

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (2-2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci,

dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Étude comparative de la polyarthrite rhumatoïde (PR) à début tardif (PRDET) et de la PR à début précoce (PRDEP) à l'hôpital national de Zinder (Niger)** 7-12
Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taoufik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. **Polyendocrinopathies auto-immunes : étude multicentrique en Côte d'Ivoire** 13-18
Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. **Dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar** 19-24
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaïde AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. **Profil épidémiologique, thérapeutique et surveillance des patients diabétiques de type II sous antidiabétiques oraux à Lomé** 25-30
Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. **Prévalence de la dyslipidémie chez les patients atteints de diabète de type 2 à Bouaké, Côte d'Ivoire** 31-37
Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. **Facteurs associés au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)** 38-43
Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. **Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques** 44-50
Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. **Évaluation de la réinsertion socioprofessionnelle des hémiplésiques vasculaires suivis en rééducation** 51-57
Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. **Preliminary's results study about socio-demographic and clinical aspects of elderly population living at home in Niamey (Niger)** 58-62
Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E

CAS CLINIQUES

10. **Neurosarcoïdose révélatrice d'une sarcoïdose multiviscérale : cas clinique et revue de la littérature** 63-67
Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
11. **Polysérite et myocardite lupique chez l'homme : à propos d'un cas** 68-73
Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
12. **Un accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune africain secondaire à une maladie de Takayasu** 74-79
Diouf Mbourou N, Nyanguï Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
13. **Goutte tophacée «historique» avec destructions ostéoarticulaires sévères et surinfection d'un tophus : à propos d'un cas** 80-83
Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. **Comparative study of late-onset rheumatoid arthritis (LORA) and early-onset rheumatoid arthritis (EORA) at the Zinder National Hospital (Niger)** 7-12
Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taofik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. **Autoimmune polyglandular syndrome: multicentric study in Ivory Coast** 13-18
Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. **Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brakial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar** 19-24
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaide AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. **Epidemiological, therapeutic and monitoring profile of type 2 diabetic patients on oral antidiabetics in Lome** 25-30
Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. **Prevalence of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes in Bouaké, Côte d'Ivoire** 31-37
Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. **Factors associated with death in hospitalization in hepatocellular carcinoma on cirrhosis in Bouake CHU (Ivory Coast)** 38-43
Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assouhou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. **Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features** 44-50
Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. **Assesment of the socio-professional reintegration of vascular hemiplegia followed in rehabilitation** 51-57
Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. **Résultats préliminaires sur les aspects socio-démographiques et cliniques de la population âgée vivant à domicile à Niamey (Niger)** 58-62
Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E

CASES REPORTED

10. **Neurosarcoidosis revealing multivisceral sarcoidosis: case report and review of the literature.** 63-67
Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
11. **Polyseritis and lupus myocarditis in men: a case report** 68-73
Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
12. **Ischemic stroke young african caused by Takayasu disease** 74-79
Diouf Mbourou N, Nyangui Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
13. **Historic tophaceous gout with severe osteoarticular destruction and superinfection of a tophus: about a case** 80-83
Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E



Profil épidémiologique, thérapeutique et surveillance des patients diabétiques de type 2 sous antidiabétiques oraux à Lomé

Epidemiological, therapeutic and monitoring profile of type 2 diabetic patients on oral antidiabetics in Lome

Tchamdja T¹, Djalogue L¹, Kaaga LY², Kodjo K², Mossi KE², M'bortché BK², Djibril MA², Balaka A²

1. Service de Médecine Interne, CHU Kara, Université de Kara
2. Service de Médecine Interne, CHU de Lomé, Université de Lomé

Auteur correspondant : Dr Toyi TCHAMDJA

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques de type 2 et les facteurs associés à Lomé.

Méthode : Il s'est agi d'une étude observationnelle descriptive menée auprès des diabétiques dans les centres, de prise en charge, dédiés du 1er mai 2020 au 1^{er} octobre 2020 soit une durée de 6 mois.

Résultats : Au total 300 patients ont été répondu au questionnaire. L'âge moyen était de 56,61 ans (écart type = 11,7). La sex-ratio était de 0,6. Les *enquêtés* n'étaient pas scolarisés dans 26,7% des cas Tous les patients étaient sous traitement médicamenteux dont 83,4% sous metformine et 37,5% sous Glibenclamide. Dans 58,3% des cas les patients étaient sous bithérapie. Au plan financier, 59% dépensaient entre 2 000 et 10 000 Francs CFA, FCFA, (entre 3 et 15 euros) par mois pour le traitement et 12,3% parmi eux étaient couverts par une assurance maladie. S'agissant du suivi, 69% des patients n'avaient jamais réalisée le dosage de l'hémoglobine glyquée et parmi ceux qui l'on réalisée 96,2% avaient une valeur au-dessus de la normale.

Conclusion : Le diabète touche, plus de femmes que d'hommes au Togo avec une propension pour les personnes âgées de 50 ans et plus. L'observance thérapeutique reste un défi à relever.

Mots-clés : Diabète de type II - metformine - contrôle glycémique - Lomé (Togo).

Summary

Objective: The objective of this study was to assess adherence to antidiabetic therapy in type II diabetic patients and factors associated with Lomé.

Method: This was a descriptive observational study conducted among diabetics in diabetes care centers from May 1, 2020 to October 1, 2020, for a period of 6 months.

Results: A total of 300 patients were interviewed. The mean age was 56.61 years (standard deviation =11.7). The sex ratio was 0.6. In 26.7% of cases, the respondents did not attend school. All patients were on medication, 83.4% of whom were on metformin and 37.5% on glibenclamide. In 58.3% of cases, patients were on dual therapy. Financially, 59% of respondents spent between 2,000 and 10,000 CFA francs per month on treatment, and only 12.3% were covered by health insurance. In terms of follow-up, 69% of patients had never had a glyated haemoglobin test carried out, and of those who had, 96.2% had a glyated haemoglobin value above the normal range.

Conclusion: Diabetes affects in Togo, more women than men with a predominance of those aged 50 and over. Adherence to therapy remains a challenge.

Keywords: Type II diabetes - metformin - glycemic control - Lome (Togo).



Introduction

Le diabète sucré est un enjeu de santé publique dans le monde et particulièrement en Afrique subsaharienne où l'augmentation constante de sa prévalence qui est de 8,5% constitue une préoccupation majeure [1]. Cette prévalence du diabète sucré a augmenté rapidement dans le monde et a atteint des proportions épidémiques. Il est estimé qu'il y a actuellement 285 millions de personnes avec le diabète dans le monde et ce nombre devrait passer à 438 millions d'ici 2030 [2]. L'équilibre de la glycémie est primordial dans la prévention des complications chroniques du diabète sucré. Plusieurs types de médicaments sont proposés en adjonction aux mesures hygiéno-diététiques. Et parmi eux, il y'a les antidiabétiques oraux (ADO). Ils sont de divers types avec des modes d'actions différents. L'objectif de la présente étude visait alors à décrire le profil épidémiologique, thérapeutique et le suivi des patients diabétiques de type 2 sous antidiabétique orale I à Lomé.

Matériel et méthode

Il s'est agi d'une étude observationnelle descriptive qui s'est déroulée du 1er mai 2020 au 1^{er} octobre 2020 soit une durée de 6 mois dans le service de Médecine Interne et Endocrinologie Métabolique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) et au centre de l'Association Togolaise du Diabète (ATD). Notre population d'étude était composée de patients suivis dans le service de Médecine Interne et d'Endocrinologie Métabolique et d'autres suivis au centre de l'Association Togolaise de Diabète. Ont été inclus dans l'étude, les patients diabétiques de type 2 sous ADO depuis au moins 6 mois et ayant accepté de participer à l'enquête. N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients diabétiques de type 2 sous ADO ayant refusé de participer à l'enquête et/ou les patients diabétiques de type 2 sous ADO mais absents à leurs rendez-vous pendant la période d'étude.

Pour la collecte des données, nous avons rencontré les patients à la sortie de la consultation ensuite les registres et les carnets de consultation avaient été dépouillés à la recherche des informations sur ces patients diabétiques. Les paramètres étudiés étaient les données socio-épidémiologiques (âge, sexe, profession, niveau d'étude, situation matrimoniale, revenu mensuel), les données cliniques, para cliniques et les données thérapeutiques.

Ces paramètres ont été définis comme suit :

- Niveaux socio-économiques : Il était *bas*, lorsque le revenu mensuel était en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) qui est de 35 000 FCFA (53,36 euros) au Togo. Le niveau était *moyen* pour ceux qui ont un revenu mensuel entre 35 000 à 100 000 FCFA

(53,36 à 152,45 euros) et ceux appartenant à un niveau *élevé* étaient les enquêtés ayant un revenu mensuel au-delà de 100 000 FCFA

- Patients en activité : nous avons considéré comme patients en activité ceux qui exerçaient une activité professionnelle dans le secteur privé ou public et qui n'étaient pas retraités.
- Patients n'ayant pas d'activité génératrice de revenus : ce sont des patients qui n'exerçaient aucune activité qui étaient au chômage mais qui n'avaient pas de pension de retraite.
- Patients retraités actifs : ce sont des patients qui percevaient une pension de retraite.
- Patients retraités sans activité : ce sont des patients qui avaient travaillé et qui étaient à la retraite et qui ne vivaient que de leur pension de retraite.

La saisie des données avait été faite par le logiciel EPI data.

Les résultats ont été présentés dans des tableaux d'effectifs et de proportions pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne (\pm écart type). Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test d'indépendance de chi-deux. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique R[®].

Résultats

Description de l'échantillon

Nous avons enregistré au total 300 patients en consultation au cours de notre période d'étude dont 65,3 % provenaient de l'ATD et 34 % du CHU-SO. Ce qui correspond à 82,87% de l'ensemble des patients. On notait une prédominance féminine (62%) sex-ratio H/F égale à 0,6. L'âge moyen des *enquêtés* était de 56,61 ans (écart type = 11,7) avec des extrêmes de 27 et 88 ans. La tranche d'âge de 55-65 ans était de 34%, et celle de 45-55 ans était de 27%.

Concernant le niveau d'étude, les *enquêtés* n'étaient pas scolarisés dans 26,7% (n= 80) des cas et dans 27,3% (n=82) des cas ils avaient un niveau d'étude primaire. S'agissant de la situation professionnelle, 73,3% (n= 220) exerçaient une activité génératrice de revenus tandis que 15,0% (n=45) n'avaient pas d'activité génératrice de revenu

Pour ce qui est du niveau socio-économique, 56% (n=168) des personnes ayant participé à l'étude avaient un niveau socio-économique bas avec un revenu mensuel inférieur à 35 000 FCFA, 13,3% des cas (n=40) avaient un niveau socio-économique moyen avec un revenu mensuel entre 30000 et 100000. Six pourcent (6%) de ses enquêtés de sexe



féminin (n=11) prenaient régulièrement de l'alcool contre 13,2% de sexe masculin (n=15). Enfin, La durée moyenne d'évolution du diabète était de 7,13 ans avec des extrêmes de 1 à 36 ans. Dans 78,7% des cas (n=236) les *enquêtés* avaient une durée d'évolution du diabète entre 1 et 10 ans et

18,7% (n=56) avaient une durée d'évolution entre 10 et 20 ans.

Aspects thérapeutiques

Les *enquêtés* étaient dans 82,3% des cas (n=247) sous metformine ; et dans 37,0% (n=111) des cas sous Glibenclamide (Tableau I).

Tableau I : Répartition des enquêtés selon le type d'antidiabétique oral

	Effectif	Proportion
Insulino sensibilisateur		
Metformine	247	82,3
Sulfamides	151	
Glibenclamide	111	37,0
Glicazide	27	9,1
Glimépiride	13	4,4
Association fixe		
Metformine + Glibenclamide	6	2
Glicazide + Metformine	2	0,7

Ils étaient dans 59,0% des cas (n=177.) sous bithérapie, suivis de 37,0% (n=111) qui étaient sous monothérapie et 47,0% (n=141) d'entre eux prenaient plus de 3 comprimés par jour (Tableau II). Au plan financier, 59% (n=177) des *enquêtés* dépensaient entre 2000-10 000 FCFA par mois pour

le traitement tandis que 35,3%(n=106) dépensaient entre 10000 et 20000 FCFA par mois pour le traitement. Trente-sept (37) patients (12,3%) étaient couverts par une assurance maladie.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le type de traitement et le nombre de comprimés par jour

	Effectif	Proportion
Type de traitement	300	100,0
Bithérapie	177	59,0
Monothérapie	111	37,0
Trithérapie	12	4,0
Nombre de comprimés par jour	300	100,0
Supérieur à trois	141	47,0
Deux	104	34,7
Trois	41	13,7
Un	14	4,7

Suivi de patients sous ADO

Dans notre étude 74,3% des enquêtés (n=223) n'avaient pas de glucomètre et 69,0% (n=207) n'avaient jamais réalisé le dosage de l'hémoglobine *glyquée* et dans 96,2% des cas son taux était anormal. Parmi les patients ayant réalisé

une fois l'hémoglobine *glyquée* 38% (n=30) avaient un taux qui remonte dans les 4 mois de suivi. Vingt-sept virgule huit (27,8%) des enquêtés avaient une Hémoglobine *glyquée* dont le taux remonte en 4 à 7 mois (Tableau III).



Tableau III : Répartition des enquêtés selon la possession d'un glucomètre, du contrôle de glycémie et de l'hémoglobine glyquée

	Effectif	Proportion
Avez-vous un glucomètre ?		
Non	223	74,3
Oui	77	25,7
Fréquence du contrôle de la glycémie (n=300)		
Au moins une fois par mois	161	53,7
Une fois par semaine	59	19,7
Au moins deux fois par mois	29	9,7
Supérieur à deux fois par semaine	13	4,3
Ne sait pas	8	2,7
Tous les jours	6	2,0
0 fois	24	7,9
Avez-vous déjà contrôlé l'hémoglobine glyquée ? (n=300)		
Jamais	207	69,0
Oui	79	26,3
Ne sait pas	14	4,7
Si oui, à quand remonte votre dernier contrôle de l'hémoglobine glyquée (en mois) ? (n=79)		
[1-4[30	38,0
[4-7[22	27,8
[7-10[7	8,9
[10-13[20	25,3
Valeur de l'hémoglobine glyquée (n=79)		
Normale	3	3,8
Élevée	76	96,2

Discussion

Notre étude avait été la première à être réalisée dans le service de médecine interne et d'endocrinologie métabolique du CHU SO et dans les bureaux de l'ATD de LOME dans le but d'évaluer l'observance thérapeutique des antidiabétiques oraux.

➤ Limites et biais

Le service de médecine interne du CHU SO est spécialisé dans la prise en charge des maladies endocriniennes notamment le Diabète. L'ATD est un centre consacré à la prise en charge du diabète et à l'éducation thérapeutique des patients diabétiques ; l'étude a porté sur 300 patients durant la période d'enquête (1er Mai au 1^{er} Octobre 2020). Nous avons été confrontés au cours de notre étude aux difficultés et limites inhérentes aux études observationnelles descriptives. Ces difficultés étaient

- Le refus de certains patients de répondre aux questionnaires
- La barrière linguistique pour le français
- La non disponibilité de certains résultats d'analyse

Malgré ces difficultés, les résultats obtenus permettent d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques, et les facteurs à l'origine de la bonne /minime observance thérapeutique des antidiabétiques oraux.

Discussion des résultats

Aspects épidémiologiques et sociodémographiques

Nous avons enregistré 300 cas de patients diabétiques au cours de notre période d'étude ; ce résultat est supérieur à celui de Ntyonga-pono et al. [3] au Gabon en Mars 2015 qui ont obtenue 103 cas de diabète ; et à celui de Rwegerea [4] en Tanzanie en avril 2014, qui a rapporté 206 cas de diabétique. Il est inférieur à celui de Kalyango [5] en Uganda en 2008 avec 402 cas de diabétiques. Cette variabilité de la fréquence pourrait être liée à la taille des populations et au nombre de formations sanitaires pour la prise en charge de la pathologie. Ce nombre représente 82,87% des patients diabétiques suivis au cours de la période d'étude. Dans la littérature africaine et d'ailleurs, cette proportion se situe dans la fourchette des 3 - 8 cas sur 10 [6-10].

Dans notre étude la tranche d'âge comprise entre 55-65 ans avait été la plus représentée soit 34% suivie de celle comprise entre 45-55 ans avec 27%, l'âge moyen des patients était de 51,61 ans (avec des extrêmes allant de 27 ans à 88 ans) inférieur à l'étude de Tiéno et al. [6] au Burkina qui ont rapporté un âge moyen de 53,5 ans (extrêmes : 22-87 ans). Dans la même optique Rwegerea [4] en Tanzanie a rapporté dans son étude un âge médian à 55 ans avec des extrêmes allant de 34-81ans, et le Bénin avec Wanvoegbe [6] qui a présenté une série avec un âge moyen de 54,67. Au Gabon Ntyonga-pono [3] a rapporté 30,1% de la tranche d'âge de 51-60 ans



suivie de 17,47% pour celle de 41-50ans. Kalyango et al. [5] en Uganda ont rapporté 52,0% de 18-50 ans suivi de 48,0% pour ceux de 51-88 ans. L'explication résiderait dans la plus grande prévalence du diabète de type 2 dans la quasi-totalité des pays d'Afrique [11, 12].

Le sexe féminin était majoritaire et représentait 62% soit un sexe ratio H/F égale à 0,6. Aussi, les *enquêtés* de sexe masculin avaient une meilleure observance (73,7%) que les *enquêtés* de sexe féminin (66,7%) mais cette différence n'était significative ($p=0,201$). Ces résultats corroborent ceux de Rwegera et al. [4] qui dans leur étude en Tanzanie ont rapporté une prédominance féminine pour avec plus des deux-tiers des patients et les études de Wanvoegbe et al. [13] au Bénin, qui ont rapporté 70% de sexe féminin dans leurs travaux.

Dans notre étude 70,7% étaient scolarisés de niveau primaire secondaire et supérieur ; en outre ils avaient atteint un niveau d'étude supérieur avaient une meilleure observance avec une différence significative ($p=0,003$) que ceux n'ayant pas atteint le niveau supérieur (91,2% contre 66,5%).

La durée moyenne d'évolution du diabète était de 7,13 ans avec une durée minimale égale à 1an et celle maximale à 36 ans. Ntyonga-pono et al. [3] au Gabon ont rapporté une durée moyenne du diabète qui était de $6,8 \pm 5,8$ années avec des extrêmes allant de quelques jours à 22 ans. Rwegera et al. [4] en Tanzanie ont rapporté un âge médian du diabète à 4 ans avec les extrêmes allant de 1 mois à 38 ans.

Traitement

Plus de la moitié (59,0%) des patients étaient sous bithérapie, suivis de 37,0% des patients qui étaient sous monothérapie et 3% qui étaient sous trithérapie. Simon et al. [14] en France et Ndour Mbaye [15] au Sénégal, avaient noté respectivement que 41,2% et 39,6% de leurs patients étaient en monothérapie. La majorité des patients soit 47,0% prenaient plus de 3 comprimés par jour par rapport à 34% des patients qui prenaient 2 comprimés par jour. Tieno et al. [16] quant à eux, ont rapporté que plus de la moitié (57,5%) des patients étaient sous deux prises quotidiennes d'ADO. Quarante-six virgule trois (46,3%) des patients de notre série des patients prenaient plus de 3 comprimés par jour ; un chiffre qui est supérieur au résultat de Tieno et al. [16] avec 17,7% de patients qui prennent trois comprimés par jour. Le nombre de comprimés à prendre par jour pourrait influencer l'observance thérapeutique [17]. Dans notre série une grande partie 82,3% étaient sous metformine suivis de 37% qui étaient sous Glibenclamide, Au Burkina-Faso, la metformine a été également l'antidiabétique oral le plus prescrit par le personnel soignant [6].

Surveillance

Dans notre étude 74,3% des enquêtés n'avaient pas de glucomètre et 69,0% n'avaient jamais réalisé le dosage de l'hémoglobine glyquée et dans 96,2% des cas l'hémoglobine glyquée étaient anormale. Ce taux de diabète non contrôlé était largement supérieur au taux rapporté par Wanvoegbe et al. [13] au Bénin et Mansour [18] en Tunisie. Un niveau de suivi bas des patients serait le plus souvent lié à un niveau socioéconomique bas et à un déficit d'éducation thérapeutique des patients [6, 19].

Conclusion

Au Togo, le diabète est plus retrouvé chez les femmes. La majorité des patients exerce une activité mais le niveau économique reste bas. Ils sont également sous bithérapie pour la plupart, et la metformine est le médicament de prédilection.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Jaffiol C. **The burden of diabetes in Africa: a major public health problem]. Bull Acad Natl Med.2011;195(6):1239-53.**
2. Gelaw B, Mohammed A, Tegegne G, Defersha A, Fromsa M, Tadesse E et al. **Nonadherence and contributing factors among ambulatory patients with antidiabetic medications in Adama Referral Hospital. J Diabetes Res. 2014; 2014: 617041**
3. Pono-Ntyonga MP. **L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires. Médecine Mal Métaboliques. 2015 ; 9(2) : 198-202**
4. Rwegera GM. **Adherence to anti-diabetic drugs among patients with Type 2 diabetes mellitus at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania- A cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2014; 17(252): 12-8**
5. Kalyango J, Owino E, Nambuya A. **Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. Afr Health Sci. 2008; 8(2): 67-73**
6. Kyélèm CG, Yaméogo TM, Ouédraogo SM, Rouamba N, Sombié I, Lankoandé D, Sawadogo A, Drabo JY. **Caractéristiques thérapeutiques des diabétiques suivis au CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso Health Sci. Dis 2014 ; 15(2) : 1-5**



7. Centers for disease control and prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2011.
8. Fagot-Campagne A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalences et incidences du diabète et mortalité liée au diabète en France : synthèse épidémiologique. Institut de veille sanitaire [Internet]. 12th ed. Saint-Maurice (France) ; 2010 ; Available from: <http://www.invs.sante.fr>
9. Moodley L, Rambiritch V et al. An assessment of the level of knowledge about diabetes mellitus among diabetic patients in a primary healthcare setting. SA Fam Pract. 2007 ; 49(10) : 16
10. Tchakonte B, Ndip A, Aubry P, Malvy D, Mbanya J. Le pied diabétique au Cameroun. Bull Soc Pathol Exot. 2005 ; 98(2) : 94-8
11. Baldé NM, Diallo I, Baldé MD, Barry IS, Kaba L, Diallo MM, Kaké A, Camara A, Bah D, Barry MM, Sangaré-Bah M, Maugendre D. Diabetes and impaired fasting glucose in rural and urban populations in Futa Jallon (Guinea): prevalence and associated risk factors. Diabetes Metab. 2007; 33(2): 114-20
12. Dionadji M, Boy B, Mouanodji M, Batakao G. Prévalence du diabète sucré en milieu rural au Tchad. Méd Trop 2010 ; 70(4) : 414-415
13. Wanvoegbe FA, Agbodande KA, Alassani A, Aviansou A, Gninkoun J, Amoussou-Guenou D, et al. Evaluation de l'observance thérapeutique chez les diabétiques au Bénin. Med Afr Noire En Ligne 2018 ; 355-61
14. Simon D, Dallongeville J, Charbonnel B, Bureau I, Levy-Bachelot L, Leproust S, Goumelen J, Detournay B. Prise en charge thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2016 ; 64 (6) ; S300-S301
15. Ndour Mbaye M, Sarr A, Diop SN, Lèye A, Diedhiou D, Ka Cissé SM, Mbow Kane A, Paye M, Ndiaye NB. DiabCare Sénégal : une enquête sur la prise en charge du diabète au Sénégal : DiabCare Senegal: A survey on diabetes management in Senegal. Revue des maladies métaboliques 2011; 5(1): 85-9
16. Tiéno H, Bouda M, Ouédraogo DD, Traoré R, Ouédraogo C, Drabo YJ. Observance to antidiabetic treatment in a developing country: The case in Burkina Faso (sub-Saharan Africa). Médecine Mal Métaboliques. 2010; 4: 207-11
17. Mhammedi SA, Hamdi F, Benabdelhak M, Bentata Y, Haddiya I. L'observance thérapeutique : un autre défi à relever chez l'hémodialysé chronique. Pan Afr Med J. 2019 ; 33 : 28
18. Mansour NB, Mahfoudh AS, Romdhane BH. Prise en charge des diabétiques. Etude comparative de deux structures de santé contrastées. Tunis Med. 2021 ; 99(1): 129-138
19. Sow DS, Konaté M, Traoré D, Bah M, Traoré B, Mariko M, Traoré M et al. Observance thérapeutique du patient diabétique dans trois niveaux de prise en charge au Mali. Health Sci. Dis 2020 ; 21(3) : 80-3