

# Profil Épidémiologique, Clinique, Biologique Et Thérapeutique Du Lupus Erythémateux Systémique Au Centre Hospitalier Universitaire De Brazzaville

## *Epidemiological, Clinical, Biological and Therapeutic Profile of Systemic Lupus Erythematosus at the University Hospital Center of Brazzaville*

Affleck Romaric Ledier Angalla<sup>1,2\*</sup>, Norbert Edgard Lamini  
N'soundhat<sup>1,2</sup>, Chabel Nkouala Kidede<sup>2</sup>, Akoli Ekoya<sup>2</sup>, Francina Omboumahou  
Bakale<sup>2</sup>,

Anah Précieu Salemo<sup>2</sup>, Honoré Ntsiba<sup>1,2</sup>, Richard Bilekot<sup>1,2</sup>

1: Faculté des sciences de la santé. Université Marien Ngouabi (Brazzaville, Congo)

2: Service de Rhumatologie. Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Brazzaville, Congo)

### **Résumé**

**Objectif :** Décrire les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs du lupus érythémateux systémique dans le service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

**Patients et Méthodes :** Étude descriptive, transversale, rétrospective conduite du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2023 soit 18 ans, dans le service de Rhumatologie du CHU de Brazzaville, Congo dans le service de Rhumatologie du CHU de Brazzaville, Congo. Le diagnostic du lupus érythémateux systémique a été retenu sur les critères de l'American Collège of Rheumatology (ACR) 1982 révisés en 1997 et de SLICC 2012.

**Résultats :** Il s'agissait de 54 cas avec une prédominance féminine (96,3%). L'âge moyen était de 35 ± 12,3 ans avec des extrêmes de 14 et 56 ans. La tranche d'âge de 20 et 30 était la plus représentée (27,77% ; n=15). Le délai moyen de diagnostic était de 27 mois avec des extrêmes de 1 à 240 mois. Les manifestations cliniques étaient dominées par les atteintes rhumatologiques 54 cas (100%) suivies des atteintes dermatologiques 46 cas (85,18%), hématologiques 36 cas (66,6%), neuropsychiatriques 21 cas (38,8%), rénales 12 cas (22,22%), pleuropulmonaires 12 cas (22,22%), cardiovasculaires et oculaires 11 cas (20,37%) chacune et digestives 9 cas (16,66%). Sur le plan immunologique les autoanticorps spécifiques du lupus les plus retrouvés étaient : les anticorps antinucléaires (100%) ; les AC anti DNA natifs 39 cas (76,47%) ; les Ac anti Sm 10 cas (22,22%) ; anti-cardiolipines (8 cas) et les anti-β<sub>2</sub> glycoprotéine I (4 cas). L'activité de la maladie était élevée et très haute activité 18 cas (33,3%) chacune, moyenne 10 cas (18,5%), légère 8 cas (14,8%). Au plan thérapeutiques l'association hydroxy chloroquine et corticothérapie générale était la plus prescrite (100%). Nous avons obtenu une rémission dans 11 cas et active évoluant par poussée rémission dans 31 cas (57,0%), 9 lupiques ont été perdus de vue. Trois décès ont été notés.

**Conclusion :** Cette étude confirme le polymorphisme des manifestations lupiques et la prédominance féminine, le retard du diagnostic et la sévérité de la maladie. L'accessibilité aux traitements et la précarité sont des éléments péjoratifs qui entravent l'évolution et le pronostic.

**Mots clés :** lupus, épidémiologie, clinique, paraclinique, Brazzaville, Congo.

### **Summary**

**Objective:** To describe the clinical, paraclinical, therapeutic and progressive aspects of systemic lupus erythematosus in the Rheumatology department of the Brazzaville University Hospital Center.

**Patients and Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective study conducted from January 1, 2011 to June 30, 2023, i.e. 18 years, in the Rheumatology department of the Brazzaville University Hospital, Congo in the Rheumatology department of the Brazzaville University Hospital, Congo. The diagnosis of systemic lupus erythematosus was based on the criteria of the American College of Rheumatology (ACR) 1982 revised in 1997 and SLICC 2012.

**Results:** There were 54 cases with a female predominance (96.3%). The average age was 35 + - 12.3 years with extremes of 14 and 56 years. The age group of 20 and 30 was the most represented (27.77%; n=15). The average diagnosis time was 27 months with extremes of 1 to 240 months. The clinical manifestations were dominated by rheumatological disorders 54 cases (100%) followed by dermatological disorders 46 cases (85.18%), hematological 36 cases (66.6%), neuropsychiatric 21 cases (38.8%), renal 12 cases. (22.22%), Pleuropulmonary 12 cases (22.22%), Cardiovascular and ocular 11 cases (20.37%) each and digestive 9 cases (11.66%), On the immunological level the specific autoantibodies of lupus are the most most found were: antinuclear antibodies (100%); anti-native DNA ACs 39 cases (76.47%); anti-Sm Ab 10 cases (22.22%); anti-cardiolipins (8 cases) and anti-beta2 glycoprotein I (4 cases). Disease activity was high and very high activity 18 cases (33.3%) each, medium 10 cases (18.5%), mild 8 cases (14.8%). In terms of therapeutics, the combination of hydroxy chloroquine and general corticosteroid therapy was the most prescribed (100%). We obtained remission in 11 cases and active remission progressing through remission in 31 cases (57.0%), 9 lupus cases were lost. view. Three deaths were noted.

**Conclusion:** This study confirms the polymorphism of lupus manifestations and the female predominance, the delay in diagnosis and the severity of the disease. Accessibility to treatments and precariousness are pejorative elements which hinder the evolution and prognosis.

**Key words:** lupus, epidemiology, clinical, paraclinical, Brazzaville, Congo.

---

Date of Submission: 25-09-2023

Date of acceptance: 05-10-2023

---

## I. Introduction

Le Lupus Erythémateux Systémique (LES) est une maladie systémique auto-immune d'étiologie inconnue qui touche essentiellement les femmes à l'âge adulte et de présentation clinique polymorphe. [1]. Il est Caractérisé par une atteinte systémique et une évolution par poussées, atteignant un ou plusieurs appareils, entrecoupée de rémissions multiples [2]. C'est une maladie fréquente et grave vu la multitude des atteintes et la gravité potentielle de certaines de ses localisations notamment rénales et neurologiques [3]. Sa prévalence dans la population générale est de 20 à 150 cas par 10 000 pour une incidence de 1 à 25 par 100000 selon les ethnies [4] et à 23,8 pour 100 000 par Jacobson [5]. En Europe une étude anglo-saxonne réalisée à Nottingham rapporte une prévalence de 24,7 pour 100000 dans la population générale contre 207 sur 100 000 dans la population noire de la même région [6]. En Afrique, une augmentation de l'incidence du lupus érythémateux a été notée ces dernières années [7,8]. Une gravité plus élevée de la maladie a également été postulée dans la population africaine [9,10]. Cependant, la plupart de ces affirmations sont basées sur des études menées dans les pays occidentaux, en particulier dans la population afro-américaine [9,10]. En Afrique subsaharienne, très peu d'études ont été menées sur les aspects épidémiologiques et cliniques de cette maladie [8,11]. La prévalence du LES dans la population générale est difficile à apprécier au Congo car les données sont des hôpitaux universitaires [12] qui demeurent malgré toutes insuffisantes. Le but de cette étude était de rapporter les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de la maladie lupique dans une Population noire Africaine

## II. Patientset Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive,transversale, rétrospectiveconduite du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2023 soit 18 ans, dans le service de Rhumatologie du CHU de Brazzaville, Congo. Elle portait sur les patients suivis dans le service de Rhumatologie du CHU de Brazzaville. Nous avons inclus, dans notre étude, tous les patients ayant un lupus érythémateux systémique (LES) documentés diagnostiqués selon les critères de l'American Collège of Rheumatology (ACR) 1982 révisés en 1997 [13] et les critères diagnostiques (SLICC 2012 et score pondéré des critères préliminaires du LES) [14,15]. L'activité de la maladie au moment du diagnostic et le suivi était évaluée par le score de SLEDAI [16].Les dossiers médicaux des patients suivis durant la période d'étude, ont été colligés. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête standard individuellecomportant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques,thérapeutiques et évolutives, dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité. Les données ont été saisies à l'aide du Microsoft Word 2016 et l'analyse des données ont été faite à l'aide du logiciel SPSS version 22. Les données qualitatives étaient exprimées sous forme de fréquence et les données quantitatives sous formes de moyenne et son écart type.

## III. Résultats

Il s'agissait de 54 patients suivis pour une maladie lupique documentée, dont 52 de sexe féminin (96,3%) et 2(3,7%) de sexe masculin avec un sex ratio de 0,038. L'âge moyen était de35+- 12,3 ans avec des extrêmes de 14 et 56 ans.La tranche d'âge entre 30 et 40ans était la plus représentée dans 20 cas (37,03%), suivie de 20 et 30 (27,77% ;n=15 ), de 40 et 50 ans (26% ; n=14 ), moins de 20 ans (7,40%;n=4) et supérieur à

50 ans (1,85% ;n=1).32(59,25%) patients étaient célibataires, 17(31,48%) mariés et 5 (9,25%) divorcés. La majorité de nos patients étaient les ménagères (72,22%; n=39) suivies des scolarisés (11,11%; n=6), des fonctionnaires (7,40%; n=4) et les sans emploi (7,40% ; n=4). 19(35,2%) de nos patients vivaient en milieu urbain, 18(33,3%) en milieu rural et 17(31,5%) en milieu semi rural. Les antécédents de nos patients étaient : fausses couche spontanée 9 cas (16,6 %), hypertension artérielle 7 cas (12,96%), tuberculose pulmonaire et diabète de type 2 respectivement dans 2 cas (3,70%), lupus familial chez la mère et la sœur aînée 1 cas (1,85%). Le délai moyen de diagnostic était de 27 mois avec des extrêmes de 1 à 240 mois. Plus de 77% (n=42) des patients présentaient les manifestations générales à l'admission. L'altération de l'état général était notée dans 83,3% des cas (n= 35), la fièvre chez tous les patients et l'asthénie dans 2 cas (4,76%). Les manifestations cliniques étaient dominées par les atteintes rhumatologiques (54 cas). Il s'agissait d'une polyarthralgie inflammatoire dans 45 cas (83,3%). Elle touchait les grosses et les petites articulations dans 37 cas (82,2 %), uniquement les petites articulations dans 6 cas (13,3 %) et les grosses articulations 2 cas (4,4 %), La polyarthrite était retrouvée chez 23 patients (42,59 %), elle touchait les genoux dans 10 cas, les poignets dans 8 cas, les chevilles dans 7 cas, les métacarpo-phalangiennes et les interphalangiennes proximales dans 5 cas et une polyarthrite des grosses et petites articulations dans 8 cas. Les téno-synovites des fléchisseurs étaient présentes dans 2 cas (3,70%), les myalgies étaient retrouvées dans 2 cas (3,70%) et un syndrome de canal carpien dans un cas. Sur 54 patients recensés, 46 (85,18 %) avaient développé des manifestations dermatologiques du lupus. Les manifestations cutanéomuqueuses étaient dominées par l'érythème en vespertilion dans 32 cas (69,56 %) (Iconographie 1) suivie de la photosensibilité 31 cas (67,39%), l'alopécie 22 cas (47,82 %) (Iconographie 2), les érosions des muqueuses dans 16 cas (34,78 %), les lésions cutanées de vascularite dans 14 cas (30,43%) et Le lupus discoïde était noté chez 1 seul patient (2,17 %). Les atteintes hématologiques étaient retrouvées dans 36 cas (66,66%): anémie inflammatoire 26 cas (72,22%); Lymphopénie 20 cas (55,55%); Thrombopénie 8 cas (22,22%) ; Neutropénie 5 cas (13,88%) ; Anémie hémolytique auto-immune 1 cas (2,77%) ; Adénopathies 1 cas (2,77%).

Manifestations neuropsychiatriques ont été recensées chez 21 patients (38,8 %). Dix-sept patients (80,9 %) avaient les manifestations neurologiques centrales. Il s'agissait des céphalées chez 11 patients (52 %), puis associées à des vertiges aigus chez 1 patient (4,76%), des crises convulsives généralisées chez 2 patients (9,5%), des troubles de conscience chez 2 patients (9,5 %) et des dysfonctions cognitives légères à type altération de la mémoire dans 2 cas (9,5 %). Les manifestations neurologiques périphériques étaient à type de neuropathie périphérique dans un cas (4,76 %). Les manifestations psychiatriques étaient dominées par une bouffée délirante aiguë dans 2 cas (9,5 %) les troubles anxieux dans 1 cas (4,76 %), la dépression dans 1 cas (4,76%). Les manifestations rénales concernaient 12 patients. Il s'agissait d'une protéinurie positive supérieure à 500mg/24h dans 12 cas, l'insuffisance rénale aiguë dans 8 cas, une leucocyturie dans 2 cas. La Ponction biopsie rénales n'étant pas disponible dans notre pays, elle n'était réalisée que chez 1 patiente qui avait bénéficié d'une évacuation sanitaire au Maroc retrouvant une glomérulonéphrite au stade IV. Les atteintes pleuropulmonaires étaient notées dans 12 cas (22,22%) : pleurésie (3 cas) ; syndrome interstitiel (8 cas) et une Bronchectasie (1 cas). Les atteintes cardiovasculaires étaient retrouvées chez 11 patients (20,37% : péricardite lupique (4 cas) ; insuffisance cardiaque globale (3 cas) ; hypertension artérielle (2 cas); myocardite (1 cas) et une insuffisance cardiaque gauche dans 1 cas. Les atteintes digestives étaient notées chez 9 patients (16,66%) : Douleurs abdominales 5 cas (55,5%); Nausées/vomissements 3 cas (33,3%) ; ascite de grande abondance 1 cas (11,1%) ; hémorragies digestives basses (rectorragie) 1 cas (11,1%) ; Diarrhée chronique 1 cas (11,1%). Les manifestations oculaires étaient notées chez 11 patients (20,37%). Il s'agissait : d'une sécheresse oculaire dans 5 cas (45,5%) ; la kératite superficielle 2 cas ; Baisse d'acuité visuelle 1 cas et une conjonctivite dans 1 cas. Sur le plan biologique, le bilan inflammatoire avait montré une élévation de la vitesse de sédimentation supérieure à 60 mm à la première heure dans 96% (n= 52). La protéine C réactive faite, était positive dans 34 cas (63%). Sur le plan immunologique, Les anticorps antinucléaires (AAN) étaient positifs chez tous nos patients. L'aspect en immunofluorescence indirecte était précisé chez les 54 patients. L'aspect homogène était retrouvé dans 28 cas (52%) ; aspect moucheté dans 25 cas (46 %) et nucléolaire 1 cas (2%). Les différentes anomalies immunologiques sont rapportées dans le tableau II. L'activité de la maladie était mesurée par le SLEDAI. Le SLEDAI moyen était de  $15,7 \pm 11,4$  (extrêmes : 1 – 69). L'activité était légère 8 cas (14,8%), moyenne 10 cas (18,5%) élevée et très haute activité 18 cas (33,3%) chacune. Deux cas lupus érythémateux systémiques et grossesse ont été suivis jusqu'à terme. Au plan thérapeutique, le traitement symptomatique a été prescrit chez tous les patients. La corticothérapie systémique (Prednisone) était la molécule la plus prescrite (100 %). Celle-ci était initiée par des bolus de méthylprednisolone pendant 3 jours dans 5 cas (9,25%). Les principaux traitements de fond prescrits étaient : l'hydroxychloroquine (100%) suivie du méthotrexate 2 cas (3,70%). En cas d'atteinte viscérale grave le cyclophosphamide, l'azathioprine (AZA) et le mycophénolatemofetil étaient les principaux immunosuppresseurs prescrits (Tableau III). L'évolution était marquée par les épisodes de rechute dans 31 cas (57,0%), principalement par une mauvaise observance thérapeutique. Nous avons obtenu une rémission dans 11

cas (20,3%), 9 (16,7%) ont été perdus de vue. Durant la période d'étude 3(5,6%) patients sont décédés, un par une complication rénale aigue et deux par un sepsis.

#### **IV. Discussion**

Le mode de recueil des données rétrospectif de notre étude mono centrique n'a pas permis d'optimiser le recueil de certains renseignements épidémiologiques. Ainsi, l'interprétation des résultats obtenus doit donc prendre en compte les limites liées à cette approche méthodologique de l'étude. Cette étude descriptive avec enquête rétrospective s'intéressant à l'aspect épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs du LES a permis d'actualiser nos données sur ces différents aspects du LES dans le service de Rhumatologie du CHU de Brazzaville.

La fréquence mondiale du lupus dans la population caucasienne est variable : de 10 à 60 cas pour 100 000 habitants). En France malgré l'absence des données épidémiologiques précise la prévalence serait de 35 cas pour 100 000 habitants [17]. En Afrique, il est difficile d'apprécier cette prévalence à cause du caractère parcellaire d'études. Cependant, elles peuvent néanmoins apporter les précisions sur l'incidence et la fréquence. Ainsi, Ka et al. au Sénégal ont rapporté 30 cas de LES en 10 ans [8], Ngaïdé et al. au Sénégal ont recensé 50 cas de LES dans une étude multicentrique sur période d'étude sur une période d'un an [18], Mahfoudh et al, en Tunisie ont colligé 104 cas sur une période d'étude de 11 ans [19]. Keita K et al. au Mali [20] en 2020 avait rapporté 21 cas sur une période de 7 ans. Durant la période d'étude, nous avons recensé 54 cas de lupus érythémateux systémique. Cette incidence faible et la grande variabilité des fréquences entre les pays partageant de façon globale les mêmes réalités économiques pourraient être liées à un grand nombre de cas sous-diagnostiqués et ceci lié à la méconnaissance de la maladie par les praticiens qui confondent la pathologie à diverses autres pathologies tropicales du fait du polymorphisme clinique et à l'absence des principaux examens immunologiques. Nous avons noté une prédominance féminine (96,3%) avec un sex ratio de 0,038. Ce constat est similaire à celui rapporté dans la littérature [17,21]. L'âge moyen relativement jeune de la maladie observé dans notre étude ne diffère pas des données africaines et des pays occidentaux [21, 22,23]. Le délai moyen long de diagnostic observé dans notre étude est similaire aux données de l'autre étude [21,24]. Ce délai de diagnostic long rapporté par plusieurs études en milieu Africain renforce l'hypothèse de la méconnaissance de la pathologie par les praticiens d'une part et un déficit en moyens financiers et manque d'informations des malades qui consultent parfois en premier les tradi-thérapeutes d'autre part. Les manifestations rhumatologiques au cours du LES sont fréquentes et variables et d'ailleurs fond parties des critères diagnostiques ACR [12,14]. Dans notre étude les manifestations cliniques sont dominées par les atteintes rhumatologiques (54 cas). Il s'agissait d'une polyarthralgie inflammatoire dans 45 cas (83,3%), une polyarthrite chez 23 patients (42,59 %), les ténosynovites des fléchisseurs dans 2 cas (3,70%), les myalgies dans 2 cas (3,70%) et un syndrome de canal carpien un cas. Les manifestations cutanéomuqueuses 46 cas (85,18 %) : l'érythème en vespertilion dans 32 cas (69,56 %) ; la photosensibilité 31 cas (67,39%) ; l'alopecie 22 cas (47,82 %), les érosions des muqueuses dans 16 cas (34,78 %), les lésions cutanées de vascularite dans 14 cas (30,43%) et Le lupus discoïde était noté chez 1 cas seul (2,17 %). Nos résultats sont similaires aux données publiées dans la sous-région rapportant une fréquence élevée des signes articulaires et cutanéomuqueuses au détriment des autres atteintes. Ceci pourrait s'expliquer par la bénignité de la pathologie dans la sous-région [11,25]. Au plan paraclinique, le bilan immunologique été réalisé sur place dans un laboratoire privé et la grande partie est acheminée en Europe (France) via un laboratoire privé traitant avec le laboratoire Cerba avec un coût élevé hors de la portée de la plupart des patients. Ainsi ces bilans ont objectivé la forte présence des anticorps anti-nucléaires et des anticorps anti DNA natif respectivement 100% et 39/51 cas et les Anti-Sm dans 10 cas. Ce même constat est été rapporté au Beni par Zomaheto et al. [24] : 94% pour l'Anticorps anti-Nucléaires, 79% pour l'Anticorps anti-DNA Natif et 52% pour l'Anticorps anti-Sm et en Réunion par Kombate et al. [26] : 92,3% pour l'Anticorps anti-nucléaires et 76,9% pour l'Anticorps anti DNA Natif. Dans notre série, à l'entrée, le score d'activité de la maladie était évalué par l'indice de SLEDAI. Une activité élevée et très haute activité étaient la plus retrouvées 18 cas (33,3%). Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par Larousse A qui avait rapporté dans sa série une activité moyenne dans 47,5% et une activité élevée dans 40% de cas [27] et de Daou M et al à Niamey qui rapportait une activité moyenne 56,25% et activité élevée 35,42 % des cas [21]. Cela témoigne de l'activité du lupus au moment diagnostique dans notre contexte. Au plan thérapeutique, selon les recommandations de l'HAS l'hydroxychloroquine doit être prescrite à tous les patients en première intention sauf contre-indications (sauf contre-indication) pour prévenir les rechutes [28]. Dans notre série les APS ont été prescrits comme traitement de fond chez tous les patients (100%). Nos résultats sont similaires à ceux de Daou M et al à Niamey dont les APS étaient prescrits dans 95,83% des cas. La corticothérapie par voie systémique était dans 100%, les immunosuppresseurs comme le cyclophosphamide (15 cas), Azathioprine (11 cas), mycophenolatemofetil (6 cas) et le méthotrexate (2 cas) étaient en cas d'atteintes viscérales graves. Nous avons obtenu une rémission dans 11 cas (20,3%). Cela confirme d'une bonne amélioration clinique du LES est possible si une thérapeutique efficace est instaurée.

## V. Conclusion :

Le profil du lupus érythémateux systémique au Congo-Brazzaville est similaire aux données de la littérature. Il est caractérisé par la prédominance du sexe féminin et des sujets jeunes adultes. Les manifestations cliniques du LES sont polymorphes, pouvant confondre à d'autres pathologies responsable d'un diagnostic tardif, ainsi que la sévérité de la maladie. Les manifestations rhumatologiques dominaient les signes physiques suivies des atteintes dermatologiques. Les marqueurs immunologiques les plus fréquemment retrouvés étaient les anticorps anti-nucléaires et les anticorps anti DNA natifs. La prise en charge intégrait beaucoup plus l'association corticothérapie et APS. L'accessibilité aux traitements et la précarité sont des éléments péjoratifs qui entravent l'évolution et le pronostic. Ceci passera par le développement de la rhumatologie sur toute l'étendue du territoire national, la sensibilisation et la formation des médecins généralistes et la mise en place d'assurances maladie pour la disponibilité et l'accessibilité des thérapeutiques ciblées et conventionnelles au Congo/ Brazzaville. D'autres travaux multicentriques sont nécessaires pour bien décrire le profil de la maladie lupique au Congo Brazzaville.

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

## Remerciements :

Je remercie notre institution le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville qui a permis à ce que cette étude soit réalisée ainsi que les patients qui ont accepté d'assister à cette étude et à toute l'équipe du service de Rhumatologie.

## Références

- [1]. Jallouli M, Chebbi D, Snoussi M Et Al. Comparaison Des Patients Lupiques En Fonction De Leur Age Au Diagnostic Du Lupus Erythémateux Systémique : Expérience Du Service De Médecine Interne De Sfax(Tunisie). *Rev Med Intern.* 2018 ; 39 : A 157-158.
- [2]. Guillevin L, Meyer O, Hachulla E, Sibilia J. *Traité Des Maladies Et Syndromes Systémiques.* In: Meyer O. *Lupus Erythémateux Systémique.* 6ème Edition. Paris : Lavoisier Médecine Science ; 2015. 210-363.
- [3]. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA, Castellino G, Hughes GR. Systemic Lupus Erythematosus. *Lancet.* 2001 ;357(9261) :1027-32.
- [4]. D'Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR. Systemic Lupus Erythematosus. *Lancet* 2007;369-96.
- [5]. Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NMH. Epidemiology And Estimated Population Burden Of Selected Auto-Immune Diseases In The United States. *Clin Immunol Immunopathol.* 1997; 16: 427-41.
- [6]. Hopkinson ND, Doherty M, Powell RJ. The Prevalence And Incidence Of Systemic Lupus Erythematosus In Nottingham, UK, 1989-1990. *Br J Rheumatol.* 1993; 32:110-5.
- [7]. Saraux A, Jousse S, Roudaut A, Devauchelle V (2005) Epidémiologie Du Lupus Erythémateux Systémique. *Rev Rhum* 72: 117-119.
- [8]. Ka MM, Diallo S, Kane A, Wade B, Diouf B, Et Al. (1998) Systemic Lupus Erythematosus And Lupus Syndromes In Senegal. A Retrospective Study Of 30 Patients Seen Over 10 Years. *Rev Rhum Engl Ed* 65: 471-476.
- [9]. Olivier M (2002) Lupus Systémique Chez Les Non-Caucasiens. *Rhum*69:801-808.
- [10]. Diop MM, Gueye YA, Lèye A, Touré PS, Berthe A, Et Al. (2014) The Ways Of Revealing Systemic Lupus Erythematosus In Dakar (Senegal): About A Series Of 161 Cases. *RAFMI* 2: 1- 44.
- [11]. Daboiko JC, Gueret M, Eti E (2004) Clinical And Progressive Profile Of Systemic Lupus Erythematosus In Abidjan: About 49 Cases Collected At Cocody CHU. *Med Afr Noire* 51:144-146.
- [12]. Lamini N'Soundhat N E, Ntsiba H. Les Maladies Auto Immunes Et De Système Au Service De Rhumatologie Du Centre Hospitalier Universitaire De Brazzaville. *HealthSci. Dis* 2020 ; 21 (4) :138-142.
- [13]. Hochberg MC. Updating The American College Of Rheumatology Revised Criteria For The Classification Of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum*1997; 40: 1725.
- [14]. Petri M, Orbai A-M, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, Et Al. Derivation And Validation Of The Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria For Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 2677-86.
- [15]. Costenbader KH, Karlson EW, Mandl LA. Defining Lupus Cases For Clinical Studies: The Boston Weighted Criteria For The Classification Of Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 2002 ; 29 (12): 2545-50.
- [16]. Gladman DD, Ibanez D, Urowitz MB. Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000. *J Rheumatol* 2002; 29:288-91.
- [17]. Savi V, Moreau J, Doffol-Hantz V, Desmoulière A. Le Lupus Erythémateux Disséminé, Un Diagnostic Complexe. *Actualités Pharmaceutiques.* 2017; 567 :18-21.
- [18]. Ngaidé AA, Ly F, Ly K, Bâ SA, Et Al. Cardiovascular Manifestations In Systemic Lupus Erythematosus In Dakar: Descriptive Study About 50 Cases. *Bull Soc Pathol Exot.* 2016;109(5): 345-352.
- [19]. Mahfoudh A, Khaled A, Chtourou O, Kharfi M, Zegloufi F, Faza'a B Et Al. Chronic Lupus Erythematosus: 104 Tunisian Cases. *Tunis Med.* 2010; 88: 742-5.
- [20]. Keita K, Kaya AS, Nicolas K, Traoré D, Djibril S, Abdel Kader T. Lupus Erythémateux Systémique : Aspects Epidémiologiques, Cliniques, Thérapeutiques Et Evolutifs Dans Le Service De Médecine Interne Au CHU Du Point G. *RAFMI.* 2020 ; 7 (1-2) : 7-15.
- [21]. Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Hamadou A, Laouali Ousmane MK,
- [22]. Sani Beidou S Et Al. Aspects Epidémiologique, Clinique, Thérapeutique Et Evolutif Du
- [23]. Lupus Erythémateux Systémique A Niamey. *RAFMI JUIN* 2022 ; 9 (1) : 22-29.
- [24]. Meyer O, Kahn MF. Lupus Erythémateux Disséminé. In: Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC, Editors. *Les Maladies Systémiques.* Paris: Flammarion-Médecine Sciences; 2000. P. 131-368.
- [25]. 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.
- [26]. Zomaheto Z, Assogba M, Agbodande A, Atadokpede F, Gounongbe M, Avimadje M. Lupus Erythémateux Systémique : Particularités Au Bénin Et En Afrique De l'Ouest. *Tunisie Médicale* 2014 ; 92 (12) :707-710.
- [27]. Adelowo OO, Ojo O, Oduenyi I. Auto Antibodies In Nigerian Lupus Patients. *Afr J Med Med Sci.* 2012; 41: 177-81.

- [28]. Kombate K, Saka B, Oniankitan OI, Sodonougbo P, Mouhari-Toure A, Tchangai-Walla K, Pitche P. Le Lupus Systémique A Lomé, Togo. *Med Trop* 2008; 68 : 283-286.
- [29]. Larousse A. Lupus Erythémateux Systémique : Expérience De L'hôpital Militaire Avicenne De Marrakech. (A Propos De 40 Cas). [Thèse : Médecine]. Marrakech : Université Cadi Ayyad Faculté De Médecine Et De Pharmacie ; 2018.
- [30]. Haute Autorité De Santé. Lupus Systémique, Protocole National De Diagnostic Et De Soins. Paris : HAS ; 2017 (2020).



**Figure 1 :** Erythème malaire en ailes de papillon (tête de flèche bleue) au cours d'un lupus Erythémateux systémique (Source : Service de Rhumatologie CHU de Brazzaville).



**Figure 2:** Alopécie (tête de flèche bleue) au cours d'un lupus Erythémateux systémique

(Source : Service de Rhumatologie CHU de Brazzaville).

**Tableau I:** Répartition des patients selon les manifestations cliniques du LES

Manifestations cliniques	Effectif	Pourcentage
Rhumatologiques	54	100
Dermatologiques	46	85,18
Hématologiques	36	66,6
Neuropsychiatriques	21	38,8
Rénales	12	22,22
Pleuropulmonaires	12	22,22
Cardiovasculaires	11	20,37
Oculaires	11	20,37
Digestives	9	11,66

**Tableau II:** Répartition des cas selon les anomalies Immunologiques

Bilan Immunologique	Effectif fait		Effectif positif	
	N	%	N	%
AAN	54	100	54	100
AC DNA natifs	51	94,4	39	76,47
AC SSA	45	83,3	20	44,44
Farceurs rhumatoïdes	38	70,3 %	18	47,36
Hypocomplémentémie C3	28	51,85	14	50
Hypocomplémentémie C4	28	51,85	14	50
Anticorps anti-RNP	45	83,3	13	28,88
Anticorps anti-Sm	45	83,3	10	22,22
Anticorps anti-SSB	45	83,3	9	20
anti-cardiolipines	42	77,77	8	19,04
Hypocomplémentémie CH50	12	22,22	6	50
ANCA	7	12,96	5	71,42
anti-bêta2 glycoprotéine I	42	77,77	4	9,52
AntiCCP2	6	11,11	0	0,00

**Tableau III:** Différentes molécules prescrites

Molécules	Effectif	Pourcentage
Corticothérapie	54	100
Hydroxychloroquine	54	100
Cyclophosphamide	15	20,77
Azathioprine	11	20,3
Mycophenolate mofetil	6	11,11
Méthotrexate	2	3,70