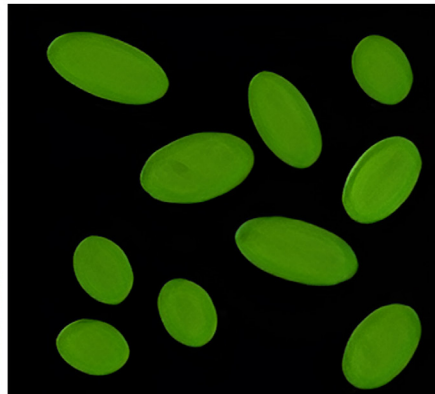
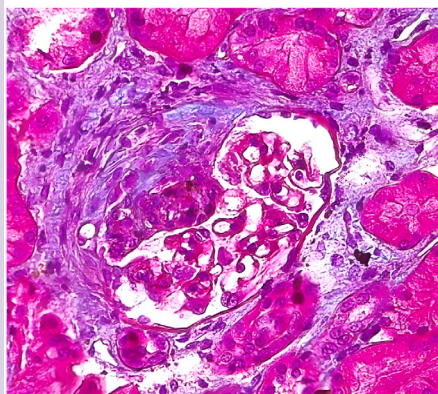
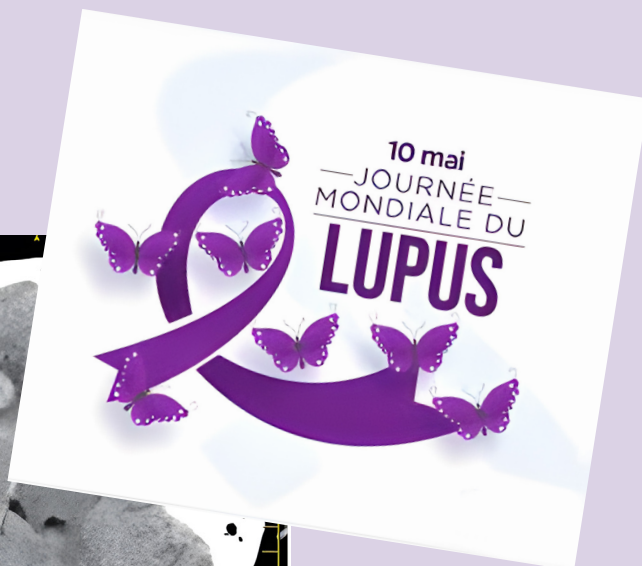
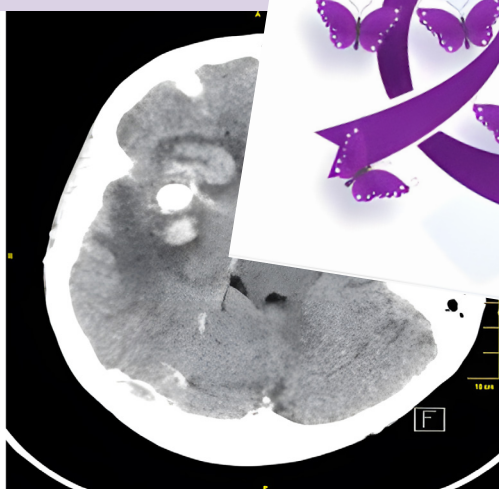


ÉDITORIAL

UN REGARD CROISÉ SUR LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES
& MALADIES SYSTÉMIQUES

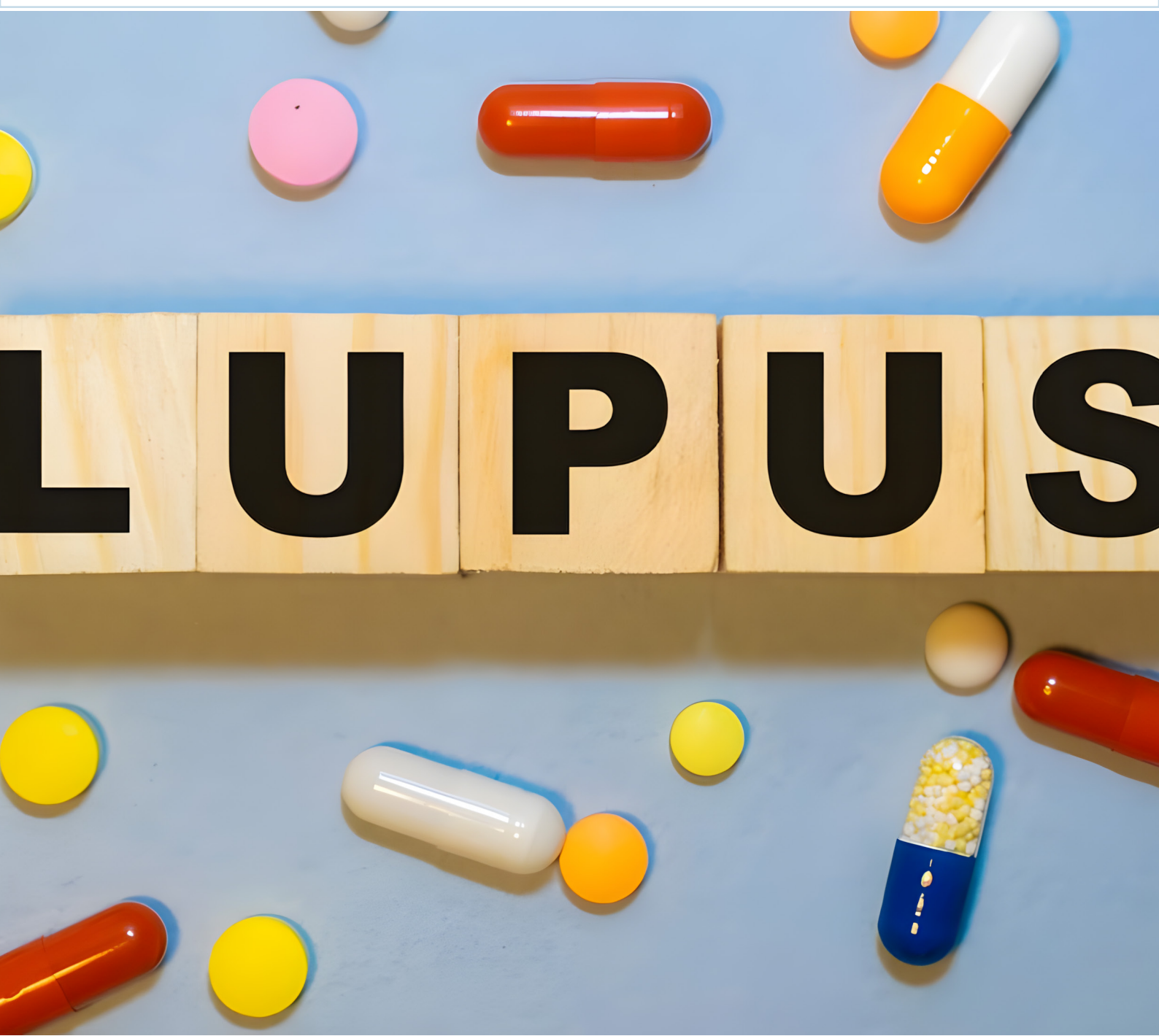
DOSSIER SPÉCIAL



LUPUS SYSTÉMIQUE

Plan

- I. Éditorial introductif
- II. Conférences d'experts
- III. « Coin »patient
- IV. Travaux scientifiques d'actualités
- V. Fiches pratiques
- VI. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire



Éditorial introductif

Le lupus systémique est le prototype des maladies auto-immunes systémiques. Il demeure, l'une des maladies inflammatoires les plus complexes, caractérisé par une grande hétérogénéité clinique et une évolution chronique variable, le plus souvent par poussées entrecoupées de rémissions. Le lupus est donc une maladie « multifacette », en effet derrière une même étiquette diagnostique, co-existent des présentations cliniques extrêmement variables allant des formes cutané-articulaires qui altèrent la qualité de vie des patients, aux atteintes viscérales sévères rénales, neurologiques, hématologiques...qui engagent le pronostic vital.

En Afrique subsaharienne, d'importants progrès ont été notés ces dernières années avec une plus grande couverture en spécialistes et un meilleur accès aux explorations immunologiques. Toutefois, plusieurs défis majeurs demeurent : le retard diagnostique ; l'accès inégal à un plateau technique de ponction biopsie rénale avec histologie et immunofluorescence ; la disponibilité relative et le coût des traitements ; l'accès limité à des réseaux de soins spécialisés structurés.

Parallèlement, les connaissances évoluent dans le lupus systémique, grâce aux progrès de la recherche de nouveaux traitements tels que le Belimumab, la Voclosporine, l'Anifrolumab ou l'Obinutuzumab, ont été approuvés, bien qu'ils ne soient pas encore disponibles dans notre région. En attendant, une meilleure connaissance de la maladie, nous permet aujourd'hui d'adopter des stratégies plus standardisées d'évaluation des patients, d'optimisation de l'utilisation de l'Hydroxychloroquine et de treat-to-target. Dans ce contexte, l'approche collaborative, la formation continue des praticiens, l'accès à une information scientifique actualisée et applicable dans notre contexte, deviennent essentiels.



Pr Baïdy SY KANE
*Pour le Réseau AMIS
& le projet e-AFRIC/UCAD*

C'est dans cette dynamique que s'inscrit ce premier numéro d'ÉDITO-RIC, dossier de vulgarisation de l'initiative e-AFRIC portée par le Réseau AMIS consacré aux Rhumatismes inflammatoires chroniques et maladies systémiques en Afrique subsaharienne. Notre ambition est double : faciliter l'accès à une information utile pour les praticiens, tout en développant des supports adaptés aux patients et à nos réalités.

Ce dossier spécial consacré au lupus systémique regroupe des synthèses pratiques de conférences d'experts disponibles en replay sur notre plateforme, des ressources destinées aux patients à travers des capsules en wolof sous-titrées en français, ainsi qu'un éclairage sur des travaux récents portant sur la néphrite lupique au Sénégal et l'intérêt du dosage sanguin de l'hydroxychloroquine.

À travers cette initiative, le réseau AMIS souhaite également renforcer une dynamique collaborative autour des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) labélisées RIC/Maladies systémiques, du développement professionnel continu et du partage d'expertise entre praticiens africains et partenaires internationaux.

En définitive, nous espérons que ce dossier contribuera à son échelle à une meilleure vulgarisation et une amélioration de la qualité de la prise en charge du lupus systémique.

Bonne lecture !

Conférences d'experts

Peau et Lupus systémique



AFRIC **AMIG**

Peau et Lupus systémique

Dr. Boubacar Ahy Diatta

Professeur Titulaire des universités
Dermatologue
UCAD
Service Dermatologie Hôpital Aristide le Dantec

Avec le soutien institutionnel des laboratoires **Pfizer**

Le lupus systémique est une maladie auto-immune systémique non spécifique d'organe, caractérisée par une atteinte fréquente et polymorphe de la peau. Les manifestations cutanées sont inaugurales dans 50 à 70 % des cas et jouent un rôle majeur dans le **diagnostic précoce**, l'évaluation du **pronostic** et le **suivi évolutif** de la maladie, du fait de l'accessibilité clinique, histologique et immunopathologique de la peau. Les lésions cutanées du lupus sont classées en **lésions spécifiques** et **lésions non spécifiques**.

Les lésions spécifiques sont liées à une **dermite d'interface** et se répartissent en trois formes cliniques principales :

- **Lupus cutané aigu** : dominé par l'érythème malaire en « ailes de papillon », pathognomonique, associé de façon quasi constante à une atteinte systémique.
- **Lupus cutané subaigu** : lésions érythémateuses annulaires ou psoriasiformes, siégeant préférentiellement sur les zones photo-exposées ; l'atteinte systémique est possible mais inconstante.
- **Lupus cutané chronique** : principalement le lupus discoïde, avec érythème, squames et atrophie cicatricielle responsable d'alopécie définitive ; il peut rester isolé longtemps mais expose à un risque d'évolution systémique et de **dégénérescence carcinomateuse**.

Des formes particulières existent, notamment le **lupus néonatal** lié aux anticorps anti-SSA, potentiellement grave, ainsi que la **paniculite lupique** et le **lupus vitiligoïde**. Les **lésions vasculaires** (syndrome de Raynaud, livedo racemosa, purpura, nécroses digitales) et les **manifestations non spécifiques** (érosions muqueuses, alopecie non cicatricielle, lupus bulleux) complètent le tableau clinique. Le diagnostic repose sur la **biopsie cutanée** avec étude histologique montrant une dermite d'interface, et sur l'**immunofluorescence directe** mettant en évidence la bande lupique, associées aux explorations immunologiques sériques.

En conclusion, la peau constitue un véritable organe sentinelle du lupus, permettant un diagnostic plus précoce et une meilleure prise en charge de cette maladie auto-immune systémique.

Pr Boubacar Ahy DIATTA

Service de Dermatologie CHU Aristide Le Dantec-FMPO/UCAD



*Scannez le QR-Code pour visualiser la vidéo-conférence en replay
Accès réservé aux praticiens (inscription gratuite et obligatoire)*

Atteintes articulaires au cours du lupus

AFRIC AMIS

Atteintes articulaires — Lupus Systémique

Pr. Kane Baïdy Sy

Médecin Interniste & Rhumatologue
Professeur Titulaire-UCAD

Avec le soutien institutionnel des laboratoires 

Le lupus systémique (LS) est plus fréquent et sévère chez les Afro-Américains, mais la littérature africaine récente montre une prévalence comparable en Afrique subsaharienne. Il existe une prédominance féminine avec un âge médian de survenue autour de 32 ans et un délai diagnostique médian de 2 à 3 ans. Les atteintes articulaires sont fréquentes et souvent inaugurales, incluant les arthralgies inflammatoires et les arthrites, touchant surtout les articulations périphériques (MCP, IPP, poignets, genoux), de manière symétrique et bilatérale, avec un impact fonctionnel notable. Les ténosynovites peuvent induire un syndrome du canal carpien bilatéral. Les manifestations osseuses incluent l'ostéoporose et l'ostéonécrose aseptique, surtout liées à la corticothérapie, tandis que les atteintes musculaires sont rares. Trois formes principales d'atteintes articulaires sont décrites : **la polyarthrite non déformante et non érosive**, la plus fréquente ; **le rhumatisme de Jaccoud**, avec déformations réductibles sans érosion ; et **le rhupus**, chevauchement lupus et polyarthrite rhumatoïde, avec des déformations irréductibles et une atteinte érosive. Dans cette forme, les manifestations articulaires apparaissent généralement avant les manifestations extra-articulaires, environ 3 à 4 ans après le début de la maladie. L'atteinte articulaire est intégrée dans tous les critères de classification : ACR 1971, révision 1982, ACR 1997 et ACR-EULAR 2019. L'arthrite y est défini par une synovite non érosive touchant ≥ 2 articulations ou des arthralgies avec raideur matinale. Dans les critères pondérés 2019, elle vaut 6 points. L'activité évaluée par le **SLEDAI et SLEDAI-2K** attribue 4 points à l'arthrite, sans distinction selon la sévérité ou le nombre d'articulations atteintes. Le **DAS28**

peut mesurer l'activité polyarticulaire et est bien corrélée avec l'échographie. Les biomarqueurs différencient les formes la polyarthrite non érosive/non déformante associée à la signature interféron, le rhupus lié aux anti-CCP. L'échographie révèle synovite, et ténosynovite infraclinique. L'atteinte cutané-articulaire est associée à meilleure survie, mais la qualité de vie reste souvent altérée. La prise en charge repose sur une approche holistique incluant **activité physique, éducation thérapeutique et rééducation fonctionnelle**. Les **traitements symptomatiques** comprennent les **antalgiques**, les **AINS** et la **corticothérapie à dose minimale et durée limitée**. L'**hydroxychloroquine** reste le traitement de fond de référence. Les traitements conventionnels doivent être adaptés au contexte. La stratégie « **treat-to-target** » vise à intensifier le traitement si réponse insuffisante après vérification de l'adhérence. Les **biologiques** comme le **belimumab** sont efficaces sur les formes non déformantes ou le rhumatisme de Jaccoud, mais restent peu disponibles. La décision d'intensification se fait généralement en **discussion collégiale**.

Pr Baidy Sy KANE

Médecin interniste et Rhumatologue - FMPO/UCAD



*Scannez le QR-Code pour visualiser la vidéo-conférence en replay
Accès réservé aux praticiens (inscription gratuite et obligatoire)*

Néphropathie lupique : approche diagnostique pratique et stratification pronostique



La néphropathie lupique :
*approche pratique du diagnostic et
de la stratification pronostique*

Pr. Ahmed Tall Lemrabott

Service de néphrologie,
Dialyse et Transplantation rénale
HMO-CHU Aristide le Dantec
Université Cheikh Anta Diop



Avec le soutien institutionnel des laboratoires Pfizer

La néphropathie lupique (NL) regroupe les atteintes rénales du lupus systémique (L.S) et constitue une des manifestations viscérales les plus fréquentes et graves, affectant le pronostic vital et la fonction rénale. L'atteinte dominante est glomérulaire, mais les lésions tubulo-interstitielles et vasculaires aggravent significativement la sévérité de la maladie. La NL touche 25 à 55 % des patients au diagnostic et peut survenir secondairement chez jusqu'à 60 % des malades. Bien que le lupus soit plus fréquent chez la femme, la NL est plus sévère chez l'homme et les populations afro-descendantes, où elle évolue de manière plus agressive. Au Sénégal, l'expérience du CHU Aristide Le Dantec montre que la NL constitue la troisième cause de glomérulopathie avec prédominance des formes prolifératives souvent associées à des lésions membranaires. La NL peut être découverte fortuitement sur une protéinurie ou des anomalies du sédiment urinaire, lors d'un bilan systématique ou devant une complication rénale aiguë, soulignant l'importance d'un dépistage précoce. Cliniquement, elle se manifeste par œdèmes de type rénal, protéinurie, hématurie, hypertension et, dans les formes sévères, une insuffisance rénale aiguë ou rapidement progressive. Les atteintes tubulaires, interstitielles et vasculaires, notamment la microangiopathie thrombotique, aggravent le pronostic et compliquent la prise en charge. Le dépistage repose sur les bandelettes urinaires, l'étude du sédiment urinaire, la quantifi-

cation de la protéinurie. D'autres explorations (fonction rénale, syndrome inflammatoire, complément : C3, C4, CH50) incluant la recherche d'auto-anticorps (ANA, anti-ADN natif double brin, anti-Sm) peuvent être utiles. La biopsie rénale est indispensable pour confirmer le diagnostic, évaluer le pronostic et guider le traitement, et est indiquée devant protéinurie $\geq 0,5$ g/24 h, sédiment actif, syndrome néphrotique ou altération inexplicée de la fonction rénale. Selon la classification ISN/RPS 2018, la NL se répartit en six classes, pouvant s'associer. Les classes III et IV prolifératives sont les plus sévères et exposent à une progression rapide vers l'insuffisance rénale terminale. La stratification pronostique repose sur les indices d'activité (hypercellularité endocapillaire, nécrose fibrinoïde, croisants cellulaires) et de chronicité (sclérose glomérulaire, fibrose interstitielle, atrophie tubulaire). Une atteinte active justifie un traitement immunosuppresseur intensif, tandis que les lésions chroniques nécessitent une prise en charge adaptée pour limiter la progression et prévenir les complications rénales. Les principaux facteurs péjoratifs incluent âge jeune au diagnostic, origine afro-descendante, classes prolifératives actives, insuffisance rénale initiale, lésions chroniques sévères, non-réponse au traitement ou rechutes rénales. L'expérience locale confirme l'impact défavorable du syndrome néphrotique, de la positivité des anti-ADN natifs, de la fibrose interstitielle et des lésions prolifératives, soulignant l'importance du dépistage précoce, du suivi rapproché et d'une prise en charge personnalisée pour chaque patient.

Pr Ahmed Tall LEMRABOTT

Service de Néphrologie – CHU Aristide Le Dantec-FMPO/UCAD



*Scannez le QR-Code pour visualiser la vidéo-conférence en replay
Accès réservé aux praticiens (inscription gratuite et obligatoire)*

Néphropathie lupique : approche et avancées thérapeutiques



AFRIC **AMIS**

Néphropathie lupique
Approche & Avancées thérapeutiques

Pr. Kane Baïdy Sy
Médecin Interniste & Rhumatologue
Professeur Titulaire-UCAD

Avec le soutien institutionnel des laboratoires **Pfizer**

La **néphropathie lupique** (NL) est une atteinte rénale fréquente et grave du **lupus systémique** (LS), avec prédominance glomérulaire. Elle survient principalement au cours des **cinq premières années** de la maladie et expose à un risque d'évolution vers la **maladie rénale chronique** (MRC, stade 5) dans 10 à 20 % des cas, associée à une surmortalité accrue. Les facteurs de risque incluent le **lupus à début pédiatrique**, le **sexe masculin** et certaines populations ethniques (Afro-Américains, Hispaniques). La **ponction biopsie rénale** demeure essentielle pour le diagnostic, le pronostic et la stratification thérapeutique. Elle permet de classer l'atteinte rénale en **6 classes histologiques**, avec prédominance des **classes prolifératives 3-4**, éligibles au traitement immunosuppresseur. La possibilité d'**association ou de modification de classes** au cours du suivi souligne l'importance du suivi biopsique dans certains cas. La prise en charge repose sur une **approche globale** incluant la gestion des comorbidités cardiovasculaires, la programmation des grossesses, la néphroprotection et l'éducation thérapeutique, avec une attention particulière à l'observance de l'**hydroxychloroquine** (défaut noté jusqu'à 20 %). Le **traitement pharmacologique** suit une stratégie séquentielle **avec induction de rémission** reposant sur une combinaison de corticothérapie (bolus de méthylprednisolone suivie de relais oral à faible dose) et d'un traitement immunosuppresseur (cyclophosphamide protocole NIH ou EuroLupus ou mycophénolate mofétil). Les **thérapies récentes** comprennent les biologiques à l'instar du **Belimumab** (anti-BAFF) et de l'**Obinutuzumab** (anti-CD20), la **Voclosporine** (nouvel

inhibiteur calcineurine). Ces molécules associées au traitement standard (**approche combinée**) ont démontré une efficacité supérieure sur la rémission rénale complète dans les essais récents (**BlissLN, Aurora 1, REGENCY**) par rapport au traitement standard seul. Le **traitement d'entretien** vise à réduire les **rechutes** (associées au risque d'insuffisance rénale), limiter les **séquelles**, notamment liées à la corticothérapie. Le mycophénolate mofétil reste la référence, avec l'azathioprine comme alternative, notamment en projet de grossesse ou en limitation d'accès. Pour **la classe 5 pure**, le traitement dépend du degré de protéinurie, si syndrome néphrotique : traitement immunosuppresseur + néphroprotection + hydroxychloroquine, si protéinurie modérée : néphroprotection + hydroxychloroquine, éventuellement immunosuppresseur selon manifestations extrarénales. En cas de **réponse insuffisante ou aggravation**, il faut vérifier l'observance, envisager une **rebiopsie** et, si nécessaire, une **intensification thérapeutique** décidée collégalement. L'avenir de la NL repose sur l'identification de **biomarqueurs non invasifs** pour évaluer l'activité histologique et guider le suivi. En cas d'évolution vers la MRC, la **transplantation rénale** est préférée à l'hémodialyse si disponible.

Pr Baidy Sy KANE

Médecin interniste et Rhumatologue - FMPO/UCAD



*Scannez le QR-Code pour visualiser la vidéo-conférence en replay
Accès réservé aux praticiens (inscription gratuite et obligatoire)*

Néphropathies lupiques : survie rénale, mortalité et facteurs pronostiques - Étude rétrospective multicentrique Dakaroise

D'après Ba B. et al. — 2^e congrès SMRh & 4^e congrès SARh, Mai 2026 |
Résumé : Drs, Mwendzawe Ismaël IBOUROI, Mournou Tarsa NOUSRADINE, Bacary BA & Pr Baïdy Sy KANE

Contexte

La néphropathie lupique est une complication majeure du lupus systémique en Afrique subsaharienne, responsable d'une morbi-mortalité importante et d'une progression rapide vers l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les données africaines sur la réponse thérapeutique, la survie rénale à moyen terme et les facteurs pronostiques en vie réelle restent rares.

Méthodologie

- Étude rétrospective observationnelle multicentrique (2018–2023) ;
- 119 patients avec néphropathie lupique ISN/RPS III, IV, V confirmée à la biopsie rénale Suivi jusqu'à 24 mois — analyses bivariées et régression logistique multivariée.

Principaux résultats

- Âge moyen 32 ans, 82,4 % femmes, résidence urbaine 86,6 % ;
- Classe histologique dominante : III+V (35,3 %), puis V seule (24,4 %) ;
- Bonne réponse rénale initiale : 72,2 % à 6 mois, dont 27,2 % en rémission complète.

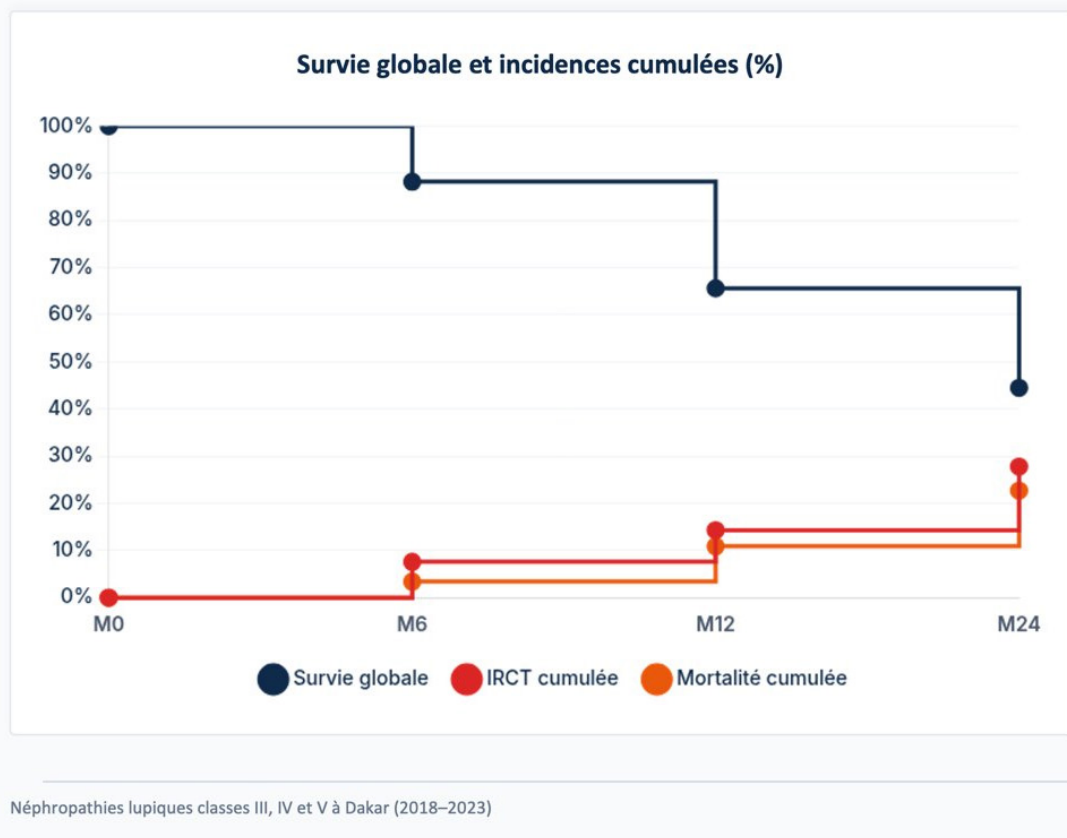
Pronostic à 24 mois :

- IRCT à 24 mois : 27,8 % ;
- Mortalité à 24 mois : 22,7 % (dont 14,8 % avant 6 mois) ;
- Perdus de vue à 24 mois : 52,1 %.

Facteurs pronostiques :

- DFG initial bas : prédicteur majeur d'IRCT (34,8 vs 95,2 ml/min, p=0,002) ;
- Rémission à M12 : fortement protectrice contre le décès (83 % vs 17 %, p=0,040) ;
- Durée de maladie plus longue avant atteinte rénale → moindre mortalité (p=0,043).

8. Résultats – Survie globale, IRCT et mortalité



Apports et contraintes contextuelles

- Étude africaine multicentrique robuste documentant la survie rénale en vie réelle à 24 mois ;
- Révèle un écart critique : bonne réponse initiale (72 % à M6) mais seulement 40 % à M24 + 28 % IRCT ;
- Identifie la fenêtre thérapeutique clé : les 6 premiers mois post-induction sont déterminants ;
- Mortalité multifactorielle : infections opportunistes, cardiovasculaire, accès limité à la thérapie de suppléance rénale.

Messages clés (contexte Dakar & Afrique)

1. Bon départ ≠ bon pronostic moyen terme

72 % répondent à M6, mais seulement 40 % maintiennent la réponse à M24. La fenêtre M6–M12 est cruciale.

2. DFG initial = prédicteur majeur

Un patient avec DFG <30 ml/min a un profil très différent. Agir tôt : biopsie rapide, induction précoce, suivi intensif M0–M6.

3. Rémission à M12 = objectif central

Patients en rémission à M12 : survie bien meilleure. Si pas de rémission à M12 → escalade ou changement de stratégie justifiés.

4. Perdue de vue = défi majeur

52 % perdus à M24. Priorité : renforcer adhérence et rétention (rappels, éducation thérapeutique).

5. Épidémiologie du lupus rénal africain = grave

Jeunes femmes, classe IV/IV+V fréquente, IRC tardive au diagnostic. Besoin urgent : dépistage précoce, biopsie accessible, traitements adaptés.

6. Mortalité multifactorielle

Infections opportunistes, atteinte cardiovasculaire, accès limité à la thérapie de suppléance rénale.

Référence : Bacary Ba, Achref Ben Younes, Fardoussa hibo, Fatine Benjeloun, Maria Faye, Ahmed Tall Lemrabott, Moustapha Faye, Souhaibou Ndongo, Abdoulaye Pouye, Elhadji Fary Ka, Baïdy Sy Kane.

Néphropathies lupiques : survie rénale, mortalité et facteurs pronostiques, étude rétrospective multicentrique Dakaroise. 2^e congrès SMRh & 4^e congrès SARh, Mai 2026.

Niveaux sanguins optimaux d'hydroxychloroquine dans le lupus : vers une surveillance précise

D'après Garg S, et al. Arthritis Rheumatology 2026;78(5):1102–1113 |
Résumé : Dr Mourno Tarsa NOUSRADINE & Pr Baïdy Sy KANE

Contexte

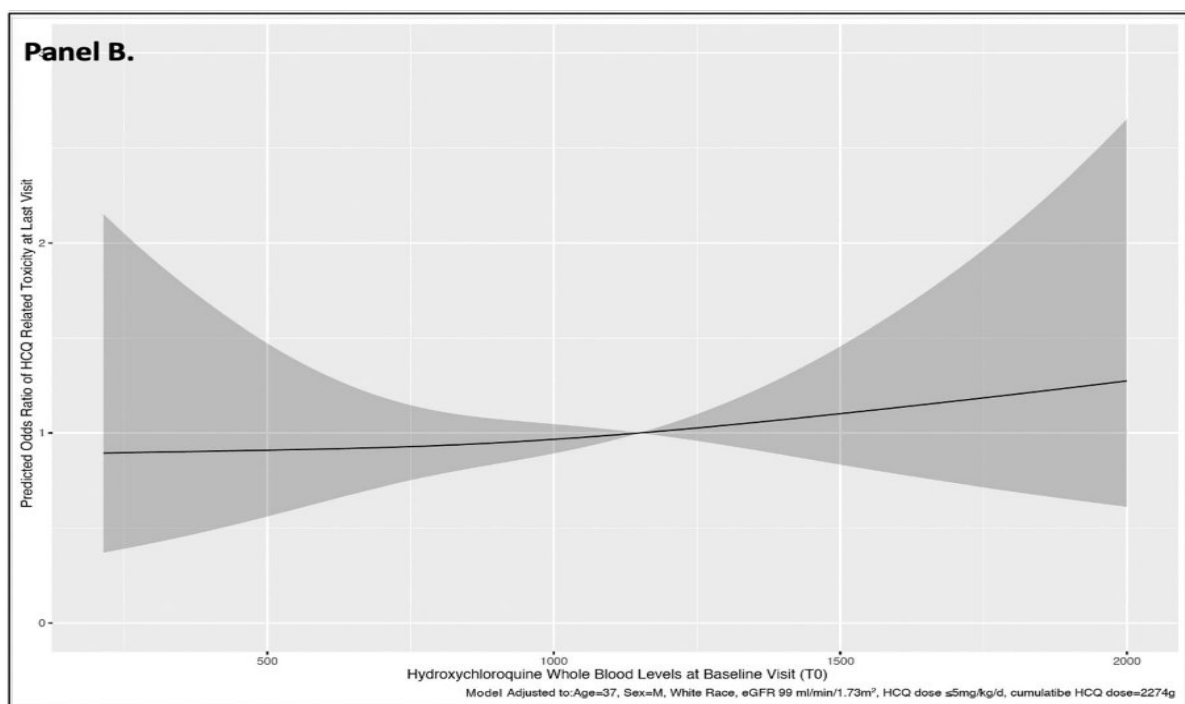
La surveillance des niveaux sanguins d'HCQ contourne les variations d'absorption/clairance individuelles et guide l'ajustement des doses selon le profil de risque, notamment en cas d'insuffisance rénale.

Méthodologie

- Étude observationnelle multicentrique — 2 010 patients lupiques ;
- 5 cohortes internationales (France, États-Unis, cohorte SLICC) ;
- Analyses de régression ajustées : seuil de toxicité, saturation thérapeutique, impact de l'insuffisance rénale.

Principaux résultats

- HCQ $\geq 1\ 150$ ng/mL \rightarrow risque de toxicité $\times 2,1$, sans bénéfice clinique supplémentaire ;
- Fenêtre thérapeutique optimale : 750 - $<1\ 150$ ng/mL ;
- Insuffisance rénale (eGFR <60 mL/min/1,73 m²) \rightarrow risque $\times 2,3$ de concentrations supra-thérapeutiques.



Splines cubiques restreintes — taux sanguins HCQ (T0) vs LES actif (SLEDAI ≥ 6), N = 2 010

Messages clés

1. Équilibre efficacité/toxicité

Cible : 750–1 150 ng/mL. Sous 750 ng/mL → risque 1,36× de lupus actif. Au-dessus : sur-risque de toxicité sans gain d'efficacité.

2. Du dosage au poids à la surveillance sanguine

À ≤5 mg/kg/j, 18 % des patients atteignaient le seuil de toxicité, soulignant les limites du dosage basé sur le poids seul.

3. Recommandations futures

La surveillance sanguine permet une personnalisation de la prise en charge et soulève le défi de son intégration dans notre contexte d'exercice.

Référence : Garg S, Blanchet B, Nguyen Y, Hollnagel F, Clarke A, Petri M, Urowitz MB, Hanly JG, Gordon C, Bae SC, Romero-Diaz J, Sanchez-Guerrero J, Clarke AE, Bernatsky S, Wallace DJ, Isenberg DA, Rahman A, Merrill JT, Fortin PR, Gladman DD, Bruce IN, Ginzler EM, Dooley MA, Ramsey-Goldman R, Manzi S, Jönsen A, Alarcón GS, Van Vollenhoven RF, Aranow C, Le Guern V, Mackay M, Ruiz-Irastorza G, Lim SS, Inanc M, Kalunian KC, Jacobsen S, Peschken CA, Kamen DL, Askanase A, Buyon J, Chezel J, Puzskiel A, Costedoat-Chalumeau N. Defining Optimally Safe and Effective Blood Levels of Hydroxychloroquine in Lupus: An Important Step Toward Precision Drug Monitoring. *Arthritis Rheumatol.* 2026 May;78(5):1102-1113. doi: 10.1002/art.70010. Epub 2026 Feb 17. PMID: 41367131; PMCID: PMC13129619.

«Coin» – Patient

Capsule 1 : Le lupus c'est quoi ?

Dans cette première vidéo, nous abordons de façon simple en langue wolof avec des sous-titres en français, ce qu'est le lupus systémique. Qu'en parle-t-on de maladie auto-immune, de rhumatisme et de maladie systémique ? Il a été abordé le rôle du système immunitaire et son dérèglement qui conduit à l'atteinte des organes et l'expression de la maladie lupique.



Capsule 2 : Le lupus quels sont les signes, quelles sont les causes ?

Dans cette seconde capsule, nous montrons que le lupus peut se révéler par des manifestations très différentes d'un patient à l'autre. À travers des exemples concrets, cette vidéo explique que la maladie peut débuter par des douleurs inflammatoires des articulations, une atteinte du cœur responsable de douleurs thoraciques, une anémie persistante, des lésions cutanées du visage ou une chute des cheveux. Le lupus peut également toucher les reins, parfois de manière silencieuse, ce qui justifie un dépistage régulier afin de prévenir les complications rénales sévères.

La capsule rappelle également que le lupus concerne majoritairement les femmes jeunes (09 femmes pour 01 homme), mais peut aussi toucher les hommes, les enfants et les sujets âgés. Plusieurs facteurs interviennent dans sa survenue : prédisposition génétique, hormones féminines, facteurs environnementaux et dérèglement du système immunitaire. Ce dysfonctionnement entraîne la production d'auto-anticorps anormaux capables de déclencher une réponse immunitaire délétère sur les différents organes du corps.



Capsule 3 : Comment les médecins posent-ils le diagnostic, comment on traite le lupus ?

Dans cette dernière capsule, nous abordons la démarche diagnostique du lupus qui repose sur un interrogatoire détaillé, un examen clinique complet et des examens complémentaires, notamment des analyses sanguines et urinaires à la recherche d'une atteinte rénale ou d'anticorps spécifiques.

La vidéo présente également les grands principes du traitement : protection solaire, arrêt du tabac, activité physique adaptée, éducation thérapeutique et traitements médicamenteux personnalisés selon la sévérité de la maladie. L'hydroxychloroquine occupe une place centrale dans la prise en charge. Grâce aux progrès de la recherche, de nouvelles options thérapeutiques permettent aujourd'hui d'améliorer significativement le pronostic du lupus.



Ces différentes capsules aident à mieux comprendre cette maladie complexe ainsi que ses manifestations diverses. L'objectif est de promouvoir une consultation et un diagnostic précoces. In fine, il s'agit de mieux outiller les patients qui sont nos partenaires dans la lutte contre cette maladie.

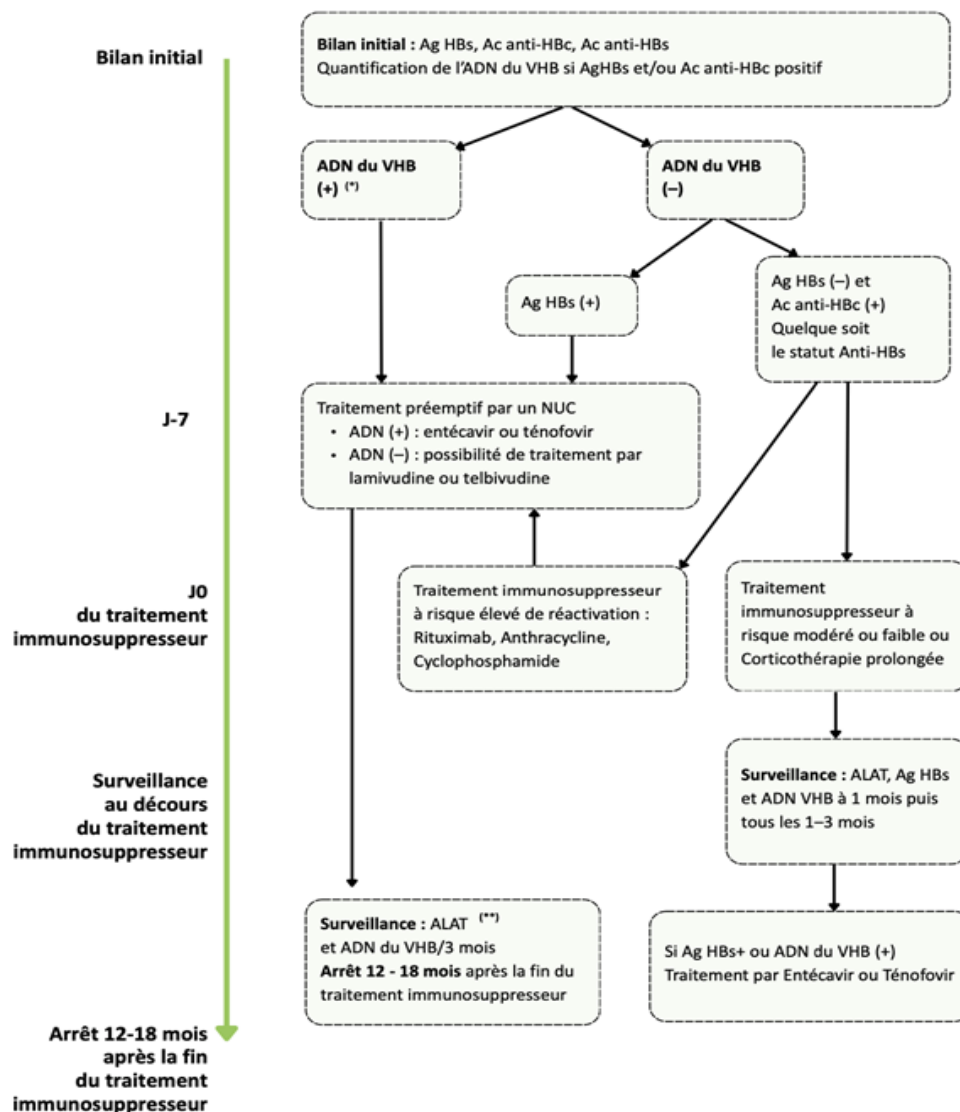


Fiches pratiques

La prise en charge des maladies inflammatoires requière une approche holistique incluant la prise en compte des comorbidités et la prévention des complications infectieuses. Ainsi, nous mettons à la disposition des praticiens des fiches d'aide à la décision.



Fiche pratique : Hépatite B et immunosuppresseurs



Algorithme de prise en charge préemptive et curative de la réactivation virale B sous immunosuppresseurs

Fiche pratique : Vaccination et Rhumatismes inflammatoires chroniques


TABLEAU RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

FORTEMENT RECOMMANDÉS	MÊME SCHÉMA QUE LA POPULATION GÉNÉRALE
<ul style="list-style-type: none"> - Grippe saisonnière (vaccin injectable) - Covid-19 - Pneumocoque - VZV (Zona – Shingrix®) - dTCaPolio (rappel tous les 10 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite A - Hépatite B - Meningocoque C - Papillomavirus

CONTRE INDICATIONS FORMELLES (SOUS IMMUNOSUPPRESSEURS)

- BCG
- Rotavirus
- Grippe saisonnière (nasal)
- Rougeole-Oreillons-Rubéole
- Varicelle
- Fièvre jaune

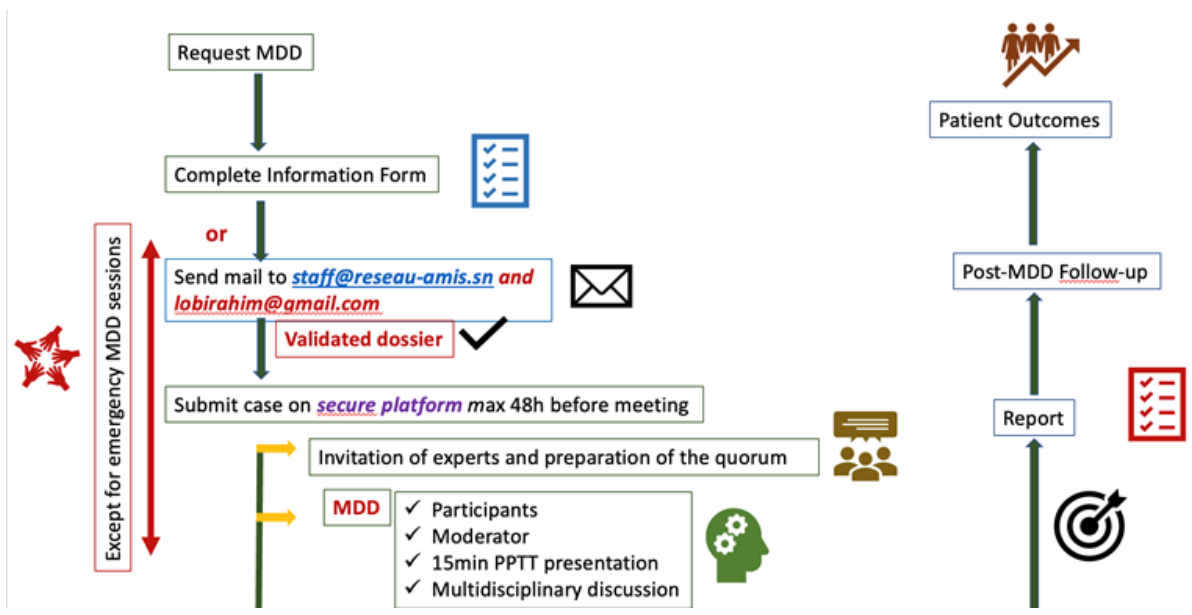
À envisager **uniquement après arrêt du traitement** et respect des délais, selon les molécules. (voir version longue).



NB: Les versions détaillées sont disponibles sur notre plateforme

Les RCP

Régulièrement, nous nous réunissons pour discuter des dossiers des patients pour une prise de décision collégiale concernant la suite de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique.



Parrains du réseau AMIS

Pr DIENG Mame Thierno, Dermatologue, Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR (Sénégal) ;

Pr KA Mamadou Mourtalla, Médecin Interniste, Université Iba Der THIAM, de Thiès (Sénégal);

Pr POUYE Abdoulaye, Médecin Interniste, Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR (Sénégal) ;

Pr NDONGO Souhaibou, Médecin Interniste & Rhumatologue, Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR (Sénégal) ;

Pr NIANG Abdou, Néphrologue, Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR (Sénégal).

Conseillers scientifiques internationaux

Pr ARNAUD Laurent, Rhumatologue, Centre national de référence des maladies systémiques rares, Strasbourg (France) ;

Pr HOUSSIAU Frédéric, Rhumatologue, Cliniques Universitaires St-LUC de Bruxelles (Belgique).

Bureau exécutif

Président : Pr Baïdy SY KANE

Secrétaire général : Dr Mouhamed Almakhy NIANG

Secrétaire général adjoint : M. Pape Lèye

Trésorier : Dr Khadim DIOP

Adjoint Dr Birahim LO

Commissaires aux comptes : Pr Ndiaga Matar Gaye & Dr Bacary BA

Conseil Scientifique du réseau AMIS

Membres fondateurs : Pr Diatta Boubacar AHY, Pr Ahmed TALL LEMRABOTT, Pr Baïdy SY KANE

Membres cooptés :

1. Pr Agbodande Anthelme, Médecine Interne
2. Pr Akpo Géraud, Imagerie médicale
3. Pr Aw Fatou, Cardiologie
4. Pr Diadie Saer, Dermatologie
5. Pr Dial Cherif Mohamed, Anatomie pathologique
6. Dr Diack Ngoné, Diabétologie - Métabolisme
7. Pr Diaw Mor, Physiologie - Recherche clinique
8. Dr Dieng Mouhamed, Médecine Interne
9. Pr Djiba Boundia, Médecine Interne
10. Dr Fall Biram Codou, Médecine Interne
11. Pr Fall Seynabou, Hématologie clinique
12. Pr Faye Moustapha, Néphrologie – Épidémiologie.

13. Pr Gueye Mamadou Ngoné, Hépatologie – Gastro - Entérologie
14. Pr Gueye Mamour, Épidémiologie – Recherche clinique, Gynécologie - Obstétrique
15. Dr KA Madjiguene, Cardiologie
16. Dr Mbodj Ahmadou Bamba, Neurologie
17. Pr Ndao Awa Cheikh, Rhumatologie et Médecine Interne
18. Pr Ndiaye Mame Diarra, Gynécologie-obstétrique
19. Pr Ndour Michel Assane, Médecine Interne
20. Pr Ndongo Aliou Abdoulaye, Pédiatrie
21. Dr Sall Fatimata Bintou, Hématologie - Recherche clinique
22. Pr Wendlassida Joëlle Stephanie Zabsonre / Tiendrebeogo, Rhumatologie

Équipe de rédaction

Dr Mournou Tarsa NOUSRADINE, Dr Mwendzawe ISMAEL IBOUROI, Dr Birahim LO, Pr Baïdy Sy KANE

Contacts

Email: contact@reseau-amis.sn - Téléphone: +221 77 552 52 42
www.reseau-amis.sn



Infographie & mise en page : KomUnik