



Les myopathies inflammatoires auto-immunes au Burkina Faso : étude multicentrique de 24 cas.

Autoimmune inflammatory myopathies in Burkina Faso: a multicentric study of 24 cases.

Savadogo Binta¹, Bonkougou Marcellin¹, Sougué Charles², Kaboré Fulgence¹, Traoré Fagnima³, Abassiri Kantiga Aida Eudoxie¹, Ouédraogo Aboubakar¹, Zabsonré/Tiendrébéogo Wendlasida Joëlle Stéphanie¹, Ouédraogo Dieu-Donné¹

¹Service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bogodogo ; Ouagadougou, Burkina Faso.

²Service de médecine interne du CHU Sourô Sanou (CHUSS), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

³Service de Dermatologie du CHUR de Ouahigouya (CHURO), Ouahigouya, Burkina Faso.

Auteur correspondant : Dr Sougué Charles, Institut supérieur des sciences de la santé (INSSA)/ Université Nazi Boni (UNB)/ Service de médecine interne du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

E-mail : souguecharles@gmail.com .

RESUME

Objectif : Étudier les caractéristiques des myopathies inflammatoires auto-immunes dans des centres hospitaliers universitaires disposant d'un rhumatologue et/ou d'un dermatologue.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective et descriptive menée de janvier 2016 à décembre 2024. Ont été inclus tous les patients suivis pour myopathies inflammatoires répondant aux critères de Trojanov. Elle s'est déroulée dans les centres hospitaliers universitaires où officiaient un rhumatologue et/ou un dermatologue.

Résultats : Vingt-quatre cas de myopathies inflammatoires ont été colligés dont 14 cas de dermatomyosite (DM), 7 cas de polymyosite (PM) et 3 cas de myosites à chevauchement. L'âge moyen était de 33 ans (extrêmes : 15-64 ans), avec un sex-ratio de 0,15. Vingt patients (83,33 %) avaient une atteinte musculaire dont 12 PM et 8 DM. Une polyarthralgie inflammatoire concernait 12 patients (50 %). Les manifestations cutanées étaient dominées par l'œdème du visage avec rash héliotrope. Une atteinte pulmonaire était observée chez 2 patients (8,33 %), et une atteinte cardiovasculaire chez 3 patients (12,5 %). Aucun de nos patients n'avait de manifestation rénale. Le taux moyen de CPK était de $1799,73 \pm 2761,02$ UI/L. L'EMG était anormale chez 6 patients (25 %) avec un syndrome myogène (2 cas soit 8,33 %) et une polyneuropathie axonale sensitive et motrice (4 cas soit 16,66 %). La biopsie réalisée chez 4 (16,66 %) patients était en faveur d'une PM et d'une DM chez respectivement 3 (12,5 %) et 1 (4,16 %) patients. Tous les patients étaient sous corticoïdes et hydroxychloroquine et un immunosuppresseur y était associé chez 8 patients (33,33%). L'évolution était favorable dans 54,16 % des cas, avec 20,83 % de décès. Deux cas (8,33%) de carcinome hépatique étaient observés.

Conclusion : Les myopathies inflammatoires restent des connectivites rares dans notre contexte. L'accès limité aux explorations immunologiques constitue un frein diagnostique. La recherche d'auto-anticorps spécifiques, notamment anti-MDA5 et antisynthétases, doit être systématique.

Mots clés : myopathie, dermatomyosite, polymyosite, myosite à chevauchement, Burkina Faso.

ABSTRACT

Objective: To study the characteristics of autoimmune inflammatory myopathies in university hospital centers with a rheumatologist and/or dermatologist.

Patients and Methods: This was a cross-sectional, retrospective and descriptive study conducted from January 2016 to December 2024. All patients followed for inflammatory myopathies meeting Troyanov criteria were included. The study was carried out in university hospital centers where a rheumatologist and/or dermatologist practiced.

Results: Twenty-four cases of inflammatory myopathies were collected, including 14 cases of dermatomyositis (DM), 7 cases of polymyositis (PM) and 3 cases of overlap myositis. The mean age was 33 years (range: 15-64 years), with a sex ratio of 0.15. Twenty patients (83.33%) had muscle involvement, including 12 PM and 8 DM. Inflammatory polyarthralgia was present in 12 patients (50%). Cutaneous manifestations were dominated by facial edema with heliotrope rash. Pulmonary involvement was observed in 2 patients (8.33%), and cardiovascular involvement in 3 patients (12.5%). None of our patients had renal involvement. The mean CPK level was 1799.73 ± 2761.02 IU/L. EMG was abnormal in 6 patients (25%), showing a myogenic pattern (2 cases, 8.33%) and sensitive and motor axonal polyneuropathy (4 cases, 16.66%). Biopsy performed in 4 patients (16.66%) was consistent with PM and DM in 3 (12.5%) and 1 (4.16%) patients respectively. All patients received corticosteroids and hydroxychloroquine, with an immunosuppressant added in 8 patients (33.33%). Outcome was favorable in 54.16% of cases, with a mortality rate of 20.83%. Two cases (8.33%) of hepatic carcinoma were observed.

Conclusion: Inflammatory myopathies remain rare connective tissue diseases in our setting. Limited access to immunological investigations represents a diagnostic barrier. The search for specific autoantibodies, particularly anti-MDA5 and antisynthetases, should be systematic.

Key words: *myopathy, dermatomyositis, polymyositis, overlap myositis, Burkina Faso.*

1. Introduction

Les myopathies inflammatoires auto-immunes (MIAI) constituent un groupe hétérogène de maladies musculaires caractérisé par leur présentation clinique, leur profil évolutif, leur association possible à des atteintes extramusculaires, leur diversité immunologique et leur réponse au traitement [1, 2].

Les MIAI s'intègrent dans le cadre des connectivites affectant de nombreux organes, avec atteintes fréquentes cutanées, articulaires et pulmonaires [3].

Historiquement classées en polymyosite (PM) et dermatomyosite (DM) selon Bohan et Peter en 1975 ; leur classification a évolué considérablement ces dernières années avec l'identification des auto-anticorps spécifiques des myosites [4, 5]. En 2017, Troyanov classe les myosites en 5 entités : dermatomyosite pure classique, polymyosite pure classique (diagnostic d'élimination), myosites de chevauchement, myosite nécrosante auto-immune et myosite à inclusions [1,6,7]. La cause des myopathies inflammatoires auto-immunes (MIAI) demeure inconnue [8]. Toutefois, des facteurs constitutionnels et environnementaux ont été associés à des sous-groupes clinico-sérologiques distincts. Il s'agit de maladies rares, potentiellement invalidantes [5,8].

Les données épidémiologiques restent limitées. En Normandie, la prévalence était estimée à 5,51 cas en 2015 [9]. Une étude sud-africaine rapportait 104 cas en 2020 [10]. En Afrique subsaharienne, les données restent limitées. Une série sénégalaise (2001-2007) retrouvait 21 cas de dermatomyosite et de polymyosite [11]. Au Burkina Faso, les données disponibles sont essentiellement monocentriques, rapportant de faibles effectifs, allant de quelques cas isolés à une dizaine de dermatomyosites [12, 13] d'où l'intérêt de cette étude multicentrique.

L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des MIAI dans les centres hospitaliers universitaires dotés d'une expertise en rhumatologie et/ou dermatologie.

2. Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et rétrospective réalisée dans des centres hospitaliers universitaires disposant d'un rhumatologue et/ou d'un dermatologue. Etaient inclus tous les patients suivis pour myopathies inflammatoires auto-immunes, consentants et classés selon les critères de Troyanov [14], permettant de distinguer la polymyosite et la dermatomyosite pures, les myosites de chevauchement, les myosites associées aux cancers ainsi que la myosite à inclusions sporadique.

Les données recueillies ont été codées puis saisies sur un micro-ordinateur. Les logiciels EPI-INFO dans sa version 7, Microsoft Word et Microsoft Excel ont été utilisés pour l'analyse des données.

3. Résultat

Vingt-quatre cas de myopathies inflammatoires ont été colligés, dont 14 cas (58,33 %) de dermatomyosites, 7 cas (29,16 %) de polymyosites et 3 cas (12,5 %) myosites de chevauchement. Le tableau I présente la répartition des différents types de myopathies en fonction des signes cliniques. Vingt et un patients étaient de sexe féminin, avec un sex-ratio de 0,14. L'âge moyen était de 33 ans, avec des extrêmes de 15 et 64 ans et un écart-type de 14,92. Dix-neuf patients présentaient des signes généraux dominés par une asthénie.

Tableau I : Répartition des arthralgies selon le siège

Siège	Effectif (%)
Epaules	8 (33,33)
Coudes	5 (20,83)
Poignets	8 (33,33)
MCP	4 (16,66)
MTP	1 (4,16)
IPP	3 (12,5)
IPD	1 (4,16)
Genoux	6 (25)
Chevilles	1 (4,16)

Atteintes articulaires

La moitié des patients (n=12, 50%) avait des arthralgies inflammatoires dont la répartition selon le siège est rapportée au tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon les manifestations cutanées

Type	Effectif (%)
Erythème du visage	13 (54,16)
Œdème du visage	11 (45,83)
Erythème unguéal	3 (12,5)
Raynaud	2 (8,33)
Papules de Gottron	6 (25%)
Photosensibilité	3 (12,5)
Ulcération cutanée	1 (4,16)
Calcinose	2 (8,33)

Atteintes musculaires

Vingt et un patients soit 87,5% avaient un syndrome myogène. L'atteinte musculaire était symétrique et proximale avec présence des signes du tabouret, du foulard et de Gowers.

Atteintes cutanées

Les atteintes cutanées étaient prédominées par l'érythème du visage avec rash héliotrope chez 13 (54,16%) patients. Les figures 1, 2 et 3 illustrent les principales manifestations cutanées. Le tableau III montre la répartition des atteintes cutanées.



Figure 1 : Erythro œdème en lunette du visage chez un patient suivi pour DM



Figure 2 : Papules de Gottron chez un patient suivi pour DM



Figure 3 : Ulcérations crayeuses des fesses et cuisses chez un patient suivi pour DM

Tableau III : Répartition des patients selon les signes cliniques

		DM N(%)	PM N(%)	syndrome de che- vauchement N(%)	Total N(%)
Signes généraux	Asthénie	13(54,16)	5(20,83)	2(8,33)	20(83,33)
	Fièvre	13(54,16)	1(4,16)	1(4,16)	15(62,5)
	Amaigrissement	3(12,5)	1(4,16)	0(0)	4(16,66)
Signes musculaires	Myalgie	10(41,66)	6(25)	2(8,33)	20(83,33)
	Déficit musculaire proximal	2(8,33)	3(12,5)	0(0)	5(20,83)
	Atteinte pharyngée	1(4,16)	0(0)	0(0)	1(4,16)
Signes articulaires	Polyarthrite	6(25)	4(16,66)	1(4,16)	11(45,83)
Signes cutanés	Œdème du visage	10(41,66)	0(0)	1(4,16)	11(45,83)
	Erythème unguéal	3(12,5)	0(0)	0(0)	3(12,5)
	Papule de Gottron	5(20,83)	0(0)	1(4,16)	6(25)
	Syndrome de Raynaud	1(4,16)	0(0)	1(4,16)	2(8,33)
	Calcification sous cutanées	0(0)	0(0)	1(4,16)	1(4,16)

Atteinte rénale

Aucune atteinte rénale n'a été notée.

Atteintes cardiovasculaires

Les trois (12,5%) patients avec atteinte cardiovasculaire étaient réparties en 2 cas de cardiomyopathie et 1 cas de thrombophlébite.

Atteintes pulmonaires

Deux (8,33%) patients avaient une atteinte pulmonaire à type de pneumopathie interstitielle diffuse.

Atteintes neurologiques

Une polyneuropathie sensitivomotrice axonale était associée à un syndrome myogène périphérique chez deux patients (8,33%).

Examens complémentaires

La CRP moyenne était de 29,3575 mg/L $\pm$ 82,05. Les enzymes musculaires étaient élevées avec des taux moyens de CPK à 1799,7350 U/L $\pm$ 2761,02 ; de LDH à 821,0527 U/L $\pm$ 1579,0413 et des ASAT à 248,6533 $\pm$ 541,5126.

La biopsie musculaire réalisée chez 4 patients était en faveur d'une PM et d'une DM chez respectivement 3 (12,5%) et 1 (4,16%) patients.

Les auto-anticorps étaient positifs chez 3 (12,5%) patients répartis en anti-Jo1, anti-PL7 et anti-PL12 chez un patient, anti-Ku chez 1 patient et anti-MDA5 chez 1 patient.

Le tableau IV montre la répartition des patients selon les signes paracliniques.

L'ENMG réalisé chez 6 (25%) patients a objectivé une polyneuropathie sensitivomotrice axonale et un syndrome myogène périphérique.

Le tableau IV montre la répartition des signes paracliniques en fonction du type de MIAI.

Tableau IV : Répartition des patients selon les signes paracliniques

		DM N (%)	PM N (%)	Syndrome de che- vauchement N (%)	Total N (%)
Enzymes musculaires	CPK augmentées	11(45,83)	6(25)	1(4,16)	18(75)
	LDH augmentées	8(33,33)	5(20,83)	0(0)	13(54,16)
Bilan immunologique	ANN	3(12,5)	2(8,33)	1(4,16)	6(25)
	Anti-Mi2	1(4,16)	0(0)	0(0)	1(4,16)
	Anti-MDA5	0(0)	0(0)	1(4,16)	1(4,16)
	Anti-Jo1	1(4,16)	0(0)	0(0)	1(4,16)
	Anti-PL7	0(0)	0(0)	1(4,16)	1(4,16)
	Anti-PL12	0(0)	0(0)	1(4,16)	1(4,16)
	Anti-Ku				
Electromyogramme	Normal	3(12,5)	4(16,66)	2(8,33)	9(37,5)
	Atteinte myogène	3(12,5)	1(4,16)	0(0)	4(16,66)
	Atteinte neurogène	0(0)	1(4,16)	1(4,16)	2(8,33)
Biopsie musculaire	Myosite intersti- tielle avec les foyers de nécrose, atrophie et régé- nération	3(12,5)	1(4,16)	0(0)	4(16,66)
TDM Thoracique	Pneumopathie in- terstitielle diffuse	1(4,16)	0(0)	1(4,16)	2(8,33)

Cancers associés

Le diagnostic d'un carcinome hépatocellulaire a été posé chez deux de nos patients soit 8,33%.

Le tableau IV montre la répartition selon les comorbidités.

Tableau V : Répartition des patients en fonction des comorbidités

Comorbidités		DM	PM	Syndrome de cheveu- chement	Total
Cancer	Cancer hépatique	1(4,16)	1(4,16)	0(0)	2(8,33)
Autres connecti- vites	Lupus systémique	1(4,16)	0(0)	0(0)	1(4,16)
	Sclérodémie systé- mique	3(12,5)	0(0)	0(0)	3(12,5)

Traitement

Une corticothérapie à la dose initiale de 1mg/kg/jour était instaurée chez tous les patients en association avec de l'hydroxychloroquine. Secondairement, des immunosuppresseurs ont été prescrits, de l'azathopine (8 cas) et du méthotrexate (1 cas).

Évolution

L'évolution était favorable chez la majorité des patients (n=13 ; 54,17%) ; cependant étaient notés 6 (25%) perdus de vues et 5 (20,83%) décès.

4. Discussion

Notre population d'étude était composée de 24 cas de myopathies inflammatoires dont 14 (58,33%) cas de DM et 7 (29,16%) cas de PM et 3 (12,5%) cas de myosites à chevauchement.

Nos résultats confirment la prédominance féminine et l'âge jeune de survenue, en accord avec les données de la littérature.

Sur le plan clinique, les atteintes cutanées étaient dominées par l'érythème facial, constat également rapporté dans des études antérieures. Au Sénégal, Diallo [11] retrouvait un érythème du visage quasi constant (93 %). Des papules de Gottron étaient observées chez 6 patients, ainsi que 2 cas de calcinose.

Dans notre cohorte, les CPK étaient augmentées chez 18 patients (75%) et les LDH élevées chez 13 (54,16%) patients. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature. En effet, Adelowo au Nigéria [15] et Diallo au Sénégal [11] rapportaient une élévation des enzymes musculaires chez l'ensemble des patients.

La biopsie musculaire, réalisée chez 4 de nos patients, était contributive. Dans le travail de Diallo au Sénégal [11], la biopsie musculaire effectuée chez 12 patients était contributive dans 8 cas. Dans notre série, la faible fréquence de réalisation de la biopsie musculaire pourrait s'expliquer par le retard de consultation, les patients étant souvent déjà sous traitement anti-inflammatoire, susceptible d'atténuer les anomalies histologiques.

Des auto-anticorps spécifiques des myosites ont été identifiés chez trois patients. Dans les séries d'Adelowo au Nigéria [15] et de Diallo au Sénégal [11], les anticorps anti-Jo1 étaient respectivement retrouvés dans un et deux cas. La faible accessibilité aux explorations immunologiques pourrait expliquer le nombre limité de dosages réalisés dans notre série, rendant la classification des myopathies plus difficile et exposant à un sous-diagnostic de certaines entités, notamment le syndrome des antisynthèses.

5. Conclusion

Les myopathies inflammatoires auto-immunes, bien que rares dans notre contexte, constituent des affections graves à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité significatives. Le retard diagnostique, lié notamment à l'accès limité aux explorations immunologiques, demeure un défi majeur et expose à un sous-diagnostic de formes spécifiques. L'amélioration de l'accès aux auto-anticorps spécifiques et l'intégration d'un dépistage systématique des néoplasies associées apparaissent essentielles pour optimiser la prise en charge et le pronostic.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Salort-Campana E. Comment j'explore une myopathie inflammatoire ? *Pratique Neurologique - FMC*. 2020;11:113–21.
2. Hoogendijk JE, Amato AA, Lecky BR, Choy EH, Lundberg IE, Rose MR, et al. 119th ENMC international workshop: Trial design in adult idiopathic inflammatory myopathies, with the exception of inclusion body myositis, 10–12 October 2003, Naarden, The Netherlands. *Neuromuscular Disorders*. 2004;14:337–45.
3. Meyer A, Lannes B, Goetz J, Echaniz-Laguna A, Lipsker D, Arnaud L, et al. Les nouvelles myopathies inflammatoires. *Revue du Rhumatisme*. 2017;84:392–402.
4. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and Dermatomyositis: (First of Two Parts). *N Engl J Med*. 1975;292:344–7.
5. Myosites auto-immunes [Internet]. *Le Rhumatologue*. [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.lerhumatologue.fr/articles/article/96-myosites-auto-immunes.html>
6. Senécal J, Raynauld J, Troyanov Y. Editorial: A New Classification of Adult Autoimmune Myositis. *Arthritis & Rheumatology*. 2017;69:878–84.
7. Dimitri D. Myopathies inflammatoires : diagnostic et classifications. *La Presse Médicale*. 2009;38:1141–63.
8. Allenbach Y. Nouvelle classification des myopathies inflammatoires : place des anticorps spécifiques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2018;202:67–78.
9. Marie, Dominique S, Joly P, Aouba A, Vittecoq O, Marcelli C, et al. Prévalence des myopathies inflammatoires idiopathiques en Normandie. *La Revue de Médecine Interne*. 2018;39:A44–5.
10. Chinniah KJ, Mody GM. The spectrum of idiopathic inflammatory myopathies in South Africa. *Clin Rheumatol*. 2021;40:1437–46.

11. Diallo M, Fall AK, Diallo I, Diédhiou I, Ba PS, Diagne M, et al. Dermatomyositis and polymyositis: 21 cases in Senegal. *Med Trop (Mars)*. 2010;70:166–8.
12. Ouédraogo D-D, Korsaga-Somé N, Zabsonné Tiendrébéogo J, Tiéno H, Kaboré H, Niamba P, et al. Connective tissue diseases in hospital practice in Ouagadougou (Burkina Faso). *Médecine et Santé Tropicales*. 2014;24:271–4.
13. Bagbila A. Polymyosites et dermatomyosites au Burkina Faso. A propos de 11 cas colligés au CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. 2016
14. Troyanov Y, Targoff IN, Tremblay J-L, Goulet J-R, Raymond Y, Sénécal J-L. Novel Classification of Idiopathic Inflammatory Myopathies Based on Overlap Syndrome Features and Autoantibodies: Analysis of 100 French Canadian Patients. *Medicine*. 2005;84:231–49.
15. Adelowo OO, Edomwonyi U, Olaosebikan H. Inflammatory myopathies in Nigerians: case series and literature review. *Afr J Med Med Sci*. 2013;42:143–9.