* 79-82
Marone Z, Gueye AD, Ndiaye Y, Mbaye SAK, Diallo BM, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
12. *Voluntary paraquat poisoning: a case report in hospital context in Ouagadougou and review of the literature* 83-87
Zorome KAA, Guingane A, Kawane U, Yameogo S, Bouda M, Zongo A, Tieno H



De la peau aux poumons : à propos de deux cas de pneumopathie interstitielle fibrosante s'associant à une sclérodémie systémique

From skin to lungs: about two cases of interstitial lung disease and a fibrosing associated systemic scleroderma

Diallo BM¹, Faye FA^{2,4}, Guèye AD², Mbaye AK¹, Diack M¹, Ndiaye Y², Nana MB², Marone Z², Ndour JN¹, Elamé H³, Wade A¹, Dièye I¹, Berthé A², Touré PS¹, Diop MM²

1. Hôpital Abdoul Aziz Sy Dabakh de Tivaouane, Service de Médecine, Thiès - Sénégal

2. EASN de Thiès, service de Médecine, Thiès - Sénégal

3. Hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès, Service de Médecine interne, Thiès - Sénégal

4. UFR Santé de l'UADB, Bambey - Sénégal

Auteur correspondant : Dr DIALLO Bachir Mansour

Résumé

Introduction : La survenue de pneumopathies interstitielles diffuses (PID) est classique en présence de maladies auto-immunes. La présence de signes cliniques d'auto-immunité et l'imagerie sont très utiles pour faire le diagnostic.

Matériel et méthode : Nous rapportons les dossiers de deux patientes présentant une pneumopathie interstitielle et/ou fibrosante sur sclérodémie systémique isolée chez l'une et un scléro-lupus chez l'autre.

Observation : La première observation concernait une patiente de 32ans suivie pour une sclérodémie systémique et lupus érythémateux systémique dont le diagnostic a été établi par la positivité des marqueurs immunologiques et lésions cutanées depuis quatre ans. Elle a consulté pour une toux sèche associée à une polyarthralgie inflammatoire évoluant depuis dix jours. A l'examen clinique, elle présentait de discrets râles crépitants aux deux champs pulmonaires et un syndrome de Raynaud aux doigts. Les analyses ont révélé une anémie normochrome normocytaire, la recherche de germes pathogènes et la PCR COVID étaient négatives. La tomodensitométrie thoracique révélait des opacités en verre dépoli et une atteinte interstitielle diffuse faisant évoquer une pneumopathie interstitielle. Le lavage broncho-alvéolaire n'a pas été fait. La patiente était sous prednisone 5mg, hydroxychloroquine (200mg X2/j) et azathioprine 3mg/kg par jour. Nous avons noté une bonne évolution clinique.

La deuxième observation concernait une patiente de 44ans, avec notion d'épigastralgie d'allure ulcéreuse 2gestes 1 pare dont un avortement, qui consulte pour une dyspnée d'effort, asthénie physique et un amaigrissement important de 30 kg, une sclérose cutanée, évoluant depuis 4ans et présentait à la clinique un syndrome de condensation pulmonaire, une sclérose cutanée diffuse, une sclérodactylie un syndrome anémique, des macules hypochromiques. La biologie révélait une anémie normochrome normocytaire, une C-reactive protéine normale, l'examen bactériologique et la PCR COVID étaient négatifs, les auto-anticorps négatifs. L'échocardiographie n'a pas révélé d'hypertension artérielle pulmonaire. La tomodensitométrie thoracique mettait en évidence une fibrose pulmonaire basale bilatérale avec des infiltrats interstitiels évoquant une pneumopathie interstitielle et fibrosante. Les critères ACR/EULAR 2013 étaient estimés à 14points pour la sclérodémie systémique. Le traitement était constitué de prednisone 5mg, devant l'indisponibilité de la cyclophosphamide.

Conclusion : Les pneumopathies interstitielles peuvent compliquer la sclérodémie systémique. Elles imposent une surveillance stricte du fait de la morbi-mortalité et de la difficulté diagnostique. Un traitement adéquat permet d'améliorer le pronostic.

Mots clés : poumons - sclérodémie - fibrose.

Summary

Introduction: The occurrence of diffuse interstitial lung disease (DILP) is classic in autoimmune diseases. The presence of clinical signs of autoimmunity and imaging are very helpful in making the diagnosis.

Material and methods: We report the cases of two patients with interstitial and/or fibrosing lung disease in systemic scleroderma and lupus disease in one patient.

Observation: The first observation concerned a 32-year-old female patient followed for systemic scleroderma and systemic lupus erythematosus, whose diagnosis was established by the positivity of immunological markers and skin lesions for four years, and under prednisone 5 mg and hydroxychloroquine. She consulted for a dry cough associated with inflammatory polyarthralgia without associated fever evolving for ten days. On clinical examination, she presented with discrete crackling rales in both lung fields and Raynaud's syndrome in the fingers. Biological tests revealed normocytic normochromic anemia, pathogen testing and COVID PCR were negative. Chest CT scan revealed ground glass opacities and interstitial syndrome. A good evolution with specific treatment was noted.

The second observation concerns a 44-year-old patient, with notion of epigastralgia of ulcerous appearance, 2 gestures 1 like of which an abortion, who consulted for a dyspnea of effort, physical asthenia and a significant weight loss of 30 kg, cutaneous sclerosis, evolving since 4 years. Clinically, she presented with pulmonary condensation syndrome, diffuse cutaneous sclerosis, sclerodactyly, anemic syndrome, and hypochromic macules. The biology showed normocytic normochromic anemia and a negative C-reactive protein. Bacteriological examination and COVID PCR, as well as autoantibodies, were negative. Transthoracic ultrasound did not reveal pulmonary hypertension, while chest CT showed bilateral basal pulmonary fibrosis. ACR/EULAR 2013 criteria were estimated at 14 points for systemic scleroderma.

Conclusion : Interstitial lung disease requires strict surveillance because of the morbidity and diagnostic difficulty. Adequate treatment can improve the prognosis.

Key words: lungs - scleroderma - fibrosis.

Introduction

La pneumopathie interstitielle fibrosante (PIF) est une atteinte fréquente de la sclérodémie systémique (ScS), principalement dans les formes diffuses de la maladie [1, 11].

La survenue de pneumopathies interstitielles non spécifique (PID) est classique. Elle est observée dans 80% des atteintes pulmonaires de la sclérodémie systémique. Elle se présente radiologiquement avec des opacités en verre dépoli avec des bronchectasies et des réticulations et rarement avec de la fibrose pulmonaire. La présence de signes cliniques d'auto-immunité et l'imagerie sont très utiles pour faire le diagnostic [1] La confirmation peut être subtile mais doit être établie précocement pour améliorer le pronostic [2].

La pneumopathie interstitielle est une complication fréquente de la sclérodémie systémique et est devenue la principale cause de décès durant cette affection [3]. Nous en rapportons des observations sur une sclérodémie systémique isolée chez l'une et associée à une maladie lupique chez l'autre patiente.

Observation 1

C'est une patiente de 32ans suivie pour une scléro-lupus depuis quatre ans et sous cortancyl 5mg et hydroxychloroquine.

Elle a consulté pour une toux sèche associée à une polyarthralgie inflammatoire évoluant depuis dix jours.

A l'examen clinique, elle présentait de discrets râles crépitants aux deux champs pulmonaires et un syndrome de Raynaud aux doigts.

La C-réactive protéine, l'urée et la créatinine sanguines étaient normales. La numération formule sanguine révélait une anémie normocytaire normochrome avec hémoglobine à 11.5g/dl. Le lavage broncho-alvéolaire n'a pas été fait.

La tomодensitométrie a révélé une discrète hyperdensité en verre dépoli au niveau des apex et des lobes inférieurs où elle est associée à une réticulation interlobulaire et à une opacité curvilinéaire sous pleurale bilatérale (Figures 1).

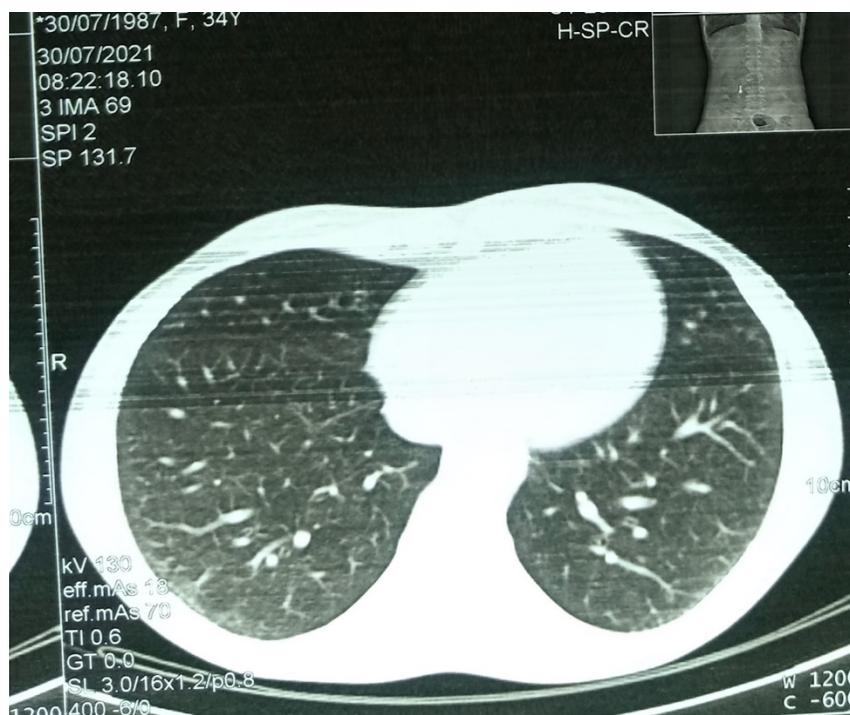


Figure 1 : images basales en verre dépoli avec fibrose interstitielle

La patiente était sous prednisone 5mg, hydroxychloroquine (200mg X2/j) et azathioprine 3mg/kg par jour. Nous avons noté une bonne évolution clinique avec régression des signes physiques.

Observation 2

C'est une patiente de 44 ans, avec notion d'épigastrie d'allure ulcéreuse 2 gestes 1 pare dont un avortement, qui consultait pour une dyspnée d'effort, asthénie physique et un amaigrissement important de 30 kg le tout

évoluant depuis 4ans et ce qui motivait plusieurs consultations dans des centres de santé.

A l'admission elle présentait : un syndrome anémique avec des muqueuses conjonctivales pales et une tachycardie, une altération de l'état général stade 2 selon OMS, un syndrome de condensation pulmonaire bilatérale, une sclérose cutanée diffuse avec score de Rodnan estimé à 29, des macules hypochromiques en moucheture sur les avants bras, face antérieure du thorax, partie supérieure de la face postérieure du thorax, une

sclérodactylie, un faciès sclérodermique avec le nez effilé et un effacement des rides de la face.

A la biologie, nous retrouvons une anémie normochrome normocytaire avec hémoglobine à 08g/dl ; l'ionogramme sanguin, la C-reactive protéine, l'urée et la créatinine sanguine étaient normaux.

La recherche de bacilles acido alcool résistants et l'examen cyto bactériologique des expectorations étaient non contributives. Le lavage broncho-alvéolaire n'a pas été fait.

Les auto-anticorps Anti Scl70, Antinucléaires 37.75 (positif si >40), AntiDNA natifs 18.81 (positif si >30), Anticentromeres et Anti ECT négatif étaient absents. La classification selon ACR/EULAR 2013 était estimée à 14 points.

L'électrocardiogramme retrouvait une tachycardie sinusale régulière à 112 bpm, un bloc de branche droit incomplet et une hypertrophie ventriculaire droite .

L'échocardiographie retrouvait une hypertrophie majeure concentrique des parois du ventricule avec une bonne fonction systolique bi ventriculaire, une insuffisance mitrale et aortique modérées, sans signe d'hypertension artérielle pulmonaire.

Les explorations fonctionnelles respiratoires étaient en faveur d'un syndrome restrictif modéré.

La tomodensitométrie thoracique révélait une fibrose pulmonaire basale bilatérale associant une infiltration interstitielle avec quelques opacités en verre dépoli (figures 2 et 3).

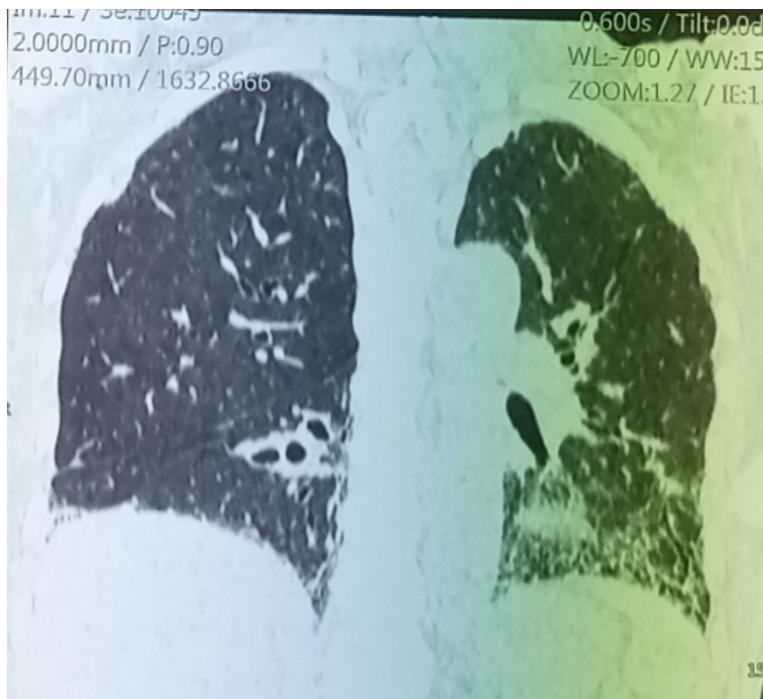


Figure 2 : Image de fibrose pulmonaire basale bilatérale compliquant une sclérodermie systémique

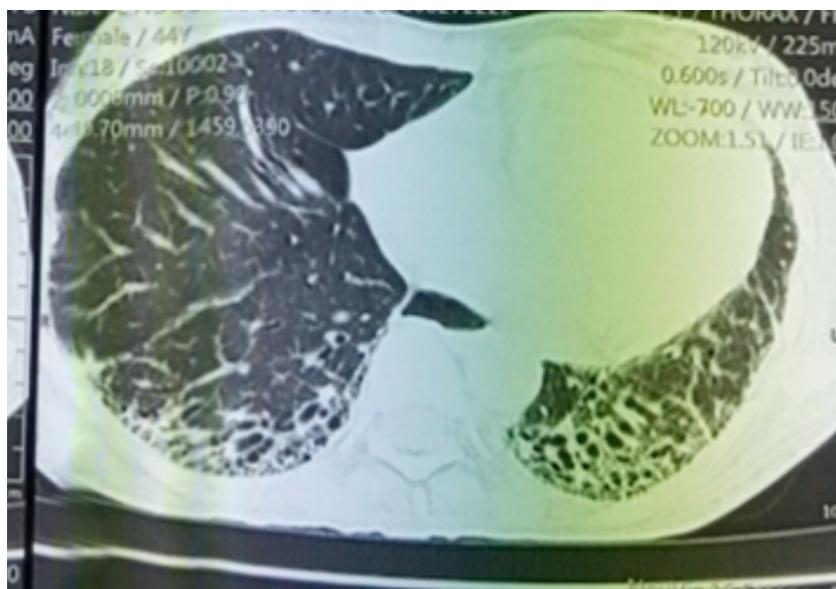


Figure 3 : pneumopathie fibrosante sur sclérodermie systémique



La prednisone 5mg par jour a été prescrit. Le cyclophosphamide est préconisé dans cette situation mais indisponible.

Discussion

La sclérodermie est une pathologie chronique d'étiologie inconnue caractérisée par une fibrose diffuse, des anomalies vasculaires de la peau, des articulations et des viscères (tube digestif, poumons, cœur et reins).

La maladie survient généralement vers 40-50 ans et touche dans 80% des cas les sujets de sexe féminin [4].

La pneumopathie interstitielle non spécifique est une manifestation pulmonaire de la sclérodermie systémique. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques au début. Le diagnostic repose sur la tomodynamométrie thoracique, le lavage broncho-alvéolaire qui permet d'éliminer une infection, une néoplasie voire une pneumoconiose, mais n'est pas spécifique dans le diagnostic. L'atteinte radiologique peut être modérée ou diffuse. Elle se caractérise à l'imagerie par des opacités en verre dépoli à prédominance périphérique, avec un gradient apico-basal, des réticulations et des bronchiectasies et bronchiolectasies de traction, avec possible épargne sous-pleurale, parfois il peut être observé une pneumopathie fibrosante [1].

L'atteinte pulmonaire progresse à bas bruit, la pneumopathie interstitielle est la cause de décès la plus fréquente chez les patients atteints de sclérose systémique, avec une prévalence allant jusqu'à 30% et une mortalité à 10 ans allant jusqu'à 40% [5].

La pneumopathie survient généralement au cours des cinq premières années suivant le diagnostic de la maladie, elle est associée à divers facteurs de risque telle que la présence d'anticorps anti-topoisomérase I et la forme cutanée diffuse [3].

Les atteintes peuvent être à type de fibrose pulmonaire et de pneumopathie interstitielle, elles peuvent altérer les échanges gazeux pulmonaires aboutissant à une dyspnée d'effort et à une pneumopathie restrictive et finalement à une défaillance respiratoire [8].

Elle est corrélée à une forte morbidité et mortalité [6]. Les pneumopathies interstitielles dans la sclérose systémique sont principalement rencontrées chez les patients atteints de sclérose diffuse bien qu'elles puissent survenir moins fréquemment chez les patients atteints d'une maladie cutanée localisée [7].

Elle évolue vers l'insuffisance respiratoire que chez quelques patients. Les explorations

fonctionnelles respiratoires et la tomodynamométrie permettent un diagnostic rapide et précoce pour prévenir la survenue de complications [7].

Elle conditionne le pronostic de la maladie. L'évolution est lente, le dépistage doit être systématique dès le début du diagnostic [9].

L'anémie retrouvée dans la sclérose systémique est le plus souvent liée à une atteinte auto-immune, ce qui est décrit dans la littérature par plusieurs auteurs, cette anémie peut survenir en cas de sclérose limitée comme diffuse [10].

L'étude faite par Diop et al avait retrouvé une prévalence de 30,8% de pneumopathie interstitielle sur 117 cas de sclérodermie, avec une mortalité respiratoire de 19% avec une bonne part de la séronégativité des anticorps [11]. Ceci traduit d'avantage la fréquence des signes respiratoires qui peuvent engager le pronostic.

La dyspnée d'effort et la toux sont des symptômes fréquents, la pneumopathie peut être asymptomatique dans certaines situations d'où l'intérêt de réaliser une tomodynamométrie pour dépister cette atteinte.

L'hypertension artérielle pulmonaire est une complication majeure de la pneumopathie interstitielle au cours de la sclérose.

Le traitement repose sur le cyclophosphamide (CYC) par voie orale pendant 12 mois. L'azathioprine et le mycophénolate mofetil (MMF) ont également été proposés. Ils peuvent être prescrits seuls ou en association avec le cyclophosphamide. L'étude Scleroderma Lung Study (SLS)-I a démontré la supériorité du CYC par voie orale pendant 12 mois comparé au placebo. L'étude SLS-II a montré une efficacité équivalente d'un traitement de MMF 1500 mg 2 fois par jour per os pendant 2 ans et mieux toléré. Le rituximab ou tocilizumab sont de nouvelles alternatives thérapeutiques mais d'accès limité dans nos régions. Le pirfénidone et le nintédanib sont également des agents antifibrotiques pour le traitement de la fibrose pulmonaire [1, 12].

Conclusion

Les complications cardiopulmonaires de la sclérodermie impose un dépistage précoce par tomodynamométrie et échographie cardiaque. Il permet également d'améliorer la qualité de vie des patients et d'éviter, au mieux, la survenue de l'hypertension artérielle pulmonaire.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.



REFERENCES

1. Humair G, Daccord C, Beigelman-Aubry C, Lazor R. Pneumopathie interstitielle associée à la sclérodémie systémique : nouveaux développements. *Rev Med Suisse*. 2020. 16 : 2218-23
2. Pelton O, Chatte G. [Interstitial lung diseases from autoimmune origins: A prognostic and diagnostic challenge for the clinician]. *Rev Pneumol Clin*. avr 2018; 74(2): 109-4
3. Humair G, Daccord C, Beigelman-Aubry C, Lazor R. [New developments in systemic sclerosis-associated interstitial lung disease]. *Rev Med Suisse*. 18 nov 2020; 16(715): 2218-23
4. Legendre P, Mouthon L. Systemic sclerosis. *Rev Prat*. sept 2017; 67(7): 775-83
5. Perelas A, Silver RM, Arrossi AV, Highland KB. Systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. *Lancet Respir Med*. mars 2020; 8(3): 304-20
6. Diot DDE. Facteurs prédictifs de morbidité et mortalité de la sclérodémie systémique de diagnostic précoce [Internet]. GFRS-Groupe francophone de Recherche sur la Sclérodémie. 2018 [cité 13 sept 2021]. Disponible sur : <https://sclerodermie.net/2018/07/facteurs-predictifs-de-morbidite-et-mortalite-de-la-sclerodermie-systemique-de-diagnostic-precoce/>
7. Mouthon L, Berezné A, Brauner M, Kambouchner M, Guillevin L, Valeyre D. [Interstitial lung disease in systemic sclerosis]. *Rev Mal Respir*. oct 2007; 24(8): 1035-46
8. Sclérodémie - Troubles musculo-squelettiques et du tissu conjonctif [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-musculosquelettiques-et-du-tissu-conjonctif/maladies-rhumatismales-auto-immunes/scl%C3%A9rodermie>
9. Ben Salah R, Frikha F, Chabchoub I, Chebbi D, Turki C, Snoussi M et al. Pneumopathie interstitielle au cours de la sclérodémie systémique. *La Rev de Med Interne*. 2017 ; 38 : A168-9
10. Chaves FC, Rodrigo FG, Franco ML, Esteves J. Systemic Sclerosis Associated with Auto-Immune Haemolytic Anaemia*. *British Journal of Dermatology*. 1970; 82(3): 298-302
11. Diop A, Ly F, Diadie S, Ndiaye M, Ndiaye MT, Diallo M et al. Sclérodémie systémique sur peau noire : une série de 117 cas. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2014; 141(12, Supplement) : S470
12. Riviere S. Pneumopathie interstitielle fibrosante liée à la sclérodémie systémique. *J Func Vent Pulm* 2011; 5(2): 1-94