



Article Original

Les Myopathies Inflammatoires en Milieu Hospitalier à Abidjan : Aspects Cliniques, Paracliniques et Thérapeutiques

Inflammatory Myopathies in Hospital Setting in Abidjan: Clinical Presentation, Paraclinical Findings and Management

Coulibaly Yaya¹, Ouattara Baly¹, Kpami You Nina Carmelle¹, Bamba Aboubakar¹, Kollo Brice Nzima Kevin¹, Goua Jean Jacques², Coulibaly Abidou Kawelé¹, Djaha Kouassi Jean Mermoz¹, Diomandé Mohamed¹, Gbané Mariam¹, Eti Edmond¹

Affiliations

¹Service de rhumatologie CHU de Cocody (Abidjan) / Université Félix Houphouët-Boigny

²Service de rhumatologie CHU de Bouaké / Université Alassane Ouattara

Auteur correspondant

Coulibaly Yaya

Mail : yayacoul22@gmail.com

Tél : +2250707863147

Mots clés : Myopathies - Signes cliniques-paracliniques-Abidjan

Keywords: Myopathies - Clinical and paraclinical signs-Abidjan

Article history

Submitted: 26 January 2025

Revisions requested: 6 February 2025

Accepted: 20 February 2025

Published: 27 February 2025

RÉSUMÉ

Introduction. Les myopathies inflammatoires dites « idiopathiques » forment un groupe de pathologies définies par l'infiltration inflammatoire primaire du tissu musculaire squelettique secondaire à une réponse auto-immune. L'objectif général de notre étude était de faire l'état des lieux des myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) des patients suivis au CHU de Cocody. **Patients et méthodes.** Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les dossiers de patients souffrant de myopathies inflammatoires, vus dans le service de rhumatologie du CHU de Cocody entre janvier 2010 et août 2022. **Résultats.** Treize patients ont été inclus. Leur âge moyen était de 36,46 +/- 11 ans. La durée moyenne d'évolution était de 6,3 mois. La douleur et la faiblesse prédominaient sur les muscles proximaux chez tous les patients. Des arthrites et arthralgies étaient présentes respectivement chez 7 et 6 patients. On notait un érythème périorbitaire, un œdème cutané chez 4 patients souffrants de dermatomyosite (DM). Le taux moyen de la CPK était de 1169,23 UI/L. L'électroneuromyogramme notait un tracé de type myogène chez 5 patients. Les anticorps anti-Jo1 étaient positifs chez 4 patients. Les différents types de myopathies rencontrés étaient la dermatomyosite (n = 5), le syndrome des anti-synthétases (n = 4), les myosites associées aux cancers (n=2), le syndrome de chevauchement (n=1) et polymyosite pure (n=1). Une corticothérapie à forte dose a été instituée chez tous nos patients. Le traitement de fond a été institué chez 5 patients. L'évolution clinique a été favorable chez 8 patients. **Conclusion.** Les MII sont des maladies de système qui restent rares dans notre contexte. Elles ont une prédominance féminine et apparaissent à un âge relativement jeune.

ABSTRACT

Introduction. Idiopathic inflammatory myopathies (IIMs) are a group of disorders characterized by primary inflammatory infiltration of skeletal muscle tissue resulting from an autoimmune response. The primary objective of our study was to provide an overview of idiopathic inflammatory myopathies (IIMs) in patients managed at the Cocody University Teaching Hospital. **Patients and Methods.** We conducted a retrospective, descriptive study based on the medical records of patients diagnosed with myopathies and treated in the rheumatology department of Cocody UTH between January 2010 and August 2022. **Results.** Thirteen patients with inflammatory myopathies were included. Their mean age was 36.46 ± 11 years, with a mean disease duration of 6.3 months. Pain and weakness, predominantly affecting proximal muscles, were observed in all patients. Arthritis and arthralgia were present in 7 and 6 patients, respectively. Periorbital erythema and cutaneous edema were noted in 4 patients with dermatomyositis (DM). The mean serum creatine phosphokinase (CPK) level was 1169.23 IU/L. Electroneuromyography (ENMG) revealed a myogenic pattern in 5 patients. Anti-Jo1 antibodies were positive in 4 patients. The distribution of myopathy subtypes was as follows: dermatomyositis (n = 5), antisynthetase syndrome (n = 4), cancer-associated myositis (n = 2), overlap syndrome (n = 1), and pure polymyositis (n = 1). High-dose corticosteroid therapy was initiated in all patients, and disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) were introduced in 5 patients. Clinical improvement was observed in 8 patients. **Conclusion.** IIMs are systemic diseases that remain rare in our setting. They predominantly affect females and tend to manifest at a relatively young age.

INTRODUCTION

Les myopathies inflammatoires dites « idiopathiques » (MII) forment un groupe de pathologies diverses dont le seul point commun est d’être défini par l’infiltration inflammatoire primaire du tissu musculaire squelettique secondaire à une réponse auto-immune. [1,2].

La classification des MII a évolué durant ces dernières années en différentes entités distinctes dont les particularités diagnostiques, thérapeutiques, évolutives et pronostiques diffèrent. [1,2]. Historiquement, on distinguait deux entités de myopathie acquise d’allure inflammatoire : la dermatomyosite (DM), avec une atteinte cutanée typique associée à l’atteinte musculaire, et la polymyosite (PM), avec une atteinte musculaire au premier plan [1,2]. Plus tard, on distingua la myosite à inclusions (MI), à expression musculaire pure, touchant des sujets plus âgés au sein des PM [3].

Le développement et la standardisation de la recherche des auto-anticorps spécifiques des myosites (ASM) a permis de différencier différentes nouvelles entités comme la myopathie nécrosante auto-immune (MNAI) ou le syndrome des anti-synthétases (SAS) [4].

À notre connaissance, aucune étude antérieure sur les myopathies inflammatoires en Côte d’Ivoire n’est retrouvée dans la littérature. D’où l’intérêt de la présente étude dont l’objectif était de faire l’état des lieux sur les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) des patients suivis au CHU de Cocody.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive portant sur les caractéristiques sociodémographiques (le sexe, l’âge, le niveau socioéconomique), cliniques (durée d’évolution, les signes généraux, les signes cliniques musculaires et cutanées), paracliniques (dosages des enzymes musculaires et du bilan immunologique, l’électroneuromyogramme, la biopsie musculaire) des myopathies inflammatoires vues au service de rhumatologie du CHU de Cocody de Janvier 2010 à Août 2022. Treize patients répondant aux critères diagnostiques des MII de TROYANOV [5] ont été inclus dans notre étude.

Les données ont été saisies, compilées et analysées à l’aide le logiciel EPI info 7.2.2.6. Une description simple de l’échantillon a été faite à partir des proportions et des moyennes.

RÉSULTATS

Treize patients ont été retenus pour l’étude. Il s’agissait de 9 femmes et 4 hommes avec un sex-ratio (H/F) égal à 0,44. L’âge moyen était de 36,46 +/-11 ans et des extrêmes de [10-60 ans]. Huit patients avaient un niveau socioéconomique faible, 3 avec un niveau moyen et 2 avec un niveau élevé.

Au plan clinique : la durée d’évolution moyenne était de 6,3 mois avec des extrêmes de 1 et 24 mois. Les signes généraux variablement associés sont résumés dans le tableau I.

Tableau I : Répartition en fonction des signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Amaigrissement	11	84,62%
Asthénie	10	79,92%
Anorexie	5	38,46%
Fièvre	12	92,31%

Les signes musculaires retrouvés étaient des myalgies et un déficit musculaire prédominant au niveau des ceintures pelviennes et scapulaires chez tous les patients. La répartition détaillée de ces signes musculaires est à la figure 1.

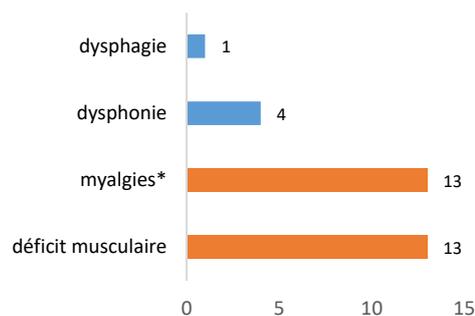


Figure 1 : Répartition en fonction des signes musculaires

Des atteintes articulaires étaient présentes à type d’arthrites chez 7 patients (54%) et des arthralgies chez 6 patients (46%). Les signes cutanés retrouvés sont détaillés à la figure 2 et 3.

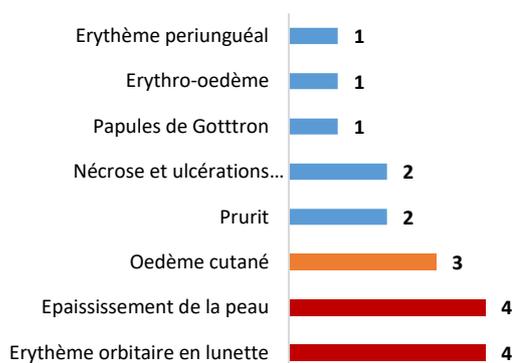


Figure 2 : Répartition en fonction des lésions cutanées

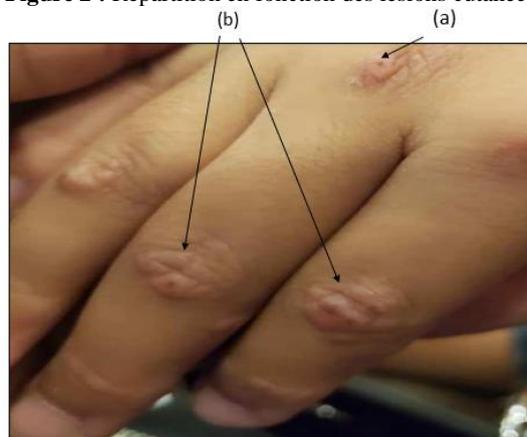


Figure 3 : Papules de Gottron au niveau des MCP(a) et IPP(b) chez un enfant de 10 ans (Source : Service de Rhumatologie du CHU de Cocody)

Un cas de pneumopathie interstitielle diffuse a été observé.

Au plan paraclinique : un syndrome inflammatoire biologique était noté chez 11 patients avec une C-Réactive protéine (CRP) élevée en moyenne à 69 mg/l et une vitesse sédimentation (VS) accélérée en moyenne à 42 mm/heure. Les résultats des dosages des enzymes musculaires sont résumés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition en fonction de l'élévation des enzymes musculaires

Enzymes	Valeur moyenne (UI /L)	Intervalle de la valeur	n	%
ASAT élevée (n=11)	258,38	Inférieure 5N	6	54,55
		Supérieure 5N	5	45,45
CPK élevée (n=9)	1169,23	Inférieure 10N	3	33,33
		Supérieure 10N	6	66,67
LDH élevée (n=10)	1106,77	Inférieure 5N	4	40
		Supérieur 5N	6	60

Le bilan immunologique réalisé dans des proportions variables a donné des résultats résumés dans le tableau III.

Tableau III : Bilan immunologique des MII

Bilan immunologique	Négatif	Positif
FAN (n=9)	4(44,44%)	5(55,55%)
AC ANTI JO1 (n=9)	5(55,55%)	4(44,44%)
AC ANTI SCL-PM (n=7)	3(42,85%)	4 (57,14%)
AC ANTI PL 12(n=7)	7(100%)	0(00%)
AC ANTI SSA (n=9)	6(66,66%)	3(33,33%)
FR (n=8)	6(75%)	2(25%)
AC ANTI CCP (n=7)	7(100%)	0(00%)
AC ANTI SCL 70(n=4)	3(75%)	1(25%)
AC ANTI RNP (n=9)	9(100%)	0(00%)

La biopsie cutanée réalisée chez un patient a mis en évidence un infiltrat inflammatoire à cellules mononuclées.

Les différents types de myopathies rencontrés étaient la dermatomyosite chez 5 patients (38,46%), le syndrome des anti synthétases chez 4 patients (30,76%), 2 cas de myosites associées aux cancers (15,38%), 1 cas (7,6%) de syndrome de chevauchement (myosite +sclérodémie systémique) et 1 cas (7,6%) de polymyosite pure. On ne notait pas de cas de myosites à inclusions et de myosites nécosantes auto-immunes.

Une corticothérapie était instituée chez tous nos patients soit par un bolus intraveineux de méthylprednisolone, soit par voie orale d'emblée. Le traitement de fond institué est répertorié est à la figure 4.

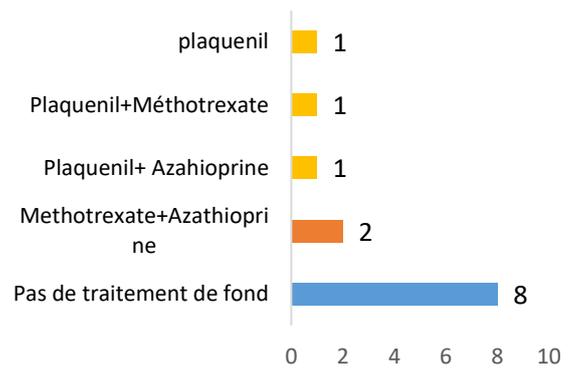


Figure 4 : Traitement de fond institué au cours des myopathies inflammatoires idiopathiques

L'évolution clinique et paraclinique était favorable chez 8 patients 12 mois après le diagnostic, 3 cas décès ont été enregistrés, 2 patients perdus de vue.

DISCUSSION

Les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) constituent un groupe hétérogène d'affections dont les points communs sont la faiblesse musculaire proximale et l'élévation des enzymes musculaires sériques. [6]. Chacune d'elle possède des mécanismes de déclenchement qui lui sont propres. Elles sont rares et touchent environ 6 à 7 personnes sur 100 000 [7]. Dans notre contexte, nous en avons dénombré 13 cas entre janvier 2010 et août 2022. Nous n'avons pas pu apprécier la fréquence hospitalière. Notre population était constituée à 69% de femmes, corroborant la prédominance féminine des myopathies inflammatoires idiopathiques observées dans la littérature. Les études françaises de Isabelle et al [8] et de Hervier et al [5] rapportaient respectivement des fréquences de 62% et 79% de femmes. L'âge moyen de nos patients était de 36,46 +/- 11 ans. Les données de la littérature situent la majorité des patients dans la tranche d'âge comprise entre 40 et 50 ans [11,12]. La maladie évoluait sous un mode chronique dans 77% des cas au diagnostic, avec des manifestations musculaires des ceintures prédominantes à type de myalgies et de déficit musculaire chez tous nos patients. La fréquence des atteintes musculaires est variable selon les sites concernés [11, 12]. L'atteinte des ceintures est la plus fréquente, variant de 70 à 100% dans la littérature. Celle de la musculature pharyngée varie entre 10 à 45%. L'atteinte laryngée reste cependant plus rare, entre 0 et 5% [13,14].

L'intensité des manifestations musculaires est corrélée à la fois à l'étendue de l'inflammation des fibres musculaires et à la durée d'évolution de la maladie. Les dysphagies se compliquent avec le temps de fausses routes alimentaires. Un tiers de nos patients avaient une atteinte laryngée, évoquée en présence d'une dysphonie.

Concernant l'atteinte articulaire, il s'agissait d'arthralgies inflammatoires (6 cas) et d'arthrites (7 cas). Ce constat diffère des données de la littérature retrouvant des arthralgies inflammatoires dans la majorité des cas [9].

La myopathie inflammatoire idiopathique la plus rencontrée était la dermatomyosite. Les MII était

associées dans 15,38% à un cancer. Ces résultats étaient conformes aux données de la littérature [12, 15].

Au cours de la dermatomyosite, les signes cutanés les plus rencontrés étaient l'érythème périorbitaire et l'œdème cutané prédominant au visage dans respectivement 30,76% et 23,07%. Nos résultats sont similaires ceux de Souhil et Al [9] au Maroc. L'éruption héliotrope des paupières est le signe cutané de DM le plus fréquent. Il s'agit d'un érythème liliacé accompagné d'œdème touchant les paupières et pouvant s'étendre aux joues, sans atteindre la racine du nez contrairement à l'érythème du lupus.

Un cas de dyspnée d'effort était observé parmi les 4 patients présentant un syndrome des anti synthétases. Sa présence impose la recherche de signes pleuropulmonaires et cardiaques. Un cas de pneumopathie interstitielle diffuse a été observé. Il s'agit d'une des manifestations viscérales spécifiques de la maladie, dont la fréquence est variable dans les études. Elle est évaluée à 39% dans l'étude de Selva-O et al. [16] qui n'ont pas constaté de particularités cliniques ou épidémiologiques dans le groupe ayant une PID par rapport à celui qui en est exempt.

Une rhabdomyolyse initiale avec une forte élévation des enzymes musculaires a été constatée chez les 9 (69% de l'effectif) patients ayant réalisé cet examen. La rhabdomyolyse est plus fréquente en cas de polymyosite pure, témoignant probablement d'une atteinte musculaire constante. Toumi et al. [13] ainsi que Scola et al. [11] ont trouvé un taux de CPK significativement plus élevé au cours des PM, témoignant d'une rhabdomyolyse plus intense.

Quarante-six pourcent des patients avaient réalisé l'ENMG avec un tracé myogène dans 83,33% des cas et neurogène dans 16,66% des cas. Nos résultats sont similaires à ceux de Souhil et Al [9] au Maroc mais différent de ceux de Gouraud qui avait retrouvé un tracé pathologique chez 41% [17]. Dans notre étude, le dosage des anticorps spécifiques des myopathies avait possible chez 9 patients. Ceci s'expliquait par le fait que la majorité de nos patients (n=8 ; 61,53%) avait un niveau socio-économique faible.

Le traitement symptomatique était à base de corticoïdes, initiés à fortes doses puis diminués progressivement. La corticothérapie reste la pierre angulaire du traitement des MII. Cependant, elle est souvent insuffisante pour une rémission prolongée et de bonne qualité avec des effets secondaires fréquents [18].

Dans la revue de la littérature de Tournadre A, on observe avec les corticoïdes, une inefficacité ou des effets secondaires dans 44 % des cas, une rémission complète dans 17 à 28 % et les rechutes dans 50-60% [19].

Un traitement de fond a été prescrit chez cinq patients (38,46%). Il s'agissait de l'association méthotrexate et azathioprine (2 cas), méthotrexate et hydroxychloroquine (1 cas), azathioprine et hydroxychloroquine (1 cas) et hydroxychloroquine seul (1 cas). Les traitements de fond permettent de diminuer, voire d'arrêter les corticoïdes en limitant le risque de rechute.

L'évaluation clinique à 12 mois notait une évolution jugée bonne chez huit patients soit 61,53%. Le nombre de décès et de perdus de vue étaient respectivement de 3 et 2.

Dans notre étude, les cas de décès (27,27%) étaient dus à une infection bactérienne. Notre constat diffère des facteurs prédictifs de mortalité rapportés dans la littérature que sont les atteintes pulmonaire, cardiaque et œsophagienne, ainsi que l'âge avancé et la présence de néoplasie [20, 21].

CONCLUSION

Les myopathies inflammatoires idiopathiques restent rares dans notre contexte. Elles ont une prédominance féminine et apparaissent à un âge relativement jeune. Les caractéristiques cliniques, paracliniques enregistrées dans notre étude sont similaires à celles retrouvées dans la littérature. L'infection bactérienne représente la première cause de décès.

DÉCLARATIONS

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres.

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki.

Contributions des auteurs

Coulibaly Y : revue de la littérature, analyse des données, rédaction du manuscrit

Kollo BNK : traduction anglaise

Goua JJ : rédaction du protocole d'enquête

Ouattara B, Kpami YNC, Bamba A, Coulibaly AK, Djaha KJM : correction du manuscrit 0.

Remerciements

Ils s'adressent à : Eti E. Diomandé M., Gbané M.

RÉFÉRENCES

- Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med.* 1975;292 (7): 344-7.
- Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med.* 1975;292 (8): 403-7.
- Griggs RC, Askanas V, Di Mauro S, Engel A, Karpati G, Mendell JR, et al. Inclusion body myositis and myopathies. *Ann Neurol.* 1995;38 (5) :705-13.
- Hervier B, Devilliers H, Stanciu R, Meyer A, Uzunhan Y, Masseur A et al. Hierarchical cluster and survival analyses of antisynthetase syndrome : phenotype and outcome are correlated with anti-tRNA synthetase antibody specificity. *Autoimmun Rev* 2012; 12 :210-7.
- 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(4):231-249.
- Malik A, Hayat G, Kalia JS, Guzman MA. Idiopathic Inflammatory Myopathies: Clinical Approach and Management. *Front Neurol.* 2016 ;7. doi :10.3389/fneur.2016.00064
- Serratrice J, Figarella-Branger D, Schleinitz N, Pellissier J-F, Serratrice G. Myopathies inflammatoires. *EMC - Neurologie.* 2008;5(1):1-23

8. Isabelle M. Morbidity and Mortality in Adult Polymyositis and Dermatomyositis. *Curr Rheumatol Rep* 2012 ; 14 :275-285
9. Souhil Errafia et al. Profil épidémiologique de la dermatomyosite et de la polymyosite : expérience du service de rhumatologie de Marrakech. *Pan African Medical Journal*. 2021;38(101). 10.11604/pamj.2021.38.101.25406.
10. Kang EH, Nakashima R, Mimori T, Kim J, Lee VJ, Lee EB, et al. Myositis autoantibodies in Korean patients with inflammatory myositis: anti-140-kDa polypeptide anti-body is primarily associated with rapidly progressive interstitial lung disease independent of clinically amyopathic dermatomyositis. *BMC Musculoskelet Disord* 2010; 11:223.
11. Scola RH, Werneck LC, Prevedello DM, Toderke EL, Iwamoto FM. Diagnosis of dermatomyositis and polymyositis: a study of 102 cases. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000 Sep;58 (3B): 789-99.
12. Holden DJ, Brownell AKW, Fritzler MJ. Clinical and serologic features of patients with polymyositis or dermatomyositis. *Can Med Assoc J*. 1985 Mar 15;132(6): 649-
13. Toumi S, Ghnaya H, Braham A, Harrabi I, Kechrid C, Ajili F et al. Les polymyosites et dermatomyosites de l'adulte. Étude multicentrique tunisienne. *Rev Med Interne*. 2009 Sep;30 (9) : 747-53
14. Koh ET, Seow A, Ong B, Ratnagopal P, Tjia H, Chng HH. Adult onset polymyositis/dermatomyositis: clinical and laboratory features and treatment response in 75 patients. *Ann Rheum Dis*. 1993 Dec;52 (12) :857-61.
15. Wakata N, Kurihara T, Saito E, Kinoshita M. Polymyositis and dermatomyositis associated with malignancy: a 30-year retrospective study. *Int J Dermatol*. 2002 Nov;41(11): 729-34.
16. Selva-O'Callaghan A, Labrador-Horrillo M, Muñoz-Gall X, Martínez- Gomez X, Majó Masferrer J, Solans-Laqué R et al. Polymyositis/dermatomyositis- associated lung disease: analysis of a series of 81 patients. *Lupus*. 2005 ;14 (7) : 534-42.
17. GOURAUD Charlotte : Etat des lieux des myopathies inflammatoires de l'adulte à travers leur prise en charge diagnostique et évolutive au centre hospitalo-universitaire d'Amiens ces dix dernières années. Thèse de médecine n°2016-8 du 29/02/2016.
18. Van de Vlekkert J et al. *Neuromuscular Disorders* 2010; 382– 389
19. Tournadre A. *Rev Med Interne*. 2014 Juil;35 (7) : 466-71
20. Isabelle M, Hachulla E, Hatron PY, Hellot MF, Levesque H, Devulder B et al. Polymyositis and dermatomyositis: short term and longterm outcome, and predictive factors of prognosis. *J Rheumatol*. 2001 Oct;28 (10) : 2230-7.
21. Maalej M, Ladgham A, Ennouri A, Ben Attia A, Cammoun M, Ellouze R. The paraneoplastic syndrome in nasopharynx cancer: 32 cases. *Presse Med*. 1985 Feb 23;14 (8) : 471-4