

Cinq ans de Rhumatologie à Madagascar : dures réalités et quelles perspectives ?

Five years of Rheumatology in Madagascar : harsh realities and prospects ?

Hoby Nomena Rakotomalala¹, Miarisoa Olivah Razanaparany¹, Maminirina Véronique Ranaivoarison², Stéphane Ralandison²

1 Unité de Rhumatologie, CHU-JRB Antananarivo - Madagascar.

2 Unité de Rhumatologie, CHU Morafeno Toamasina - Madagascar.

Rev Mar Rhum 2016; 37:33-8

Résumé

Introduction : Avec l'ouverture récente du seul service de Rhumatologie à Madagascar en 2005, nous avons étudié l'évolution de la prise en charge des patients afin d'identifier les stratégies d'amélioration des services rendus aux patients dans les années à venir.

Méthodologie : C'est une étude rétrospective descriptive sur analyse de dossiers de patients vus à l'unité de Rhumatologie du CHU Antananarivo entre janvier 2006 et 2011.

Résultats : Nous avons retenu 1581 cas dont 1480 (94%) vus en consultation. Il y avait 111 nouveaux cas entre 2006-2007 contre 1062 entre 2010-2011. Le nombre des patients venant des îles voisines allait de 6 à 127 durant le même intervalle. La goutte et le rhumatisme articulaire aigu étaient les diagnostics les plus évoqués en ambulatoire, respectivement chez 76 et 74 patients. Seuls 26% de ces diagnostics étaient retenus dans notre service où les pathologies dégénératives dominaient (61%). Les rhumatismes inflammatoires représentaient 13% des cas. La quasi-totalité de ces patients recevaient une corticothérapie au long cours et les possibilités thérapeutiques sont restés les mêmes en cinq ans, avec un usage fréquent du Méthotrexate. Seuls 5,81% de ces patients bénéficiaient d'un traitement anti-ostéoporotique. La proportion de patients perdus de vue est importante, expliquée en partie par le nombre croissant de patients, non proportionnel à l'évolution de l'effectif des rhumatologues.

Conclusion : Nos défis dans les 5 ans à venir sont de former plus de spécialistes, d'intensifier les activités de formation médicale continue et de trouver des moyens d'éducation thérapeutique efficaces afin de maintenir les patients dans le circuit de soins.

Mots clés : Rhumatologie; Perspectives; Madagascar.

Abstract

Introduction : With the recent opening of the only Rheumatology ward in Madagascar in 2005, we conducted a study about the evolution of patients' management, in order to improve strategies in the following years.

Methodology : We conducted a retrospective descriptive survey by analysis of patients' records seen at UHC Antananarivo Rheumatology Units between January 2006 and 2011.

Results : One thousand and five hundred eighty one medical records were included. Among them, 1480 (94%) were outpatients. There were 111 new cases from 2006 to 2007. However, we recorded 1062 from 2010 to 2011. Patients coming from neighbouring islands rose from 6 to 127 during the same interval. Gout and rheumatic fever were the most evocated diagnosis for outpatients, respectively in 76 and 74 patients. Only 26% of these diagnosis were confirmed in our Rheumatology ward, where degenerative diseases prevailed with 61% of cases, while inflammatory rheumatism counted for 13% (of cases). Almost all the patients received long-term oral corticosteroid and therapeutics possibilities stayed the same with frequent use of Methotrexate. Only 5,8% of these patients benefit from anti-osteoporotic treatment. The rate of lost to follow-up patients was important, probably because of the increasing number of patients whereas the numbers of rheumatologists had been disproportionately low.

Conclusion : Our challenges in the 5 following years are to train more specialized physicians, to intensify the continuing medical training and to find efficient therapeutic education in order to keep patients within medical care tracking system.

Key words : Realities; Challenge; Rheumatology; Madagascar.

ARTICLE ORIGINAL

A l'instar de la Rhumatologie dans les pays occidentaux où l'usage de la biothérapie a révolutionné la spécialité, la Rhumatologie dans un pays à très faible revenu comme Madagascar souffre du nombre très limité des rhumatologues (3 spécialistes, un seul service de Rhumatologie pour une île qui compte 22 millions d'habitants) et surtout de l'accès limité des patients aux soins. Les perspectives dans la prise en charge des patients doivent ainsi être adaptées aux réalités locales, en particulier aux conditions socio-économiques. Cette étude a comme objectif d'évaluer l'évolution de la prise en charge des patients vus dans l'unique Service de Rhumatologie situé dans la capitale malgache durant ses cinq premières années d'existence, ce afin d'identifier les stratégies d'amélioration des services rendus aux patients dans les années à venir.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive mono centrique sur analyse de dossiers médicaux de patients venus en consultation et/ou en hospitalisation au sein de l'unité de Rhumatologie, CHU Antananarivo, sur une période de cinq ans allant de janvier 2006 à décembre 2011.

Nous avons inclus les patients ayant un dossier médical dont le diagnostic relève de pathologies ostéoarticulaires et/ou abarticulaires et avons exclu les cas chirurgicaux. Chez ces patients, nous avons évalué les caractéristiques démographiques, épidémiocliniques, les aspects de la prise en charge en ambulatoire, les diagnostics finaux, les traitements spécifiques reçus par les patients et leur devenir.

Le test de Chi² était utilisé pour comparer les proportions des variables quantitatives et l'analyse de variance pour la comparaison des moyennes de toutes les variables numériques. Les variables étaient exprimés sous forme de moyenne et d'IC à 95%, le seuil de significativité retenu est $p=0,05$.

RÉSULTATS

Sur 2008 dossiers inclus, nous en avons retenu 1581 dont 1480 vus en consultation et 101 en hospitalisation. La population étudiée avait un sex ratio de 0,6 et un âge moyen de 49 ans (1 à 91 ans).

Concernant l'origine géographique des patients, 72,7% résidaient dans la capitale Antananarivo, située dans les Hauts-Plateaux du centre de l'île. Cette prédominance

persistait sur les 5 années de l'évaluation, même si on notait une augmentation progressive des patients venant des provinces et de l'étranger, respectivement de 10 % et 4,5 % en 2006 à 15,4 % et 11,7% en 2011 (Figure 1).

Le rythme de recrutement des patients suivait une progression arithmétique, de 111 nouveaux recrues entre 2006-2007 à 1062 entre 2010 et 2011. L'effectif des patients hospitalisés pour problèmes rhumatologiques suivait cette tendance.

Concernant les diagnostics, ceux posés en ambulatoire étaient fortement discordants des diagnostics des rhumatologues. La goutte et/ou le RAA évoqués en ambulatoire chez respectivement 35% et 33,8% des patients n'était retenu que chez 46% et 2,7% de ces patients, par les rhumatologues. Ces derniers posaient le diagnostic de pathologies dégénératives chez 60,90% des patients, les cas de pathologies inflammatoires et métaboliques représentaient respectivement 10,5% (23/218) et 7,3% (16/218) des patients en 2006 à 19 % (143/1114) et 6,8% (76/1114) en 2011 (Figure 2).

Parmi les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondyloarthrite prédominaient avec respectivement 34% (73/213) et 21% (45/213) des cas. Néanmoins 53 cas de RIC (24%) restaient indéterminés. Le méthotrexate (MTX) constituait le premier traitement de fond utilisé dans ces cas de RIC (75/213 cas soit 35,2% de tous les RIC). Dans la PR, 80,5% des patients recevaient du MTX. La corticothérapie était un traitement d'attaque largement utilisée, mais elle était également prescrite au long cours chez 40,84% des patients atteints de RIC et chez 72% des patients atteints de PR. En dehors d'une supplémentation vitamino-calcique, une infime proportion de ces patients recevait un traitement anti-ostéoporotique au long cours. Concernant les pathologies dégénératives, malgré le prix avoisinant le triple du salaire minimal légal d'un malgache, la pratique de la visco- supplémentation était en progression durant les 5 années d'évaluation.

Parallèlement à cette augmentation du nombre de patients consultant le service de Rhumatologie, le taux de patients jugé comme perdus de vue était également très important. Pour la goutte elle passait de 67% en 2006 à 83% en 2011 (Tableau 1).

DISCUSSION

Malgré l'effectif très réduit et stationnaire de rhumatologues, le nombre de nouveaux patients

Cinq ans de Rhumatologie à Madagascar : dures réalités et quelles perspectives ?

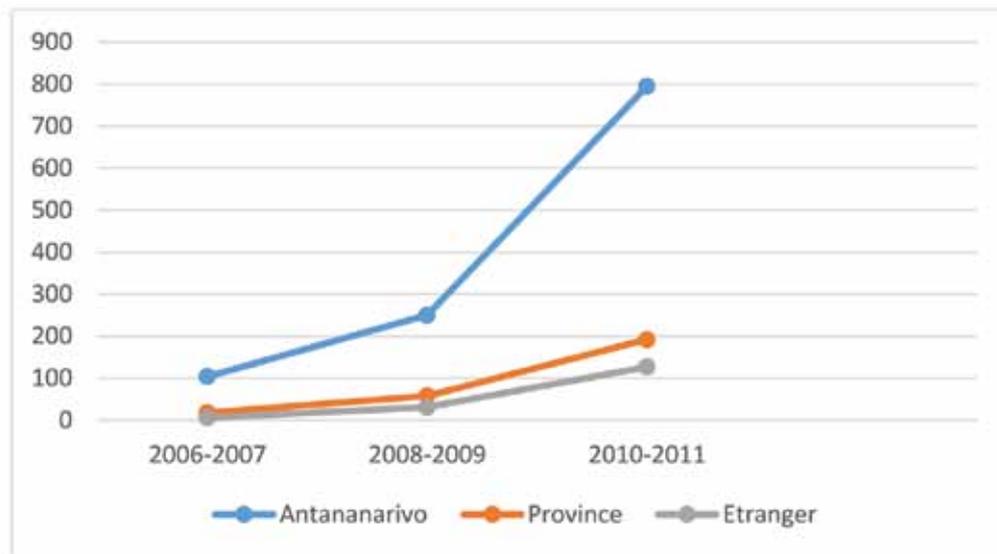


Figure 1 : Origine géographique des patients : en 5 ans, on note une augmentation progressive de la proportion de patients provenant des zones éloignées de la capitale. Les patients « Etrangers » provenaient le plus souvent des îles voisines de Madagascar et d'Afrique continentale.

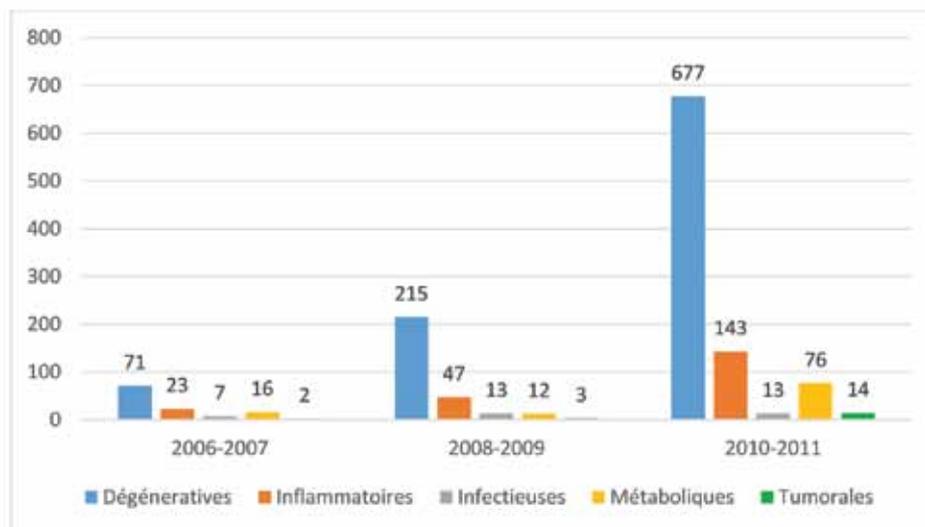


Figure 2 : Classification et évolution dans le temps des diagnostics posés par les rhumatologues : si les pathologies dégénératives restent prédominantes, on note une progression notable du nombre de pathologies inflammatoires avec 143 nouveaux cas en 2010.

Tableau 1 : Proportion de patients perdus de vue en se basant sur la fréquence préétablie des consultations de contrôle durant deux ans successifs suivant les pathologies : 5 fois au minimum pour la PR, 2 fois pour l'arthrose et la lombalgie commune, 6 fois minimum pour un goutteux mis sous hypouricémiant

	2006-2007	2008-2009	2010-2011
RIC	20/22 (90%)	38/44 (86%)	124/149 (83%)
Goutte	4/6 (67%)	10/12 (83%)	55/61 (90%)
Lombalgie chronique	18/18 (100%)	44/58 (76%)	203/236 (86%)
Arthrose	-	121/137 (88%)	383/459 (84%)

ARTICLE ORIGINAL

venant consulter à l'unique service de Rhumatologie de Madagascar s'était multiplié par 10 en 5 ans. Le nombre de patients diagnostiqués comme atteints de pathologies inflammatoires est en pleine progression, sans que les possibilités thérapeutiques n'aient suivi la tendance. En ambulatoire, les patients n'avaient souvent de diagnostic précis et les erreurs diagnostiques restaient fréquentes durant les 5 ans de suivi.

Les consultations occupent la majeure partie des activités des rhumatologues, que ce soit dans notre pratique ou dans celles rapportées dans la littérature [1,2]. Selon une enquête de l'ORS en 2013, un rhumatologue aurait en moyenne 7 demi-journées de consultation par semaine et chaque consultation dure en moyenne 25 minutes [1]. Ce qui laisse envisager l'envergure du temps consacré par les deux rhumatologues de notre étude dans la prise en charge des nouveaux cas et des contrôles. A titre de comparaison, la France métropolitaine compte 2598 rhumatologues pour 64 millions d'habitants [1]. Le cas malgache est cependant comparable à la quasi-totalité de l'Afrique Noire avec un Rhumatologue pour 10 millions d'habitants [3,4], La fréquence élevée des pathologies dégénératives est également retrouvée dans de nombreuses études, expliquant la proportion importante des activités de consultation [5-8]. L'âge moyen des patients atteints d'arthrose dans notre série était assez superposable avec ceux d'études africaine ou française [1, 9-12]. Ce malgré les résultats d'une étude portant sur la gonarthrose chez des malgaches qui a conclu qu'en plus des facteurs standards décrits dans la littérature, la station debout prolongée, la position accroupie quotidienne et répétée, la marche fréquente sur terrain accidenté sont des facteurs de risque et d'aggravation supplémentaire de la gonarthrose. Ces conditions sont les quotidiens des malgaches constitués de 80% d'agriculteurs (accroupissements dans le repiquage du riz) et où la géographie des Hauts-Plateaux du centre implique la marche sur des sentiers accidentés [12-18]. Concernant la prise en charge, la fréquence mensuelle des ponctions/ infiltrations articulaires s'était multipliée par 4 de 2006 à 2011. La pratique de l'échographie articulaire a facilité la réalisation de ces interventions. Malgré leur coût très élevé par rapport au salaire minimal d'un malgache, la viscosupplémentation a pu être réalisée chez 3% des patients atteints d'arthrose des membres.

Comme dans d'autres études, les pathologies inflammatoires, en particulier les poussées de polyarthrite rhumatoïde (PR) et l'arthrite septique, constituaient les premiers motifs d'hospitalisation dans notre étude [19-

27]. L'errance diagnostique, l'échec des traitements ambulatoires et l'importance des douleurs articulaires en étaient les principales raisons. L'hospitalisation nous permettait d'intégrer le patient dans le circuit de soins conventionnels et de garder son contact via ses coordonnées téléphoniques. Dans les poussées de polyarthrite, l'obtention d'une nette amélioration initiale des douleurs permettait de mieux convaincre les patients à suivre un traitement de fond par la suite [28]. Dans notre série, la PR était très souvent prise à tort pour une goutte ou un rhumatisme articulaire aigu (RAA) et est traitée en tant que tels. Bien que le Methotrexate ne soit disponible que dans les grandes villes, c'est le traitement de fond le plus prescrit. L'Hydroxychloroquine est très difficilement disponible depuis son interdiction à la vente ; la salazopyrine et le leflunomide coutent très cher. Aucune biothérapie n'est disponible à Madagascar.

Dans les autres pathologies telles la goutte, l'erreur diagnostique en ambulatoire constitue le point marquant. Le retard diagnostique contraste avec les excès de diagnostic : chez 76 patients traités en ambulatoire pour une goutte, seuls 46% se sont avérés être des vrais goutteux remplissant les critères diagnostiques de l'EULAR. Pour les goutteux vus à l'hôpital, 14% présentaient au moins un tophus et 29% une arthropathie goutteuse, données superposables au profil de la goutte vue en Afrique tropicale [29]. Le même constat d'erreur diagnostique était retrouvé dans le RAA : seuls 2.7% des 74 patients traités par une antibiothérapie au long cours pour un RAA s'étaient révélés être de vrais RAA.

Une corticothérapie inadaptée était souvent associée au traitement de ces patients traités à tort pour un RAA. Presque la totalité de nos patients atteints de RIC (96%) recevaient également une corticothérapie, dont la majorité pour une prescription au long cours. Seuls 5,81% de ces patients bénéficiaient d'un traitement anti-ostéoporotique dont la prescription est surtout limitée par le coût. Dans ces cas, le médecin doit le plus souvent privilégier le traitement du rhumatisme inflammatoire chronique lui-même. Le médecin malgache, comme bon nombre de médecins africains selon la littérature, est souvent confronté à ce choix de privilégier un traitement par rapport à un autre car tous les médicaments et les examens complémentaires sont à la charge des patients. Ce choix thérapeutique est également dicté par les disponibilités locales [30]. Ceci explique en grande partie le nombre important de patients perdus de vue, aggravé par l'éloignement géographique entre le seul service spécialisé et l'habitation des patients.

Le manque de disponibilité des rhumatologues pour expliquer les avantages de poursuivre le traitement de fond d'une maladie rhumatologique, volontiers chronique constitue également une limite à l'amélioration de l'observance thérapeutique. Le caractère paroxystique des douleurs rhumatismales fait que les patients viennent seulement consulter pour une crise douloureuse, la notion de rémission est souvent mal comprise. Nous essayons d'améliorer la situation en utilisant différents outils tel que l'envoi automatique de sms d'éducation thérapeutique, la délivrance d'ordonnance personnalisée avec des messages d'éducation thérapeutique [31]. L'évaluation de l'impact de ces méthodes se fera dans un an.

CONCLUSION

Limiter le nombre de patients perdus de vue constitue ainsi notre principal défi dans les 5 ans à venir. Si les causes en sont multiples, les solutions ne dépendent que des médecins sont limitées. Nos perspectives sont ainsi de former plus de spécialistes en rhumatologie. En parallèle, nous essayons d'intensifier les activités de formation médicale continue afin de transmettre les bons messages à un plus grand nombre de personnels soignants et d'améliorer le suivi des patients pour limiter les perdus de vue. Compte tenu de la place importante occupée par les activités de consultation, les services de Rhumatologie doivent limiter le nombre de lits pour les hospitalisations. Nos moyens diagnostiques et thérapeutiques étant assez limités, nous devons optimiser l'utilisation des moyens thérapeutiques disponibles et accessibles à travers des recherches cliniques adaptées. Enfin, l'éducation thérapeutique qui fait partie intégrante de la prise en charge courante des patients devra avoir une place importante dans notre pratique.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

- Résultats de l'enquête sur la démographie et l'activité des rhumatologues. In : Livre blanc de la Rhumatologie. 2015, pp.105-27.
- La consultation rhumatologique et le profil des malades hospitalisés. Résultats des enquêtes réalisées par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne. In: Livre Blanc de la Rhumatologie. 2006, Chap 5.
- Hubert R, Pierre J. Éditorial. Rev Rhum 2002;69:763-3.
- Mijiyawa M, Bouglouga O. Hyperuricémie et goutte en zone intertropicale. Rev Rhum 2003;70:152-6.
- Prénom H, Owonayo O, Kodjo K et al. Profil des affections rhumatismales chez 13517 patients ouest africains. Tunis Med 2013;91(01):16-20.
- Leleu JP, Reynaud JP, Joullie M. Étiologies des lombalgies de l'adulte noir en Côte d'Ivoire (à propos de 100 observations). Rhumatologie 1989;41:197-201.
- Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B, Koriko T. Low back pain in hospital outpatients in Lomé (Togo). Joint Bone Spine 2000; 67:533-8.
- Mijiyawa M, Djagnikpo AK, Agbanouvi AE, Koumouvi K, Agbeta A. Maladies rhumatismales observées en consultation hospitalière à Lomé (Togo). Rev Rhum 1991; 58:349-54.
- Dillon CF, Rasch EK, Gu Q, Hirsch R. Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. J Rheumatol. 2006 Nov;33(11):2271-9.
- Bernard M, Hervé B, Marie L, Isabelle B, Geneviève GO, Claude LP. Étude médicoéconomique d'un acide hyaluronique dans l'arthrose du genou en pratique rhumatologique courante : étude MESSAGE. Rev Rhum 2007;74:852-60.
- Oniankitan O, Fianyo E, Lama K AK et al. Facteurs de risque de la gonarthrose en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). Rev Mar Rhum 2014 ; 29 :28-31.
- Guillemin F, Rat AC, Roux CH et al. La cohorte KHOALA d'arthrose symptomatique du genou ou de la hanche en France. Rev Rhum 2013; 80(1):32-39.
- Mijiyawa M, Ekoue R. Les arthroses des membres en consultation hospitalière à Lomé (Togo). Rev Rhum [Ed Fr] 1993;60:514-7.
- Eti E, Kouakou HB, Daboiko JC et al. Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques de la gonarthrose en Côte d'Ivoire. Rev Rhum 1998;65:890-4.
- Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. Ann Intern Med 2000;133: 635-46.
- Rakotoharivelo H, Ralandison DS, Rapelanoro Rabenja F. Facteurs de risque de gonarthrose symptomatique et de progression rapide à Madagascar. Etude cas-témoins. Mémoire de DFMS en Médecine. Madagascar : Univ Antananarivo, 2014.
- Oniankitan O, Fianyo E, Kakpovia K, Tagbora K, Houzoua P, Mijiyawaa M. Formes topographiques des arthroses des membres en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). Rev Rhum 2007;74 :1039-208.
- Avimadje AM, Goupille P, Addra B et al. Distribution

ARTICLE ORIGINAL

- topographique de l'arthrose au Bénin. À propos de 523 cas [résumé]. *Rev Rhum [Ed Fr]* 1999; 66: 745.
19. Ntsibaa H, Biléckota R, Bissomboloa R. La polyarthrite rhumatoïde au Congo- Brazzaville. *Rev Rhum* 2007;74 :1042.
 20. Ntsiba H, Bileckot R, Bazebissa R. 100 cas d'arthrites septiques du genou [résumé]. *Rev Rhum [Ed Fr]* 1998;65:757.
 21. Bileckot R, Koubemba G, Nlzoua JL. Étiologie des oligoarthrites en Afrique équatoriale. Une étude rétrospective de 80 cas à Brazzaville (Congo). *Rev Méd Interne* 1999;20:408-11.
 22. Pierre J, Hubert R. Epidémiologie des affections rhumatologiques en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum* 2002;69:764-76.
 23. Mody GM. Rheumatoid arthritis and connective tissue disorders. *Baillere's Clin Rheumatol* 1995; 9:31-44.
 24. Mijiyawa M, Amanga K, Oniankitan O, Pitche P, Tchangai-Walla K. Les connectivites en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Med Interne* 1999;20:13-7.
 25. Mijiyawa M, Lom P. La polyarthrite rhumatoïde en Afrique noire. *Rev Med Interne* 1996;17:625-6.
 26. Davis P, Stein M, Ley H, Johnston C. Serological profiles in the connective tissue diseases in Zimbabwean patients. *Ann Rheum Dis* 1989; 48:73-6.
 27. Kanyerezi BR, Baddeley H, Kisumba D. Rheumatoid arthritis in Ugandan Africans. *Ann Rheum Dis* 1970; 29:617-21.
 28. Ralandison DS, Andrianjafison F, Rakotonirainy OH, Razanaparany MMO, Rapelanoro Rabenja F. Rhumatismes inflammatoires chroniques : place de la corticothérapie quand l'accès aux traitements conventionnels est limité. *Rev Rhum* 2012; 79:A162.
 29. Mijiyawa M, Oniankitan O. Facteurs de risque de la goutte chez des patients togolais. *Rev Rhum [Ed Fr]* 2000;67:621-6.
 30. Hubert R. Polyarthrite rhumatoïde en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum* 2002; 69:797- 800.
 31. Raharinjatovo L, Ralandison DS. L'observance thérapeutique et la compréhension des prescriptions médicamenteuses par les patients malgaches. *Med Sante Trop* 2014; 00: 1-5.