

Comparaison des moyennes d'âge et du sexe ratio

Nous avons réalisé une étude prospective allant du 14 février 2011 au 02 juillet 2012 portant sur les patients reçus en ambulatoire et en hospitalisation dans les services de médecine interne et de dermatologie de Dakar.

Représentativité

Nous pouvons considérer notre population comme représentative de la population de patients présentant un lupus systémique et suivis dans les différents centres de recrutement. En effet, le recrutement était exhaustif seuls 04 patients étaient exclus car ne satisfaisant pas aux critères d'inclusion.

Biais de sélection

Quoique multicentrique, notre étude ne peut être exempte de biais de sélection car seuls les patients consultants dans les structures sanitaires de référence de la région de Dakar étaient inclus. En effet du fait de l'inaccessibilité tant géographique que financière au niveau de ces structures sanitaires, la majorité des patients présentant le lupus systémique n'ont pu être consulté et de ce fait était exclus.

Limites

Les principales limites étaient représentées par le faible taux de réalisation des examens complémentaires notamment l'immunologie (90% pour la NFS, et 92 % pour la CRP).

De même que la protéinurie des 24H et la biopsie rénale et cutanée

Ce faible taux de réalisation des examens complémentaires est dû à leur coût élevé pour des patients dont la majorité avait un bas niveau socioéconomique.

La validité interne de notre étude

Le recueil de nos données est valide comme en témoigne l'association que nous avons trouvée entre la présence des Anticorps anti SSa(Ro) et des avortements à répétition.

La validité externe de notre étude

Nos données sont comparables aux données de la littérature,

Les aspects socio démographiques

Le lupus systémique est une maladie de la femme adulte, la prédominance féminine du lupus érythémateux systémique est rapportée aussi bien dans les séries occidentales qu'africaines. Notre série est en concordance avec ces dernières, nous avons eu 92% de femmes contre 8% d'hommes soit un sexe ratio de 0,09. La rareté des connectivites en général et du lupus systémique en particulier chez les hommes était rapportée par différents auteurs.

L'âge moyen dans notre série était de 36,18ans avec des extrêmes de 14 à 60ans. La tranche d'âge comprise entre 30 et 39 ans était la plus représentée, ceci étant similaire à celle observée dans les différentes études où le lupus est plus fréquent dans la tranche d'âge de 10 à 40ans [60,41,].

	Notre étude	Ka et coll	Gueye YA.	Tazi-Maleck et coll
Moyenne d'âge	36,18	32	34	31
Femme	92%	90,5%	89,4%	96%
Sexe ratio	0,09	0,11	0,11	0,09

La moyenne d'âge rapportée et la prédominance féminine ne comportent pas de particularité. La majorité de la population avait un bas niveau socio-économique, dans notre contexte en l'absence de système de subvention des soins, les patients avaient tendance à avoir d'autres recours thérapeutiques tels que la tradithérapie retrouvés chez 33% de nos patients. Les conséquences ont été l'allongement des délais diagnostics, l'épuisement financier.

Aspects cliniques

Les circonstances de diagnostic du lupus systémique étaient variables : cutanées, rhumatologique, cardio-vasculaire, respiratoire, neurologique, hématologique confirmant le polymorphisme de la maladie lupique. En outre, au cours de l'interrogatoire de nos patientes, nous avons retrouvé la survenue d'avortement à répétition soit 50% des grossesses pouvant aller jusqu'à 5 avortements pour une même patiente. Dans les études les plus récentes, la mortalité fœtale reste élevée soit 37% dans la série de Junger et Al [60] lorsque la grossesse a été contemporaine au début du lupus et à 23% lorsque la grossesse a eu lieu chez une lupique non stabilisée.

Les signes généraux

Dans notre étude, la fièvre n'a pas été objectivée, elle a été rapportée par le malade, il s'agirait plutôt d'une fièvre d'allégation présente chez 98% de nos malades. La fréquence varie selon les études mais s'approche de celle de Dubois 86% [60], de celle de Ka et coll. 93% [99]. Il faut signaler que la fièvre peut prendre la forme d'une fébricule mais parfois peut être supérieure à 38 degrés et peut même dépasser 39 degrés sans être d'origine infectieuse. Rarement isolée, la fièvre est quasi constante, elle est présente à un moment ou à autre de l'affection chez la plupart des malades.

L'asthénie et l'amaigrissement accompagnent volontiers cette fièvre, quasi constante dans notre étude représentant 100% dans notre série conformément aux données de la littérature qui considèrent l'asthénie comme le signe fonctionnel le plus fréquent : 80 à 100% des malades [63].

Rappelons la grande sensibilité des signes généraux et leur rôle de signal d'alarme dans la surveillance d'un malade incitant à rechercher une poussée viscérale, l'asthénie étant corrélée à l'index d'activité.

✓ Manifestations cardio-vasculaires

Dans notre étude la fréquence de l'atteinte cardiaque était variable selon la symptomatologie clinique, électrique ou échocardiographique. En effet la tachycardie et la dyspnée étaient retrouvées respectivement chez 26 et 50% des patients ; tandis que la péricardite était retrouvée chez 19

patients. Les manifestations cardiaques électriques étaient polymorphes : tachycardie sinusale aux troubles de la conduction, troubles de la repolarisation et les hypertrophies cavitaires. Signalons toutefois que la tachycardie sinusale était associée dans la totalité des cas à une anémie qui pouvait être multifactorielle. Au cours du lupus systémique les manifestations cardiaques sont préoccupantes du fait qu'elles peuvent intéresser toutes les tuniques, se manifester de façon bruyante et être même responsable d'une décompensation cardiaque. C'est ainsi que nous avons retrouvé trois cas de décompensation cardiaque et 02 cas de tamponnade dont un cas retrouvé dans les antécédents. Cliniquement, la tamponnade se manifestait par la survenue de douleur thoracique, de dyspnée, de pouls paradoxal de Kussmaul, d'hypotension artérielle, de turgescence spontanée des veines jugulaires, d'hépatomégalie, d'ascite de petite abondance. Il peut arriver des fois où les patients ayant une péricardite asymptomatique se plaignent de douleur thoracique [78,87]. Signalons qu'à l'inverse ces manifestations cardiaques peuvent être symptomatiques [78] ;

La prévalence de la myocardite clinique est relativement faible de l'ordre de 9% [88, 97] ce qui est conforme avec notre série où nous avons observés la survenue de 3 cas de cardiopathie soit 9% des patients ayant une manifestation cardio-vasculaire. [71, 97], or dans notre série nous avons 3 patientes ayant présenté un syndrome d'insuffisance cardiaque globale majeur en l'absence d'anomalie coronarienne ou de cardiopathie hypertensive, toutes 3 présentaient une poussée lupique, la cardiopathie était la manifestation inaugurale d'une des patientes. Cliniquement, elles présentaient une dyspnée stade III à IV selon la NYHA avec orthopnée, douleur thoracique, hypotension artérielle, tachycardie, hépatomégalie, turgescence spontanée des veines jugulaires, des OMI bilatéraux prenant le godet.

Les manifestations cliniques évocatrices d'HTAP associée au lupus ne diffèrent pas de celles de l'HTAP idiopathique, le principal symptôme étant une dyspnée d'effort [42, 46, 77,85]. Dans notre série les patients ayant une HTAP légère étaient asymptomatiques, par contre les patients présentant une HTAP sévère avaient une dyspnée stade III à IV selon la NYHA, avec parfois la survenue de douleur thoracique, à l'examen on notait un choc infundibulopulmonaire palpable le plus souvent avec un éclat de B2 pulmonaire, une sémiologie d'insuffisance tricuspidiennne ou

d'insuffisance pulmonaire. Ce qui est conforme avec l'étude de Sanchez et al. où 8 des 13 cas (62%) d'HTAP associés au lupus avaient une dyspnée stade III à IV selon la NYHA [85, 101].

Les manifestations vasculaires étaient caractérisées par le syndrome de Raynaud : 2% de la population lupique, pourcentage faible par rapport à la revue de la littérature : 20% en moyenne selon O Meyer. Toutefois, cette différence pourrait être liée à des différences climatiques. En effet le principal facteur déclenchant est l'exposition au froid.

La thrombophlébite du membre inférieur a été une manifestation inaugurale de la maladie lupique, cette patiente avait un bilan de thrombophilie normal avec les anticorps antinucléaires fortement positifs ; en outre elle présentait une positivité des anticorps anti phospholipides en particulier des anticardiolipine. Chez une autre patiente, une thrombose de la veine cave inférieure est survenue au cours de l'évolution de la maladie. Cette localisation a déjà été rapportée dans la littérature et constitue la localisation la plus fréquente après celle du membre inférieur [64, 99].

✓ Manifestations cutanées

La maladie lupique lui doit son nom. Dans notre série, le lupus discoïde représente 48% des lupus cutanés comparé aux séries Sénégalaises ce pourcentage est proche de celui de Gueye Y.A :44% [41] plus élevé que celui de Ka et coll. [54], ceci est lié à une différence dans le recrutement puisque la majorité des malades sont recrutés en dermatologie. Le lupus discoïde peut précéder de plusieurs années les autres manifestations systémiques, c'était le cas dans notre étude où la plupart des patients préférait se traiter avec des décoctions ou des plantes pour application locale soit 48% des patients ou même une injection d'extencilline soit 38% de nos patients. Le lupus cutané aigu était de 34% dans notre série conformément aux séries de Gueye Y.A et de Ka et coll. Respectivement 34 et 33%. 18% de lupus cutané subaigu était noté estimé dans la littérature entre 7 et 20% [41, 52].

Cependant les manifestations cutanées sont inconstantes puisqu'absentes chez 12% de nos patients déterminant alors le tableau de lupus sine lupo. La symptomatologie cutanée fonctionnelle est caractérisée par la survenue de photosensibilité soit 4%, photosensibilité

étant soulignée par tous les auteurs avec des pourcentages beaucoup plus élevés ceci est dû au fait que les patients caucasiens soient plus sensibles. Des biopsies cutanées au nombre de 4 ont été réalisées qui sont toutes revenues positives [64].

✓ Autres manifestations viscérales

Les manifestations rénales étaient rencontrées chez 52% de nos patients, 3 patientes étaient au stade de néphropathie lupique dont l'une était au stade d'IRC. Ces résultats sont proches de ceux de Ka et coll. qui retrouvent 57% d'atteinte rénale [41], Chahad et coll. : 52% d'atteinte rénale [52], O.Meyer fait état de 40 à 60% d'atteinte rénale le plus souvent associée à une insuffisance rénale chronique dans 11 à 40% des cas ; l'insuffisance rénale isolée sans protéinurie ni hématurie est possible mais rare, donnée non retrouvée dans notre série. La ponction biopsie rénale n'a été effectuée que chez une patiente ce qui a permis de confirmer l'atteinte rénale (glomérulonéphrite proliférative diffuse type IV).

✓ Manifestations rhumatologiques

Elles étaient quasi constantes souvent même révélatrices (88% dans notre série), elles étaient à type d'arthralgie ou d'arthrite non déformante, avec une nette prédominance des arthrites non déformantes. Un cas d'érosion et de déformation articulaire (coup de vent cubital, pouce en Z) était noté chez une de nos patientes qui avait les anticorps anti CCP positifs.

✓ Manifestations respiratoires

Dans notre série, les manifestations respiratoires représentaient 13%, la présence de pleurésie était pour la plupart associée à la présence d'épanchement péricardique et régressait sous corticothérapie, les cas de pneumopathie étaient pour la plupart d'origine infectieuse non spécifique, un seul cas était considéré et traité comme une tuberculose pulmonaire. Ces données sont plus faibles que celles retrouvées dans la littérature. En effet Gueye YA avait retrouvé une proportion de 19,87% de manifestations respiratoires [41], tandis que de Tazi-Mezalek et coll en avait retrouvé 37,9% [90], enfin Ka et coll signalaient 43% de sérite [53, 54].

2. Aspects paracliniques

✓ Manifestations hématologiques

Dans notre série, les patients qui avaient une perturbation de la NFS représentaient 90% de la population lupique, perturbation pouvant être soit une anémie (87%) et/ou une leucopénie (13%) et/ou une thrombopénie (4%). L'anémie pouvait adopter tous les types inflammatoire, hémolytique ou ferriprive. Un taux d'hémoglobine à 4g/dl était retrouvé chez une patiente survenu dans un contexte De tuberculose pulmonaire .La leucopénie pouvait être une leuconeutropénie ou une lymphopénie plus fréquente ; ces données sont proches de celles de Ka et coll. soit 77% d'anémie, 14% de leucopénie [41], 3% de thrombopénie, elles s'éloignent des séries de Wang qui retrouvent 72,8% d'anémie, 60,9% de leucopénie et 58,7% de thrombopénie [99]. Ces manifestations hématologiques étaient révélatrices de la maladie lupique chez deux patientes. En effet dans un cas, le diagnostic était porté devant une pancytopénie découverte lors d'un don de sang alors que dans l'autre cas l'exploration d'une anémie avait conduit au diagnostic.

✓ Syndrome inflammatoire biologique

Dans notre série 86% des patients avait une VS accélérée avec un maximum de 150 mm/s contre 18% qui avaient une CRP positive avec un maximum de 748mg/l. ces données sont superposables aux séries de Gueye YA[41], O Meyer fait état de VS accélérée dans 83 à 100% selon les séries au cours des poussées lupique[64] ; face à une polyarthrite débutante, la dissociation entre une VS très élevée et un taux bas de CRP doit permettre d'évoquer le diagnostic. Mais la VS était liée vraisemblablement à l'anémie qui était fréquente dans notre série.

L'inflammation lupique est caractérisée par une production faible de certaines protéines de la phase aigue de l'inflammation, telle que la CRP ou la SAA. En période de poussée évolutive la CRP augmente peu, bien que les sujets lupiques aient la capacité de produire de grandes quantités de CRP en cas de stimulus bactérien, la différence est telle que certains auteurs ont pu proposer de différencier une fièvre de poussée lupique d'une fièvre par complication infectieuse sur le taux de la CRP : une CRP supérieure à 80 mg/l serait en faveur d'une complication septique alors qu'une Vs inférieure à 40mg/l serait en faveur d'une

poussée lupique ; il existe des exceptions à cette règle , en particulier les poussées polysynoviales et les sérites lupique qui s'accompagnent souvent d'élévation importante de la CRP.

Le taux de CRP constitue actuellement un facteur de risque biologique d'événement cardio-vasculaire au même titre que le cholestérol total, ou du ratio cholestérol total/HDL cholestérol indépendamment de ceux-ci et des autres facteurs de risque classique (tabagisme, obésité, diabète, HTA, antécédents familiaux) [64]. Dans notre série, les FRCV n'étaient pas retrouvés en dehors d'un cas de dyslipidémie. Le cout des examens complémentaires en a limité la demande.

✓ Manifestations immunologiques

L'une des caractéristiques de notre série est le faible taux de la recherche systématique de marqueurs immunologiques des examens complémentaires [41]. Ceci est lié par un niveau socio-économique faible (60% des patients), la plupart de nos patients n'ont pas pu bénéficier. Quatre vingt quatre de nos patients ont pu bénéficier de la recherche d'au moins d'un marqueur immunologique au moment du diagnostic. A signaler que le lupus dit séronégatif constitue 1% environ de la population lupique, la majorité de ces patients possèdent des anticorps antiSS-A(Ro) [60, 63].

Dans notre série, la positivité des anticorps anti DNA natif, très spécifique du LES était retrouvée chez 38% de la population d'étude, pourcentage proche de la série de Gueye YA [41]. Les taux élevés d'anticorps correspondaient à une poussée sévère, les manifestations cardio-vasculaires associées étaient soit une myocardite lupique ou un épanchement péricardique.les anticorps anti DNA natifs étant un critère d'activité, le contrôle de celui ci n'a pas pu être fait lors des rémissions. La positivité des anticorps anti DNA natif est très faible comparée à la série de Wong [99], ceci pouvant être dû à l'effectif peu élevé de notre série ou du fait que lors des poussées évolutives les anticorps anti DNA natifs présents peuvent ne pas être détectés du fait d'un excès d'ADN circulant .

Les anticorps antinucléaires qui ont une grande sensibilité, sont présents dans 32% des cas dans notre série, ils sont de très loin plus faibles que ceux rencontrés dans les autres séries qui tournent autour de 90% [41,

52]. Les titres élevés d'anticorps antinucléaire correspondent à la survenue de manifestations cardio-vasculaires sévères telle qu'une tamponnade (type moucheté), une poussée multiviscérale associée à une thrombophlébite et un syndrome sec oculaire, une poussée lupique (péricardite minime, manifestation cutanée et articulaire) et tuberculose pulmonaire associée. Une dissociation entre un résultat négatif d'anticorps antinucléaire et un résultat positif d'anticorps anti DNA natif a été observé dans quelques rares cas, ainsi la recherche d'anticorps anti DNA natif devra être explicitement demandé par les cliniciens en cas de suspicion lupique, en effet en l'absence de demande spécifique, la recherche n'est pas systématique. Il n'y a pas de corrélation entre titre d'anticorps mesuré par IFI et activité du lupus, la disparition des anticorps antinucléaires n'est pas un objectif thérapeutique, la répétition de cet examen au cours du suivi n'est pas recommandé à l'exception du lupus induit par les médicaments.

Les anticorps anti antigènes nucléaires solubles ou anticorps anti ENA ont été positifs chez 40% de nos patients, ce pourcentage est de loin plus faible que celui rapporté par la série de Gueye YA qui tourne autour de 86%, l'effectif peu nombreux d'une part et le faible taux de réalisation de cette analyse pourrait l'expliquer. Parmi ces anticorps anti ECT (Extractible nuclear antigens), les anti SM sont positifs dans 30% des cas, ils ont une excellente spécificité dans le diagnostic du LES au point d'avoir été inclus les critères de l'ACR modifiés en 1992 [64], cependant on ne les retrouve que dans 5 à 30% des cas ce qui est conforme avec notre étude.

Dans notre série, les anticorps anti SM positifs étaient associés aux manifestations cliniques suivantes : épanchement péricardique modéré à minime (4 cas), HTAP (3 cas), néphropathie lupique.

Les anticorps anti SSA(Ro) étaient positifs dans 14% des cas, ce qui est faible par rapport à ce qui a été décrit dans la littérature : 25 à 35% des cas [98,60]. Mais cette discordance pourrait être liée à un biais de sélection. Les anticorps anti SSA (Ro) étaient retrouvés chez les patientes qui avaient eu des antécédents d'avortement à répétition ou de mort fœtale.

La présence d'anticorps anti SSA chez une femme enceinte est associée à un risque de BAV congénital chez le fœtus souvent responsable d'avortement précoce ou de mort in utéro, la cause invoquée est une myocardite induite par les Ig G qui passent abondamment dans la circulation fœtale à partir de la 22^{ème} SA [64].

Les anticorps anti SSB sont positifs dans 8% des cas ce qui est conforme à la revue de littérature où les anticorps anti SSB sont positifs dans 5 à 15% des cas [48,63]. Les anti SSA et anti SSB sont peu spécifiques du LES, les anti SSA s'observent dans 40 à 60% des syndromes de Gougerot Sjögren primitifs, les anti SSB étant encore plus fréquents [60].

Les anticorps anti phospholipides n'étaient demandés que chez 4 patientes, les indications étaient une thrombophlébite, un avortement à répétition. Les Ac anti cardiolipines sont positifs à 6% les anticorps bêta deux GP1 à 2%. Les manifestations cardio-vasculaires associées étaient une HTAP, une péricardite, une dysfonction diastolique de type I. l'association SAPL et manifestations cardiaques était déjà rapporté par des auteurs sénégalais.

✓ Aspects électriques et échocardiographiques

Vingt trois patients présentaient des signes électro cardiographiques ou échocardiographiques d'atteinte cardiaque soit 46% des patients de notre cohorte, ce taux est supérieur à ceux observés dans les études Sénégalaises soit 39%, 9,2%, 1,4% respectivement dans les séries de Gueye YA [41], Dioum [28] et dans la revue de littérature.

Les anomalies cardiaques retrouvées chez nos patients pouvaient toucher plusieurs tuniques :

La péricardite est une manifestation fréquente du LES qui peut révéler la maladie dans 10 à 40% des cas selon les groupes étudiés [7,8], dans notre série la péricardite a été moins fréquemment révélatrice de la maladie (5%). Dix neuf cas de péricardite soit 54% des manifestations cardio-vasculaires ont été diagnostiquées, pourcentage plus élevé que celui décrit dans les autres études [1, 3,78]. Les manifestations électriques étaient à type de micro voltage, bas voltage, de trouble de la repolarisation et un sous décalage de PQ. Une association significative entre péricardite et pleurésie était classiquement rapportée et également notée dans notre étude, La prévalence des Ac anti cardiolipine était

significativement plus faible dans notre cohorte, la plupart des études font une corrélation entre Ac anti phospholipide et atteinte cardiaque [3, 9, 13, 15]. Les complications de la péricardite sont rares dans notre étude, en effet un seul cas de tamponnade a été noté ayant évolué vers la mort après 2 épisodes de péricardocentèse . La tamponnade a été rarement rapportée dans la littérature. Dans notre série les deux cas de tamponnade étaient survenus chez des hommes ; Dans la littérature, les auteurs ont mentionné que la tamponnade était l'apanage des patients de sexe masculin [78].

Un cas de bloc auriculo-ventriculaire du premier degré a été retrouvé soit un taux de 2%. Ce qui est conforme à la revue de littérature où Godeau et al. font état de deux cas de BAV sur une cohorte de 109 malades [60], d'où l'intérêt d'un électrocardiogramme systématique pour le dépistage des troubles du rythme et de la conduction associé au lupus.

Des troubles de la repolarisation primaires à type d'ischémie, d'ischémie-lésion, de nécrose ont été décrits chez 9 patients dans notre série soit 39%, sans manifestation échocardiographique notable sauf pour le cas de la nécrose où il y avait en plus des signes électrocardiographiques, une HTAP avec dilatation des cavités droites, une coronarographie nous aurait confirmé ou infirmé de l'existence d'une maladie coronarienne, mais le bas niveau socio-économique des patients a constitué une limite à la réalisation de telles explorations. En effet, une coronarite inflammatoire a été rapportée dans la revue de littérature [63]. Nous ne pouvons retenir un infarctus ancien par thrombose multiple des artères coronaires de petit calibre du fait de la négativité des anticorps anti phospholipides. Cependant, l'athérome reste la cause essentielle de l'insuffisance coronarienne, en plus des facteurs de risque cardio-vasculaire traditionnels tels que : diabète, surcharge pondérale, HTA, dyslipidémie, tabagisme actif, il s'y ajoute la CRP, protéine de l'inflammation dont le taux porte un fort pouvoir prédictif de survenue d'événement ischémique.

Une myocardiopathie lupique était rencontrée chez 3 patientes dans notre série soit 9% des atteintes cardio-vasculaires, il s'agit d'une cardiomyopathie hypokinétique avec altération sévère de la FE allant de 21 à 35%, une dilatation cavitaire, parfois associée à une fuite mitrale modérée à importante. La cardiomyopathie dilatée liée à la maladie

lupique a été rarement décrite dans la littérature, le plus souvent associée à une HTA, une athérosclérose, une corticothérapie au long cours. Ce qui n'a pas été le cas chez une de nos patientes, où la CMD décompensée en insuffisance cardiaque globale était la manifestation cardiovasculaire inaugurale associée avec les signes de lupus cutané aigu, d'une arthrite non déformante, le bilan des facteurs de risque cardio-vasculaire était revenu normal.

La prévalence de l'HTAP, complication rare du LES varie de 4,2 à 17,5% dans les séries utilisant l'échocardiographie comme méthode référence [42, 46]; contrairement à notre étude où huit cas d'HTAP ont été rencontrés soit 22% des cas dont 3 sévères et 5 légères. Le seuil utilisé dans notre série était de 35 mm Hg, nous remarquons dans la revue de littérature que le seuil varie d'une étude à une autre pouvant aller de 30 mm hg [42] à 35[46] voire même 45 mm hg [77]. Les résultats de l'échocardiographie sont opérateurs dépendants mais nous avons eu l'avantage au cours de notre étude d'avoir le même opérateur pour presque toutes les échocardiographies.

Au sein de la nouvelle classification clinique de l'HTAP proposée en 2008, cinq catégories peuvent être associées au lupus :

- HTAP associée aux connectivites qui résulte d'une atteinte primitive des vaisseaux artériolaires (un cas dans notre série)
- HTAP associée à une cardiomyopathie gauche elle-même en rapport avec une dysfonction cardiaque systolique ou diastolique (un cas)
- HTAP secondaire à une pneumopathie infiltrative diffuse fibrosante ou hypoxémiante
- HTAP secondaire à une maladie thrombo- embolique
- HTAP en rapport avec une maladie veino- occlusive très rare dans le LES

Enfin nous avons également observé la survenue de trouble de la relaxation du ventricule gauche chez 5 malades qui étaient toutes hypertendues.

Ces anomalies électrocardiographiques et échocardiographiques observées chez des patients symptomatiques ou asymptomatiques au

cours de notre étude doivent inciter à inclure l'électrocardiogramme dans le bilan des patients lupiques.

3. Aspects thérapeutiques

La corticothérapie a été la pierre angulaire du traitement utilisée par l'ensemble des patients, dans tous les cas des mesures adjuvantes étaient associées.

De même les APS étaient prescrits à tous les patients avec une surveillance ophtalmologique régulière incluant le fond d'œil, les tests des couleurs.

Les traitements à base d'IEC étaient volontiers prescrits en néphrologie et dans un cas d'atteinte rénale sévère le mycophénolate de mofetil était prescrit.

Les anticoagulants ou les antiagrégants plaquettaires étaient rarement prescrits.

Les traitements étiologiques des complications infectieuses étaient également prescrits. Chez les patients qui présentaient des connectivites associées, les traitements de fond étaient associées tels que le méthotrexate ou antithyroidien de synthèse.

Nous avons déploré la survenue de 6 décès soit 12% de la population lupique, 50% de cause cardiovasculaire, le reste de cause infectieuse, hépatique ou rénale.

Une récurrence d'AVC chez une patiente avec anticorps antiphospholipide présent a également été notée.

Les causes de décès sont les mêmes que dans la littérature [63], cependant les pourcentages sont beaucoup plus élevés dans notre cohorte dû au faible effectif.