



Corticothérapie infiltrative dans les pathologies ostéo-articulaires au Togo : connaissances et pratiques des médecins des CHU de Lomé

Physicians knowledge and practices about infiltrative corticotherapy in osteoarticular diseases in Togo: a study conducted at Lomé University Hospitals

Balaka A^{1,2}, Mossi K E¹, Apeti S¹, Djagadou K A^{1,2}, Tchamdja T^{3,4}, Nemi K D^{1,2}, Djalogue L^{3,4}, Klouvi K A¹, Kodjo K¹, Apeti K Z¹, Maman S¹, Djibril M A^{1,2}

1. Service de médecine interne, CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo
2. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, Togo
3. Service de Médecine interne, CHU Kara, Togo
4. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Kara, Togo

Auteur correspondant : Mossi Komi Edem

Résumé

Objectif : Evaluer les connaissances et pratiques des médecins en corticothérapie infiltrative.

Méthodologie : Etude transversale menée du 1^{er} janvier au 30 septembre 2016 incluant les médecins exerçant dans les centres hospitaliers universitaires de Lomé.

Résultats : Nous avons sélectionné 176 médecins. L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes : 25 ans et 65 ans). La majorité (71,02%) avait reçu une formation en gestes infiltratifs. La formation théorique dans les livres et revues médicales était le canal de formation le plus représenté (69,60%). Parmi les médecins formés, 79,20% pratiquaient des infiltrations. Le genou (78,79%) et l'épaule (66,66%) étaient les structures anatomiques les plus infiltrées. Les arthroses (90,10%), les sciatgies (62,60%) et les tendinopathies (44,40%) étaient les indications les plus courantes. La majorité (80,80%) référerait leur patient au spécialiste. Le bétaméthasone (67,70%) était le corticoïde le plus utilisé. La plupart (77,80%) estimaient que leur formation était insuffisante. Ils proposaient comme principales solutions de formation le développement professionnel continu (59,60%), la formation chez les rhumatologues (58,60%) et la formation à la Faculté des Sciences de la Santé (51,50%). Parmi les 77 médecins n'effectuant pas d'infiltration, l'absence de formation (51,95%), les craintes d'effets indésirables et de complications (42,86%), la non maîtrise des indications précises (42,86%) étaient les principales raisons. Dans 80,50%, ils souhaitaient être formés.

Conclusion : La corticothérapie infiltrative est une pratique à vulgariser et à démystifier pour faire bénéficier aux patients de ces avantages thérapeutiques.

Mots-clés : Corticothérapie infiltrative, Pathologies rhumatologiques, Formation, Afrique.

Summary

Objective: To evaluate the knowledge and practices of physicians in infiltrative corticotherapy

Methodology: Cross-sectional study conducted from 1st January to 30th September 2016 including physicians practicing in teaching hospitals in Lomé

Results: We selected 176 physicians. The average age was 45 (range: 25 years and 65 years). The majority of them (71.02%) got trained. Theoretical training in medical books and journals was the most represented training channel (69.60%). Among the trained physicians, 79.20% were practicing infiltration. The Knee (78.79%) and the shoulder (66.66%) were the most infiltrated anatomical area. Osteoarthritis (90.10%), sciatica (62.60%) and tendinopathy (44.40%) were the most common indications. The majority (80.80%) referred their patient to the specialist. Betamethasone (67.70%) was the most used corticosteroid. The main training solutions proposed were continuous professional development (59.60%), training for rheumatologists (58.60%) and training at the Faculty of Health Sciences (51.50%). Of the 77 that did not infiltrate, the lack of training (51.95%), the fears of adverse effects and complications (42.86%), the non control of accurate indications (42.86%) were the main reasons. In 80.50%, they desired to be trained.

Conclusion: Infiltrative corticotherapy is a practice to popularize and to demystify in order to provide these therapeutic benefits to patients.

Keywords: Infiltrative corticotherapy, Rheumatological pathologies, Training, Africa.



Introduction

La corticothérapie est l'utilisation thérapeutique des corticoïdes et de l'Hormone Adénocorticotrophique (ACTH) [1]. La corticothérapie infiltrative est l'injection d'un corticoïde naturel ou de synthèse dans un espace précis de l'organisme [2]. Ce geste permettant une amélioration des symptômes douloureux est de pratique quotidienne dans les cabinets et services publics de rhumatologie. De surcroît, il devrait être l'apanage des spécialistes de l'appareil locomoteur (rhumatologues surtout mais aussi traumatologue/orthopédistes, neurochirurgiens et neurologues) qui sont en insuffisance quantitative [3]. Par exemple, au Togo, on dispose de 06 rhumatologues pour le secteur public qui exercent dans deux Centres Hospitaliers Universitaires (Sylvanus Olympio et Kara) et au Centre Hospitalier Régional de Lomé limitant l'accès à toutes les couches sociales. Devant cette pénurie, le médecin généraliste et surtout les autres spécialistes impliqués dans la prise en charge des douleurs rhumatologiques peuvent être mis à contribution pour réaliser ce geste. Nous avons réalisé ce travail afin d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins en corticothérapie infiltrative dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Lomé.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale menée du 1^{er} janvier au 30 septembre 2016. Elle incluait les médecins généralistes, les médecins en spécialisation et les médecins spécialistes exerçant au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sylvanus Olympio et au CHU campus de Lomé. Les spécialités concernées étaient la chirurgie générale, la traumatologie et l'orthopédie, la neurochirurgie, les spécialités médicales et la radiologie. Les affections

ostéoarticulaires consultées nécessitant ou non une infiltration étaient l'entité nosologique évaluée. Le personnel paramédical des secteurs publics et privés, les médecins exerçant exclusivement à titre privé, les étudiants en médecine et en pharmacie y compris les internes, les médecins du domaine de la gynécologie et de la pédiatrie, les biologistes n'étaient pas inclus.

Les paramètres étudiés étaient :

a- les données sociodémographiques (âge, sexe, profil académique),

b- les compétences en gestes infiltratifs : elles sont basées sur les paramètres suivants :

- le mode d'acquisition de la compétence infiltrative
- la pratique de gestes infiltratifs aux corticoïdes (nombre, sites, comment faire, indications principales, réussite)
- la prise de précautions indispensables (bilan avant infiltration)

c- l'existence d'une référence systématique de certains cas d'infiltration aux spécialistes (rhumatologues, neurologues, médecins de sport et chirurgiens de l'appareil locomoteur),

d- le désir de formation théorique et/ou pratique en gestes infiltratifs des pathologies ostéoarticulaires.

Ces paramètres ont été utilisés pour l'élaboration d'une fiche d'enquête qui a servi à la collecte des données. Nous avons obtenu l'accord du chef de service de Médecine Interne. Nous avons expliqué aux enquêtés la confidentialité des résultats de notre étude et obtenu leur consentement libre et éclairé. Il n'y avait pas de conflit d'intérêts. Les fiches d'enquête étaient remplies par les médecins en notre présence et récupérées aussitôt après remplissage dès le premier rendez-vous. Ces médecins ont été rencontrés face à face ou joints par téléphone pour l'obtention du jour de rendez-vous pour le remplissage de la fiche. Pour le



service de la chirurgie qui organise le staff chaque matin, nous avons pris contact avec le chef de département qui nous a mis en relation avec le staff pour un remplissage groupé. Les médecins de la chirurgie non vus aux staffs ont été enquêtés individuellement comme dans les autres services. Tous les enquêtés inscrivait leur contact téléphonique pour un éventuel complément d'information.

Les résultats ont été analysés et traités avec le logiciel statistique « Sphinx 5.3.1. ». Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, et les variables qualitatives en effectif et en pourcentage.

Résultats

Caractéristiques générales de la population

Nous avons colligé les fiches d'enquête de 176 médecins, soit 67,43 % des médecins exerçant dans les deux CHU. Le sexe masculin prédominait (68,70%) avec un sexe ratio de 2,19. L'âge moyen était de 45 ans avec des extrêmes de 25 ans et 65 ans.

Les médecins spécialistes ou en spécialisation représentaient 72,16% (127 médecins). Les

médecins du secteur publique étaient au nombre de 124 soit 70,45 % et le secteur public-privé au nombre de 52 soit 29,55%. Plus de quatre-vingt-six pour cent (86,80%) des médecins exerçaient en équipe.

Profil des pathologies rhumatologiques en consultation

La majorité des enquêtés (53,90%) consultaient plus de 10 patients par jour. Plus de quarante-sept pour cent (47,70%) consultaient plus de 5 cas rhumatologiques par semaine et 33,50% moins de 5 cas par semaine. Les arthroses (90,10%), les sciatalgies (62,60%) et les tendinopathies (44,40%) étaient les indications les plus courantes des infiltrations (tableau I).

Connaissances en corticothérapie infiltrative

Plus de quatre-vingt-deux pour cent (82,90%) des enquêtés déclaraient avoir consulté moins de 5 patients nécessitant des infiltrations. Cent vingt-cinq médecins (71,02%) avaient reçu une formation en gestes infiltratifs. La formation théorique dans les livres et revues médicales était le canal de formation le plus représenté (69,60%) (tableau II).

Tableau I : Répartition des enquêtés selon les indications des infiltrations

	Nombre	%
Tendinopathie	44	44,4
Syndrome du canal carpien	14	14,1
Syndrome du canal de Guyon	12	12,1
Rhumatisme inflammatoire	25	25,3
Arthrite microcristalline	26	26,3
Sciatalgie	62	62,6
Bursite	16	16,2
Maladie Dupuytren	3	3,0
Périarthrite scapulo-humérale	29	29,3
Peau	10	10,1



Tableau II : Répartition des enquêtés selon les moyens ou lieux de formation

	Nombre	%
Théorique à la faculté	55	44,00
Théorique dans des livres, revues médicales	87	69,60
Théorique en FMC, DPC	62	49,60
Pratique par un confrère spécialiste, généraliste	77	61,60
En stage hospitalier	77	61,60
Pratique en atelier FMC, DPC	29	23,20

FMC : Formation Médicale Continue DPC : Développement Professionnel Continu

Pratique des infiltrations

Parmi les 125 médecins formés aux gestes infiltratifs, 99 soit 79,20% pratiquaient les infiltrations dans leur structure sanitaire. La majorité (51,50%) réalisait moins de 5 infiltrations par an. Le bilan d'imagerie et l'information du patient étaient réalisés respectivement par 81,80% et 51,50% des enquêtés avant infiltration. Plus de vingt-cinq pour cent (25,30%) réalisaient le bilan inflammatoire, 19,20% et 12,10% respectivement les bilans métaboliques et de coagulation. Le genou (78,79%) et l'épaule (66,66%) étaient les structures anatomiques les plus infiltrées (tableau III).

Plus de soixante-sept pour cent (67,70 %) des enquêtés déclaraient n'avoir aucune difficulté ni de problème pour le choix du produit. Seulement 21,20% avaient une crainte des effets indésirables et des complications. Environ vingt pour cent (19,20%) n'adressaient pas les patients aux spécialistes de l'appareil locomoteur. Parmi les 80,80% qui référaient les patients aux spécialistes, 60,60% le faisaient après une injection inefficace et 39,40% selon la localisation. Près de Soixante-quatre pour cent (63,60%) des médecins ne prescrivaient pas les corticoïdes en fonction des localisations. Le bétaméthasone (67,70%) était le corticoïde le plus utilisé suivi du cortivazol (32,30%).

Plus de soixante-dix-sept pour cent (77,80%) estimaient que leur formation était insuffisante et 22,20% en étaient satisfaits. Pour ces médecins formés, le développement professionnel continu (59,60%) (DU, DIU, ateliers et séminaires de formation, congrès scientifiques), la formation pratique chez les spécialistes rhumatologues surtout (58,60%) et la formation à la Faculté des Sciences de Santé (51,50%) seraient les meilleurs moyens pour améliorer leurs connaissances.

Tableau III : Répartition des enquêtés selon les structures anatomiques infiltrées

	Nombre	%
Epaule	66	66,66
Hanche	6	6,06
Coude	15	15,15
Genou	78	78,79
Poignet	16	16,16
Cheville	5	5,05
Mains et doigts	8	8,08
Pouce, pied, orteil	3	3,03
Rachis lombaire	10	10,10
Rachis cervical	3	3,03
Rachis dorsal	6	6,06
A l'endroit douloureux	55	55,56
Chéloïdes	14	14,14



Sur les 77 médecins ne pratiquant pas de corticothérapie infiltrative, 26 étaient formés. Les

raisons évoquées pour la non pratique des infiltrations sont résumées dans le tableau IV

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon les raisons de non pratique des infiltrations

	Nombre	%
Aucune formation reçue	40	51,95
Manque d'asepsie au service	9	11,69
Indications pas claires selon eux	33	42,86
Craintes d'effets indésirables, de complications	33	42,86
Manque de temps	15	19,48
Méconnaissance de cotation de l'acte	19	26,68
Manque de pratique	16	20,78
Faible rémunération de l'acte	7	9,09
Manque d'efficacité reconnue	12	15,58
Méconnaissances de certains gestes	18	23,38
Absence de repérage anatomique	15	19,48
Gestes trop invasifs pour être réalisés en médecine générale	16	20,78
Craintes d'ordre médico-légales (coût de la RCP...)	18	23,40
J'adresse toujours le patient au spécialiste	21	27,30
Choix du produit	13	16,90
Autres	15	19,50

RCP = Responsabilité Civile Professionnelle Autres = difficulté à convaincre le patient, existence des spécialistes du domaine

Environ quatre-vingt pour cent (80,50%) des médecins ne pratiquant pas de corticothérapie infiltrative souhaitaient être formés par des confrères rhumatologues (38,70%) et par l'intermédiaire des ateliers pratiques en développement professionnel continu (38,70%). La formation à la FSS n'a été souhaitée que dans 22,60%. Près de soixante pour cent (59,70%) préféraient être formés pour le genou ; 62,30% référaient toujours leur patient aux spécialistes.

Discussion

Notre travail est une étude pilote qui consistait à étudier la pratique de la corticothérapie infiltrative

dans les affections rhumatologiques au Togo. Au terme de notre enquête, 176 questionnaires ont été distribués, recueillis et validés soit 100 % des médecins enquêtés exerçant dans deux CHU de Lomé. Ce résultat est identique à celui d'APETI qui avait évalué la faisabilité de la télémédecine chez les professionnels de santé en 2012 [4]. Benoit dans une étude du même genre en France en 2012 avait obtenu un taux de réponse de 93,00% [3]. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'il a enquêté par voie électronique alors que notre étude se faisait en présence de l'enquêteur. La prédominance masculine rencontrée dans notre étude était déjà confirmée



en 2008 par Eglöh [5] et en 2012 par Apeti [4] qui avaient retrouvé respectivement une prédominance masculine dans 78,00% et 81,64%. Benoit dans une étude similaire en France a retrouvé 76,00% d'hommes [3]. En effet, le faible taux de réussite des filles au baccalauréat scientifique au Togo et aussi le choix des filières littéraires par les filles pourraient expliquer cette prédominance masculine [6]. De plus, au Togo, seuls les étudiants titulaires d'un baccalauréat scientifique (C et D) sont autorisés à s'inscrire en médecine alors qu'en France, le baccalauréat scientifique n'est pas la condition primordiale puisque 4 % des inscrits en médecine ont un baccalauréat autre que C et D (sciences médico-sociales, économiques, techniques et de laboratoires) [7].

Environ Soixante-dix pour cent (70,40 %) des médecins exerçaient dans le secteur public, 86,80% exerçaient en équipe. Ceci serait lié à notre cadre d'étude qui est un secteur public et universitaire. Près de trente pour cent (29,60%) des enquêtés exerçaient dans le secteur public et privé et en dehors des heures réglementaires de services quel que soit leur statut académique. D'ailleurs le code de la déontologie médicale autorise les médecins dans ce sens et de surcroît facilite la mise en place d'un cabinet médical [8]. Plus de Quatre-vingt-deux pour cent (82,90%) des enquêtés déclaraient avoir consulté moins de 5 patients nécessitant des infiltrations. Ceci peut être dû à une crainte de mise des patients sous corticoïdes du fait de ces effets secondaires ou même aux difficultés liées à la pose de l'indication.

Plus de deux-tiers (71,02%) avaient reçu une formation en gestes infiltratifs par formation théorique dans les livres et revues médicales (69,6%), pratique chez un confrère spécialiste ou généraliste (61,60%) et en stage pratique

hospitalier (61,60%). Par contre 44,00% avaient déclaré avoir reçu une formation théorique à la faculté. Ceci dénote l'envie des professionnels de la santé à améliorer leur formation initiale qu'elle soit suffisante ou non.

Plus de soixante-dix-neuf pour cent (79,20%) pratiquaient les infiltrations dans leur structure sanitaire. Miroudel en France a retrouvé dans son étude chez les médecins généralistes du nord de la région parisienne une pratique d'infiltrations chez 44,30% d'entre eux [9]. Enaud a retrouvé chez les médecins généralistes des Côtes d'Armor en France un taux de pratique de 68,90% [10]. Le genou (78,79%), l'épaule (66,66%) et l'endroit douloureux (55,56%) représentaient les structures les plus infiltrées. Benoit a retrouvé par ordre décroissant les infiltrations de l'épaule (83%), du poignet (74%), du coude (66%), du genou (66%) [3]. Seulement 10,10% infiltraient le rachis lombaire. La fréquence élevée de la pathologie dégénérative du genou et de l'épaule dans notre étude peut expliquer ces résultats. Les arthroses, les sciatalgies et les tendinopathies sont les indications les plus courantes respectivement 90,10%, 62,60% et 44,40%. Les tendinopathies (83%), le syndrome du canal carpien (70%), la périarthrite scapulo-humérale (70%), les poussées d'arthrose (55%) constituent les principales indications d'infiltration dans le travail de Benoît [3].

Les deux-tiers (66,70 %) déclaraient n'avoir aucune difficulté ni de problème pour le choix du produit. Seulement 21,20% avaient peur des effets indésirables et des complications. 15% des médecins pratiquant des infiltrations ne présentent aucune difficulté particulière dans l'étude de Benoit [3]. En effet, 67,70% prescrivait du bétaméthasone et 32,30% du cortivazol. De plus 63,60% des médecins ne prescrivait pas en fonction des localisations.



Cette discordance de réponse entre l'absence de difficulté, la prescription indépendante de la localisation et le choix du produit s'expliquerait par la méconnaissance des critères de choix de tel ou tel corticoïde infiltratif selon le site et la pathologie. Ceci montre encore l'importance de l'actualisation des connaissances acquises. Par exemple, la triamcinolone acétonide est atrophiante et asséchante, et doit être injectée en intraarticulaire et ceci dans les épanchements récidivants au risque de produire une rupture tendineuse [3].

Dans l'amélioration des connaissances 59,60%, 58,60% et 51,50% souhaitent respectivement la formation par le développement professionnel continu (DIU, DU, ateliers), la formation pratique chez les spécialistes rhumatologues surtout et à la Faculté des Sciences de la Santé. Ceci est justifié du fait que les enquêtés n'ont pas véritablement assez de temps pour les formations académiques présentielle en raison des occupations professionnelles. En ce qui concerne les non formés, 38,70% souhaitaient une formation pratique chez les confrères spécialistes ou en ateliers en développement professionnel continu (DPC) contrastant avec les propositions des formés. En effet la formation théorique de base constituait un moyen de tremplin pour la recherche d'autres acquis car près de la moitié de ceux qui infiltraient ont une formation théorique de base à la faculté.

Sur les 77 médecins n'infiltrant pas, 80,50% souhaitaient être formés et 59,70% préféreraient être formés pour le genou. L'accessibilité du genou ainsi que la prévalence des gonarthroses expliqueraient ce choix et aussi les facilités de son infiltration. Près des deux-tiers (62,30%) réfèrent toujours leurs patients aux spécialistes. Vu le fait qu'ils n'infiltraient pas, on s'attendait à une référence systématique des patients

nécessitant des infiltrations vers le spécialiste. La corticophobie peut être un argument important pouvant expliquer ce constat [2, 11, 12]. La formation trouve toute sa place pour réduire cette crainte.

Conclusion

La pratique des gestes infiltratifs est fréquente chez les médecins au Togo. Au niveau des professionnels de santé, l'intérêt des pratiques infiltratives en général et celle de la corticothérapie en particulier avait été objectivé qu'on soit formé ou non auparavant aux gestes infiltratifs. La démarche à adopter tant pour les bilans et les produits avant infiltration étant souvent méconnue, il est donc important que la formation soit instaurée. Il va falloir combattre la peur de l'inconnu qui entrave l'indication de cette thérapeutique dont l'efficacité n'est plus à démontrer car les corticoïdes ont encore de beaux jours devant eux.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Delamare J, Delamare F, Gelis-Malville E, Delamare L, Péquignot H. Dictionnaire illustré des termes médicaux Garnier Delamarre. 31^{ème} Ed MALOINE, France ; 2012.
2. Le blog des maladies des os et des articulations : Pourquoi les infiltrations ont-elles mauvaise réputation? In Rhumatologie en Pratique. <http://www.rhumatopratique.com/wp/rp/2011/05/04/pourquoi-les-infiltrations-ont-elles-mauvaise-reputation%C2%A0/#respond>. Accès au site le 17 juillet 2018.



3. **Bénoit A.** Les infiltrations en médecine générale : état des pratiques et des formations des maîtres de stage de la région Nord-Pas de Calais [Thèse]. Lille ; 2012.
4. **Apeti S.R.** Télémedecine au Togo : faisabilité, applications et perspectives [thèse]. Université de Lomé ; 2012.
5. **Egloh AS.** Enseigner autrement les neurosciences à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lomé [Thèse]. Université de Lomé ; 2008.
6. **Université de Lomé.** Office du Baccalauréat, Division des inscriptions et des statistiques. Résultats globaux du BAC II de 1992 à 2005.
7. **Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G.** Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ;19 (2):CD005328.
8. **Boyer T, Hamadmad S.** Les infiltrations articulaires sont-elles toujours intraarticulaires? In Congrès Sport et appareil locomoteur. 1998.
9. **Miroudel A.** Les infiltrations locales de corticoïdes : intérêt, pratique et formation en médecine générale [thèse]. Université Paris 7 Diderot ; 2005.
10. **Enaud JD.** Les infiltrations en médecine générale : évaluation de la pratique dans le département des Côtes d'Armor [Thèse]. Université de Rennes I ; 2007.
11. **Raffin D, Giraudeau B, Samimi M, Machet L, Pourrat X, Maruani A.** Corticophobie des pharmaciens dans la dermatite atopique de l'enfant : une étude française nationale. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2015 ; 142 (12):S488–S489.
12. **Wastiaux Aubert H.** La corticophobie dans la dermatite atopique : création et validation d'un outil d'évaluation [Thèse]. Université de Nantes ; 2009.