



Profil clinique et sérologique des autoanticorps au cours du lupus érythémateux systémique au CHU de Libreville : à propos de 98 cas.

Clinical and serological profile of autoantibodies in systemic lupus erythematosus at the Libreville University Hospital: a study of 98 cases.

Nseng-Nseng I¹, Iba Ba J², Nziengui M¹, Mfoumou A², Mwempindi D¹, Missounga L¹,
Boguikouma JB².

¹Service de Rhumatologie, centre hospitalier universitaire de Libreville, Libreville, Gabon

²Service de Médecine interne, centre hospitalier universitaire de Libreville, Libreville, Gabon

Auteur correspondant : Dr Nseng-Nseng Ingrid, Service de Rhumatologie, centre hospitalier universitaire de Libreville, Libreville, Gabon E-mail : ingrid_ondo@yahoo.fr

Reçu le 15 Novembre 2025, accepté le 07 Mai 2026 et mise en ligne le 04 juillet 2026

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Introduction Le lupus érythémateux systémique est une connectivite auto-immune à prédominance féminine, dont le diagnostic repose en partie sur la positivité des autoanticorps. Les autoanticorps sont multiples au cours du lupus. L'objectif de cette étude a été de décrire le profil des autoanticorps chez les patients lupiques suivis au CHU de Libreville. **Patients et Méthodes** Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, sur une période allant d'Octobre 2006 à Mars 2023, réalisée dans le service de Médecine interne du CHU de Libreville, incluant tous les patients atteints de lupus systémique répondant aux critères ACR/EULAR, ayant réalisé un bilan immunologique.

Résultats Quatre-vingt-dix-huit patients dont 90 femmes et 8 hommes ont été inclus. L'âge moyen au diagnostic était de 27,4 ans. Les atteintes inaugurales étaient articulaires (70,4%), cutanées (48,9%), cardiaques (25,5%), et rénales (16,3%). La leucopénie était présente dans 42,6% des cas, l'anémie à 86,8% des cas, et la thrombopénie à 14,7% des cas. Les anticorps antinucléaires étaient positifs dans 97% des cas, les anti-SSA dans 87,2%, les anti-DNA natifs dans 75,8%, les anti-Sm dans 65,3%, les anti-SSB dans 48,7% et les anti-U1RNP dans 41,8%. Le diagnostic du lupus était plus fréquent en saison sèche dans 61,2% contre 38,8% à la saison des pluies, avec un taux plus important d'expression des autoanticorps durant cette saison.

Conclusion Le lupus systémique au Gabon touche préférentiellement la femme jeune avec un profil immunologique dominé par les anti-SSA, les anti-DNA natifs et les anti-Sm. La saison sèche apparaît comme une période de plus forte expression de la maladie.

Mots clés : Lupus systémique, autoanticorps, saison, Gabon.

ABSTRACT

Introduction: Systemic lupus erythematosus is a female-predominant autoimmune connective tissue disease in which diagnosis relies partly on the positivity of autoantibodies. Autoantibodies are multiple in lupus. The aim of this study was to describe the autoantibody profile in lupus patients followed at the Libreville University Hospital.

Patients and Methods: This was a retrospective, descriptive and analytical study conducted over a period from October 2006 to March 2023, in the Internal Medicine department of the Libreville University Hospital, including all systemic lupus patients meeting ACR criteria who had undergone an immunological workup.

Results: Ninety-eight patients, including 90 women and 8 men, were included. The mean age at diagnosis was 27.4 years. Initial manifestations were joint involvement (70.4%), skin involvement (48.9%), cardiac involvement (25.5%), and renal involvement (16.3%). Leukopenia was present in 42.6% of cases, anemia in 86.8%, and thrombocytopenia in 14.7%. Antinuclear antibodies were positive in 97% of cases, anti-SSA in 87.2%, anti-native DNA in 75.8%, anti-Sm in 65.3%, anti-SSB in 48.7%, and anti-U1RNP in 41.8%. Lupus diagnosis was more frequent during the dry season in 61.2% of cases versus 38.8% during the rainy season, with higher autoantibody expression levels during this season.

Conclusion: Systemic lupus in Gabon predominantly affects young women, with an immunological profile dominated by anti-SSA, anti-native DNA, and anti-Sm antibodies. The dry season appears to be a period of heightened disease expression.

Key words: *Systemic lupus erythematosus, autoantibodies, season, Gabon.*

1. Introduction

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune systémique du groupe des connectivites ayant une prédominance féminine, dont les circonstances de survenue impliquent la conjonction des facteurs génétiques et environnementaux [1]. En Afrique subsaharienne, la prévalence exacte reste mal connue, mais la maladie semble y être plus sévère, avec une atteinte viscérale plus fréquente qu'en Europe ou en Amérique du Nord [2]. Le diagnostic est envisagé sur les critères de l'American College of Rheumatology, conforté par la positivité des autoanticorps antinucléaires, spécifiquement anti-DNA natifs et anti-Sm [3]. Ces autoanticorps, au-delà de leur valeur diagnostique, peuvent précéder l'apparition des symptômes cliniques de plusieurs années et constituer ainsi de véritables marqueurs prédictifs d'évolution [4]. Ces autoanticorps antinucléaires sont dirigés contre une large variété d'autoantigènes appartenant exclusivement ou non au noyau cellulaire [4]. Leur positivité est associée à des manifestations cliniques, et suggèrent une spécificité prédictive de potentielles complications de la maladie [4]. En Afrique subsaharienne, peu d'études ont été réalisées pour apprécier le profil de ces autoanticorps et les différents modes de présentation de la maladie. L'objectif de cette étude a été d'analyser le profil des autoanticorps chez les patients lupiques suivis au CHU de Libreville, et d'explorer l'influence du rythme saisonnier sur l'expression de la maladie.

2. Patients et méthodes

Type de l'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive réalisée dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville sur une période allant d'Octobre 2006 à Mars 2023.

Population d'étude

La population cible était constituée de tous les patients suivis pour un lupus systémique au CHU de Libreville durant la période d'étude. Ont été inclus tous les patients répondant aux critères de classification de l'ACR/EULAR et ayant réalisé un bilan immunologique complet. Ont été exclus les dossiers incomplets, les patients perdus de vue avant tout bilan immunologique, et les lupus induits.

Variables d'étude

Les variables de l'étude regroupaient l'âge de survenue, le statut socio-économique, les signes cliniques inauguraux de la maladie, l'existence d'histoire familiale de lupus ou de maladie auto-immune, les différents autoanticorps, les signes cliniques lors des poussées, les données biologiques et le rythme saisonnier.

Echantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif avec l'ensemble des dossiers disponibles et répondant aux critères d'inclusion sur toute la période d'étude.

Variables d'étude et technique de collecte

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche de collecte préétablie. Les variables étudiées comprenaient :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, statut socio-économique
- Les données cliniques : manifestations inaugurales, antécédents familiaux de lupus
- Les données biologiques et immunologiques : numération formule sanguine, CRP, anticorps antinucléaires (AAN) par immunofluorescence indirecte, anti-DNA natifs, anticorps antinucléaires solubles (anti-Sm, anti-U1RNP, anti-SSA, anti-SSB, anti-histone) par Immunodot, et anticorps antiphospholipides

Le rythme saisonnier de survenue des poussées

Analyse statistique

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec leurs extrêmes, et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages.

Considérations éthiques

Cette étude a été conduite dans le respect des principes d'Helsinki. La confidentialité des données des patients a été garantie par l'anonymisation des dossiers. Une autorisation institutionnelle a été obtenue auprès des responsables du service de Médecine Interne du CHU de Libreville préalablement à la collecte des données.

3. Résultat

Données sociodémographiques

Quatre-vingt-dix-huit patients ont été recensés dont 90 femmes et 8 hommes, soit un sex ratio de 0,08. L'âge moyen de diagnostic était de 27,4 ans (extrêmes : 6,9 ans et 50,8 ans). La tranche d'âge de 15 ans à 40 ans représentait 78,5% de la population (Figure 1). Concernant le statut socio-économique les élèves et les étudiants étaient prédominants dans 55,10% des cas (n=54), suivi des fonctionnaires (n=14), femmes au foyer (n=11), chômeurs (n=10), commerçants (n=6), et agent de structures privées (n=3).

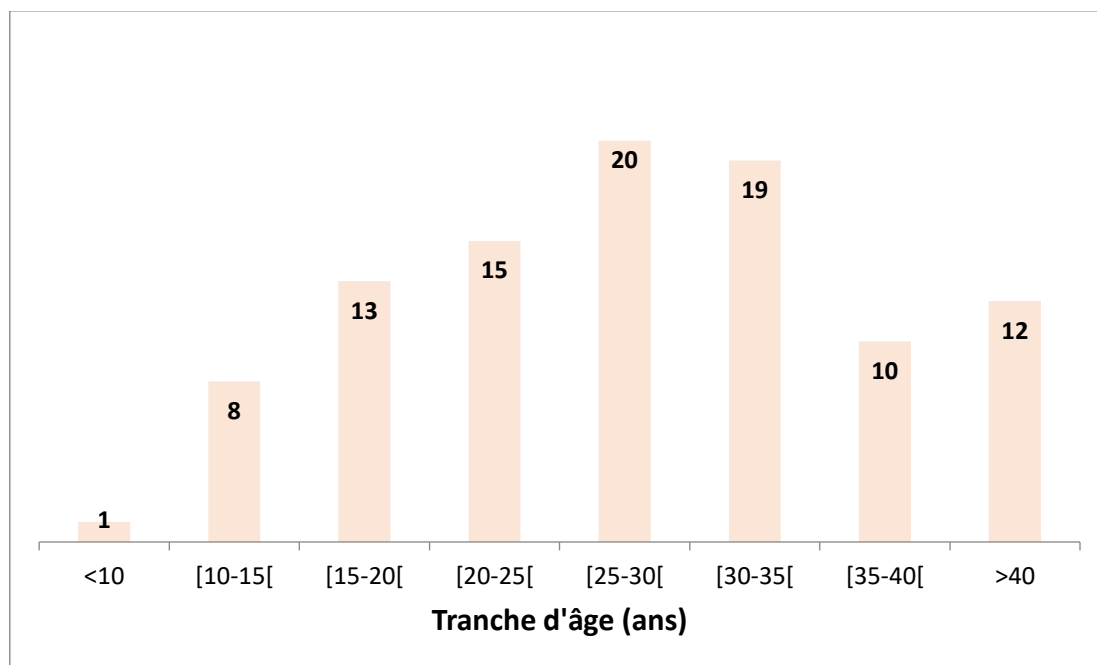


Figure 1: Profil de l'âge des patients lors du diagnostic

Données clinico-biologiques

La présentation clinique inaugurale était dominée par les atteintes articulaire dans 70,4% des cas (n=69) et cutanée dans 48,9 % des cas (n=48). Les atteintes cardiaques représentaient 25,5% (n=25), rénales 16,3% (n=16), et séreuses 13,2% (n=13) (Tableau 1).

Sur le plan hématologique, l'anémie était la cytopénie la plus fréquente (86,8%), suivie de la leucopénie (42,6%) et de la thrombopénie (14,7%).

Tableau 1 : Manifestations cliniques lors du diagnostic

Manifestations cliniques	Nombre (%)
Signes généraux	54 (55,1)
Altération de l'état général	54
Signes cutané-muqueux	48 (48,9)
Vespertilio	19
Lupus subaigu	13
Alopécie en clairière	9
Photosensibilité	7
Lupus discoïde	4
Panniculite	2
Signes articulaires	69 (70,4)
Polyarthrite	46
Polyarthralgie	23
Signes néphrologiques	16 (16,3)
Protéinurie/24 h < 3 g	9
Protéinurie/24 h > 3 g	7
Signes cardiaques	25 (25,5)
Œdèmes des membres inférieurs	9
Péricardite	7
Myocardite	6
Vascularite	3
Acrocyanose	3
Valvulopathie	2
Insuffisance cardiaque globale	2
Signes pulmonaires	12 (12,2)
Pleurésie	6
Pneumopathie interstitielle	6
Signes spléno-ganglionnaires	9 (9,1)
Adénopathies	9
Signes neurologiques	2 (2,0)
Trouble de la sensibilité thermoalgésique	2
Signes digestifs	3 (3,1)
Hépatomégalie	3

Données immunologiques

Le bilan immunologique retrouvait une positivité des autoanticorps antinucléaires (IFI 1:160) dans 97% (n = 95) avec un taux moyen de 1121,5 (extrêmes : 80 et 2560). On notait l'aspect de fluorescence mouchetée dans 55,3%, homogène dans 30,3%, d'aspect mixte (homogène/mouchetée) dans 10,7% et nucléolaire dans 1,7%. La spécificité était de type anti-DNA natifs dans 75,8% des cas ; anti-Sm dans 65,3%; anti-SSA dans 87,2%; anti-SSB dans 48,7%; anti U1RNP dans 41,8% (Tableau 2).

Tableau 2 : Manifestations immunologiques au diagnostic

Variables	Effectif (n)	Total patients (N)	Fréquence
Antinucléaires	94	97	96,9 %
Anti DNA natifs	69	90	76,6 %
Anti Sm	35	46	76,0 %
Anti SSA	45	52	86,5 %
Anti SSB	20	39	51,2%
Anti U1RNP	43	51	84,3 %
Anti histone	2	14	14,2 %
Antiphospholipides	9	25	36,0 %

Influence saisonnière

Le diagnostic de lupus était plus fréquemment posé en saison sèche, représentant 61,2% des cas contre 38,8% en saison des pluies. En grande saison sèche (mai à septembre), 38 patients ont été diagnostiqués, et 22 en petite saison sèche (décembre à janvier). En revanche, 22 patients l'ont été en grande saison des pluies (février à avril) et 16 en petite saison des pluies (octobre à novembre). Les taux moyens des différents autoanticorps est représenté dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Repartition des autoanticorps en fonction des saisons

Saison	Moyenne globale des taux d'autoanticorps				
	Anti DNA (UI/l)	Anti Sm (UI/l)	Anti SSA (u/l)	Anti SSB (u/l)	Anti U1RNP (u/l)
Grande saison des pluies (n=22)	336,5	214,1	212,5	120	117,6
Petite saison des pluies (n=16)	331,6	139,6	178,8	174,2	143,6
Grande saison sèche (n=38)	804,1	229	151	230	119
Petite saison sèche (n=22)	461,5	323,1	268,1	425,4	157,6

4. Discussion

La prévalence du lupus systémique demeure encore mal connue en Afrique subsaharienne, particulièrement au Gabon. Le sex ratio de 0,08 conforte la nette prédominance féminine reconnue (9 femmes pour 1 homme) à cette maladie. Certaines séries africaines pouvant aller jusqu'à 17,5 femmes pour 1 homme, renforce l'influence hormonale de cette

affection [5] [6]. Des études familiales suggèrent que certains gènes indépendants du système HLA, joueraient un rôle dans la susceptibilité individuelle à la maladie, plus marquée chez les femmes [7]. La tranche d'âge de 15 ans à 40 ans était prépondérante 78,5%, correspondant à la période d'activité génitale chez la femme, et d'activité de la maladie. Au-delà de 50 ans, ce sex ratio tend à s'équilibrer, atteignant 2-3 femmes/1 homme.

Le diagnostic de lupus était posé dans 61,2% des cas en saison sèche, avec des taux d'autoanticorps globalement plus élevés durant cette période, notamment pour les anti-DNA. Une augmentation des lupus en saison sèche, période de plus faibles températures au Gabon, contraste avec les données de la littérature rapportant une fréquence de poussées lupiques plus importants au cours des saisons de fortes températures, du fait de l'impact des rayons ultraviolets, surtout de type B agissant au niveau de la jonction dermo-hypodermique, à l'origine de mort cellulaire [8]. Au cours de cette même saison sèche, nous constatons des taux plus importants d'autoanticorps. Léone et al en France dans une étude sur le lupus en période post estivale, retrouvaient aussi une prévalence plus importante du nombre de lupus au cours de cette période de faibles températures, qu'ils expliquent par une accumulation de rayonnements ultraviolets pouvant causer des exacerbations de lupus systémique plusieurs mois après l'exposition prolongée à la lumière du soleil de l'été ; qui fait présager que les poussées inaugurales et/ou les exacerbations de lupus pourraient avoir lieu non plus sur une saison, mais sur toute l'année [9]. Au Gabon, où la saison sèche correspond à une période de moindre ensoleillement direct mais d'exposition cumulée non négligeable, cette hypothèse reste plausible et mériterait d'être explorée de façon prospective [10].

L'atteinte articulaire, 48,9% et/ou cutanée, 70,4%, de diagnostic plus aisé, constituaient le mode de présentation le plus fréquent de la maladie constituant « la tête de l'iceberg », [11] [12]. Beaucoup de localisations échappent au diagnostic et de ce fait sont certainement sous-estimée comme dans notre série notamment les atteintes cardiaque 25,5%, rénale 16,3%, pulmonaire 12,2%, séreuse 10,4%, spléno-ganglionnaire 9,1%, neurologique 2% et digestive 5,1%.

Les autoanticorps interviennent dans le diagnostic, la classification, et le suivi thérapeutique.

Pris isolément, sans signes cliniques accompagnateurs, ces autoanticorps n'ont aucune valeur diagnostique absolue. Ils sont recherchés en immunofluorescence indirecte et en méthode Elisa. La fluorescence est homogène (anti DNA natifs, anti histone, anti nucléosomes), mouchetée (anti-antigènes nucléaires solubles : anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB) ou nucléolaire (anti-U1RNP).

Nous avons retrouvé les anticorps antinucléaires dans 97% des cas et nos résultats sont comparables à ceux de la Tunisie avec 97,3% des cas, 96,8% en Afrique du Sud, 95,7% au Nigeria [13] [14] [15]. En termes de sensibilité et de spécificité, les anti-ADN natifs et les anticorps anti-Sm sont les plus spécifiques du lupus systémique avec une sensibilité respective de 85% et 89%, une spécificité de 99% et 100%, suivis des anticorps anti-SSA et anti-SSB respectivement de sensibilité 60% et 40%, de spécificité 70% dans les deux cas [16]. Ces anticorps semblent présents 3,5 ans avant l'apparition des symptômes, versus 2 ans pour les anti-DNA double brin, et plus tardivement pour les anti-Sm et les anti-U1RNP [16]. Les anti-DNA natifs sont spécifiques du lupus systémique et reconnus comme marqueur prédictif d'atteinte rénale et d'activité de la maladie.

Notre étude offre une description détaillée du profil immunologique des patients, rarement documentée en Afrique subsaharienne, et constitue à ce titre une base de référence utile pour les cliniciens et chercheurs de la région. Aussi, la prise en compte du rythme saisonnier comme variable d'analyse représente une originalité dans l'approche de cette maladie en contexte tropical africain.

Les limites dans notre étude sont en rapport avec le caractère rétrospectif, hospitalier et monocentrique ; ce qui expose à un biais de sélection car seuls les patients ayant accès au CHU de Libreville et disposant des moyens financiers pour réaliser un bilan immunologique complet ont été inclus. Ce qui sous-estime très probablement la prévalence réelle du lupus et de ses manifestations dans la population gabonaise. Aussi le bilan immunologique lui-même n'était pas réalisé de façon hebdomadaire au Gabon, les prélèvements étant acheminés vers un ou deux laboratoires extérieurs au pays, entraînant des délais et des coûts qui ont conduit à des bilans initiaux incomplets pour un nombre non négligeable de patients. Cette contrainte explique les effectifs variables selon les autoanticorps dosés, limitant la portée de certaines observations. Par ailleurs, l'absence de groupe contrôle et le faible effectif pour certaines atteintes organiques ne permettent pas de tirer des conclusions définitives sur les associations clinico-immunologiques observées. Enfin, les données sur l'activité de la maladie au cours du suivi, les traitements reçus et l'évolution à long terme n'ont pas été systématiquement colligées, ce qui limite l'interprétation de certains résultats et plaide pour la mise en place d'un registre prospectif national du lupus au Gabon.

5. Conclusion

Le lupus érythémateux systémique au Gabon touche préférentiellement la femme jeune, avec un profil immunologique dominé par les anti-SSA, les anti-DNA natifs et les anti-Sm. Les manifestations articulaires et cutanées restent les modes de révélation les plus fréquents, tandis que les atteintes viscérales restent sous-diagnostiquées par faute de bilan accessible. La saison sèche apparaît comme une période de plus forte expression de la maladie, avec des taux d'autoanticorps

significativement plus élevés durant cette période. Ces résultats plaident pour la disponibilité locale d'automates de dosage immunologique et le renforcement des compétences humaines dédiées, afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge équitable pour l'ensemble des patients, quelle que soit leur catégorie socio-économique.

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

Références

1. Papolos DF, Teicher MH, Post RM. Treatment of Early-Onset Specified and Unspecified Bipolar Disorders: A Systematic Review and Strategies for Identifying and Managing a Thermally Dysregulated Subtype in Children. *Acta Psychiatr Scand*. sept 2025;152(3):156-79.
2. Scott C, Slamang W, Dushnicky M, Hause E, Faleye A, Furia F, et al. The challenges and opportunities for equitable global access to medications for paediatric rheumatology in low-to middle-income countries: a review on behalf of the Paediatric Global Task Force for Musculoskeletal Health. *Arthritis Res Ther*. 27 févr 2026;28(1):79..
3. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. sept 2019;78(9):1151-9.
4. Couto-Lareo U, Viejo-Sosa B, Angerri-Nadal M, Meidan R, Isenberg D. The role of monoclonal antibodies in the treatment of lupus nephritis. *Expert Opin Biol Ther*. mars 2026;26(3):321-37.
5. Litaïem N, Nahali S, Slouma M, Mokni M, Zeglaoui F. Prevalence and Risk Factors of Systemic Lupus Erythematosus in Patients With Chronic Cutaneous Lupus: A Bicentric Study Employing Three Classification Criteria. *Int J Dermatol*. 25 mars 2026.
6. Mbengue M, Kébé MD, Tshabayambi J, Fall S, Sall I, Kitane CMF, et al. Prevalence and associated factors of hypertension and major adverse cardiovascular events in lupus nephritis in sub-Saharan Africans. *Clin Nephrol*. janv 2026;105(1):12-8.
7. Cheng LL, Tang ZF, Li M, Chen JJ, Shang SS, Huang CB. Single-cell sequencing-based analysis of CD4 + T-cell and B-cell heterogeneity in patients with lupus nephritis. *BMC Med Genomics*. 15 janv 2026;19(1):29.
8. Zhu YY, Hu X, Wang XS, Li S, Wang P, Pan HF. Seasonal pattern, global search trend, and public interest in arthritis from 2004 to 2022: an infodemiology study. *Immunol Res*. 31 oct 2025;73(1):153.
9. Léone J, Pennaforte JL, Delhinger V, Detour J, Lefondre K, Eschard JP, et al. [Influence of seasons on risk of flare-up of systemic lupus: retrospective study of 66 patients]. *Rev Med Interne*. 1997;18(4):286-91.
10. Iba Ba J, Andjuma Mindze PL, Nseng Nseng I, Nzenze JR, Boguikouma JB. Lupus: evidence of environmental degradation? Assessment from 60 patients followed up in the Internal Medicine Department at the ibreville University Hospital, Gabon. *ed Sante Trop*;28 (2):165-71
11. Diop, M.M., Gueye, Y.A., Lèye, A., et al. (2014) The Ways of Revealing Systemic Lupus Erythematosus in Dakar (Senegal) About a Series of 161 Cases. *RAFMI*, 2, 1-44. -
12. Fall S, Pouye A, Ndiaye FS, Ndongo S, Leye Y, Dioum A, et al. Présentation initiale du lupus systémique au Sénégal. *Med Afr Noire*. 2011 ; 58(3) : 156-60.
13. Jallouli M, Frigui M, Hmida MB, Marzouk S, Kaddour N, Bahloul Z. Clinical and immunological manifestations of systemic lupus erythematosus: study on 146 south Tunisian patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. nov 2008;19(6):1001-8..
14. Budhoo A, Mody GM, Dubula T, Patel N, Mody PG. Comparison of ethnicity, gender, age of onset and outcome in South Africans with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. avr 2017;26(4):438-46.
15. Adelowo OO, Ojo O, Oduenyi I. Auto antibodies in Nigerian lupus patients. *Afr J Med Med Sci*. juin 2012;41(2):177-81.
16. Huang Y, Liu W, Yang X, Wang H, Chen J, Cao X, et al. SLA and DDX60L as potential diagnostic biomarkers for subclinical atherosclerosis in systemic lupus erythematosus: a transcriptomic and clinical validation study. *Clin Rheumatol*. 19 mai 2026.