

République du Mali
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DU MALI**

ANNEE 1983

No 17

**APERCU SUR LES AFFECTIONS
RHUMATISMALES EN MEDECINE INTERNE
AU MALI
(A PROPOS DE 177 CAS)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 10 MARS 1984 à 10 heures devant

l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par: Mamadou Otto DIALLO

Pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE

(Diplome d'Etat)

JURY

Président : Professeur Bernard DUFLO
membres : { Docteur Eric PICHARD
Docteur Issa TRAORE
Docteur Aly N. DIALLO

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE : 1982 - 1983

Directeur Général	: Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	: Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	: Monsieur Demba DOUCOURE
Econome	: Monsieur Philippe SAYE
Conseiller Technique	: Professeur Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	: Pharmacie Chimique
-"- Francis MIRANDA	: Biochimie
-"- Michel QUILICI	: Immunologie
-"- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
-"- Jacques JOSSELIN	: Biochimie
-"- Alain GERAULT	: Biochimie
-"- Jean Pierre BISSET	: Biophysique
Docteurs MAGNAN	: O.R.L.
-"- Alain DURAND	: Pharmacie Chimique
-"- Jean Pierre REYNIER	: Galénique
-"- Paula GIONO-BARBER	: Anatomie-Physiologie Humaine
Monsieur Mackthar WADE	: Bibliographie

.../.....

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Orthopédie-Traumatologie-Secourisme
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière Médicale
- Mamadou Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine Légale
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
- Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
- Sinè BAYO	: Histo-Embryologie-Anatomie Pathologie
- Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie Générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou Koréissi TOURE	: Cardiologie
- Yaya FOFANA	: Hématologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Bernard DUFLO	: Patho.Méd. Thérapeut.Physiologie Hématologie
- Marc JARRAUD	: Gynécologie-Obstétrique
- Bouba DIARRA	: Microbiologie
- Sélikou SANOGO	: Physique
- Niamanto DIARRA	: Mathématiques
- Oumar COULIBALY	: Chimie Organique
- Yéya TOURE	: Biologie Génétique
- Amadou DIALLO	: Zoologie-Biologie
- Moussa HARAMA	: Chimie Minérale

...../.....

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Abderhamane Sidèye MAIGA	: Parasitologie
-	Sory Ibrahima KABA	: Santé Publique
-	Moctar DIOP	: Sémiologie Chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Boubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
-	Souleymane DIA	: Pharmacie Chimique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Claude FERRACCI	: Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
-	Mme SY Aïssata SOW	: Gynécologie
-	Jean Pierre COUDRAY	: Psychiatrie
-	Mahamane MAIGA	: Néphrologie
-	Abdoul Alassane TOUNE	: Chirurgie Orthopédique Traumatologie
-	Baba KOUMARE	: Psychiatrie
-	Kalilou OUATTARA	: Urologie
-	Mahamane	: Néphrologie
-	Amadou DOLO	: Gynéco-Obstétrique
-	Aly DIALLO	: Médecine Interne
-	Mamadou Marouf KEITA	: Pédiatrie
-	Moussa TRAORE	: Neurologie
-	Salif DIAKITE	: Gynécologie

...../.....

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie Chirurgicale
- Boulkassoum HAIDARA	: Galénique-Diététique
- Saïbou MAIGA	: Galénique
- Jacqueline CISSE	: Biologie
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
- Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.
Docteur Hama CISSE	: Chimie Générale
- M.L. DIOMBANA	: Stom-atologie
- Zakaria MAIGA	: Obs Gynécologie
- Mamadou K. SARR	: Médecine du Travail
- SAMAKE	: Gynéco-Obstétrique
- Djibril SANGARE	: Chirurgie
- Toumani SIDIBE	: Pédiatrie

D E D I C A C E

Je dedie ce modeste travail

A tous les rhumatisants en témoignage de ma modeste contribution à leur cause.

A mon père "in memoriam" que son âme repose en paix.

A ma mère qui m'adore tant, qu'elle trouve ici toute l'expression de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs.

Au Docteur Daouda COULIBALY "in memoriam" que son âme repose en paix.

A mes tantes, oncles et cousins.

Mes vifs remerciements

A la famille Drissa SANGARE

A la famille Ladji COULIBALY

A mes fidèles compagnons et amis de lycée : Moussa F. KONE, Mamadou A. DA,
Bréhima S. KONE, Satigui DIALLO, Drissa F. KONE, Habib DIARRA

en souvenir des rudes périodes traversées ensemble.

Aux collègues et amis Sidiki BERTHE, Mamadou S. DIALLO pour leur sympathie.

A Madame feu COULIBALY Daouda, et enfants.

A mon cher collègue et ami Bréhima M. KONE en témoignage de sa fidélité,
sympathie et en souvenir des dures périodes traversées ensemble, qu'il
trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A la promotion 1978 - 1983 de l'E.N.M.P.

A tous mes collègues internes des services de Médecine IA IB et II.

A tous les miens et amis (es) dans le souci de ne pas en oublier je préfère
m'abstenir de citer des noms, que chacun retrouve ici la part d'affection et
d'attachement que je lui porte.

Aux Docteurs Naman MAGASSA, Drissa DIALLO, Mansambou SACKO, Edmon DEMBELE,
Bréhima COULIBALY, JUDIHTA.

pour tous leurs conseils et encouragements.

A tous mes aînés de l'E.N.M.P.

A tous mes cadets de l'E.N.M.P. je leur souhaite courage et succès.

Au corps professoral de l'E.N.M.P. pour la qualité de l'enseignement
dispensé.

A tout le personnel de l'E.N.M.P.

A Messieurs les Docteurs

Aly N. DIALLO

Hamar A TRAORE

Eric PICHARD

en témoignage de leur collaboration, leurs conseils et de leur
entière disponibilité

Aux Majors SYLLA, TOGO, COULICALY et DOUMDIA, et tout le personnel des
services de Médecine IB, IA, II et du Laboratoire

en témoignage de leur collaboration.

Au personnel du service de radiologie de l'H.P.G. en témoignage de leur
collaboration et de leur disponibilité.

Au Major Seydou TRAORE pour ses conseils et sa sympathie.

A la famille du Docteur A.N. DIALLO pour son accueil et sa sympathie.

A. Bréhima DIARRA Etudiant en Pharmacie (E.N.M.P.) pour son secours
inestimable, je lui souhaite courage et succès.

A Mme DIARRA née Dumou N'DIAYE (Secrétaire) vous avez été pour moi d'un
secours inestimable en me dactylographiant ce modeste travail malgré vos
multiples occupations. Nous vous remercions infiniment.

Mes vifs remerciement à toute la famille DIARRA.

A MON JURY

A notre maître, et président de jury : le Professeur Bernard DUFLO

Cette année d'internat dans votre service qui vient de s'écouler, nous a permis de vous connaître et de vous apprécier. Nous avons été impressionné par la richesse de votre formation en médecine interne. Bien vrais que votre contrat dans notre pays tirait vers sa fin, vous avez bien voulu nous confier ce sujet. Vous avez consenti beaucoup d'efforts pour nous permettre de mener à terme ce travail.

Nous vous exprimons, en cette occasion nos vifs remerciements et notre profonde reconnaissance.

Nous vous souhaitons un bon retour dans votre pays *après des vôtres*.
Votre souvenir nous restera toujours gravé dans la mémoire.

A Monsieur le Docteur Eric PICHARD

Ces quelques mois à vos côtés nous ont permis de vous apprécier. Votre rigueur scientifique, votre sympathie nous ont beaucoup marqué.

Vous nous honorez en acceptant de bien vouloir juger ce travail. Nous vous exprimons nos vifs remerciements, et vous souhaitons un bon séjour dans notre pays.

A Monsieur le Docteur Issa TRAORE

Nous avons beaucoup apprécié la clarté de vos cours de radiologie et nous savons combien ceux-ci nous sont utiles.

Votre calme et forte personnalité n'ont pas manqué de nous impressionner.

Vous m'avez toujours accepté dans votre service et avez consenti beaucoup d'efforts et de sacrifice pour la réalisation des examens radiologiques et leur interprétation, de nos malades, malgré les difficultés que votre service connaît souvent.

Vous nous donnez l'honneur d'être notre juge.

Soyez assuré que nous vous sommes reconnaissants et vous exprimons nos sentiments de profond respect.

A Monsieur le Docteur Aly N. DIALLO

Depuis mes premiers pas dans un service de médecine j'ai eu la chance de vous rencontrer et de vous approcher. Cette rencontre a été très déterminante pour moi. Dès lors vous avez toujours été une source d'inspiration pour moi, un exemple à suivre.

Cette année d'internant enfin m'a permis ^{de} mieux vous connaître et d'apprécier à sa juste valeur vos compétences et qualités.

tout au long de l'élaboration de ce travail vos conseils, aides et suggestions ne m'ont jamais fait défaut et vous m'avez aidé à l'achever. J'en profite ici pour vous exprimer toute l'expression de ma profonde gratitude.

LOWMAIRE

.....

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : malades étudiés et méthodes de travail

1-Malades étudiés.....	2
2-Méthodes de travail.....	2

DEUXIEME PARTIE : Les résultats

A/ Résultats globaux

a. Les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques.....	8
b. Les rhumatismes inflammatoires.....	9
c. La pathologie dégénérative : les arthroses	9
d. Les hémoglobinopathies avec des manifestations ostéo-articulaires.....	9
e. Les rhumatismes mécaniques et les modifications de la statique rachidienne.....	9
f. Les affections malignes des os.....	10
g. Les rhumatismes post-traumatiques.....	10
h. La pathologie métabolique.....	10
i. Les collagénoses.....	10
j. Les autres affections rhumatismales.....	10

B/ Résultats épidémiologiques

1. La prévalence des affections rhumatismales en médecine interne.....	10
2. La fréquence des différentes affections rhumatismales retrouvées.....	11
3. Influence du sexe.....	13
4. Influence de l'âge.....	16
5. Rôle de la profession.....	19
6. Répartition en fonction de l'ethnie.....	19
7. Répartition selon les régions.....	19
8. Les facteurs climatiques.....	20
9. Influence de l'obésité.....	20

C/ Résultats cliniques

1- Les principaux motifs de consultation....	21
2- Horaire des douleurs.....	23
3- Ancienneté des troubles.....	23
4- L'état général du rhumatisant.....	24
5- Les localisations ostéo-articulaires au cours des différentes affections rhumatismales.....	24

6. Sièges des atteintes ostéo-articulaires au cours des affections rhumatismales.....	24
7. La fièvre.....	25
D/ <u>Résultats de quelques examens complémentaires</u>	
1. La vitesse de sédimentation globulaire.....	26
2. Etude radiologique.....	28
3. L'électrophorèse de l'hémoglobine.....	30
4. Le protidogramme.....	30
5. La sérologie rhumatoïde.....	30
6. Recherche des anticorps anti-A D N.....	30

TROISIEME PARTIE : étude synthétique

1- Les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques.....	31
2- Les rhumatismes inflammatoires.....	33
3- Les rhumatismes dégénératifs Les arthroses.....	35
4- Les hémoglobinoses.....	35
5- Les rhumatismes mécaniques et les troubles de la statique rachidienne.....	35
6- Les affections malignes des os.....	36
7- Les collagénoses.....	36
8- Les rhumatismes post-traumatiques.....	36
9- Les autres affections rhumatismales.....	36

QUATRIEME PARTIE :

Quelques observations.....	37
----------------------------	----

CINQUIEME PARTIE : Commentaires

1- Les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques.....	43
2- Les rhumatismes inflammatoires.....	44
3- Les arthroses (rhumatismes dégénératifs).....	46
4- Les affections malignes des os.....	46
5- Les collagénoses.....	46
6- Les autres affections rhumatismales.....	48

<u>CONCLUSION GENERALE :</u>	49
------------------------------------	----

<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	51
------------------------------	----

Principales Abréviations utilisées dans le texte

A. R. A.	: Association Américaine du Rhumatisme
A. S. L. O.	: Antistreptolysine O
D. N. A.	: Acide desoxyribonucléique
E. G.	: Etat général
E. N. M. P.	: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
H. L. A.	: Complexe majeur d'histocompatibilité de l'homme (Human leucocyte locus A)
I. P. P.	: Articulation interphalangienne proximale
L. E.	: Cellule L.E.T
M. C. T. D.	: Connectivites mixtes (mixed connective tissue diseases)
M. P. (MCP)	: Articulation métacarpo-phalangienne
N. F. S.	: Numération formule sanguine
O. N. A.	: Ostéonécrose aseptique
P. A. S. H.	: Périartérite scapulo-humérale
P. R.	: Polyarthrite rhumatoïde
R. A. A.	: Rhumatisme articulaire aigu
Rachis L.D.C.	: Rachis lombaire, dorsal, cervical
S. A.	: Spondyl arthrite ankylosante
V.S.	: Vitesse de sédimentation globulaire



TU □ ! L T N □ □ R L TU !

Jusqu'à ce jour aucune étude n'a été entreprise sur les affections rhumatismales dans notre Pays. Cependant bien des malades se plaignent de leurs articulations et, consultant les médecins pour cette raison. C'est pourquoi, il nous a semblé utile de faire un aperçu sur la pathologie ostéo-articulaire en médecine interne à Bamako. Cette étude aura comme but d'estimer l'importance des affections ostéo-articulaires dans un service de médecine interne, tant sur le plan hospitalier que sur le plan des consultations externes. Rappelons toute fois que notre étude ne se veut pas exhaustive. L'influence des conditions climatiques, du sexe, de l'âge, de l'ethnie, de la profession, sur cette pathologie retiendra notre attention. Enfin nous examinerons l'apport des examens complémentaires possibles à Bamako sur le degré de précision des diagnostics étiologiques.

PREMIERE PARTIE

Malades étudiés
et méthodes de travail

I. Malades Etudiés :

Notre étude a porté sur 177 patients. Nous les avons recrutés dans les services de Médecine : IA, IB, II et Annexe Neurologie de l'Hopital du Point "G" ; sont aussi inclus dans notre série les malades dont l'exploration s'est faite en externe.

Au cours de cette étude ni l'âge, ni le sexe, ni l'ethnie, ni la provenance régionale n'ont constitué un critère d'exclusion. Toutefois le nombre d'enfants est faible dans notre échantillon ; étant donné que les enfants rhumatisants sont reçus par nos collègues pédiatres.

Nos 177 patients ont été recrutés comme suit :

Médecine IA	39 patients
Médecine IB	44 patients
Médecine II	45 patients
Annexe Neurologie	7 patients
Consultation externe	42 patients

II. Méthodes de Travail

Nos malades hospitalisés et externes ont tous bénéficié d'un interrogatoire minutieux, d'un examen clinique approfondi et de certains examens paracliniques. Les observations cliniques et les résultats des différents examens complémentaires ont été reportés sur une fiche d'observation standardisée reproduite en annexe (pages ; 4, 5).

1- l'interrogatoire :

Il comporte l'étude analytique de la douleur, et des autres signes fonctionnels.

Il apprécie l'incapacité globale qui en résulte. On apprécie au tant que possible la chronologie des signes : le début des troubles ainsi que les facteurs déclanchants éventuels.

a- Le début

- Le début-a-t-il été aigu, brutal ou progressif et insidieux ?
- Quelle a été l'évolution depuis le début ?
- Enfin la tendance évolutive au jour de l'examen est-elle vers l'amélioration, l'aggravation, la stabilisation ?

b) la douleur on détaille la douleur, à savoir son siège, ses facteurs déclanchants, son type, son intensité et sa durée au cours du nyctémère. La précision des détails de la douleur est très difficile. Peu de nos malades arrivent à nous donner l'horaire exact de leur douleur. Rares sont ceux qui arrivent à répondre à la question suivante :

..../....

quand avez-vous mal ? Nous sommes alors obligés de poser une série de questions afin d'avoir une réponse un peu fiable :

- quand avez-vous plus mal ?
- La douleur est-elle plus intense le jour, ou la nuit, ou alors est-elle permanente ?
- La douleur vous réveille-t-elle la nuit ?
- Le repos calme t-il votre douleur ?

Aussi craignons nous d'avoir été malgré nous, suggestifs.

c/ on recherche les antécédents rhumatologiques tant personnels que familiaux, traumatiques et infectieux.

2 - L'examen Clinique

Nous nous sommes attachés à faire un examen rigoureux de l'appareil locomoteur. Les douleurs provoquées, les déformations, les gonflements, les limitations des mouvements passifs comme actifs ont été recherchés au niveau de toutes les articulations, et reportés sur la fiche d'observation standardisée. Enfin on termine par un examen clinique général.

3 - Les examens complémentaires :

- Nous avons fait systématiquement la vitesse de sédimentation globulaire.

- La radiographie des articulations et des os atteints a été faite chaque fois que cela était possible.

- Le protidogramme a été fait chez un bon nombre de nos patients

- Les autres examens complémentaires n'ont été pratiqués, que lorsqu'une cause précise était fortement suspectée, ces examens sont :

• l'électrophorèse de l'hémoglobine pour les externes

(N.B. ce t'examen est systématique chez tous nos malades hospitalisés)

- le dosage qualitatif des ~~antistreptolysines~~ (ASLO)
- la calcémie
- l'uricémie
- La recherche de facteur rhumatoïde
- la recherche des anticorps anti ADN, anti nucléaires
- Enfin une fibroscopie a été faite systématiquement chaque fois que la nécessité de mettre le patient au traitement anti inflammatoire au long cours, était inévitable.

Les recherches d'antigène HLA, de cellule L.E. n'ont pas été faites pour des raisons de moyens limités.

E.N.M.P. du MALI

N° =

Enquête Rhumatologie

Nom.....Prenom.....Age.....Sexe.....Ethnie.....

Profession.....Domicile Actuel.....

Domicile Habituel

Consultation (date) Hospitalisation (Date)
 Service = Med IA -IB - II - Annexe Neurologie
 Externe = (Date) lit n° /

Diagnostic = PR, Rhumatisme psoriasique, Still, L-E-D, SA, Behcet, RAA

Autres rhumatismes infectieux, tuberculose () Myélome, tumeur de l'os, ostéoporose, coxarthrose, gonarthrose, Lombarthrose chronique, Lombarthrose aiguë, scoliose, lordose, PASH hémoglobinoase, Kystes synoviaux, Psychosomatique, Neuralgie cervico-brachiale, osteomalacie, autres collagénoses () divers :

Motif de la consultation rhumatologique =

Histoire rhumatologique =

- ancienne té des troubles
- influence de la saison froide
- localisation = unique, multiples = petites ou grosses articulations, rachis
- douleur = type mécanique, inflammatoire
- E. G = Fièvre

Antécédents = Uretrites, conjonctivité, traumatisme, angine

Examen rhumatologique

Localisation	Douleur type	Ankylose	Deformations	Signes	Remarques
mains (IPP, MCP)	:	:	:	:	:
Poignets	:	:	:	:	:
coudes	:	:	:	:	:
épaules	:	:	:	:	:
pieds	:	:	:	:	:
chevilles	:	:	:	:	:
genoux	:	:	:	:	:
hanches	:	:	:	:	:
Rachis=L D C	:	:	:	:	:

autre = E G = Temperature = Poids = kg Obésité
 paleur = Foie = Rate = Gorge = Coeur =
 poumons = ganglions = peau
 autres =

.../....

Enquête Rhumatologie (suite)

Examens complémentaires =

V.S. 1ère H/2° H =

Hémoglobine type :

Calcémie =

Uricémie =

Facteur Rhumatoïde :

Anti corps anti A.D.N. :

Electrophorèse des protéides = PT =g/l Alb = g/L, Alpha 1 g/L

Alpha 2 g/L Beta = g/L, gamma : g/L A/G =

protides urinaires = g/l

Fibroscopie :

Examen radiologique :Traitement = antalgique pur, aspirine, autres anti inflammatoire non stéroïdiens, corticoïdes, infiltrations intra articulaires.Evolution = guérison, amélioration, rechute, échec

4- Classification adoptée et les Critères Diagnostiques :

4 - 1 Classification adoptée :

Les affections rhumatismales recensées au cours de notre enquête ont été classées de la manière suivante :

a- Les rhumatismes "infectieux" : ces rhumatismes infectieux regroupent toutes les affections ostéo-articulaires d'origine infectieuse ; que ces affections soient septiques ou aseptiques.

Ce sont :

- les rhumatismes ~~streptococciques~~ streptococciques ou post-originaux
- ~~R.A.A.~~
- les tuberculoses osseuses : mal de Pott, autres localisations osseuses
- les arthrites post métrites
- les arthrites septiques à germes banals
- les autres rhumatismes infectieux aseptiques à germes banals

b- Les Rhumatismes inflammatoires :

Ils regroupent :

- La polyarthrite rhumatoïde (P.R.)
- les rhumatismes chroniques de l'enfant .
- la spondylarthrite ankylosante (S. A.)
- le rhumatisme psoriasique
- la Periarterite scapulo-humérale (PASH)
- les rhumatismes intestinaux
- les rhumatismes inflammatoires non étiquetés

c- Les Collagénoses :

- Sclérodermie
- syndrome de sharp
- lupus érythémateux aigu disséminé

d- Les affections malignes des os :

- Les atteintes osseuses au cours des hémopathies : Myélome, Hodgkin
- Les métastases osseuses

e- Tumeur benigne des os :

- la dysplasie fibreuse

f- Rhumatisme dégénératif : les arthroses

g- Pathologie métabolique :

- la goutte
- l'ostéomalacie
- l'ostéoporose

h- les hémoglobinopathies à manifestation ostéo-articulaire

i- la pathologie mécanique et les modifications de la statique rachidienne : ce sont :

- la sciatique
- les rhumatismes mécaniques non étiquetés
- les scoliozes idiopathiques
- j- Rhumatisme post traumatique
- k- Algo dystrophie

4 - 2 Critères diagnostiques :

cf étude synthétique.

DEUXIEME PARTIE

Les résultats

A/ Les résultats globaux :

Sur un total de près de 300 rhumatisants recrutés en l'espace de douze mois, seuls 177 ont été finalement retenus. Ils ont été retenus car, ont pu bénéficier d'un minimum de bilan para clinique permettant l'exploitation de leur dossier.

Parmi ces 177 rhumatisants, 135 ont été recrutés dans les services de Médecine : IA, IB, II et Annexe Neurologie de l'hôpital du Point "G" et 42 en consultation externe.

Notre série se compose de 90 hommes et de 87 femmes soit un sex-ratio de 1,03.

La répartition par tranche d'âge est la suivante :

de 0 à 16 ans : 16 patients soit 9,04 p cent
 de 17 à 40 ans : 86 patients soit 48,59 p cent
 de 41 à 60 ans : 52 patients soit 29,38 p cent
 plus de 60 ans : 23 patients soit 12,99 p cent

Tous les groupes nosologiques ont été retrouvés à des degrés variables :

a- Les rhumatismes "infectieux" : ils regroupent les affections ostéo-articulaires septiques et aseptiques. Ces rhumatismes "infectieux" viennent en tête des affections rhumatismales de notre enquête : 30,51 p. cent (54 cas).

Ils se répartissent comme suit : voir tableau ci-dessous

Rhumatismes "infectieux"	Effectif	Fréquence p. cent
R A A	7	12,96
Rhumatismes streptococciques	8	14,81
Mal de Pott	16	29,63
Arthrites Tuberculeuses	3	5,56
Arthrites post uretrites	8	14,81
Arthrites septiques à germes banals	8	14,81
Autres rhumatismes infectieux	4	7,41
T O T A L	54	100%

...../.....

b- Les rhumatismes inflammatoires : Ces rhumatismes occupent le deuxième rang dans notre série.

Ils représentent 18,08 p. cent (32 cas) de l'ensemble de nos affections rhumatismales. Ces 32 cas se subdivisent en :

Poly arthrite rhumatoïde certaine 14 cas

Polyarthrite rhumatoïde probable 2 cas

Rhumatisme chronique de l'enfant 2 cas

Rhumatisme psoriasique 1 cas

Spondylarthrite ankylosante 1 cas

Periarterite scapulo-humérale 1 cas

Rhumatisme intestinal 1 cas (observé au cours d'une diarrhée chronique "crohn" ?)

En fin nous avons trouvé 10 autres cas de rhumatismes inflammatoires certains, qu'on a pas pu étiqueter.

c- Pathologie dégénérative: les athroses :

les arthroses représentent le troisième groupe nosologique des affections rhumatismales que nous avons recensées au cours de notre étude : 14,70 p. cent (26 cas) de l'ensemble.

d- Les hémoglobinopathies avec des manifestations

Ostéoarticulaires :

Seules les hémoglobinopathies aux manifestations ostéoarticulaires ont retenu notre attention au cours de cette enquête. Nous en avons recruté dix neuf cas soit 10,73 p. cent ; ce qui représente le quatrième groupe des affections ostéo-articulaires.

Les différentes hémoglobinopathies que nous avons rencontrées sont :

Hémoglobine SS 10 cas

Hémoglobine SC 6 cas

Hémoglobine SF 1 cas

Hémoglobine SA 1 cas

Hémoglobine CC 1

e - Rhumatismes mécaniques et modifications de la statique rachidienne :

Ces rhumatismes représentent 9,60 p. cent (17 cas) de l'ensemble des affections rhumatismales de notre série.

Ils regroupent :

- les sciatiques et rachialgie 4 cas
- les rhumatismes mécaniques non étiquetés 9 cas, les scoliose 3 cas et un cas d'association scoliose-lordose.

f- Les affections associées aux affections rhumatismales :

Les affections associées aux affections rhumatismales sont : les affections associées aux affections rhumatismales sont : les affections associées aux affections rhumatismales sont :

f- Les affections malignes des os :

Les affections malignes osseuses sont plus fréquentes qu'on ne l'aurait soupçonné. Nous avons recensé treize cas en l'espace de douze mois soit 7,34 p. cent des affections rhumatologiques.

Ces affections malignes retrouvées sont :

- les métastases osseuses 6 cas
- les atteintes osseuses au cours des hémopathies 7 cas (dont quatre Hodgkin, deux myélomes certains et un cas de myélome très probable)

g - Rhumatismes post - traumatiques : Ils ne représentent que 3,95 p. cent (7 cas)

Ce sont des affections ostéo-articulaires survenant à distance d'un traumatisme.

h - Pathologie métabolique : elle est peu fréquente : 2,26 p. cent de l'ensemble des affections rhumatismales.

On a retrouvé :

- 2 cas de goutte
- 1 cas d'ostéomalacie
- 1 cas d'ostéoporose

i - Les collagénoses : elles sont rares dans notre série. Nous n'avons trouvé que trois cas. Le diagnostic a pu être posé avec certitude chez deux patients : une sclérodermie généralisée et un L. E. D., et suspecté chez un seul patient : un syndrome de Sharp probable.

De cet échantillon nous ne pouvons pas tirer une conclusion sur la prévalence des collagénoses dans les services de médecine interne. Il est fort possible que beaucoup de ces affections soient au dessus de nos moyens diagnostiques, du moins à leur stade de début.

j - Les autres affections rhumatismales : Leur très faible effectif ne nous permet pas de leur accorder une importance épidémiologique.

Il s'agit : d'un cas de dysplasie fibreuse et d'une algodystrophie.

B/ Résultats épidémiologiques :

1 - La prévalence des affections rhumatismales en médecine interne :

La prévalence des affections rhumatismales dans les services de médecine I, II et Annexe Neurologie de l'hôpital du Point "G" est certainement élevée. Elle représente 9,58 p. cent de l'ensemble des hospitalisations de la période de notre enquête (du 15 Novembre 1982 au 15 Novembre 1983)

2 - Fréquence des différentes affections rhumatismales

retrouvées au cours de notre enquête : La fréquence des différentes affections rhumatismales est donnée par le tableau I (page 12)

Les plus fréquentes sont :

les rhumatismes "infectieux" 30,51 p. cent

les rhumatismes inflammatoires 18,08 p. cent

les rhumatismes dégénératifs 14,70 p. cent

Tableau I : Fréquence des différentes affections

Rhumatismales recensées au cours de notre enquête à propos
de 177 cas.

Affections Rhumatismales	Effectif	Pourcentage (p. cent)
Rhumatismes Infectieux Septiques et aseptiques		
: R A A	7	
: Rhumatismes streptococciques	8	
: Mal de Pott	16	
: Arthrites tuberculeuses	3	
: Arthrites Post uretrites	8	
: Arthrites septiques à germes banals	8	30,51 (54 cas)
: Autres rhumatismes infectieux	4	
Rhumatismes inflammatoires		
: P. R.	14	
: P. R. probable	2	
: Rhumatismes chroniques de l'enfant	2	18,08
: Autres Rhumatismes inflammatoires	4	(32 cas)
: Rhumatismes Inflammatoires non étiquetés	10	
Collagénoses		
: Sclérodermie	1	1,70 (cas ³)
: Syndrome de Sharp probable	1	
: L. E. D.	1	
Affections malignes des os		
: Myélome	3	7,34 (13 cas)
: Hodgkin	4	
: Métastases osseuses	6	
Les autres affections rhumatismales		
: Dysplasie fibreuse	1	0,56
: Rhumatismes dégénératifs	26	14,70
: Pathologie métabolique	4	2,26
: Rhumatismes mécaniques et modifications de la statique rachidienne	17	9,60
: Rhumatismes post traumatiques	7	3,95
: Hémoglobinoses	19	10,73
: Algodystrophie	1	0,56
T O T A L	177	100 p. cent

3 Répartition en fonction du sexe

Au terme de cette étude portant sur 177 cas d'affections rhumatismales nous obtenons la répartition suivante en fonction du sexe : voir tableau II (page : 15)

3 - 1 Les Rhumatismes infectieux :

Les rhumatismes streptococciques et les R.A.A. ont une nette prédominance féminine. Sur un total de quinze observations nous avons onze femmes et quatre hommes, soit un sex-ratio de 0,36. Ceci n'est pas souligné dans les traités classiques.

Les arthrites post-urétrites frappent les hommes plus que les femmes ; nous avons trouvé six hommes et deux femmes (sex-ratio : 3). Parmi les huit cas d'arthrites septiques il y a cinq hommes et, trois femmes (sex-ratio : 1,67).

Pour les autres rhumatismes infectieux à germes banals on a trois hommes et une seule femme. Dix neuf cas de tuberculoses osseuses ont été relevés dans notre échantillon dont seize maux de Pott et trois arthrites tuberculeuses. Parmi ces tuberculeux on a treize hommes et six femmes (sex-ratio = 2,17).

La prédominance masculine dans les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques est évidente : 31 hommes et 23 femmes (sex-ratio = 1,35). Donc les hommes semblent plus prédisposés à ces affections que les femmes

3 - 2 Les Rhumatismes inflammatoires :

Les polyarthrites

La polyarthrite rhumatoïde a une nette prédominance féminine. Le sex-ratio est de 0,17 (soit six femmes pour un homme).

Nous avons également deux cas de P.R probable, dont toutes des femmes. On a deux cas de rhumatismes chroniques de l'enfant : un garçon et une fille.

Quant aux autres rhumatismes inflammatoires : rhumatisme psoriasique (un cas féminin), spondylarthrite ankylosante (un cas masculin), rhumatisme intestinal (un cas féminin), la périartérite scapulo-humérale (un cas féminin), l'échantillon est trop faible pour nous permettre de tirer des conclusions.

Le sex-ratio est de un dans les rhumatismes inflammatoires non étiquetés.

La prédominance masculine soulignée dans les rhumatismes infectieux, s'inverse nettement dans les rhumatismes inflammatoires où le sex-ratio est de 0,39 (23 femmes pour 9 hommes).

3 - 3 Rhumatisme dégénératif :

Le sex-ratio est de 1,17 (sept hommes pour six femmes). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

3 - 4 Les rhumatismes mécaniques et les modifications de la statique rachidienne :

La prédominance féminine est nette (douze femmes pour six hommes).

3 - 5 Les hémoglobinopathies

Nous avons recensé dix neuf cas d'hémoglobinopathies avec des manifestations ostéo-articulaires. On y retrouve douze hommes et sept femmes (le sex-ratio est de 1,71).

3 - 6 Les affections malignes des os :

Le sex-ratio est de un dans les métastases osseuses.

Tous nos trois patients atteints de myélome étaient des hommes.

Les quatre cas de hodgkin avec des atteintes osseuses regroupent trois hommes et une femme.

3 - 7 Les autres affections rhumatismales :

Quant aux autres affections rhumatismales recensées au cours de notre enquête (un cas d'algodystrophie, un cas de dysplasie fibreuse), il faudra de la prudence pour tirer des conclusions, l'échantillon est trop faible ; et la prédominance masculine ou féminine demande à être confirmée ou infirmée par des études ultérieures.

De notre étude portant sur 177 rhumatisants il ressort que les hommes sont plus frappés que les femmes, le sex-ratio est de 1,03 (90 hommes pour 87 femmes).

Notre collègue D. BAGAYOGO (Réf. n° 3) dans sa thèse: Etude critique de l'activité d'un service de médecine interne à Bamako (Rép. Mali), signale une prédominance masculine (un sex-ratio de 1,67).

Notre sex-ratio n'est pas conforme à celui de la population malienne dans son ensemble ; le sex-ratio retrouvé à partir du dernier recensement de 1976 (réf. n° 23) est de 0,95.

Tableau II :

 REPARTITION DES AFFECTIONS RHUMATISMALES SELON
 LE SEXE.

Les affections Rhumatismales		Hommes	Femmes	Sex-ratio	TOTAL
Rhumatismes Infectieux	R A A	1	6	0,17	7
	Rhumatismes Streptococciques	3	5	0,6	8
Septiques et Aseptiques	Mal de Pott	12	4	3	16
	Arthrites Tuberculeuses	1	2	0,5	3
	Arthrites Post-Urétrites	6	2	3	8
	Arthrites Septiques à germes banals	5	3	1,67	8
	Autres Rhumatismes infectieux	3	1	3	4
	(T O T A L)	(31)	(23)	(1,35)	(54)
Rhumatismes Inflammatoi- res	P. R.	2	12	0,17	14
	P. R. Probable	0	2	0/2	2
	Rhumatismes Chroniques de l'enfant	1	1	1	2
	Autres Rhumatismes Inflammatoires	1	3	0,33	4
	Rhumatismes inflammatoires non étiquetés	5	5	1	10
	(T O T A L)	(9)	(23)	(0,39)	(32)
Affections Malignes des Os	Collagénoses	0	3	0/3	3
	Myélomes	3	0	3/0	3
	Hodgkin	3	1	3	4
	Métastases Osseuses	3	3	1	6
	(T O T A L)	(9)	(4)	(2,25)	(13)
Les autres affections Rhumatismales	Dysplasie fibreuse	0	1	0/1	1
	Rhumatismes dégénératifs	14	12	1,17	26
	Pathologie métabolique	3	1	3	4
	Rhumatismes Mécaniques et modifi- cations de la statique rachidienne	5	12	0,42	17,5
	Rhumatismes Post-Traumatiques	6	1	6	7
	Hémoglobinoopathies	12	7	1,71	19
	Algodystrophie	1	0	1/0	1
	(T O T A L)	90	87	1,03	177

4 - Influence de l'âge :4-1 De 0 à 16 ans :

Rappelons le que l'âge n'a pas constitué un critère d'exclusion lors de cette enquête. Nous avons regroupé nos patients par tranche d'âge et les résultats suivants ont été obtenus : voir tableau III (page 18)

4-1 De 0 à 16 ans :

Seize de nos rhumatisants ont moins de seize ans. Nous avons retrouvé : sept cas de rhumatismes infectieux (deux R A A, trois cas de rhumatismes streptococciques, un mal de Pott, une arthrite septique à germes banals). Quatre cas d'hémoglobinopathies

trois cas de rhumatismes inflammatoires

une sclérodermie généralisée

un rhumatisme post traumatique

Ce sont les rhumatismes infectieux en particulier R A A et rhumatismes streptococciques qui dominent dans cette tranche d'âge (0 à 16 ans).

Sont totalement absents : les affections malignes des os, les rhumatismes mécaniques et les troubles de la statique rachidienne, la pathologie dégénérative et métabolique. Pour mieux apprécier la prévalence des affections ostéo-articulaires chez les enfants d'autres enquêtes seraient nécessaires dans les services de pédiatrie.

4-2 De 17 à 40 ans :

86 de nos rhumatisants appartiennent à cette tranche d'âge (17 à 40 ans) C'est là que nous rencontrons le maximum des affections rhumatismales de notre série :

les rhumatismes infectieux 26 cas

les rhumatismes inflammatoires 17 cas

les hémoglobinopathies 12 cas

les rhumatismes mécaniques et les troubles de la statique rachidienne 11 cas

les affections malignes osseuses 8 cas

les arthroses 5 cas

C'est encore les rhumatismes infectieux qui dominent de loin la pathologie ostéo-articulaire des sujets de 17 à 40 ans. Le R A A et les rhumatismes streptococciques viennent en tête (10 cas), ensuite les tuberculoses osseuses (7 cas), les arthrites posturétrites (5 cas), les arthrites septiques (2 cas). Les arthrites septiques (2 cas).

Les rhumatismes inflammatoires représentent le deuxième groupe des affections ostéo-articulaires de cette tranche d'âge.

Nous avons recensé :

- 5 cas de P. R certaines
- 2 cas de P. R probables
- 1 cas de S. A
- 1 cas de rhumatisme psoriasique
- 1 cas de rhumatisme intestinal
- 1 cas de P A S H

enfin 6 cas de rhumatismes inflammatoires qui n'ont pas pu être étiquetés. Ce qui frappe mais n'étonne pas ; -c'est que 62,50 p. cent des sujets porteurs d'arthrites post uretrites, sont rencontrés parmi cette tranche d'âge (17 à 40 ans).

Nos trois cas de myélome y figurent

c'est l'âge de début de la pathologie dégénérative et métabolique.

4-3 De 41 à 60 ans : 52 cas.

Eni également les rhumatismes infectieux viennent en tête (16 cas) mais on note un fait remarquable : au streptocoque fait place le D.K avec 43,75 p. cent. Ensuite viennent les rhumatismes inflammatoires (9 cas) et dégénératifs (9 cas). Enfin la pathologie métabolique : trois de nos quatre malades y figurent.

Remarque : Dans cette tranche d'âge il n'y a ni R A A, ni rhumatismes streptococciques.

4-4 Au delà de 60 ans :

Les rhumatisants de plus de 60 ans sont peu nombreux dans notre série (23 cas). C'est essentiellement la pathologie dégénérative qu'on rencontre (12 cas). Les autres affections ostéo-articulaires sont rares : trois cas de malade Pott, une arthrite tuberculeuse, une arthrite septique, trois P. R, deux rhumatismes mécaniques, et une hémoglobinoase.

Nous pensons que ce faible taux de sujets de plus de 60 ans, s'explique par le fait qu'ils viennent rarement consulter pour ces affections considérées comme des éléments de vieillesse.

Tableau III : Répartition des affections rhumatismales par tranche d'âge.

Affections Rhumatismales	Age en années				TOTAL
	0 à 16	17 à 40	41 à 60	plus de 60	
R A A	2	5	0	0	7
Rhumatismes Streptococciques	3	5	0	0	8
Mal de Pott	1	6	6	3	16
Arthrites Tuberculeuses	0	1	1	1	3
Arthrites Post Urétrites	0	5	3	0	8
Arthrites Septiques à germes bacillaires	1	2	4	1	8
Autres Rhumatismes infectieux	0	2	2	0	4
P. R.	0	5	6	3	14
P. R. probable	0	2	0	0	2
Rhumatisme Chronique de l'enf.	2	0	0	0	2
Autres Rhumatismes Inflammatoires	0	4	0	0	4
Rhumatismes inflammatoires non étiquetés	1	6	3	0	10
Collagénoses	1	1	1	0	3
Myélome	0	3	0	0	3
Hodgkin	0	2	2	0	4
Métastases Osseuses	0	3	3	0	6
Dysplasie fibreuse	0	1	0	0	1
Rhumatismes dégénératifs	0	5	9	12	26
Pathologie Métabolique	0	1	3	0	4
Rhumatismes mécaniques et troubles de la statique rachidienne	0	11	4	2	17
Rhumatismes Post-Traumatiques	1	3	3	0	7
Hémoglobinoopathies	4	12	2	1	19
Alcodystrophie	0	1	0	0	1
T O T A L	16 (9,04%)	86 (48,59%)	52 (29,38%)	23 (12,99%)	177 (100%)

5 - Rôle de la Profession :

Notre enquête a révélé que les ménagères sont les plus touchées 32,77 pour cent, les cultivateurs sont au second rang (14,69 p. cent); viennent ensuite les scolaires (14,12 p. cent) et les commerçants 7,34 p. cent)

Les autres professions sont peu touchées.

6 - Répartition en fonction de l'ethnie :

Nous avons retrouvé les résultats suivants :

Bambara et Malinké	38,42 p. cent
Paulh et Toucouleur	23,73 p. cent
Sarakollé	16,38 p. cent
Autres ethnies	21,47 p. cent

A notre avis cette répartition ethnique offre peu d'intérêts; ces différents pourcentages sont comparables à ceux de la répartition ethnique de la Population Malienne (Réf n°:8).

7 - Répartition selon les Régions

Nos 177 patients se répartissent comme suit :

District de Bamako	120 patients (67,80 p.100)
Région de Sikasso	15 patients (8,47 p.100)
Région de Kayes	14 patients (7,91 p.100)
Région de Koulikoro	14 patients (7,92 p.100)
Région de Ségou	10 patients (5,65 p.100)
Région de Mopti	2 patients (1,13 p.100)
Région de Gao	2 patients (11,13 p.100)
Région de Tombouctou	Zéro patient. (0 p.100)

Nous n'avons reçu aucun malade en provenance de la Région de Tombouctou et pensons que c'est à cause de son enclavement.

Plus de la moitié de nos malades résident dans le district de Bamako; ce qui n'a rien d'étonnant car notre enquête a été menée dans un hôpital de ce même district.

Le seul intérêt qu'offre cette répartition régionale c'est de mettre l'accent sur l'existence des affections rhumatismales dans nos différentes régions.

8 Les facteurs Climatiques :

Les variations climatiques ont peu d'effet sur les affections rhumatismales dans notre pays. Seuls vingt-neuf (16,37%) d'entre nous signalent une récurrence douloureuse en période de fraîcheur.

9 Influence de l'obésité :

Seulement 5,64 p. cent de nos rhumatisants sont obèses. Ces obèses sont répartis comme suit :

Rhumatismes dégénératifs : 5 sujets obèses, soit 19,23 p. cent des malades souffrant d'arthrose

Rhumatismes mécaniques et troubles de la statique rachidienne : 3 obèses soit 17,65 p. cent de ces sujets.

Pathologie Métabolique un seul obèse

arthrites post-urétrites un obèse.

Les pathologies dégénérative, métabolique et mécanique sont du reste habituellement influencées par l'obésité.

C/ Les Résultats Cliniques1 Les principaux Motifs de Consultation :

voir tableau IV (page 22)

Après avoir écouté nos 177 rhumatisants nous tirons les conclusions suivantes :

les douleurs ostéo-articulaires représentent à elles seules 86,44 p.cent des motifs de consultation.

36,78 p.cent (12 malades) ont consulté pour une association de fièvre et de douleur ostéo-articulaire ; enfin des motifs divers de consultation nous ont conduit au diagnostic d'affections médicales articulaires et osseuses. chez 12 de nos patients.

Tableau : IV

PRINCIPAUX MOTIFS DE LA CONSULTATION RHUMATOLOGIQUE
A PROPOS DE 177 OBSERVATIONS

Motif de consultation	Douleur Ostéo-art.	Association douleur Os- téo-art. Fiè- vre	Fièvre isolée	Autres	Total
Rhumatismes infectieux *	46	6	1	1	54
Rhumatismes inflammatoires	32	0	0	0	32
Collagénoses	1	0	0	2	3
Affections malignes os	7	4	0	2	13
Myosite fibreuse	0	0	0	1	1
Rhumatismes dégénératifs	22	0	0	4	26
Pathol. Métabolique	4	0	0	0	4
Rhumatismes mécaniques **	16	0	1	0	17
Rhumatismes Post traumat.	6	1	0	0	7
Hémoglobinoopathies	18	1	0	0	19
Algodystrophie réflexe	1	0	0	0	1
T O T A L	153 (86,44%)	12 (6,78%)	2 (1,13%)	10 (5,65%)	177

* : septiques et aseptiques

** : et troubles de la statique rachidienne

2 - Horaire des douleurs :

La précision de l'horaire de la douleur ostéo-articulaire ressentie par nos patients est l'un des problèmes majeurs auxquels nous avons été confrontés.

Nous pensons que l'horaire de la douleur, donné par nos patients ne permet pas de faire la séparation dans tous les cas entre les douleurs de type inflammatoire et de type mécanique. Cependant tous nos malades atteints de polyarthrite rhumatoïde ont signalé spontanément que leur douleur est à prédominance nocturne, avec raideur matinale.

3 - Ancienneté des troubles :

La notion de début de la maladie étant en général imprécise compte tenu des difficultés de l'interrogatoire, nous vous livrons avec réserve l'ancienneté relative de la maladie avant notre première consultation.

46,89 p.cent de nos patients ont consulté pour la première fois au cours du premier semestre.

6,78 p.cent ont consulté pour la première fois au cours du deuxième semestre.

12,43 p.cent ont consulté pour la première fois après une année d'évolution de la maladie. Enfin 33,90 p.cent nous ont consulté pour la première fois après deux années d'évolution de la maladie. Les sujets souffrant de rhumatisme infectieux consultent en général tôt : 64,81 p.cent ont consulté au cours du premier semestre de la maladie. Toutefois signalons que les pottiques consultent le plus souvent tardivement.

37,5 p.cent de ceux souffrant de rhumatisme inflammatoire ont consulté au cours du premier semestre. Enfin 23,08 p.cent des arthrosiques ont consulté au cours du premier semestre de la maladie.

Rappelons toutefois que ce retard dans la consultation s'explique en partie par le fait que les malades essaient des traitements à domicile avant de venir se confier à un médecin.

4 - L'état Général du Rhumatisme :

L'altération de l'état général s'observe chez 49,79 p.cent de nos patients.

Cette atteinte de l'état général se retrouve comme on peut s'y attendre dans les spondylodiscites tuberculeuses, dans les ostéopathies malignes surtout quand on sait qu'il s'agit le plus souvent de formes métastatiques, au cours des rhumatismes inflammatoires (56,24 p.cent) enfin chez 57,89 p.cent de nos patients porteurs d'hémoglobinopathie.

Nous n'avons que rarement noté une altération de l'état général chez nos patients atteints de rhumatismes streptococciques et pratiquement jamais dans les R.A.A. de notre série. Il en est de même pour les autres affections. Aucune conclusion n'est possible concernant le faible échantillon des affections métaboliques.

5 - Les localisations ostéo-articulaires au cours des différentes affections rhumatismales :

Au terme de cette étude portant sur 177 patients on a retrouvé :

22 localisations monoarticulaires .

29 localisations oligoarticulaires : c'est à dire des atteintes articulaires ne dépassant pas trois articulations.

55 localisations polyarticulaires (plus de trois articulations atteintes).

63 localisations purement rachidiennes.

et 8 cas de localisation extra-articulaires.

Les arthrites septiques représentent 30,43 p.cent des localisations monoarticulaires.

Les atteintes polyarticulaires sont surtout observées au cours des rhumatismes inflammatoires. D

Devant une affection médicale du rachis, les principaux diagnostics à évoquer sont par ordre de fréquence décroissante :

le mal de Pott (25,40 p.cent)

les dégénérescences rachidiennes (20,63 p.cent)

les métastases (9,52 p.cent).

6 - Siège des atteintes ostéo-articulaires au cours des affections rhumatismales :

Les principaux sièges rencontrés sont :

- les grosses articulations (42,86 p.cent)

- le rachis (35,59 p.cent)

- siège simultané aux grosses et petites articulations (12,64 p.cent)

Les autres sièges ont été retrouvés mais à des fréquences très faibles.

Remarque: Douze de nos quatorze patients atteints de P.R. avaient une atteintes/petites articulations (^{des} mains, pieds) associée à l'atteinte des grosses articulations. Cette atteinte des grosses articulations était survenue au cours de l'évolution de la maladie dans la plus part des cas. L'atteinte des grosses articulations est surtout rencontrée dans les rhumatismes infectieux.

-La fièvre:

Elle n'est retrouvée que chez cinquante neuf de nos patients soit 33,33 p. cent.

Les autres rhumatisants n'avaient pas de fièvre lors de la première consultation.

La fièvre s'observe surtout au cours des rhumatismes infectieux.

Nous pensons que l'absence de fièvre chez beaucoup de nos patients est le résultat des traitements antérieurs (antipyrétiques, antiinflammatoires) reçus avant leur admission à l'hôpital ou au cabinet de consultation.

D/ Résultats de quelques examens complémentaires :1- La Vitesse de Sédimentation Globulaire

La mesure de la vitesse de sédimentation globulaire donne :

- une valeur inférieure ou égale à 60 mm à la première heure dans 29,63 p.cent des rhumatismes infectieux, 43,75 p.cent des rhumatismes inflammatoires, 76,92 p.cent des arthroses, 73,68 p.cent des hémoglobinoses et dans 64,71 p.cent des rhumatismes mécaniques et troubles de la statique rachidienne.
- Plus de 60 mm à la première heure dans : 70,37 p.cent des rhumatismes infectieux, 56,25 p.cent des rhumatismes inflammatoires, 23,08 p.cent des arthroses, 26,32 p.cent ^{des} hémoglobinoses et dans 35,29 p.cent des rhumatismes ^{es} mécaniques et troubles de la statique rachidienne.

Le tableau V (de la page: 27) donne plus de détails sur les résultats de la V.S. chez nos 177 patients .

Remarques : L'accélération de la V.S. (plus de 80mm à la première heure) chez 23,08 p.cent de nos arthrosiques ne peut être mise sur le compte de leur arthrose.

Par contre une V.S. inférieure ou égale à 60mm à la première heure dans 43,75 p.cent des rhumatismes inflammatoires est probablement la conséquence des traitements antiinflammatoires reçus par ces malades avant tout bilan biologique.

RESULTAT DE LA VITESSE DE SEDIMENTATION GLOBULAIRE
AU COURS DE LA PREMIERE HEURE

Affections	V. S * en mm				TOTAL
	0 à 60	61 à 80	81 à 100	Plus de 100	
Rhumatismales					
R A A	0	2	1	4	7
Rhumatismes Streptoococciques	3	2	1	2	8
Mal de Pott	9	2	3	2	16
Arthrites tuberculeuses	0	1	1	1	3
Arthrites Post-Uréritites	3	1	3	1	8
Arthrites Septiques	0	0	3	5	8
Autres Rhumatismes infectieux	1	0	2	1	4
P. R.	3	2	5	4	14
P. R. probable	0	0	2	0	2
Rhumatisme Chronique de l'enfant	1	0	0	1	2
Autres Rhumatismes inflammatoires	3	0	0	1	4
Rhumatismes inflammatoires non étiquetés	7	2	1	0	10
Collagénoses	1	0	2	0	3
Myélome	0	1	0	2	3
Hodgkin	0	0	2	2	4
Métastases osseuses	2	1	1	2	6
Dysplasie fibreuse	1	0	0	0	1
Rhumatismes dégénératifs	20	0	3	3	26
Pathologie métabolique	2	0	2	0	4
Rhumatismes Post-traumatiques	6	1	0	0	7
Rhumatismes Mécaniques et troubles de la statique rachidienne	11	5	0	1	17
Hémoglobino-pathie	14	2	1	2	19
Alcodystrophie	1	0	0	0	1
TOTAL	86	22	33	36	177
	(48,59%)	(12,43%)	(18,64%)	(20,34%)	(100%)

* : Vitesse de sédimentation globulaire au cours de la première heure.

2 - Etude Radiologique :

L'examen radiologique des articulations atteintes cliniquement a été pratiqué au tant que possible. Cet examen nous aide non seulement au diagnostic mais à suivre l'évolution de la maladie rhumatismale, et enfin nous aide à tirer des conclusions sur le pronostic de la fonction articulaire.

2 - 1 Les tuberculoses osseuses :

Douze de nos seize Patients ont pu bénéficier d'un examen radiologique.

Topographie des lésions retrouvées : l'atteinte du rachis dorsal est la plus fréquente : 5 cas, ensuite viennent les atteintes du rachis lombaire (3 cas), cervical (3 cas) ; nous avons retrouvé un cas d'atteinte lombosacrée.

Un seul de nos trois malades présentant une arthrite tuberculeuse extrarachidienne a eu une exploration radiologique ; qui nous a montré un pincement de l'interligne articulaire du genou gauche.

2 - 2 Les rhumatismes dégénératifs (les arthroses)

Ici l'examen radiologique nous permet de différencier les rhumatismes dégénératifs des rhumatismes mécaniques.

Nos 26 patients ont tous eu une exploration radiologique.

La topographie des lésions retrouvées est la suivante :

lombarthrose	13 cas
gonarthrose	8 cas
coxarthrose	1 cas
association coxarthrose-gonarthrose	1 cas
arthrose acromio-claviculaire	1 cas
arthrose de la cheville	1 cas
arthrose du poignet	1 cas

2 - 3 La polyarthrite rhumatoïde :

Douze de nos malades atteints de polyarthrite rhumatoïde ont eu une radiographie des articulations atteintes cliniquement. Cinq n'avaient pas de lésions osseuses radiologiques, sept avaient des lésions osseuses.

a. La distribution-topographique des

pas lésions : elle est donnée par le tableau VI. Nous n'avons observé d'atteinte au niveau des coxo-fémorales, des pieds et des épaules dans des P.R. pourtant évaluées. L'exploration rachidienne (rachis-cervical) n'a été faite que chez un seul malade et n'a pas trouvé de lésions.

Tableau VI : Distribution topographique des lésions radiologiques

Articulations	Nombre	Pourcentage
Mains (I.P.P., M.P.P.)	6	40
Poignets	6	40
Coudes	1	6,67
Epaules	0	0
Génoux	1	6,67
Chevilles	1	6,67
Pieds	0	0
Bassin	0	0

b. Analyse des lésions : le tableau VII donne la fréquence des lésions rencontrées. Les pincements articulaires constituent les principales lésions rencontrées (54,55 p.cent). Des lésions telles que les érosions, les géodes n'ont pas été retrouvées.

Tableau VII : Fréquence des lésions radiologiques rencontrées

Lésions rencontrées	Nombre	Pourcentage
Déminéralisation	2	18,18
Erosion	0	0
Pincement	6	54,55
Géodes	0	0
Fusion	3	27,27

2 4 Dans les rhumatismes chroniques de l'enfant :

Nous n'avons eu que deux cas de rhumatismes chroniques de l'enfant. L'examen radiologique était normal chez l'un des enfants (observation n°2); l'autre avait une coxite bilatérale très marquée à droite (observation n°1).

2 5 Dans les autres rhumatismes inflammatoires :

Nous avons trouvé une sacroileite chez deux malades. Les autres avaient un examen radiologique normal. Malheureusement nous n'avons pu faire des clichés de contrôle.

2 6 Les autres affections rhumatismales :

L'examen radiologique ne trouve :

3 cas d'ostéonécrose aseptique (O.N.A) de la tête fémorale.

4 cas d'image lytique d'origine métastatique.

3 - L'électrophorèse de l'hémoglobine :

L'électrophorèse de l'hémoglobine de nos dix neuf patients atteints d'hémoglobinoase nous donne les résultats suivants :

Hémoglobine	SS	10 cas
Hémoglobine	SC	6 cas
Hémoglobine	SF	1 cas
Hémoglobine	SA	1 cas
Hémoglobine	CC	1 cas

4 - Le protidogramme :

Nous n'avons pas trouvé d'anomalies importantes du protidogramme au cours de nos rhumatismes inflammatoires, et collagénoses.

Nous avons trouvé un pic monoclonale gamma chez deux de nos malades atteints de myélome.

5 - Sérologie Rhumatoïde :

Le tableau VIII donne les résultats de la sérologie rhumatoïde au cours des rhumatismes inflammatoires et collagénoses.

La sérologie rhumatoïde est positive chez 78,57 p.cent des malades atteints de P.R. Par contre dans les autres rhumatismes inflammatoires elle n'est positive que chez 7,14 p.cent des patients.

Quant aux collagénoses et rhumatismes chroniques de l'enfant, l'échantillon est trop faible pour qu'on puisse tirer des conclusions.

Tableau VIII Sérologie rhumatoïde au cours des rhumatismes inflammatoires et collagénoses à propos de 35 cas

Rhumatismes Inflammatoires et Collagénoses	Sérologie	
	Positive	négative
P. R.	11	3
P.R. probable	2	0
Rhumatismes chroniques de l'enfant	0	2
Autres rhumatismes inflammatoires	1	13
Collagénoses	1	2
Autres rhumatismes inflammatoires	1	15
Total	15	20

6 - Recherche des anticorps anti A D N :

Cette recherche a été faite systématiquement dans tous les cas de rhumatismes chroniques et de collagénoses.

Les anticorps anti A D N ont été retrouvés chez trois de nos patients atteints de P R .

TROISIEME PARTIE

Etude Synthétique

1 - Les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques :

Les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques dominent la pathologie ostéo-articulaire de notre série.

Ils représentent 30,51 p. 100 de cette pathologie

1-1 Les rhumatismes streptococciques et le R A A

Ces affections se rencontrent dans la population jeune et adulte de moins de 40 ans. La moyenne d'âge est de 20,43 ans. Les femmes sont les plus touchées (11 femmes pour 4 hommes).

Les douleurs polyarticulaires (surtout localisées aux grosses articulations) souvent associées à de la fièvre constituent les principaux motifs de la consultation rhumatologique. L'état général du patient est conservé. Nous avons trouvé peu d'atteinte cardiaque.

La vitesse de sédimentation est supérieure à 60 mm à la première heure, chez 86,67 p. cent de nos patients. La recherche qualitative des ASLO est positive chez tous ces rhumatisants.

Pour le diagnostic de R A A nous nous sommes servi des critères de Jones après avoir éliminé une drépanocytose. Quant aux rhumatismes streptococciques la survenue d'arthrite ou d'arthralgie dans les suites d'une angine streptococcique nous a permis de poser leur diagnostic. L'évolution a été favorable dans tous les cas.

1-2 Les tuberculoses osseuses :

Elles représentent 35,18 p. 100 des rhumatismes infectieux. La prédominance masculine est nette 68,42 p. cent. Sur nos dix neuf cas de tuberculoses osseuses recensées, seize avaient des localisations rachidiennes (84,21 p. 100), et trois localisations extra-rachidiennes. La symptomatologie était essentiellement constituée par l'association : fièvre, altération de l'état général, douleur surtout rachidienne, parfois une gibbosité. Quant aux arthrites tuberculeuses (non rachidiennes) c'est surtout la longue évolution qui retenait notre attention.

L'accélération de la vitesse de sédimentation a été observée dans 63,16 p. cent des cas (V. S. supérieure à 60 mm à la première heure).

Nous avons eu peu d'I D R à la tuberculine positives.

Le diagnostic a été basé sur la clinique, la radiographie (dans les atteintes rachidiennes) et la biologie.

Pour les autres arthrites tuberculeuses : l'échec du traitement par les autres antibiotiques, le caractère évolutif de la maladie, la biologie, nous ont orienté vers le diagnostic d'arthrite tuberculeuse. L'efficacité du traitement anti-tuberculeux venait confirmer enfin le diagnostic

d'arthrite tuberculeuse dans les cas restés douteux.

1-3 Les arthrites post urérites :

Cette affection touche surtout les hommes. Nous avons trouvé trois hommes pour une femme. La moyenne d'âge est de 48, 67 ans chez les hommes. Nos deux patientes avaient chacune 18 ans.

Les douleurs oligo-articulaires siégeant aux grosses articulations ont constitué les principaux motifs de consultation. Ce sont des patients qui consultent en général tôt. L'interrogatoire permet de rattacher l'arthrite à une infection uro-génitale. L'évolution est favorable sous traitement anti-biotique.

Dans aucun cas nous n'avons pu mettre en évidence le germe responsable (pour des raisons indépendantes de notre volonté).

1-4 Les autres rhumatismes infectieux à germes banals

Ils sont rarement en cause. Ils se localisent aux grosses articulations dans la majorité des cas (huit arthrites septiques, et quatre arthrites aseptiques).

La mise en évidence du germe nous a également posé des problèmes. Parmi nos douze malades nous avons trouvé deux cas de staphylococcie, une salmonellose, un cas où le germe gram négatif n'a pu être identifié, dans les autres cas on a pas pu mettre en évidence le germe responsable.

2 - Les rhumatismes inflammatoires

Ils constituent le deuxième groupe des affections rhumatismales recensées au cours de notre enquête (18,08 p.cent).

2 - 1 La polyarthrite rhumatoïde : Elle est fréquente (14 cas en l'espace de douze mois). Soit une fréquence de la maladie par rapport à l'ensemble des affections rhumatismales de 7,91 p.cent. Notre étude comprend 2 hommes (14,29 p.cent) et 12 femmes (85,71 p.cent). La moyenne d'âge de nos malades est de 47,71 ans. Nous n'avons pas tenu compte du niveau social de nos malades. Nous n'avons pas trouvé de caractères particuliers en fonction de l'ethnie et de la provenance régionale au Mali.

La consultation est en général tardive (64,28 p.cent de nos malades ont consulté après une année d'évolution de la maladie). La topographie de l'atteinte articulaire initiale a toujours été périphérique. La précision sur le mode de début a été difficile. Les principales atteintes articulaires retrouvées sont données par le tableau ci-dessous

Tableau montrant la distribution topographique des atteintes articulaires douloureuses chez les 14 malades

Articulations	Nombre
Mains (I P P, M C P)	12
Poignets	14
Coudes	8
Epaules	7
Hanches	4
Génoux	9
Chevilles et pieds	12
Rachis	5

Nous nous sommes servi des critères cliniques de l'ARA pour établir le diagnostic.

Les lésions radiologiques retrouvées figurent au tableau VII (page: 29)

La sérologie rhumatoïde est positive chez 78,57 p.cent de nos patients. 78,57 p.cent de nos malades avaient également une V S supérieure à 60 mm au cours de la première heure.

L'étude des groupes H L A et l'étude anatomo-pathologique n'ont pu être effectuées.

2 - 2 Rhumatismes chroniques de l'enfant : ils sont rares dans notre série. Nous n'avons trouvé que deux cas : Observations n° 1 et 2 .

2 - 3 Les autres rhumatismes inflammatoires : leur fréquence par rapport à l'ensemble des affections rhumatismales est de 7,91 p.cent (14 sur 177). Ici également la prédominance féminine est notée (5 femmes pour 3 hommes). La moyenne d'âge de ces patients est de 28,19 ans.

Nous n'avons pas trouvé de particularités cliniques en fonction de l'éthnie et de la provenance régionale. Le mode de début est difficile à préciser, chez la plupart des malades.

La topographie des atteintes articulaires douloureuses est la suivante :

Articulations	Nombre
Mains (I P P, M C P)	2
Poignets	3
Coudes	4
Épaules	4
Hanches	10
Génoux	3
Chevilles et pieds	4
Rachis	8

Ces patients nous ont posé de véritables problèmes diagnostiques. Dans 71,43 p.cent des cas (10/14) nous n'avons pas pu étiqueter l'affection rhumatismale en cause. Les résultats des examens para cliniques figure^t au chapitre des examens complémentaires.

NOTA : Les rhumatismes inflammatoires non étiquetés représentent en tout 31,25 p.cent de l'ensemble des rhumatismes inflammatoires de notre série (10/32).

3 - Les Rhumatismes dégénératifs : les arthroses

Le rhumatisme dégénératif occupe le troisième rang après les rhumatismes infectieux et inflammatoires. La pathologie dégénérative frappe les deux sexes. La moyenne d'âge de nos sujets est de 56,77 ans.

La consultation est en général tardive :

54,55 p. cent de nos patients ont consulté après deux années d'évolution.

9,09 p. cent ont consulté au cours de la deuxième année

et 36,36 p. cent ont consulté au cours de la première année de la maladie.

L'état général de ces patients est peu influencé par leur arthrose.

L'obésité est rarement incriminée (19,23 p. cent de nos patients). Huit parmi nos vingt six rhumatisants signalent une aggravation de leur douleur pendant les périodes de fraîcheur.

Aucune profession ne semble particulièrement plus touchée. Les localisations rachidiennes viennent en tête (83,85%) surtout au rachis lombaire, ensuite les localisations mono-articulaires (23,08%) et poly-articulaires (23,08%). Les localisations mono et poly-articulaires intéressent surtout les grosses articulations. Nous avons eu quelques cas de g. accélérée d'interprétation difficile.

Les lésions radiologiques nous ont permis d'affirmer le diagnostic d'arthrose.

4 - Les Hémoglobinoses :

Ce sont en général les sujets de moins de 40 ans. L'hémoglobine SS est responsable des manifestations ostéo-articulaires dans la majorité des cas. 52,63 p. cent de ces drépanocytaires étaient porteurs de l'hémoglobine SS.

L'électrophorèse de l'hémoglobine permet de faire le diagnostic. La radiographie nous aide à la recherche de complications ostéo-articulaires que sont les ostéonécroses de la tête fémorale.

5 - Les rhumatismes mécaniques et les troubles de la statique rachidienne:

Ils sont incontestablement fréquents; mais faute d'exploration suffisante nous nous sommes vu dans l'obligation de retirer les dossiers de beaucoup de nos patients. Nous avons seulement retenus 17 dossiers (soit 9,60 p. cent de l'ensemble de nos affections rhumatismales).

Cette pathologie frappe surtout les femmes en particulier les ménagères.

La clinique n'a rien de particulier. Dans les cas des troubles de la statique rachidienne la déformation est bien visible à l'examen clinique et confirmée par l'examen radiologique

6 - Les affections malignes des os :

La pathologie maligne osseuse est plus fréquente dans notre pays qu'on ne l'aurait soupçonné. Nous avons recensé treize cas en l'espace de douze mois.

Ce sont les métastases osseuses qui sont plus fréquentes, et se localisent en général au rachis (46,15 p.cent)

La découverte du cancer primitif nous a permis de poser le diagnostic de métastase. La radiographie a confirmé ce diagnostic en montrant des images typiques de métastase osseuses.

Le myélome : l'électrophorèse des protéides, le médulogramme, la V.S. permettent de faire le diagnostic.

La découverte de cellules de Sternberg dans les ganglions nous a permis de poser le diagnostic de Hodgkin.

7 - Les Collagénoses :

Elles sont rares dans notre série. Nous n'avons trouvé que trois cas toutes des femmes. Ce faible échantillon ne nous permet pas de tirer des conclusions fiables.

8 - Rhumatismes Post-Traumatiques :

Ils sont peu fréquents, ils surviennent à distance d'un traumatisme retrouvé dans les antécédents personnels du malade. Ce sont les hommes qui sont les plus touchés, en particulier les adultes.

9 - Les Autres affections Rhumatismales

Il s'agit de la pathologie métabolique, des tumeurs bénignes osseuses, des algodystrophies.

Leur faible effectif nous invite à la prudence, et ne nous permet pas de livrer des conclusions fiables. Des études ultérieures permettront d'avoir d'amples informations sur leur épidémiologie dans notre pays.

QUATRIEME PARTIE

quelques Observations

Plutôt que de détailler les 177 observations qui ont servi de base à l'analyse précédente ; nous avons préféré livrer à votre réflexion les observations de quelques unes des affections rares recensées au cours de notre enquête.

~~1. Rhumatismes Chroniques de l'enfant :~~

1 Rhumatismes Chroniques de l'enfant :

Nous n'avons recensé que deux cas au cours de notre étude. Nous vous rapportons ici ces deux observations :

Observation n°1 : M. SOUMARE un garçon de 13 ans, élève sarakollé résident à Kayes est admis dans le service de Médecine IA le 21-10-82 pour une douleur des deux hanches.

La maladie a débuté il y a trois mois par des douleurs localisées aux deux hanches, plus marquées à gauche. Ensuite des douleurs sont apparues au niveau des coudes et des chevilles, quelques semaines après le début. La douleur est de type inflammatoire, accompagnée d'une fièvre, d'un amaigrissement et d'une impotence fonctionnelle.

A l'examen on note une altération de l'état général, une température à 38,8°C, une paleur des conjonctives, une rate au stade I, un gros foie, une boiterie gauche et une ankylose de la hanche gauche. On retrouve une douleur provoquée au niveau des localisations articulaires ci-dessus citées, lors de l'examen clinique.

La V.S. est très accélérée 120/125 mm, il existe une anémie de type inflammatoire.

L'électrophorèse des protéides révèle une hypoalbuminémie à 15,9g/l et une hypergamma globulinémie à 26g/l, les alpha 2 globulines sont à 6,9g/l. La sérologie rhumatoïde est négative. On n'a pas retrouvé d'anticorps anti A D N.

La radiographie du bassin montre une coxite bilatérale avec destruction des surfaces articulaires.

On conclut à une polyarthrite chronique juvénile.

Observation n°2 F. SYLLA une fillette de 4 ans, sarakollé, résidente chez ses parents à Damako est admise le 1er-03-83 en médecine II pour hydarthrose bilatérale des deux genoux.

Le début de la maladie remonte à huit mois environ, marqué par des troubles de la marche et des déformations indolores des genoux, d'installation progressive.

A l'examen on trouve une hydarthrose bilatérale des deux genoux, indolore, un gonj valgum, un gonflement dorsal des deux poignets, et une légère infiltration des deux chevilles. L'examen des différentes localisations ne provoque pas de douleur.

La V.S. bizarrement est quasi normale: 10/30mm (Nota : la patiente avait reçu des médicaments en per os et en injection dont la nature n'a pas été précisée par les parents).

Aucune anomalie n'est notée à la numération formule sanguine (N F S).
 Le protidogramme montre une légère augmentation des alpha 2 globulines signant une inflammation. La protéinurie de 24 heures est de 3,5g, le liquide de genou donne : sucre = 4,5mmol par litre, protides 30 gramme par litre. La sérologie rhumatoïde est négative, les anticorps anti A D N ne sont pas retrouvés.

L'examen radiologique des articulations atteintes cliniquement est normal.

En conclusion : Maladie de Still.

2 - Les autres rhumatismes inflammatoires étiquetés :

Nous nous rapportons ici deux observations :

Observations n°3 : Mlle H. DIALLO 23 ans, comptable, Peulh, résidence Damako, est admise en Médecine IB le 05-04-83 pour des douleurs polyarticulaires. Depuis environ deux ans la patiente signale des douleurs localisées aux poignet, coude, épaulo droits, deux chevilles, elle souffre aussi de son rachis dorsal.

On retrouve dans ses antécédents un psoriasis traité à l'institut Marchoux de Damako en 1979-1980. A l'examen : on trouve un bon état général, des arthrites inflammatoires des localisations ci-dessus citées exception faite pour le rachis. L'examen clinique de même que les mouvements actifs éveillent la douleur.

La V S est à 60/90 mm, la N.F.S. est normale le protidogramme est également normal.

La sérologie rhumatoïde est négative, les anticorps anti A D N n'ont pas été retrouvés.

La radiographie des différentes localisations cliniques est normale.

Conclusion : Rhumatisme psoriasique.

Observations n°4 : Mr. O. MAIGA 25 ans élevé, Sonrhail, résidant à Damako est admis dans le service de Médecine IB le 13-4-83 pour douleur du rachis lombaire plus une sciatique gauche.

Le début de la maladie remonte à 1977 marqué par des douleurs du rachis dorsal et lombaire, enfin des douleurs au niveau des deux fesses à irradiation descendante dans les cuisses. Les douleurs ont une recrudescence nocturne, éveillent le malade dans la nuit (vers une heure du matin).

Les douleurs s'estompaient au réveil le matin après quelques dizaines de mètres de marche; Pour ne réapparaître que la nuit suivante. Par ailleurs ce jeune patient ne signale aucune autre anomalie fonctionnelle.

Il a reçu de nombreux anti-inflammatoires depuis les premières années d'installation de la maladie ; mais la maladie continue à évoluer par poussées. Ces deux dernières années il se plaint en plus de douleur thoracique.

A l'examen de ce malade, on trouve un état général peu altéré, une scoliose dorsale et lombaire, avec raideur importante du rachis dorsal et lombaire. Il a une boiterie gauche. La flexion complète des deux cuisses est impossible. Le V. S. est à 15/55, la N F S est normale, on trouve une hypoprotidémie avec diminution de toutes les fractions globuliniques, la sérologie rhumatoïde est négative, les anticorps anti A D N sont absents. Malheureusement nous n'avons pas pu faire l'étude des groupages tissulaires de ce jeune patient.

L'examen radiologique montre :

- au niveau du bassin : une disparition des articulations sacro-iliaques.
- au rachis lombaire :

De face on trouve une hyperostose étendue de L1 à L4 ; à prédominance latérale gauche recouvrant les corps vertébraux et les disques.

Le profil montre une hyperostose vertébrale antérieure.

Conclusion : Nous avons retenu le diagnostic de spondyl arthrite ankylosante (S. A.).

3 - Les affections métaboliques :

Observation n°5 : Mme S. DOUCOURE : 40 ans, sarakollé, ménagère, résidente à Toubacoura (deuxième région du Mali) est admise dans le service de Médecine II le 30-5-83 pour douleur ostéo-articulaire diffuse.

Le début de la maladie remonte à cinq ans marqué par des douleurs au niveau du pubis, du rachis lombaire, des os de l'avant-bras et des mains. Ces douleurs gênent la patiente dans ses activités ménagères, et obligent souvent l'arrêt de l'effort. Par ailleurs elle signale un amaigrissement progressif et une impotence fonctionnelle.

Dans ses antécédents personnels on retrouve une notion de fracture pathologique (vers 1978) au niveau d'un ou des deux os de l'avant-bras droit au niveau du tiers inférieure.

Antécédents familiaux : sa jeune sœur a une P.R. probable.

A l'examen : on note une altération importante de l'état général (taille 168 cm, poids = 43 Kg); une scoliose du rachis lombaire. L'examen clinique reveille la douleur au niveau du rachis lombaire, des poignets, des coudes. La N F S est normale, la V S est à 30/75 mm, la calcémie est à 48 mg/l, la phosphoremie est à 11,7 mg/l.

Le protidogramme est normal.

La cytologie de la moelle ne retrouve pas de cellules anormales.

L'examen radiologique : montre une déminéralisation au niveau du rachis dorsal/lombaire, des traits de Looser-Milkman au niveau des deux fémurs.

L'examen histologique des os de la crête iliaque n'a pas été fait.

L'évolution a été favorable sous vitamine D2.

Conclusion : IN Nous avons retenu le diagnostic d'ostéomalacie.

Observation n°6 : Mr. S. KONDE a 57 ans, Mianka, rédacteur d'administration, résidant à Bamako a été reçu dans le service de Médecine IA le 10-10-83 pour douleur du genou droit.

Depuis 1967 il se plaint souvent de douleur des gros orteils. Ce sont des douleurs de type inflammatoire, de début brutal sans facteur déclenchant apparent, nocturnes, accompagnées de tuméfaction des gros orteils.

Actuellement il se plaint de son genou droit qui lui fait atrocement mal surtout la nuit.

A l'examen : on trouve une altération de l'état général, une température à 38,2° C, une hydarthrose importante du genou droit. Le genou droit est en flexion, chaud et très douloureux à la palpation, impotent. L'examen des articulations métatarso-phalangiennes des deux gros orteils reproduit la douleur ; mais ne trouve pas de signes locaux d'inflammation.

La V S est à 90/100, la N. F S est normale.

L'uricémie est élevée : 615,75 micromoles par litre (103,5 mg par litre).

L'examen radiologique des articulations atteintes est normal.

La cytologie du liquide du genou droit trouve de très nombreuses cellules par mm³ (un nombre incomptable de cellules par mm³) ; la chimie de ce même liquide nous donne 49 g de protéides par litre.

sous colchicine on obtient une amélioration importante sur le plan clinique.

En conclusion : Nous avons retenu le diagnostic de goutte.

Observation n° 7

Mlle M. COULIBALY, 16 ans, élève, Bambara, originaire de Ségou est admise en Médecine IB le 4 Mars 1983 pour infiltration diffuse de la peau.

L'interrogatoire nous apprend, que le début de la maladie remonte à une année, marqué par une infiltration de la peau du visage, des arthralgies. Quelques mois après le début ^{sont} apparues une hyperpigmentation de l'abdomen, des zones de dépigmentation au niveau des mains. Enfin l'infiltration s'est étendue à toute la peau du corps.

A l'examen : on trouve une peau lisse, dure, infiltrée dans son ensemble. L'infiltration du visage rend l'ouverture de la bouche difficile. Les rides du visage sont effacées.

La V.S. est à 45/80. La sérologie rhumatoïde est positive. Les anticorps anti DNA sont absents. Le protidogramme est normal.

Diagnostic retenu : sclérodermie généralisée.

Observation n° 8 :

Mme M. FOMBA 34 ans, Bambara, enseignante, résidente à Bamako est admise en Médecine IB le 7 - 11 - 83 pour tuméfaction de l'humeur.

L'histoire de la maladie nous apprend que la découverte de cette tuméfaction datant de 1962 (alors que la patiente n'avait que 13 ans) fut fortuite lors d'un examen radiologie pratiqué après une chute, à la recherche de fracture. Cette tuméfaction est très peu douloureuse, augmentant progressivement mais lentement de volume, ne gêne pas la patiente dans ses activités.

A l'examen on trouve un humerus droit augmenté de volume, déformé. Le pouce droit est augmenté de volume à sa base avec une déformation très importante. L'état général est peu altéré le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie de l'humerus droit montre une zone de transparence au centre de l'os, cernée par une mince coque élargissant irrégulièrement la diaphyse humérale. On observe ce même aspect radiologique au niveau de la première phalange du pouce droit.

La biopsie osseuse envisagée n'a pu être effectuée à cause de l'état gravidique de la patiente.

Au total : l'âge de début de la maladie, la longue évolution, le sexe de la patiente, les sièges de la tumeur, et l'aspect radiologique nous ont fait évoquer le diagnostic de ^{dys} ~~dys~~ dysplasie fibreuse (Dysplasie osseuse).

CINQUIEME P A R T I E

Commentaires

1 - Rhumatismes infectieux septiques et aseptiques :

Ces affections sont fréquentes : 54 cas. Deux germes sont essentiellement incriminés : le B.K. et le streptocoque.

1 - 1 Les tuberculoses osseuses :

Les tuberculoses osseuses sont fréquentes au Mali, elles représentent 10,74 p.cent de l'ensemble de la pathologie ostéo-articulaire. Elles viennent en tête des rhumatismes infectieux septiques et aseptiques (35,18 p.cent).

D'après le Docteur Mme COULIBALY K. DIABATE (Réf.n° 6) les tuberculoses ostéo-articulaires représentent 29 p.cent des tuberculoses extra-pulmonaires au Mali.

Les Professeurs M.GENTILINI, B. DUFLO (réf.n° 10) signalent que les tuberculoses osseuses sont répandues en Afrique noire.

C'est surtout les hommes qui sont atteints (douze hommes pour sept femmes). La prédominance masculine a été soulignée par le Docteur Mme COULIBALY K. DIABATE (réf.n° 6) (trente hommes pour onze femmes), par Y. GENDRON (réf.n° 9).

Les localisations vertébrales dominent : 84,21 p.cent dans notre étude.

Selon CARAYON (réf.n° 5) 73,8 p.cent des lésions osseuses d'origine tuberculeuse se situent sur le rachis; et 75 p.cent pour P.PÈNE (Réf.n° 22)

Si chez nous la fréquence des spondylodiscites tuberculeuses, reste encore élevée, ailleurs on assiste à une diminution considérable. R. ALBOUY et coll. (réf.n° 1) montrent la nette diminution au fil du temps : en 1941 : 1 spondylodiscite non tuberculeuse pour 33 spondylodiscites tuberculeuses ; en 1965 : 1 spondylodiscite non tuberculeuse pour 8 spondylodiscites tuberculeuses.

Récemment on en arriverait au tiers selon BONToux (réf.n° 4).

Ces différents auteurs (réf.n° 1) et 4) signalent également une prédominance masculine dans les spondylodiscites non tuberculeuses entre 60 et 80 p.cent avec une moyenne d'âge de 50 à 70 ans.

Dans notre pays les spondylodiscites à germes banaux demeurent encore rares.

1 - 2 Arthrites streptococciques et R A A : ils représentent 0,47 p. cent des affections rhumatismales. La prédominance féminine est très forte, ce qui n'est pas conforme à l'idée selon laquelle l'homme est plus sensible à l'infection que la femme (S. KERNDAUM réf. n° : 15).

En Afrique noire avant de poser le diagnostic de R A A il faut d'abord penser à éliminer une hémoglobinose.

1 - 3 Les arthrites post-urétrites : Sont plus fréquentes chez les hommes. Nous pensons que cela est dû à la plus grande liberté sexuelle dont bénéficient les hommes.

L'un des problèmes majeurs ici c'est l'identification du germe responsable. D'une manière générale dans notre série les hommes sont plus frappés par les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques.

2 - Rhumatismes Inflammatoires :

2-1 La P.R.

Epidémiologie :

Les études épidémiologiques sur la P.R. sont rares en Afrique. Au Mali pendant une période de 12 mois sur 177 rhumatisants nous avons trouvé 14 cas de P.R. de diagnostic certain soit une fréquence de 7,09 p. cent.

En Côte d'Ivoire : pendant une période de 9 ans sur 20.700 malades ayant séjourné à l'Hôpital, 50 étaient porteurs de P R. (J.P. LELEU et coll réf. n° 16). D'après une autre étude menée par ces mêmes auteurs de novembre 1980, fin décembre 1981, 72 arthrites ont été hospitalisées dont 21 maladies rhumatoïdes, soit une fréquence de 29,16 p. cent.

En Afrique du Sud : une étude de DEIGHTON et coll citée par J.P. LELEU et coll (Réf. n° 16) nous donne : en milieu rural sur 801 individus examinés 7 P R ont été retenues soit 0,87 p. cent. Une autre étude en milieu urbain menée par SOLOMON et coll citée par J.P. LELEU et coll (réf. n° 16) sur 551 sujets, 18 étaient porteurs d'une P.R. soit 3,3 p. cent.

D'après J.P. LELEU et coll réf. n° 16) l'ensemble des auteurs s'accordent sur le fait qu'en milieu rural traditionnel la P.R. est moins fréquente qu'en occident.

Etude Clinique : En 1977 MEIGNAN et coll (réf. n° 19) en Côte d'Ivoire isolent 6 P R sur 52 rhumatismes inflammatoires soit 11,53 p. cent. des cas J.P. LELEU et coll (réf. n° 16) en 14 mois dans leur étude la P.R. représente 29,16 p. cent des arthrites observées. Les études suivantes menées dans d'autres pays par d'autres auteurs, citées par J.P. LELEU et coll (Réf. n° 15) donnent les résultats suivants :

En 1965 HALL au Kenya sur un total de 106 polyarthrites trouvent 7 P.R. CAVE et coll à Dakar estiment que la P.R. représente 3,7 p.cent des rhumatismes chroniques. En 1969 GELFAND en Rhodésie rassemble 11 P.R. sur 115 polyarthrites. GREENWOOD au Nigéria rencontre 71 P.R. sur une étude de 188 polyarthropathies entre 1957 et 1966.

En 12 mois dans notre étude nous avons trouvé 14 P.R. sur 32 rhumatismes inflammatoires soit 43,75 p.cent.

La prédominance féminine est retrouvée dans l'ensemble des études Africaines sauf pour GREENWOOD cité par J.P. LELEU et coll qui pense que cette discordance est en rapport avec la plus grande facilité des hommes à consulter à l'hôpital.

L.SIMON et coll (réf.n° 28), M.F.KAHN (réf.n° 14), RYCKEWAERT (réf.n° 5)

Ces différents auteurs trouvent une prédominance féminine.

Dans notre étude nous avons trouvé une prédominance féminine.

L'âge : la moyenne d'âge dans notre série est 47,71 ans. Pour les auteurs ivoiriens les cas les plus fréquents se situent dans les 4° et 5° décennies. D'après beaucoup d'études Africaines le maximum des cas observés se situe entre la 3° et la 4° décennie. D'après M.F. KAHN (réf.n° 14) les deux périodes d'apparition élective sont chez la femme autour de la trentaine et ensuite vers la ménopause. Selon L.SIMON et coll la maladie débute à tout âge, sur tout entre 35 et 55 ans.

La consultation est généralement tardive dans notre étude comme dans beaucoup d'études Africaines.

La sérologie rhumatoïde : notre étude a retrouvé 78,57 p.cent de sérologie positive ou dissociée. Pour nos témoins (cirrhose et cancer primitif du foie) on a trouvé 40,42 p.cent de sérologie positive. J.P.LELEU et coll (réf.n° 16) ont trouvé 30,5 p.cent de sérologie positive, 15,2 p.cent de sérologie dissociée et 54,3 pour cent de sérologie négative. Pour SANKALE et coll (réf.n° 26) la sérologie est positive ou dissociée dans 72,1 p.cent des cas. Le tableau ci-dessous réalisé par J.P.LELEU et coll (réf.n° 16) donne les résultats suivants :

Auteurs	Sérologie			non faite
	+	-		
Kanyeresi	51,2	12,8		36
Anderson	78,3			
Greenwood	9 à 13			
Pour Mohamed la sérologie est négative				

Evolution et pronostic : La surveillance des malades pose des difficultés chez nous comme dans beaucoup de pays africains et il nous est impossible de livrer des certitudes. SANKALE et coll (réf. n°26) qui ont pu suivre leurs malades de 4 à 17 ans n'ont pas rapporté de décès. Greenwood cité par J.P. LELÉU (réf. n° 16) a observé 7 décès dont un seul imputable à la P. R. (insuffisance cardiaque imputable à une fibrose pulmonaire).

2 - 2 Les autres rhumatismes inflammatoires :

Leur fréquence est de 7,91 p.cent.

Ils n'ont pas de particularités cliniques au Mali.

Ils posent toujours des problèmes diagnostiques.

La prédominance féminine est retrouvée dans tous les cas.

3 - Les Arthroses (Rhumatismes dégénératifs)

Elles représentent 14,69 p.cent des affections dans notre série. Les deux sexes sont touchés. La symptomatologie n'a rien de particulier au Mali. Les images radiologiques retrouvées chez nous ne diffèrent pas de celles retrouvées dans d'autres pays sous d'autres climats.

Le rôle des variations climatiques au Mali sur ces affections semble beaucoup restreint. D'après M.F. KAHN (réf. n°12, 13) l'arthrose survient sous tous les climats, même si la révélation clinique de sa présence se fait plus douloureusement sentir sous les climats froids et humides.

L'interrogatoire, l'examen physique et radiologique suffisent pour faire le diagnostic.

4 - Les affections malignes des os

Leur fréquence en médecine interne n'est pas négligeable. Elle se chiffre à 7,34 p.cent de l'ensemble de la pathologie rhumatologique.

Les atteintes osseuses métastatiques sont les plus fréquentes dans notre série. Selon S. de SEZE et coll (réf. n° 27) l'os est une des plus fréquentes des localisations métastatiques d'un cancer primitif.

Quant aux hémopathies malignes, 19,1 p.cent ont des manifestations ostéo-articulaires d'après la thèse du Docteur O. MAIGA (réf. n° 19). Cette atteinte osseuse est surtout fréquente au cours des myélomes (réf. n° 7) L. SIMON et coll (réf. n° 29), A. DRYL (réf. n° 7) signalent une légère prédominance masculine.

5 - Les collagénoses :

Dans notre étude nous n'avons retrouvé que trois cas en douze mois (nos trois malades étaient des femmes) soit une fréquence de 1,69 p.cent. Nous ne pouvons rien conclure quant à l'incidence et à la prévalence de ces affections.

A Dakar : le Docteur L. MICHEL (réf. n° 17) signale qu'au cours de ces cinq dernières années, le nombre de collagénoses dépistées dans divers services hospitaliers de Dakar n'est pas négligeable (10 observations en cinq ans). D'après le Docteur B. N. DIAYE (réf. n° 21) la sclérodermie systémique et la dermatomyosite sont des maladies relativement rares chez le noir Africain.

D'après Y. PROST, R. TOURAINÉ (réf. n° 24) la sclérodermie est une maladie rare, dont l'incidence précise est impossible à évaluer faute d'étude épidémiologique précise. Ils signalent que l'incidence de cette affection augmente au cours de ces dernières années. On notait à la Mayo Clinic 30 nouveaux cas par an de sclérodermies systémiques en 1963 et 40 en 1971 (réf. n° 24). Y. PROST, R. TOURAINÉ (réf. n° 24) trouvent une prédominance féminine (le sex-ratio est environ de trois femmes pour un homme). Ils trouvent un âge de début entre 30 et 50 ans. Notre patiente était très jeune (16 ans). Nous avons trouvé un seul cas de LED chez une femme de 26 ans. Au Mali, comme partout ailleurs l'incidence annuelle de la maladie est difficile à appréhender. Les enquêtes épidémiologiques menées dans divers régions des U S A et de Scandinavie concluent à une incidence pour 100.000 habitants variant de 1 à 10 nouveaux malades par an entre 1955 et 1975.

D'après O. MEYER, et coll (réf. n° 20) la prévalence du lupus ne cesse de croître avec les années, elle varie selon les enquêtes de 15,5 à 51. Selon eux la maladie se rencontre à tout âge ; avec un maximum de fréquence entre 10 et 40 ans. Toutes les statistiques sont en accord pour souligner la prédominance féminine : 66 à 96 p. cent. En moyenne 8 à 9 femmes pour 1 à 2 hommes selon O. MEYER et coll (réf. n° 20).

D'après une étude menée à Hawaï citée par O. MEYER et coll, il existe une prédisposition raciale. Beaucoup d'auteurs signalent que la fréquence des lupus familiaux n'a cessé de croître depuis 1954.

Notre seul cas de lupus n'avait aucune particularité clinique.

Nous avons suspecté un syndrome de Sharp chez une femme de 42 ans. D'après T. APPELBOOM, M. F. KAHN (réf. n° 2) la fréquence du syndrome de Sharp (M C T D) dans la population générale est inconnue. Elle est nettement plus fréquente chez la femme (8 cas sur 10) et frappe surtout des sujets jeunes; mais ils signalent avoir observé des débuts à l'âge de la ménopause et que les cas infantiles ne sont pas exceptionnels.

Le facteur rhumatoïde est retrouvé dans environ la moitié des cas, et on retrouve des anti D N A natif (méthode de Farr) dans 10 à 30 p. cent des cas (réf. n° 2).

Chez notre malade la recherche du facteur rhumatoïde a été négative. Les anti-D N A n'ont pas été retrouvés. Les autres examens spécialisés n'ont pu être effectués.

6- Les autres affections rhumatismales :

- Les hémoglobinoses : elles sont fréquentes au Mali et n'ont aucune particularité clinique. C'est la forme SS qui est la plus fréquente. Les lésions osseuses sont rares. Leur diagnostic ne pose pas de problème particulier à Bamako.
- Les rhumatismes mécaniques et les modifications de la statique rachidienne sont relativement fréquents dans notre série. C'est surtout les femmes qui sont atteintes. Cette pathologie semble bien supportée. Beaucoup de ces patients ont un bilan biologique normal.
- Les rhumatismes post-traumatiques sont peu fréquents qu'on ne l'aurait soupçonné. Ce sont les hommes qui sont les plus frappés. Ici l'interrogatoire permet de rattacher l'affection présente à un traumatisme situé dans le temps.
- La pathologie métabolique, les tumeurs bénignes osseuses, les algodystrophies sont rares dans notre série. Ce faible effectif nous invite alors à de la prudence pour tirer des conclusions. Des études ultérieures permettront dans l'avenir d'évaluer leur incidence et leur prévalence au Mali.

CONCLUSION GENERAL

1. Nous pouvons affirmer au terme de notre étude que les affections rhumatismales occupent une place non négligeable dans l'activité des internistes maliens; 177 cas ont été recensés en l'espace de 12 mois (135 de ces patients nous proviennent des services de médecine IA, IB, II et Annexe Neurologie; 42 patients ont été recrutés en consultation externe).

2. Les rhumatismes infectieux septiques et aseptiques sont dominants: 54 cas dont 7 R A A, 8 rhumatismes streptococciques, 19 tuberculoses osseuses, 8 arthrites post urétrites, 8 arthrites septiques à germes banales et 4 autres rhumatismes infectieux aseptiques.

Les hommes sont plus atteints que les femmes.

Leur diagnostic ne pose pas de problèmes; mais l'identification du germe responsable est difficile compte tenu des problèmes bactériologiques auxquels nous sommes souvent confrontés. L'amélioration de la recherche bactériologique permettra dans l'avenir d'affiner le diagnostic des rhumatismes infectieux au Mali.

- Les rhumatismes inflammatoires méritent de retenir l'attention: 32 cas (14 P R certaines, 2 P R probables, 2 rhumatismes chroniques de l'enfant, 1 psoriasis, 1 S A, 1 P A S H, 1 rhumatisme intestinal, 10 rhumatismes inflammatoires non étiquetés). La prédominance féminine dans ce groupe nosologique est importante. Ne semblent jouer aucun rôle ni l'ethnie ni la provenance régionale, ni le climat. Les manifestations articulaires des rhumatismes inflammatoires au Mali sont semblables à ce qui est décrit dans la littérature, avec cependant pour les P R une moindre fréquence des localisations coxo-fémorales et rachidiennes, une rareté des manifestations extra articulaires.

Les difficultés diagnostiques sont liées surtout à la limitation de nos moyens d'investigations paracliniques; c'est ainsi que 31,25 p. cent de nos rhumatismes inflammatoires n'ont pu du tout être étiquetés.

- La pathologie dégénérative (les arthroses) bien sûr est retrouvée, comme dans tous les pays (26 cas dans notre série). C'est surtout le rachis qui est le plus souvent atteint. Le sexe, la profession n'ont pas un rôle déterminant. L'âge semble être un facteur important.

La ^{Symptomatologie} ~~symptomatologie~~ clinique et radiologique n'ont rien de particulier par rapport aux données classiques. Leur diagnostic est très facile.

- Rien d'étonnant si les hémoglobinoses à manifestations ostéo-articulaires soient rencontrées au cours de notre étude (19 cas). C'est surtout l'hémoglobine SS qui en est responsable. Le diagnostic repose sur l'électrophorèse de l'hémoglobine, malheureusement cet examen n'est pas réalisable dans beaucoup de formations sanitaires du pays.

C'est pourquoi certains de ces patients sont traités à tort avec des anti-inflammatoires.

-Les rhumatismes mécaniques et modifications de la statique rachidienne sont au nombre de 17. Ce sont les femmes en particulier les ménagères qui sont les plus concernées.

Le diagnostic ne pose pas de problème à condition que la surveillance clinique la mesure de la V. S. et l'exploration radiologique au besoin répétées, soient possibles à temps utile; ce qui malheureusement encore n'est pas toujours le cas, ce la explique les difficultés diagnostiques que nous avons rencontrées.

-Les affections malignes des os (13 cas) : elles sont plus fréquentes qu'on ne l'aurait soupçonné. Dans les métastases les deux sexes sont atteints de la même façon. Dans les hémopathies ce sont les hommes qui sont les plus touchés.

-Les collagénoses : elles sont rares (3 cas); cette rareté est soulignée dans beaucoup d'ouvrages. Leur symptomatologie au Mali n'a rien de particulier. Beaucoup de ces affections sont au dessus de nos ressources diagnostiques à leur stade de début. Au stade actuel de nos moyens d'investigations paracliniques aucune étude épidémiologique ne peut prétendre évaluer à sa juste valeur l'incidence et la prévalence des collagénoses dans notre pays.

-Nous n'avons que rarement rencontré les autres affections rhumatismales : rhumatismes post-traumatiques (7 cas), pathologie métabolique (4 cas), dysplasie fibreuse (1 cas) et 1 cas d'algodystrophie.

3. Ce bref aperçu sur les affections rhumatismales en médecine interne à Bamako rejoint dans des grandes lignes les données de la littérature. Nous ne disposons pas de données de comparaison au Mali, comme dans beaucoup de pays voisins.


4. Perspectives d'avenir :

- Il nous semble indiqué, peut être urgent même :

- de développer l'enseignement de la sémiologie et de la pathologie rhumatologiques à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

- d'équiper certains laboratoires du district pour permettre des investigations paracliniques plus poussées afin d'affiner le diagnostic des affections rhumatismales au Mali.

- Enfin il nous semble au terme de cette étude qu'il y a largement de quoi occuper un spécialiste de rhumatologie : créer un service de rhumatologie dans la capitale du Mali ne nous paraît être un luxe.

 IDLIOGRAPHIE

1. ALBOUY R., GENE P., et coll. Les spondylodiscites infectieuses non tuberculeuses. Concours médicale. 18-1-1975, -97-3, -278-297.
2. APPEL BOUM T., KAHN M.F. connectivites mixtes (syndrome de SHARP). Maladies dites systémiques M.F. KAHN, A.P. PELTIER. - Flammarion Méd. édit. Paris 1982.
3. BAGAYOGO D. Etude critique de l'activité d'un service de Médecine interne à Bamako. Thèse : Méd. Bamako, 1983.
4. BONTOUX D., SAPORTA L., et coll. - Les spondylotiscites infectieuses. problème du diagnostic (comparaison de 30 cas de mal de Pott et 30 cas de spondylodiscites ^{non} tuberculeuses. Rev. Rhum., 1969, 36, 10, p. 541-548.
5. CARAYON A., COLOMAR R., SICARD D. Tuberculose ^{osseuse} ~~solique~~ en zone d'endemie amibienne. Bull. Soc. Méd. Afr. Noire. Lag. Française. 1966, 7, 406-409.
6. DIABATE (K. épouse COULIBALY). Les tuberculoses extra-pulmonaires à Bamako (Rép. du Mali). Thèse : Méd. Bamako. 1979, n° 29
7. DRYLL A. Le Myélome multiple. Bréviaire de rhumatologie. Fasc. X (427-432). Paris : Expansion scient. 1975.
8. Enquête démographique au Mali 1960 - 1961. Service de la Statistique
9. GENDRON Y. " La tuberculose rurale en Haute Volta à propos de 253 cas ". Méd. Tropicale 1975, 35, n° 3, p. 252-254.
- 10 GENTILINI M., DUFLO D. et coll. Les tuberculoses osseuses. Méd. Tropicale : M. GENTILINI, B. DUFLO et coll. Paris : Flammarion Méd. édit. 1982. - 682 p.
- 11 JABLONSKA S. Scleroderme andp pseude scleroderma, 2° édition polish médical, Varsovie, 1975.
- 12 KAHN M.F. Physiopathologie de l'arthrose. Bréviaire de rhumatologie. Fasc. 1 (p 15-16). Paris : Expansion scient. édit. 1974.
- 13 KAHN M.F., Physiopathologie de l'arthrose. Concours méd. 1970, 92, 7583 - 7602.
- 14 KAHN M.F., DEBEYRE N., SEZE S. de. La polyarthrite rhumatoïde. - Bréviaire de rhumatologie fasc. II. Paris Expansion scient. édit.
- 15 KERNBAUM S. 2 Eléments de pathologie-infectieuse édit. Spécia 1980
- 16 LELEU J. P., DEXEMPLE P., et coll. - La polyarthrite rhumatoïde de l'adulte en Afrique Tropicale. A propos de 50 observations en Côte d'Ivoire. Revue du Rhumatisme, 1983, 50 (3), 195 - 203.
- 17 LOUVAIN (M) les collagénoses au Sénégal. - Thèse : Méd : Dakar : 1964 - n° 4
- 18 MAIGA O. les hémopathies malignes au Mali (à propos de 73 observations). Thèse : méd. Bamako 1982.
- 19 MEIGNAN D F., ATTIA Y., et coll Les rhumatismes inflammatoires en Côte d'Ivoire. Méd. Afrique Noire, 1979, 26, 413 - 422.

- 20 MEYER O., MARGULIS J., KAHN M.F. Lupis erythémateux disséminé. Maladies dites systémiques/M.F.KAHN, A.P. PELTIER. Flammarion édit. Paris 1982 784 p.
- 21 N'DIAYE B. La sclérodermatomyosite du Noir Africain.- Thèse : Méd.: Dakar : 1974 n°12.
- 22 PENE P., ANDRE L.J., et coll. les tuberculoses ostéo-articulaires. Santé et médecine en Afrique Tropicale tome 2. Edit Doin, 1980, 645 p.
- 23 Principales caractéristiques de la population malienne à partir des résultats définitifs du recensement de 1976. Analuse du recensement. Tome I, B.C.R. Mars 1982.
- 24 PROST Y., TOURAINÉ R., Sclérodermie.- Maladies dites systémiques/M.E.KAHN, A.P. PELTIER. Flammarion édit. Paris, 1982 , 784 p.
- 25 RYCKEWAERT A. Polyarthrite rhumatoïde. Maladies dites systémiques / M.F. KAHN, A.P. PELTIER. Flammarion édit. Paris 1982, 784 p.
- 26 SANKALE M., SOW A.M., et coll. Caractères généraux de la P.R. chez le Noir Africain. Concours méd., 1977, 99, 1103-1112.
- 27 SEZE S. de., POINSARD G., et coll. Les affections malignes des os. Bréviaire de rhumatologie. n°4° édit. Expansion scient. 1975.
- 28 SIMON L. et coll. La polyarthrite rhumatoïde. Abregé de Rhumatologie/ L. SIMON et coll. 3° édit. Manson, Paris 1980, 584 p.
- 29 SIMON L. et coll. L'os des hémopathies. Abrégé de Rhumatologie/ L. SIMON et coll 3° édit. Manson, p Paris 1980 584 p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.