

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2022, DECEMBRE - VOLUME 9 (2-2)

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)

SECRETARE 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.



SOMMAIRE

EDITORIAL

La simulation en santé : Une alternative pour la médecine interne en pays sous développé, exemple de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Djiba B, Diagne N, Dieng M, Kane BS, Niang MA, Lecompte F, Pouye A

7-9

ARTICLES ORIGINAUX

La souffrance psychique au cours du lupus érythémateux systémique en médecine interne au Centre

National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

10-18

Agbodande KA, Murhula Katabana D, Aza-Gnandji GG, Wanvoégbé FA, Azon Kouanou A, Sokadjo YM, Sehonou J, Zannou DM

Etiologies des fièvres prolongées inexplicées au Service de Médecine Interne du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Koné D, Koné S, Yapo MT, Touré KH, Koné F, Karidioula JM, Kouamé KGR, Acho JK, Yapa GSK, Kra O, Ouattara B

19-25

Maladies auto-immunes systémiques au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké : profil de 51 patients.

Yapa GSK, Kone S, Toure KH, Kone F, Kouame KGN, Acho JK, Ouattara B

26-29

Actualités au cours de l'évolution de l'infection à VIH/ SIDA dans un centre de référence : à propos de 327 cas colligés dans le service de médecine interne du CHU de Bouake, Côte d'Ivoire.

Koné S, Koné D, Kouassi L, Yapa S, Touré K, Koné F, Kouamé GR, Acho K, Coulibaly F, Ouattara B, Kadjo A

30-35

Causes infectieuses de décompensation du diabète : « un prédateur infectieux se cache chez tout diabétique en Afrique».

Berthé A, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Diop MM, Diop BM, Ka MM

36-42

Otitis externes nécrosantes progressives : à propos de 15 cas.

Diallo TB, Lame CA, Loum B, Diallo M, Fall CAK, Ndiaye CB, Diouf KMA, Ndiaye A, Diop M

43-46

Prévalence et facteurs associés au diabète chez les conducteurs de taxi-motos de la ville de Parakou (Bénin) en 2021.

Dovonou CA, Alassani A, Mama CI, Saké AK, Gomina M

47-51

Aspects clinique, para clinique et thérapeutique des troubles neurocognitifs en gériatrie à l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niger).

Andia A, Harouna G, Massamba B, Brah S, Makhtar B, Coumé M

52-59

Insuffisance rénale chronique : Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de Bouaké de 2016 à 2020.

Tia MW, Nda JK, Kouame GR, Kobenan R, Daingui D, Ouattara B

60-66

Aspects épidémiologiques et morphologique des polypes du tube digestif à Thiès (Sénégal)

Bentefouet TL, Fall MD, Sow A, Diop MM, Thiam I

67-73

CAS CLINIQUES

Une myocardite aiguë simulant un syndrome coronarien aigu chez un sujet jeune.

Diallo BM, Ndour JN, Faye FA, Mbaye AK, Diack M, Gueye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

74-78

Abcès de l'anneau aortique fistulisé dans le ventricule droit compliquant une endocardite infectieuse à Staphylocoque Aureus d'évolution fatale : à propos d'un cas.

Sarr SA, Diouf Y, Aw F, Diop KR, Mingou J, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M

79-83

Paludisme à Plasmodium falciparum et Gangrène périphérique symétrique, une association rare mais redoutable : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Berthé A, Gueye AD, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM

84-87

Myopathie Nécrosante Auto-Immune anti-SRP positif : une première observation immunologiquement et histologiquement documentée chez une patiente sénégalaise

Kane BS, Kollo D, Niang MA, Dieng M, Diouf AB, Benjelloun F, Sow M, Ndao AC, Diagne N, Dial CM, Pouye A

88-92



CONTENTS

EDITORIAL

La simulation en santé : Une alternative pour la médecine interne en pays sous développé, exemple de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar.

7-9

Djiba B, Diagne N, Dieng M, Kane BS, Niang MA, Lecompte F, Pouye A

ORIGINAL ARTICLES

Psychic suffering in systemic lupus erythematosus in internal medicine at the Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga of Cotonou

10-18

Agbodande KA, Murhula Katabana D, Aza-Gnandji GG, Wanvoégbé FA, Azon Kouanou A, Sokadjo YM, Sehonou J, Zannou DM

Causes of unexplained prolonged fever in the Bouake CHU Internal Medicine Department (Ivory Coast)

Koné D^{1*}, Koné S², Yapo MT¹, Touré KH², Koné F², Karidioula JM¹, Kouamé KGR², Acho JK², Yapa GSK², Kra O¹, Ouattara B²

Systemic autoimmune diseases in the Internal Medicine and Dermatology Departments of the University Hospital of Bouaké: profile of 50 patients

19-22

Yapa GSK, Kone S, Toure KH, Kone F, Kouame KGN, Acho JK, Ouattara B

News during the evolution of HIV/AIDS infection in a reference center about 327 cases collected in the internal medicine department of the Bouake teaching hospital, Ivory Coast.

23-28

Koné S, Koné D, Kouassi L, Yapa S, Touré K, Koné F, Kouamé GR, Acho K, Coulibaly F, Ouattara B, Kadjo A

Infectious causes of diabetes decompensation: "an infectious predator hides in any diabetic in Africa"

29-35

Berthé A, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Diop MM, Diop BM, Ka MM

Otitis externes nécrosantes progressives : à propos de 15 cas.

36-39

Diallo TB, Lame CA, Loum B, Diallo M, Fall CAK, Ndiaye CB, Diouf KMA, Ndiaye A, Diop M

Prevalence and factors associated with diabetes among motorcycle taxi drivers in the city of parakou (benin) in 2021

40-44

Dovonou CA, Alassani A, Mama CI, Saké AK, Gomina M

Clinical, paraclinical and therapeutic aspects of neurocognitive disorders in geriatrics at the General Reference Hospital of Niamey (Niger)

45-52

Andia A, Harouna G, Massamba B, Brah S, Makhtar B, Coumé M

Epidemiological aspects, diagnosis features and therapeutic outcome of chronic kidney disease at the Teaching Hospital of Bouaké from 2016 to 2020

53-59

Tia MW, Nda JK, Kouame GR, Kobenan R, Daingui D, Ouattara B

Epidemiological and morphological aspects of digestive tract polyps in Thies (Senegal)

60-66

Bentefouet TL, Fall MD, Sow A, Diop MM, Thiam I

CASES REPORT

Acute myocarditis simulating acute coronary syndrome in a young man

74-78

Diallo BM, Ndour JN, Faye FA, Mbaye AK, Diack M, Gueye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Abcès de l'anneau aortique fistulisé dans le ventricule droit compliquant une endocardite infectieuse à Staphylocoque Aureus d'évolution fatale : à propos d'un cas.

79-83

Sarr SA, Diouf Y, Aw F, Diop KR, Mingou J, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M

Plasmodium falciparum malaria and symmetrical peripheral gangrene, a rare but formidable association: a case report and review of the literature

84-87

Berthé A, Gueye AD, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM

Immune Mediated Necrotizing Myopathy associated with anti-SRP autoantibodies and histological documentation: a first Senegalese case report

88-92

Kane BS, Kollo D, Niang MA, Dieng M, Diouf AB, Benjelloun F, Sow M, Ndao AC, Diagne N, Dial CM, Pouye A



La souffrance psychique au cours du lupus érythémateux systémique en médecine interne au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou
Psychic suffering in systemic lupus erythematosus in internal medicine at the Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga of Cotonou

Agbodande KA¹, Murhula Katabana D^{1,2}, Aza-Gnandji GG³, Wanvoégbè FA¹, Azon Kouanou A¹, Sokadjo YM¹, Sehonou J^{1,4}, Zannou DM¹

1. Service de Médecine interne et Oncologie médicale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Cotonou, Bénin
2. Département de Médecine Interne des Cliniques Universitaires de Bukavu, Université Officielle de Bukavu, Bukavu, République démocratique du Congo
3. Service de psychiatrie, Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou, Bénin
4. Service d'hépatogastro-entérologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Cotonou, Bénin

Auteur correspondant : Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme

Résumé

Introduction : Prototype des maladies auto-immunes non spécifiques d'organes, le lupus érythémateux systémique est une maladie chronique protéiforme qui peut entraîner une souffrance psychique chez les patients. L'objectif de l'étude était de décrire la souffrance psychique chez les patients lupiques et d'en déterminer les facteurs favorisants.

Méthodes : nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique portant sur la file active de patients suivis pour lupus érythémateux systémique dans le service de Médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou. La souffrance psychique a été mesurée grâce aux questionnaires et échelles standardisés telles que le General Health Questionnaire à 12 items (GHQ-12) et l'échelle de dépression de Carroll. Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel R version 4.01.

Résultats : Au total 22 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 38,59 ans \pm 11,41 ans. Le sex-ratio était de 0,1 (1 homme pour /10 femmes). La souffrance psychique était notée chez 68,2% des patients selon le GHQ-12 et a été traduit par l'anxiété et l'insomnie. Des symptômes dépressifs manifestes ont été observés dans 36,4% des cas (Score de Carroll = 9) ; il s'agissait d'une humeur dépressive (43,3%), d'un ralentissement psychomoteur (31,2%) ou de légers symptômes somatiques (62,5%). La durée de la maladie semblait associée à la souffrance psychique ($p=0.05$) et les patients lupiques ayant un niveau d'étude universitaire avaient tendance à faire moins de dépression ($p=0.026$).

Conclusion : La souffrance psychique est réelle au cours du LES et peut être source d'anxiété et de dépression, justifiant une prise en charge holistique et pluridisciplinaire de ces patients.

Mots-clés : Lupus érythémateux systémique - souffrance psychique - dépression - anxiété.

Summary

Introduction: A prototype of non-organ-specific autoimmune diseases, systemic lupus erythematosus is a protean chronic disease that can cause mental suffering in patients. The objective of our study was to describe the psychological suffering in lupus patients and to determine the contributing factors.

Methods: It is a descriptive and analytical cross-sectional study on the active file of patients with systemic lupus erythematosus in the Internal Medicine department of the CNHU-HKM in Cotonou. Mental suffering was measured using standardized questionnaires and scales such as the General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Carroll depression scale. The data collected was analyzed using R version 4.01 software.

Results: A total of 22 patients from the active file were investigated. The mean age was 38.59 \pm 11.41 years. The sex ratio is 0.1 (1 man for /10 women). Psychic suffering was noted in 68,2% of patients according to the GHQ-12 and was translated by anxiety and insomnia. Overt depressive symptoms were observed in 36.4% of cases (Carroll score = 9), with depressed mood (43.3%), psychomotor retardation (31.2%) or mild somatic symptoms (62,5%). The duration of the disease seems associated with psychological suffering ($p=0.05$). SLE patients with a university education tend to have less depression ($p=0.026$).

Conclusion: Psychological suffering is real during SLE and can be a source of anxiety and depression, justifying holistic and multidisciplinary management of these patients.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, mental suffering, depression, anxiety.



Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique d'étiologie inconnue [1]. Il affecte principalement les femmes en âge de procréer, généralement entre 15 et 45 ans, période pendant laquelle la plupart des personnes atteignent leur statut éducatif et socio-économique [2]. Comme la plupart des maladies chroniques, le LES peut-être source de souffrance psychique multifactorielle et difficile à diagnostiquer [3, 4]. Il constitue l'une des principales maladies chroniques ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et social avec un retentissement important sur la qualité de vie [3, 5, 6]. Parmi les multiples atteintes organiques du LES, la participation du système nerveux central est une complication courante [4, 7]. Les symptômes neuropsychiatriques ont été rapportés chez 13 à 75% des personnes atteintes de lupus systémiques et sont associés à un taux de mortalité élevé [4, 8]. En 1999, l'American College of Rheumatology (ACR) a établi 19 critères permettant la reconnaissance des syndromes neuropsychiatriques observés au cours du LES neuropsychiatrique (NPSLE) au nombre desquels les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le dysfonctionnement cognitif, la psychose et l'état confusionnel aigu [8, 9].

La dépression et l'anxiété sont parmi les plus courantes des manifestations psychiatriques du LES, avec une prévalence variable allant de 8,7% à 78,6% et de 1,1% à 71,4%, respectivement [7]. L'évaluation du retentissement psychique du LES est complexe en raison des possibles atteintes du système nerveux central avec une expression clinique psychiatrique. Ces atteintes peuvent être liées directement à la maladie lupique ou secondaires soit à l'atteinte d'un autre organe, soit aux effets des traitements médicamenteux [10]. Plusieurs questionnaires d'autoévaluation comme le Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), le Beck Anxiety Inventory (BAI), et le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ont été utilisés pour l'évaluation de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de LES [7, 11]. D'autres questionnaires équivalents comme le Général Health Questionnaire (GHQ) ont été utilisés chez les patients souffrant des pathologies somatiques et sur les populations d'origines ethniques variées [12, 13]. Nonobstant le faible consensus concernant l'outil adapté pour évaluer la souffrance psychique au cours du LES, l'usage de ces questionnaires d'autoévaluation en soins ambulatoires pourrait permettre un dépistage plus rapide de cette souffrance [14].

Les études hospitalières sur le lupus érythémateux systémique en Afrique et au Bénin se sont rarement

penchées sur le vécu psychosocial des malades car la souffrance psychique des patients lupiques est souvent reléguée au second plan devant l'importance accordée aux soins somatiques [15]. Cette étude avait ainsi pour objectif de dépister les signes de souffrance psychique et en déterminer les facteurs prédictifs chez les patients suivis pour lupus érythémateux systémique dans le service de médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou.

Méthodes

Type, échantillonnage et cadre de l'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique sur la file active des patients suivis pour lupus érythémateux systémique dans le service de médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou. L'enquête s'est déroulée du 1^{er} septembre au 1^{er} novembre 2021 et a inclus les patients adultes suivis depuis au moins 3 mois (de juin 2011 à juin 2021).

Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les patients atteints de lupus érythémateux systémique diagnostiqué sur la base des critères du SLICC 2012, suivis en médecine interne depuis au moins 3 mois et qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

Variables

Les variables dépendantes étaient les troubles psychiques notamment l'anxiété et l'insomnie, la dépression et le dysfonctionnement social. L'évaluation de la dépression a porté sur 6 items dont l'humeur dépressive, le sentiment de culpabilité, le travail, le ralentissement, l'anxiété psychique et les symptômes somatiques.

Évaluations psychiatriques [19].

Deux outils ont été utilisés pour évaluer la souffrance psychique. D'abord la version courte à 12 items du General Health Questionnaire (GHQ-12) a été administrée pour évaluer l'état psychique global des patients (Le score maximal était de 12 points). Un score de 0-3 indique une absence de troubles psychiatriques et un score 4 indique la présence de troubles psychiatriques. Pour définir les « types de souffrance », une correspondance a été réalisée avec les items du GHQ-28 sur 4 facteurs : l'anxiété et l'insomnie, la dépression sévère, le dysfonctionnement social et les symptômes somatiques cotés de 0 à 3 (0 = absent, 1 = léger, 2 = moyen, 3 = important).

Le deuxième outil utilisé était l'échelle de dépression de Carroll. Cependant, nous n'avons utilisé la note totale que pour les 6 items de la sous-unité correspondant au "noyau de dépression" donnant un sous-total de 22 points (4 points pour chaque item sauf pour les symptômes somatiques notés à 2 points) avec : < 4 :



absence de dépression, 4-8 : dépression mineure, 9 : dépression manifeste.

Les variables indépendantes comprenaient les données sociodémographiques (l'âge, le sexe, l'ethnie, l'adresse, le niveau d'instruction, la profession, le revenu mensuel, la situation matrimoniale, le nombre des naissances, et la religion), les symptômes somatiques, l'activité de la maladie et les données thérapeutiques. L'activité de la maladie a été évaluée à l'aide du score SLEDAI [16] (SLEDAI : 0 = pas d'activité, 1-4 points : activité légère, 6-10 points : activité moyenne, 11-19 points : activité élevée, 20 points : activité très élevée). Le vécu psychosocial, la perception et la connaissance du lupus par les patients, le suivi et l'observance thérapeutique, le recours à la médecine alternative, la sexualité, le soutien social et le mécanisme d'adaptation ont été étudiés.

Collecte des données

Les dossiers de consultation des patients lupiques ont été exploités sur une période de 10 ans allant de juin 2011 à juin 2021 pour obtenir les renseignements nécessaires à leur inclusion. Les patients retenus pour l'étude ont été contactés par téléphone pour programmer les entretiens. Ces entretiens d'une durée de 15 à 20 minutes se sont déroulés pendant une consultation, après obtention d'un consentement oral des patients.

Analyse statistique

Les données ont été analysées par le logiciel R version 4.01. L'analyse descriptive concernant les variables quantitatives portait sur le calcul du minimum, du maximum, de la moyenne et de l'écart-type. En ce qui concerne les variables catégorielles, les effectifs ont été accompagnés des proportions exprimées sous forme de pourcentage. En raison de la taille faible de l'échantillon, nous avons utilisé le test de Kruskal Wallis (entre une variable catégorielle et une variable continue) et le test exact de Fisher (entre deux variables catégorielles). Le seuil de significativité est de 5%.

Résultats

Au total 22 patients suivis pour LES ont été inclus. Parmi eux 20 étaient des femmes soit un sex-ratio (H/F) de 0,09. L'âge moyen des patients était de $38,59 \pm 11,41$ ans.

Caractéristiques socio-économiques

L'ethnie majoritaire était le Fon ou apparentés (68,2%) et 55% des malades résidaient dans le département du littoral. Tous les enquêtés avaient une croyance religieuse représentée par le catholicisme (50%), les évangéliques (27,3%) et l'Islam (22,7%). Le niveau d'étude était universitaire dans 54,5% des cas et les

fonctionnaires représentaient la moitié des patients. Le revenu mensuel des enquêtés se situait entre 40-100 milles FCFA chez 7 patients (32%), 6 patients (27,3%) avaient moins de 40 milles FCFA par mois. 2 patients (9%) avaient plus de 300milles FCFA par mois.

Vécu psychosocial de la maladie

Représentation sociale de la maladie

Treize patients (59,1%) avaient des connaissances suffisantes sur la maladie à travers les explications reçues du médecin et par la documentation. Pour 9 patients la maladie serait provoquée par une tierce personne ou serait d'origine surnaturelle (envoutement) et 45,5 % des patients pensaient que la maladie peut complètement guérir et relève de la médecine traditionnelle. Un traitement traditionnel a été initié par 8 patients.

Handicap quotidien

Dix-huit patients (81,8%) étaient préoccupés au quotidien par la maladie. Les symptômes les plus handicapants évoqués concernaient principalement les lésions cutanées (50%), les douleurs articulaires (38,89%) et l'asthénie (22,2%). Le LES entravait les activités quotidiennes chez 14 patients (63%). Les autres préoccupations étaient la peur de l'infertilité, la prise de poids sous corticoïde, les troubles visuels et le manque de sommeil.

Dix patients (45,4%) disent avoir perdu tout intérêt pour la sexualité depuis le début de la maladie.

Face à cette souffrance, la plupart de patients (81,8%) disaient voir un soutien de la famille. Néanmoins le regard de l'entourage vis-à-vis de leur maladie était marqué soit par de l'empathie, la pitié, ou l'inquiétude chez 5 patients (22,5%), de l'indifférence chez 3 patients (13,6%), abandon par le conjoint chez 4 patientes (18,2 %).

Mécanismes d'adaptation

La plupart des patients (90,9%) adoptaient un coping centré sur l'émotion qui consiste à s'en remettre à Dieu ; 3 patients (13,6%) disaient refouler leurs émotions et essayaient de ne pas penser à la maladie. Enfin on notait un coping centré sur le problème dans 13,6 % de cas consistant à accepter la maladie ou à se battre pour guérir.

Evaluation psychique

15 patients (68,2%) avaient un score GHQ-12 4. Cela se traduisait par un manque de sommeil ou une sensation constante de tension ou de stress dans 72,70% des cas et une dépression chez 72,80% (Figure 1).

L'évaluation du type de souffrance psychique chez les 15 patients montre la présence de l'anxiété et de l'insomnie chez 13 patients (86,7%).

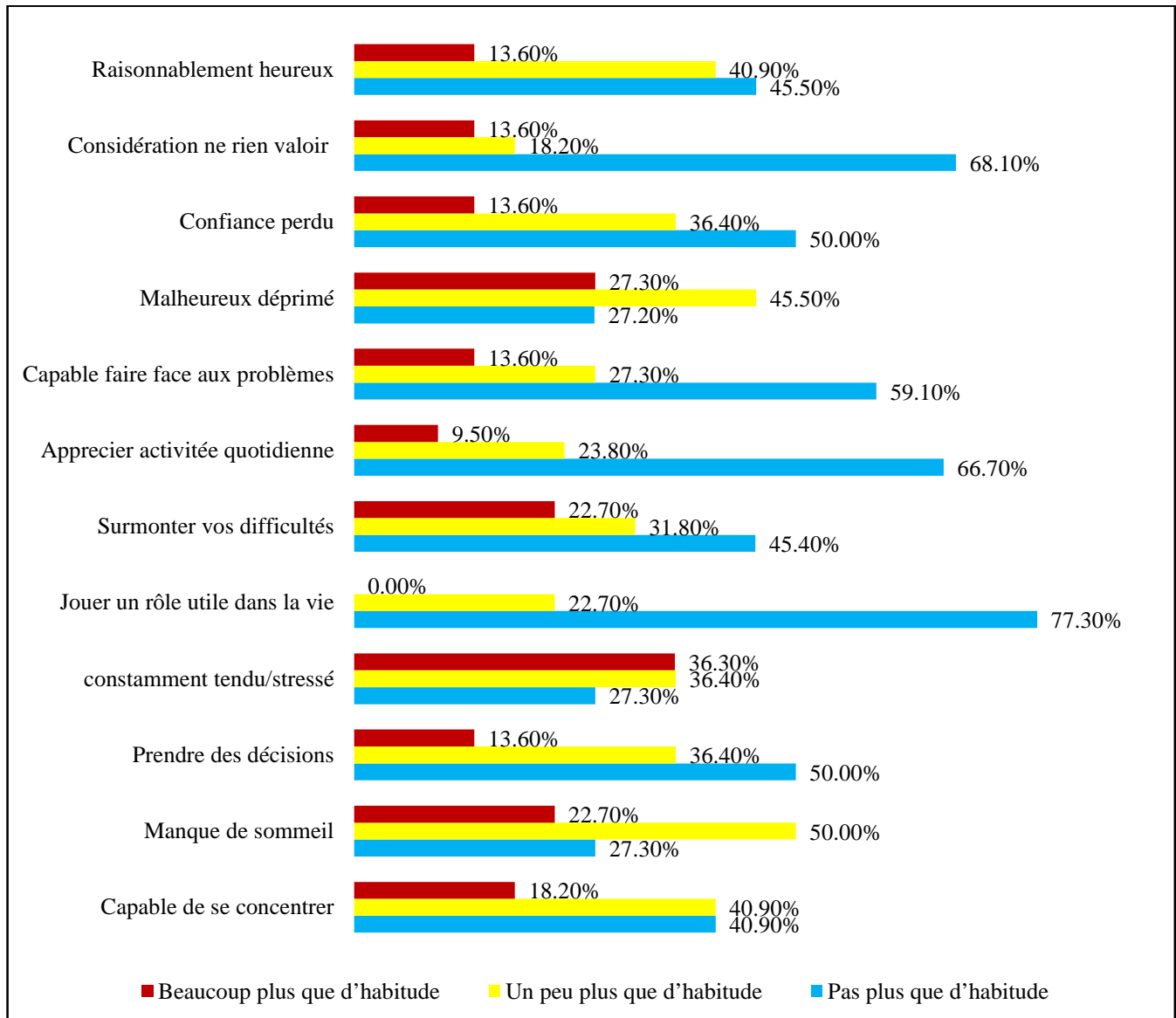


Figure 1 : Répartition des patients ayant un score GHQ-12 4 selon leur état psychique global.

Evaluation de la Dépression :

Tableau I : Répartition des patients selon l'état psychique au cours des dernières semaines avant l'entretien

	N=22	%
Score Carroll 0-3 (Pas de dépression)	6	27.3%
Score de Carroll 4-8 (Dépression mineure)	8	36.4%
Score de Carroll 9 (Dépression manifeste)	8	36.4%

16 patients (72,7%) avaient un score de Carroll 4, correspondant à la présence des symptômes dépressifs. Parmi eux, 8 patients avaient un score 9 (dépression manifeste). Ces symptômes dépressifs étaient d'intensité variable (figure 2). Il a été noté une humeur dépressive chez 7 patients (43,7%), un

sentiment de culpabilité chez 12 patients (75%), un ralentissement psychomoteur chez 5 patients (31,2%), une anxiété psychique chez 10 patients (62,5%) et de légers symptômes somatiques chez 10 patients (62,5%).

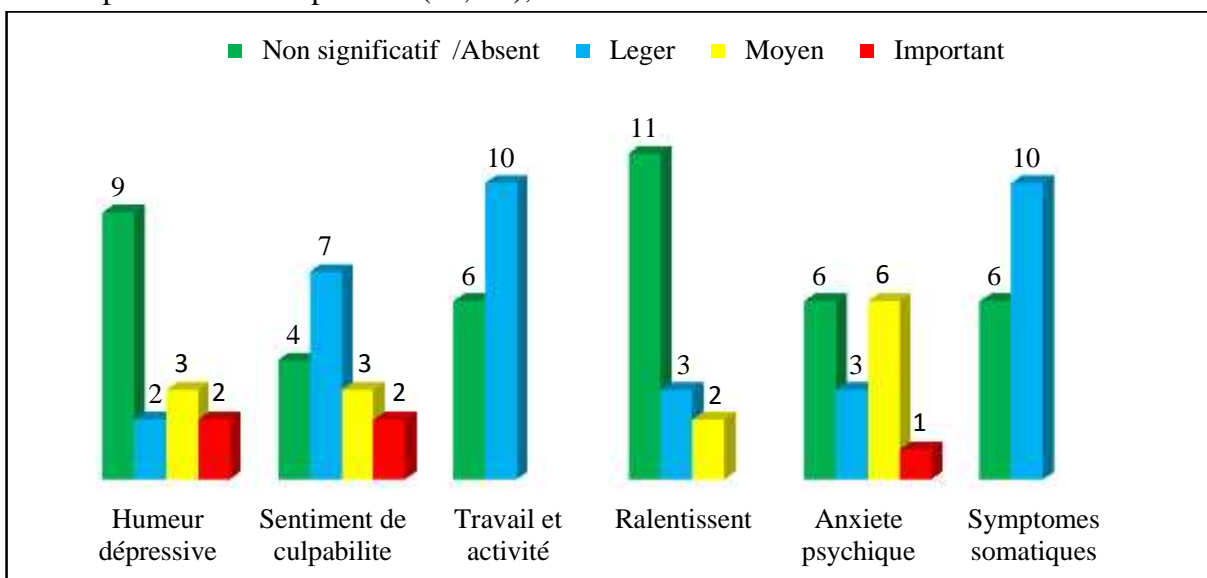


Figure 2 : Répartition des 16 patients dépressifs (score de Carroll 4) selon le type et l'intensité des symptômes dépressifs



Facteurs prédictifs de souffrance psychique :

Il a été noté une tendance à faire moins de dépression chez les patientes de niveau d'étude universitaire ($p=0.026$) (tableau IV). La durée de la maladie au-delà de 5 ans était associée à la souffrance psychique ($p=0.035/0.025$). Néanmoins il n'a pas été retrouvé

une association significative entre la souffrance psychique et les principaux symptômes handicapants, l'activité de la maladie ($p=1.000/0.655$), les anticorps auto-anticorps, la dose de corticoïdes (0.690/0.819) ou les types de coping. (Tableaux II, III et IV).

Tableau II. Analyse comparative des facteurs associés à la souffrance psychique en fonction des méthodes d'évaluation

	GHQ 4			Score de Carroll 4		
	Non (N=7)	Oui (N=15)	p value	Non (N=6)	Oui (N=16)	p value
Sexe			1.000			0.481
Féminin	6 (85.7%)	14 (93.3%)		5 (83.3%)	15 (93.8%)	
Masculin	1 (14.3%)	1 (6.7%)		1 (16.7%)	1 (6.2%)	
Tranche d'âge (ans)			1.000			1.000
[25 ; 30[	2 (28.6%)	3 (20.0%)		1 (16.7%)	4 (25.0%)	
[30 ; 40[	3 (42.9%)	6 (40.0%)		3 (50.0%)	6 (37.5%)	
[40 ; 50[	1 (14.3%)	3 (20.0%)		1 (16.7%)	3 (18.8%)	
50	1 (14.3%)	3 (20.0%)		1 (16.7%)	3 (18.8%)	
Niveau d'étude			0.214			0.026
Primaire	0 (0.0%)	1 (6.7%)		0 (0.0%)	1 (6.2%)	
Secondaire	1 (14.3%)	8 (53.3%)		0 (0.0%)	9 (56.2%)	
Universitaire	6 (85.7%)	6 (40.0%)		6 (100.0%)	6 (37.5%)	
Religion			1.000			1.000
Catholique	3 (42.9%)	8 (53.3%)		3 (50.0%)	8 (50.0%)	
Evangelique	2 (28.6%)	4 (26.7%)		2 (33.3%)	4 (25.0%)	
Islam	2 (28.6%)	3 (20.0%)		1 (16.7%)	4 (25.0%)	
Situation matrimoniale			1.000			1.000
Célibataire/Divorcé/Veuf	3 (42.9%)	7 (46.7%)		3 (50.0%)	7 (43.8%)	
Marié	4 (57.1%)	8 (53.3%)		3 (50.0%)	9 (56.2%)	
Revenu mensuel			0.631			0.848
< 40 milles FCFA	1 (14.3%)	5 (33.3%)		1 (16.7%)	5 (31.2%)	
40-100 milles FCFA	2 (28.6%)	5 (33.3%)		2 (33.3%)	5 (31.2%)	
> 100 milles FCFA	4 (57.1%)	5 (33.3%)		3 (50.0%)	6 (37.5%)	
Durée de la maladie			0.035			0.025
< 1an	1(14.3%)	2(13.3%)		0 (0.0%)	3 (18.8%)	
1 – 5 ans	6(85.7%)	5(33.3%)		6 (100.0%)	5 (31.2%)	
> 5 ans	0 (0.0%)	8(53.3%)		0 (0.0%)	8 (50.0%)	
Dose de corticoïdes			0.690			0.819
< 10 mg	3(50.0%)	5(38.5%)		3 (60.0%)	5 (35.7%)	
10 – 39 mg	1(16.7%)	5(38.5%)		1 (20.0%)	5 (35.7%)	
40 mg	2(33.3%)	3(23.1%)		1 (20.0%)	4 (28.6%)	
Activité (SLEDAI)			1.000			0.655
Absente	3(42.9%)	6(40.0%)		3 (50.0%)	6 (37.5%)	
Présente	4(57.1%)	9(60.0%)		3 (50.0%)	10 (62.5%)	



Tableau III. Analyse de la relation entre les symptômes handicapants et la souffrance psychique

	GHQ 4		p value
	Non (N=7)	Oui (N=15)	
Douleurs			1.000
Non	3 (75.0%)	8 (57.1%)	
Oui	1 (25.0%)	6 (42.9%)	
Fatigue			0.524
Non	4 (100.0%)	10 (71.4%)	
Oui	0 (0.0%)	4 (28.6%)	
Fièvre			1.000
Non	4 (100.0%)	12 (85.7%)	
Oui	0 (0.0%)	2 (14.3%)	
Lésions cutanées			0.576
Non	1 (25.0%)	8 (57.1%)	
Oui	3 (75.0%)	6 (42.9%)	
Manque de sommeil			1.000
Non	3 (75.0%)	12 (85.7%)	
Oui	1 (25.0%)	2 (14.3%)	

Tableau IV : Analyse comparative de la souffrance psychique en fonction des mécanismes de coping

	GHQ 4			Score de Caroll 4		
	Non (N=7)	Oui (N=15)	p value	Non (N=6)	Oui (N=16)	p value
Ne pas y penser			1.000			1.000
Non	6 (85.7%)	13 (86.7%)		5 (83.3%)	14 (87.5%)	
Oui	1 (14.3%)	2 (13.3%)		1 (16.7%)	2 (12.5%)	
S'en remettre à Dieu			1.000			0.481
Non	1 (14.3%)	1 (6.7%)		1 (16.7%)	1 (6.2%)	
Oui	6 (85.7%)	14 (93.3%)		5 (83.3%)	15 (93.8%)	
Accepter la maladie			1.000			1.000
Non	6 (85.7%)	13 (86.7%)		5 (83.3%)	14 (87.5%)	
Oui	1 (14.3%)	2 (13.3%)		1 (16.7%)	2 (12.5%)	
Se battre pour guérir			0.227			0.169
Non	5 (71.4%)	14 (93.3%)		4 (66.7%)	15 (93.8%)	
Oui	2 (28.6%)	1 (6.7%)		2 (33.3%)	1 (6.2%)	

Discussion

Plusieurs études ont été publiées en Afrique sur le lupus systémique ces dernières années mais très peu ont abordé le retentissement psychosocial de la maladie [17, 18, 19]. De l'analyse des études qui ont abordé les facteurs socioéconomiques et leur impact psychique chez les patients atteints de LES, on relève un profil variable des patients d'un pays à l'autre. En Tunisie, dans la cohorte de Kéfi A. et al. 62,2 % des patientes étaient mariées, plus de 9 malades sur 10 étaient scolarisées, 94,6% avaient une adhésion à une assurance maladie et 81,1% avaient un bon niveau financier [17]. Au Maroc, parmi les cas rapportés par Affane M. et al. 84,4% étaient sans aucun niveau d'instruction et 77% sans profession ; le revenu mensuel était bas dans 57,8% des cas [18]. Dans notre étude, la plupart des patients ont été scolarisés mais le revenu moyen était faible. La fréquence des signes neuropsychiatriques au cours du LES est variable de 20 à 97% selon les séries. Gbané et al. ont rapporté une fréquence

59.18%, dominées par les céphalées (62,07%) [19]. Ce taux se rapproche de celui de notre étude où les céphalées étaient décrites chez 77% patients. Ces céphalées sont cependant difficiles à attribuer uniquement au LES. En effet, les atteintes neuropsychiques au cours du lupus peuvent être associées ou non au lupus [20].

En ce qui concerne le vécu de la maladie, dans notre étude, les symptômes les plus handicapants pour les patients lupiques étaient les lésions cutanées (50%), les douleurs chroniques notamment articulaires (38,89%) et l'asthénie (22,22 %). Au cours du LES, les principaux facteurs d'une mauvaise qualité de vie sont la fatigue, les douleurs chroniques et les troubles de l'humeur ; ces facteurs ne sont pas spécifiques de la maladie [21]. L'asthénie est multifactorielle et source majeure d'handicap pour les patients lupiques avec des conséquences comme l'incapacité à accomplir certaines tâches quotidiennes, la tristesse, la démotivation et l'absentéisme au travail [22, 23].



Sur le plan de la sexualité, 45,45% des patients de notre étude ont affirmé y avoir perdu tout intérêt. Ces résultats sont similaires à ceux décrits par d'autres auteurs qui ont montré que la majorité des patientes lupiques avaient des difficultés relationnelles liées à une mauvaise santé sexuelle et que leurs partenaires ne comprenaient pas leur état. L'impact psychosocial du LES peut ainsi conduire soit à l'isolement du patient, la séparation ou le maintien du statut de célibataire [22]. Dans une étude en Equateur, la majorité des jeunes femmes atteintes de LES sont tristes de ne pas être mariées [24].

Notre étude a rapporté des troubles psychiques chez 68,2% des patients. Les principales manifestations étaient l'anxiété, l'insomnie, la dépression, le dysfonctionnement social et les symptômes somatiques. Gbané M. et al. à Abidjan ont décrit des troubles de l'humeur chez 6,90% patients atteints de lupus systémique, en soulignant le fait que ces troubles ont été sous-estimés [19]. Un cas d'épisode dépressif majeur a été décrit par Laboudi F. et al. au Maroc chez une patiente de 32 ans présentant une néphropathie lupique [25]. Dans une méta-analyse portant sur la prévalence de la dépression et de l'anxiété au cours du LES, Moustafa et al. ont noté qu'elle variait de 8,7% à 78,6% et de 1,1% à 71,4%, respectivement [7]. Ces résultats se rapprochent du constat de Andrew dans sa revue de littérature ; il a rapporté que les changements mentaux associés au LES allaient de 3% à 65% [15 ; 26]. Sur 600 participants issus de 5 études, Zhang L. et al. ont relevé que la prévalence de la dépression majeure et de l'anxiété était respectivement de 24% et de 37% [27]. En Chine, Xie et al. ont rapporté l'anxiété chez 18,2% de patients et la dépression chez 23,3% [28]. Cette grande variabilité des fréquences pourrait être liée aux méthodes utilisées qui diffèrent selon les études [7].

Au nombre des facteurs significativement associés à la souffrance psychique au cours du lupus, nous avons identifié la durée de la maladie au-delà de 5 ans contrairement à Kulczycka et al. Qui n'ont pas trouvé de lien significatif entre la durée de la maladie et la réduction de la qualité de vie des patients [29]. Néanmoins pour Eldeiry D. et al., une courte durée de la maladie, les lésions cutanées, musculosquelettiques étaient associées à de l'anxiété et la dépression ($p=0.01$) [30]. Rojas M. et al. ont noté que les patients atteints de LES deviennent plus résilients au fil des années que ceux atteints d'autres connectivites [31]. Julian JL. et al. ont trouvé néanmoins de fortes associations entre la dépression, observance thérapeutique et l'augmentation des taux d'utilisation des soins de

santé, même après contrôle de l'activité de la maladie [32].

Nous avons observé moins de dépression chez les patients ayant un niveau d'étude universitaire contrairement à Xie et al qui n'ont pas trouvé d'association entre le niveau d'éducation et les troubles psychique ($p=0,94$) ; cependant, ils rapportaient qu'un niveau plus élevé de douleur ($p=0,02$) et de fatigue ($p<0,01$) prédisait un risque plus élevé d'anxiété. De même, un niveau de fatigue plus élevé était associé à un risque plus élevé de dépression [33]. L'éducation semble cependant avoir un impact sur la perception du besoin psychosocial [34]. D'autres études ont démontré que les patients atteints de LES avec un niveau d'éducation bas ont tendance à être plus anxieux [35, 36].

En ce qui concerne les représentations sociales de la maladie, certains de nos malades pensaient que le lupus serait d'origine surnaturelle ou pourrait être guéri par les traitements traditionnels. Le recours à la médecine traditionnelle est fréquent en Afrique face aux maladies chroniques comme les connectivites [37]. Des observations similaires ont été faites par Phuti A. et al dans leur étude où des remèdes traditionnels à base de plantes et des feuilles apaisantes d'arbre éléphant ont été utilisés par les patients lupiques [22]. Dans une étude sur l'influence de la connaissance sur la maladie, Kontinen Y. et al. ont noté que le niveau de connaissance augmente après lecture d'un guide de LES, mais cela n'affecte pas la réponse psychologique et le profil d'adaptation des patients [38]. Toutefois, une bonne compréhension de la maladie par le malade et son entourage peut avoir un effet bénéfique sur la prise en charge globale du patient lupique [24].

En plus du soutien social et du recours à la médecine traditionnelle, plusieurs patients (90,9%) ont adopté un coping centré sur l'émotion qui consiste à s'en remettre à Dieu. Au Brésil, deux études quantitatives ont mis en évidence que les patients atteints de LES avec de fortes croyances spirituelles avaient une vision positive de la vie et faisaient mieux face au diagnostic [39, 40]. Ces résultats ressemblent à ceux obtenus en milieu africain par Phuti A. et al. qui ont décrit les croyances spirituelles comme une composante importante des stratégies d'adaptation adoptées par de nombreuses patientes lupiques en Afrique du Sud. Néanmoins dans leur étude, le soutien familial était l'élément clé qui aidait les patients lupiques à faire face à la maladie [22].

Conclusion

La souffrance psychique est réelle au cours du lupus érythémateux systémique comme dans la plupart des maladies chroniques. Elle peut se traduire par des



symptômes anxiodépressifs d'intensité variable, difficile à diagnostiquer mais dont la persistance dans le temps peut altérer la qualité de la vie des patients. Une approche holistique et multidisciplinaire reste nécessaire pour la meilleure prise en charge des patients atteints de lupus érythémateux systémique.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Guillevin L, Meyer O, Hachulla E, Sibilia J. **Lupus érythémateux systémique**. In : **Traité des maladies et syndromes systémiques**. Paris : Lavoisier Médecine Science ; 2015. p. 210-363
2. Bengtsson AA, Rönnblom L. **Systemic lupus erythematosus: still a challenge for physicians**. *J Intern Med*. 2017; 281(1): 52-64
3. Özpoyraz N, Uguz S, Erken E, Ünal M. **A case of Systemic Lupus Erythematosus presenting with psychiatric symptoms**. *Eur Psychiatry*. 1996; 11: 325s
4. Zakeri Z, Shakiba M, Narouie B, Mladkova N, Ghasemi-Rad M, Khosravi A. **Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience**. *Rheumatol Int*. 2012; 32(5): 1179-87
5. Bertias GK, Boumpas DT. **Pathogenesis, diagnosis and management of neuropsychiatric SLE manifestations**. *Nat Rev Rheumatol*. 2010; 6(6): 358-67
6. Cohen WS. **Psychiatric aspects of Systemic Lupus Erythematosus**. 2004; 785-825
7. Moustafa AT, Moazzami M, Engel L et al. **Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis**. *Semin Arthritis Rheum*, 2020, 50(1): 84-94
8. **ACR ad hoc committee on neuropsychiatric lupus nomenclature**. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*. 1999, 42(4): 599-608
9. Brey RL, Holliday SL, Saklad AR et al. **Neuropsychiatric syndromes in lupus: Prevalence using standardized definitions**. *Neurology*, 2002, 58(8): 1214-20

10. Bricou O, Taïeb O, Baubet T, Gal B, Guillevin L, Moro MR. **Stress and Coping Strategies in Systemic Lupus Erythematosus: A Review**. *Neuroimmunomodulation*. 2006; 13(5-6): 283-93
11. Julian LJ, Gregorich SE, Tonner C et al. **Using the center for epidemiologic studies depression scale to screen for depression in systemic lupus erythematosus**. *Arthritis Care Res*. 2011; 63(6): 884-90
12. Nery FG, Borba EF, Viana VST et al. **Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies**. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008; 32(3): 695-700
13. Omdal R, Husby G, Mellgren SI. **Mental Health Status in Systemic Lupus Erythematosus**. *Scand J Rheumatol*. 1995; 24(3): 142-5
14. Guelfi J.D. **L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie Tome 1**. Ed. médicales Pierre Fabre ; 1997
15. Kwan A, Marzouk S, Ghanean H et al. **Assessment of the psychometric properties of patient-reported outcomes of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus**. *Semin Arthritis Rheum*. 2019; 49(2): 260-6
16. Pochard F. **Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients**. *Réanimation*. 2010 ; 19(3) : 236-42
17. Kefi A, Abdallah M, Larbi T et al. **Facteurs socioéconomiques et démographiques déterminant la qualité de vie évaluée par le LupusQol chez les patients lupiques Tunisiens**. *Rev Med Int*. 2017 ; 38S : A110-225
18. Mariam Affane. **Etude de la qualité de vie des patients atteints de lupus érythémateux systémique**. Thèse doctorale en médecine N° 46. Université Cadi Ayyad. Marrakech 2010
19. Gbane M, Ouattara B, Kouame-Gago A et al. **Manifestations neuropsychiatriques au cours du lupus érythémateux systémique : à propos de 29 cas**. *RAFMI*. 2019 ; 6(2) : 7-13
20. Hanly JG, Urowitz MB, Gordon C et al. **Neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus: a longitudinal analysis of outcomes in an international inception cohort using a multistate model approach**. *Ann Rheum Dis*. 2020; 79(3): 356-62



21. Lateef A, Petri M. Unmet medical needs in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther.* 2012; 14(Suppl 4): S4
22. Phuti A, Schneider M, Makan K, Tikly M, Hodgkinson B. Living with systemic lupus erythematosus in South Africa: a bitter pill to swallow. *Health Qual Life Outcomes.* 2019; 17(1): 65
23. Kawka L, Schlencker A, Mertz P, Martin T, Arnaud L. Fatigue in Systemic Lupus Erythematosus: An Update on Its Impact, Determinants and Therapeutic Management. *J Clin Med.* 3 sept 2021; 10(17): 3996
24. Miles A. Emerging Chronic Illness: Women and Lupus in Ecuador. *Health Care Women Int.* août 2011; 32(8): 651-68
25. Laboudi F, Slimani G, Gourani ME, Ouanass A. La dépression dans le lupus érythémateux systémique : à propos d'un cas clinique. *Pan Afr Med J [Internet].* 2018 [cité 28 janv 2022] ; 29. Disponible sur : <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/123/full/>
26. Mitchell WD, Thompson II TL. Psychiatric Distress in Systemic Lupus Erythematosus Outpatients. *Psychosomatics.* 1990; 31(3): 293-300
27. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1): 70
28. Xie L-F, Chen P-L, Pan H-F et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation in SLE inpatients: Chinese experience. *Rheumatol Int.* 2012; 32(9): 2707-14
29. Kulczycka L, Sysa-Jedrzejowska A, Robak E. Life satisfaction together with positive and negative aspects in Polish patients with systemic lupus erythematosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23(3): 251-5
30. Eldeiry D, Zandy M, Tayer-Shifman OE et al. Association between depression and anxiety with skin and musculoskeletal clinical phenotypes in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology.* 2020; 59(11): 3211-20
31. Rojas M, Rodriguez Y, Pacheco Y et al. La résilience chez les patientes atteintes de maladies auto-immunes. *Rev Rhum.* 2019 ; 86(3) : 294-300
32. Julian LJ, Yelin E, Yazdany J et al. Depression, medication adherence, and service utilization in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2009; 61(2): 240-6
33. Xie X, Wu D, Chen H. Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with systemic lupus erythematosus in Southwest China. *Rheumatol Int.* 2016; 36(12): 1705-10
34. Beckerman NL, Auerbach C, Blanco I. Psychosocial dimensions of SLE: implications for the health care team. *J Multidiscip Healthc.* 2011; 63
35. Alarcón GS, Calvo-Alén J, McGwin G et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic cohort: LUMINA XXXV. Predictive factors of high disease activity over time. *Ann Rheum Dis.* 2006; 65(9): 1168-74
36. Demas KL, Costenbader KH. Disparities in lupus care and outcomes. *Curr Opin Rheumatol.* 2009; 21(2): 102-9
37. Mijiyawa Moustafa. Aspects socio-culturels de la pratique rhumatologique en Afrique Noire. *Hist Sci Med.* 1995 ; 29(2) : 175-9
38. Kontinen YT, Santavirta N, Honkanen V, Sandelin S, Schauman L, Gronblad M. Systemic lupus erythematosus patient guide: influence on knowledge of the disease. *Ann Rheum Dis.* 1991; 50(12): 900-2
39. da Silva JP, Amadei JL. Influence of medical care in the quality of life (WHOQOL-100) of women living with systemic lupus erythematosus. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2016; 56(3): 198-205
40. dos Reis MG, da Costa IP. Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus in Midwest Brazil. *Rev Bras Reumatol.* 2010; 50(4): 408-22