

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, DECEMBRE - VOLUME 11 (2-1)

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. Khadidiatou 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 Ag. 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

EDITORIAL

1. Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne	7-8
---	-----

ARTICLES ORIGINAUX

2. Dépistage des anticorps anti-peptide cyclique citrullinés et des facteurs rhumatoïdes dans le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde et facteurs associés à la sévérité radio-clinique Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	9-15
3. Parcours diagnostique de la maladie de Rosai Dorfman Destombes en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM	16-22
4. Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients présentant des maladies chroniques Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK	23-29
5. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cardiomyopathies au centre hospitalier et universitaire de Treichville à Abidjan Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A	30-36
6. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU de Conakry – Guinée Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S	37-43
7. Enquête sur la prise en charge médicale du diabète en Guinée Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A	44-50
8. Diagnostic 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 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, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M	51-56
CAS CLINIQUE	
9. Une pneumopathie interstitielle diffuse révélant un syndrome des antisynthétases : à propos d'un cas Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM	57-60
10. Pneumopathie infiltrative diffuse à l'amiodarone, à propos d'un cas Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, McBride-Windsor T	61-64



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. *Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne* 7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2. *Screening for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factors in the diagnosis of rheumatoid arthritis and factors associated with radio-clinical severity* 9-15
Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
3. *Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department* 16-22
Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
4. *Evaluation of knowledge of care staff on therapeutic education of patients presenting chronic diseases* 23-29
Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
5. *Epidemiological, diagnostic, therapeutic and progressive aspects of cardiothyreosis at the Treichville hospital and university center in Abidjan* 30-36
Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
6. *Evaluation of therapeutic adherence in diabetic patients at the Endocrinology and Diabetology Department of Conakry University Hospital, Guinea* 37-43
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
7. *Survey on the medical management of diabetes in Guinea* 44-50
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A
8. *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* 51-56
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, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M

CAS CLINIQUE

9. *Diffuse interstitial lung disease revealing antisynthase syndrome: a case report* 57-60
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
10. *Diffuse infiltrative lung disease with amiodarone, a case report* 61-64
Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, McBride-Windsor T



Enquête sur la prise en charge médicale du diabète en Guinée
Survey on the medical management of diabetes in Guinea

Kaké A¹, Sylla D², Diallo AM¹, Diallo MM¹, Wann TA², Sow T¹, Diallo MA¹, Diallo MC¹,
Dieng K¹, Bah EZ¹, Bah A¹, Barry MA¹, Bah K¹, Camara A³.

1. Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques, CHU de Donka - Conakry

2. Service de Médecine Interne, CHU de Donka - Conakry

3. Département de santé publique, FSTS, UGAN de Conakry

Auteur correspondant : Dr Amadou KAKE

Résumé

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge du diabète et de ses complications chroniques dans le pays.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive multicentrique d'un an, menée dans les sites de prise en charge spécialisée du diabète en Guinée. Elle a porté sur les patients diabétiques suivis dans ses sites depuis au moins un an. Les données ont été collectées à partir d'un interrogatoire, d'un examen physique et de dossiers des patients.

Résultats : un total de 630 patients diabétiques a été colligés. L'âge moyen des patients était de 55,4 ans $\pm$ 12,3 ans. Le diabète était de type 2 dans 97,1% des cas. La durée moyenne d'évolution connue du diabète était de 5,56 ans. Les valeurs moyennes d'HbA1c, de glycémie à jeun et de glycémie post prandiale étaient respectivement de 9,5%, 1,92g/l, 2,57g/l avec seulement 23,4% de patients qui atteignaient les objectifs glycémiques recommandés par l'ADA. Les ADO étaient de prescription dominante chez 57,8% des patients. L'HTA était le facteur de risque le plus fréquent (44,6%) avec seulement 6,4% des patients atteignant les objectifs tensionnels recommandés. Elle était traitée par une monothérapie à base d'un inhibiteur calcique dans 56,2% des cas. La polyneuropathie diabétique périphérique (39,4%) était la principale microangiopathie et la macro-angiopathie était dominée par la coronaropathie (15,1%).

Conclusion : l'équilibre glycémique des diabétiques guinéens est insuffisant. Son traitement devrait être initié plus précocement et rendu plus intense, visant aussi bien l'hyperglycémie que les autres facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Mots-clés : Diabète - HbA1c - traitement - complications - Guinée.

Summary

Objectives: The aim of this study was to evaluate the management of diabetes and its chronic complications in the country.

Methods: This was a cross-sectional, descriptive, multicenter, one-year study conducted in specialized diabetes care sites in Guinea. It covered diabetic patients followed up at these sites for at least one year. Data were collected from questioning, physical examination and patient records.

Results: A total of 630 diabetic patients were enrolled. The mean age of the patients was 55.4 $\pm$ 12.3 years. Diabetes was type 2 in 97.1% of cases. The average known duration of diabetes was 5.56 years. Mean values for HbA1c, fasting plasma glucose and postprandial plasma glucose were 9.5%, 1.92g/l and 2.57g/l respectively, with only 23.4% of patients achieving the ADA-recommended glycemic targets. ADOs were prescribed predominantly in 57.8% of patients. Hypertension was the most frequent risk factor (44.6%), with only 6.4% of patients achieving the recommended blood pressure targets. It was treated with calcium channel blocker monotherapy in 56.2% of cases. Diabetic peripheral polyneuropathy (39.4%) was the main microangiopathy, while macroangiopathy was dominated by coronary artery disease (15.1%).

Conclusion: the glycemic control of Guinean diabetics is inadequate. Treatment should be initiated earlier and made more intensive, targeting both hyperglycemia and other associated cardiovascular risk factors.

Key words: Diabetes - HbA1c - treatment - complications - Guinea.



Introduction

Le diabète est l’un des plus grands facteurs de risque cardiovasculaire dont la prévalence ne cesse de croître. Sa prise en charge vise à prévenir ou retarder les complications chroniques et préserver la qualité de vie des patients diabétiques. Ceci implique à la fois le contrôle de la glycémie et des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Plus de 90 % des personnes atteintes de diabète ont un diabète de type 2 et environ 80% des diabétiques vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [1]. De ce fait, un grand nombre de ces patients ne vont pas avoir la possibilité de bénéficier d’une prise en charge optimale, ce qui est un facteur favorisant l’augmentation de la morbidité et de la mortalité liées à la maladie.

En Guinée, la prévalence du diabète chez les adultes âgés de 35 à 64 ans était de 5,7% en 2009 [2] et un mauvais contrôle de la glycémie avait été noté chez 70% des diabétiques avec le taux d’HbA1c supérieur à 7% [3]. L’objectif de cette étude était d’évaluer la prise en charge du diabète et de ses complications chroniques dans le pays.

Méthodes

Il s’agissait d’une étude transversale de type descriptif multicentrique d’une durée d’un an allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. Les données ont été collectées dans les centres de prise en charge spécialisée du diabète en Guinée (2 à Conakry et les six unités de diabétologie dans les hôpitaux régionaux à l’intérieur du pays). Ont été inclus les patients adultes diabétiques depuis au moins 12 mois au moment de l’enquête, reçus en consultation de routine dans les sites sus cités et dont le consentement éclairé a été obtenu.

Tous les patients ont fait l’objet d’un interrogatoire minutieux (âge, le sexe, la profession, la résidence, les antécédents familiaux et personnels et l’histoire du diabète) et d’un examen clinique systématique.

Les données cliniques et paracliniques se rapportant aux complications chroniques de la maladie, ainsi que celles relatives à la prise en charge thérapeutique ont été collectées à partir du dossier médical des patients.

L’équilibre glycémique a été apprécié sur les moyennes des glycémies à jeun et post prandiale réalisées au cours des 3 mois précédant le jour de l’enquête. Le diabète était considéré équilibré si ces moyennes étaient respectivement inférieures à 1,30g/l à jeun et 1,80g/l en post prandiale.

La valeur de l’hémoglobine glyquée la plus récente que le patient ait réalisée au cours de l’année a été retenue et la valeur normale devrait être inférieure à 7%.

Par respect de la confidentialité, aucun renseignement sur l’état civil des patients n’a été divulgué. Les données ont été collectées à l’aide d’un questionnaire, saisies et analysées à l’aide du logiciel SPSS version 22.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Au total, 630 patients diabétiques ont été inclus. On notait une prédominance du sexe féminin (63,33%), 399 femmes contre 321 hommes avec un sex-ratio de 0,80. L’âge moyen des patients était de 55,4 ans ±12,3ans. Selon la situation matrimoniale, 79,4% des patients étaient mariés, 17,3% de veufs, 2,2% de célibataires et 1,1% de divorcés. Trois-quarts des patients résidaient en milieu urbain. Selon l’activité professionnelle principale, les travailleurs indépendants étaient les plus nombreux (45,1%) suivis des maitresses de maison (38,6%), des fonctionnaires (12,5%) et les autres (3,8%). Soixante pourcents des patients n’étaient pas scolarisés. Le tableau I illustre les caractéristiques sociodémographiques des patients.

Tableau I : répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques Sociodémographiques	Nombre (N= 630)	Pourcentage (%)
Age moyen (ans)	55,4±12,3	
Sex-ratio H/F	0,80	
Situation matrimoniale		
Mariés	500	79,4
Veufs	109	17,3
Célibataires	14	2,2
Divorcés	7	1,1
Profession		
Travailleurs indépendants	284	45,1
Maitresses de maison	243	38,6
Fonctionnaires	79	12,5
Autre	24	3,8
Niveau de scolarisation		



Scolarisés	379	60,1
Non scolarisés	251	39,9
Résidence		
Urbain	420	66,7
Rurale	210	33,3

Histoire du diabète

La majorité des patients avait un diabète de type 2 (612 patients soient 97,1%). La durée moyenne d’évolution connue du diabète était de 5,56 ans avec les extrêmes de 1 à 34 ans. Les circonstances de découverte les plus fréquentes étaient respectivement un syndrome polyuro-polydipsique (57,5%), une découverte fortuite (40,2%), un coma (1,4%) et lors d’un dépistage systématique (1%).

Contrôle glycémique

Au cours de l’année précédant l’enquête, seulement la moitié des patients (50,3%) avait réalisé au moins une mesure de l’HbA1c. la moyenne des HbA1c était de 9,5±3,1%. Seulement 23,4% des patients étaient dans l’objectif en prenant comme référence les critères de *l’American diabetes association (ADA)* d’un taux d’HbA1c < 7% [4]. Les mesures de la glycémie post-prandiale sont rares (21,7% des patients) comparées à celles de la glycémie à jeun (98,2 %). Les valeurs moyennes des glycémies à jeun et post prandiales sont respectivement de 1,92 ± 0,86 g/l et 2,57 ± 0,96 g/l.

Autres facteurs de risque cardiovasculaire associés

Le bilan lipidique a été réalisé au cours de l’année précédente dans 35,6% des patients. Parmi eux, une dyslipidémie a été notée chez le tiers des patients (33,3%). Un traitement à base de statine était administré dans 37,1% des cas. L’objectif thérapeutique était atteint seulement dans 21,4% pour le LDL (inférieur à 1g/l) ; 19,6% pour le HDL (supérieur à 0,40g/l) et 48,7% pour les triglycérides (inférieures à 1,50g/l). L’hypertension artérielle était retrouvée chez près de la moitié des patients (44,6%). Moins des deux tiers des patients (64,4%) recevaient un traitement antihypertenseur. L’objectif tensionnel (PA inférieure à 135/85mmhg) était atteint seulement dans 6,3% des cas. Le traitement de l’HTA consistait à une monothérapie dans 81,77% des cas. Il s’agissait d’un IEC dans 68,92%, d’un inhibiteur calcique dans 21,62%, d’un ARAII dans

8,78% et d’un diurétique thiazidique dans 0,55% des cas. La bithérapie et la trithérapie représentaient respectivement 17,68% et 0,55% des cas. Près du tiers des patients (31,7%) était en surpoids. L’obésité était observée dans 14,6% des cas. Elle était modérée (80,13%), sévère (19,84%), et morbide (0,003%). Une sédentarité était notée dans 82,6% des cas et la consommation de tabac et d’alcool était respectivement de 2,9% et de 2,2%.

Complications dégénératives du diabète (cf. tableau II)

La réalisation du bilan de retentissement était faible. Le bilan rénal a été réalisé dans 37,9% des cas. Il objectivait une microalbuminurie dans 6,3% et une protéinurie dans 18,8% des cas. Une insuffisance rénale était notée chez 50 patients (20,9%). Elle était modérée (DFG de 30 à 60ml/mn/1,73m²) dans 90% des cas, sévère (DFG de 15 à 30ml/mn/1,73m²) dans 8% et terminale (DFG < 15ml/mn/1,73m²) dans 2%. L’examen ophtalmologique comportant la pratique du fond d’œil a été effectué chez 31,0% des patients dans les 12 derniers mois. La cataracte (23,1 %) et la rétinopathie diabétique (6,5%) sont les complications oculaires les plus communément retrouvées dans la population de l’étude. La rétinopathie hypertensive et le glaucome sont rencontrés chez 1% des patients chacun. Sur la base d’examen clinique uniquement, une neuropathie diabétique périphérique était retrouvée chez 39,4% des patients et une neuropathie autonome dans 7,9% des patients. L’examen des pieds a été effectué chez la majorité (94,1%) des patients au cours de l’année écoulée. Il retrouvait une anomalie chez 10,63% des patients. Il s’agissait d’un pied infectieux (70,15%), neuropathique (20,89%), vasculaire (4,48%) et mixte (4,48%). Le bilan cardiologique a été effectué chez 31,6% des patients. Une cardiopathie ischémique était notée dans 15% des cas et une insuffisance cardiaque dans 6,5% des cas. Le tableau II illustre les complications chroniques du diabète.



Tableau II : répartition selon les complications chroniques du diabète

Complications	Effectif	Pourcentage
Macro vasculaire		
AVC	9	1,14
Coronaropathie	30	15,0
Insuffisance cardiaque	13	6,5
Micro vasculaire		
Poly neuropathie périphérique	248	39,4
Neuropathie autonome	50	7,9
Rétinopathie diabétique	12	6,5
Insuffisance rénale modérée	45	17,6
Insuffisance rénale sévère	4	1,7
Insuffisance rénale terminale	1	0,4
Micro-albuminurie	15	6,3
Protéinurie Isolée	45	18,8
Pieds diabétiques		
Pieds infectieux	47	7,5
Pieds neuropathiques	14	2,2
Pieds vasculaires	3	0,5
Pieds mixtes	3	0,5

Prise en charge du diabète

Les mesures hygiéno-diététiques seules représentaient 2,5% du traitement du diabète. Une activité physique régulière était pratiquée par 13,8% des patients. Plus de la moitié des patients (57,8%) était traitée par les antidiabétiques oraux (ADO). Parmi lesquels les biguanides représentaient 56,7%, suivis d’une association biguanides et sulfamides hypoglycémisants dans 37,7% et des sulfamides hypoglycémisants seuls dans 5,6%. Un tiers des patients (33,5%) était sous insuline. Il s’agissait d’une insulinothérapie seule dans 66,26% et associée aux antidiabétiques oraux (ADO) dans 33,74%.

Au cours de l’année précédente, une rupture du traitement a été notée chez plus du tiers des patients (36,0%) et plus des deux-tiers (70,8%) des patients avaient reçu au moins un thème d’éducation.

Discussion

Nous avons réalisé une étude transversale d’une durée un an portant sur la prise en charge médicale du diabète en Guinée. Cette étude qui avait pour but de faire un état des lieux sur la prise en charge du diabète est à notre connaissance une première en Guinée. Nous avons colligé 630 patients diabétiques connus depuis au moins un an, venus en consultation de routine dans les sites où le diabète est officiellement pris en charge. Cependant, notre mode de recueil des données présente des limites. En effet le bilan de retentissement n’a pas été réalisé chez tous les patients ce qui pourrait entraîner une sous-évaluation. L’HbA1c pourrait ne pas refléter

l’équilibre actuel du diabète car n’ayant pas été réalisée le jour de l’enquête. Néanmoins, cette étude permet de disposer une base de données permettant un aperçu sur la prise charge actuelle du diabète en Guinée.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

La prédominance féminine (63,33%) retrouvée dans notre étude est semblable à celle de 75,1% rapportée par Ndour Mbaye M et al. [5] au Sénégal. Cependant, Kouakou et al. [6] en Côte d’Ivoire ont trouvé une prédominance masculine de 56,04%. Ces résultats sont variables et confirment les données de la littérature selon lesquelles le sexe ne consiste pas un facteur de risque du diabète.

Les ménagères et les commerçants étaient les principales catégories professionnelles représentées. La prédominance de ces deux groupes professionnels a été rapportée par Koevi K et al. [7] au Burkina qui ont retrouvé 47,2% de ménagères et 15,6% de commerçants. Le manque d’activité physique associé à ces professions semble expliquer cette prédominance.

Les patients vivaient essentiellement en zone urbaine (75%). Ce résultat est semblable à celui de 72% retrouvé en Guinée dans les pathologies thyroïdiennes en 2020 [8]. Ceci pourrait s’expliquer d’une part par la prévalence plus élevée du diabète en milieu urbain et d’autre part le choix du site urbain de l’étude mais aussi par l’inaccessibilité des patients vivant en milieu rural aux soins, notamment aux soins de spécialisés. Plus de la moitié des enquêtés était non scolarisée dans notre série. Ces



résultats corroborent avec le taux faible d'analphabétisme dans notre pays.

Histoire du diabète

Les patients enquêtés étaient suivis en majorité pour un diabète de type 2. Ce résultat concorde avec les données de la littérature qui rapportent une prévalence de 90% et plus. Selon Atlas du diabète de la FID, le nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 augmente rapidement à travers le monde. Cet accroissement est associé au développement économique, au vieillissement des populations, l'intensification de l'urbanisation, les changements d'alimentation, à une diminution de l'activité physique, et à d'autres modifications du mode de vie [1].

Le syndrome polyuro-polydipsique était le mode de révélation du diabète chez la majorité des enquêtés. Ceci est confirmé par plusieurs études menées en Afrique [5, 6, 7]. Ce résultat est le fait d'une découverte tardive liée au manque d'information de la population mais aussi à une insuffisance du dépistage.

La durée moyenne connue du diabète des participants était de 5,52 ans avec une médiane de 4 ans et des extrêmes de 1 à 34 ans. Ce résultat est semblable à celui rapporté par Camara A et al. [3] qui a rapporté dans une étude menée en Guinée et au Cameroun une durée moyenne du diabète de 7,6 ans.

Contrôle glycémique

L'équilibre glycémique dans notre série était insuffisant. Seulement 23,4% des patients étaient dans l'objectif en prenant comme référence les critères de l'*American diabetes association (ADA)* d'un taux d'HbA1c < 7 % [4]. Ce résultat est proche de celui de Belhadj M et al. [9] qui dans leur étude Diabcare en Algérie avaient trouvé une hémoglobine glyquée moyenne de 8,52% et seulement 18% de leurs patients avaient un bon contrôle glycémique. En revanche il est inférieur à celui de 39,6% retrouvé par Mbaye MN et al. [10] au Sénégal selon les mêmes critères de l'ADA.

Ces résultats pourraient s'expliquer par l'inertie thérapeutique des médecins d'une part, d'autre par l'inobservance thérapeutique des patients dans un pays à ressources limitées comme la Guinée où plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté. Les assurances maladies et les mutuelles de santé sont peu développées, elles couvrent essentiellement les employés des entreprises privées.

Prise en charge du diabète

La prise en charge du diabète relève des mesures hygiéno-diététiques, d'un traitement

pharmacologique et d'un suivi régulier en vue de maintenir un équilibre métabolique optimal et de prévenir les complications dégénératives de la maladie. Dans ce contexte, l'usage des recommandations par l'application des algorithmes de traitement et la réalisation du bilan annuel du diabète sont des éléments fondamentaux.

Dans ce travail, plus de la moitié (57,8%) de nos patients était sous antidiabétiques oraux (ADO), ce qui est en concordance avec la prévalence du diabète de type 2. Les proportions similaires ont été rapportées par Ndour M'baye M. et al. [5] au Sénégal (47,3%) et par Diallo AM al. [11] en Guinée (58%). Cependant, des fréquences plus importantes de prescription d'ADO de 82,4% et 80%, respectivement, sont rapportées par Tieno H et al. au Burkina Faso et dans l'étude ENTRED en France [12, 13]. La metformine était l'ADO le plus prescrit, retrouvé chez 50% des patients, ce qui est en cohérence avec les recommandations de sa prescription en première ligne de traitement dans le diabète de type 2.

Les ruptures de traitement rapportées sont semblables aux données sur l'observance retrouvées dans d'autres travaux [6, 9]. Elles constituent un facteur de non-équilibre ou de déséquilibre du diabète. Ces situations aiguës sont des indications relatives à la mise sous insuline dans notre contexte. Qu'elle soit utilisée seule (22,2%) ou en association avec les ADO (11,3%).

Par ailleurs, nous relevons dans cette étude l'absence de plusieurs classes de l'arsenal thérapeutique actuellement disponible pour la prise en charge du diabète. En effet, la plupart des traitements actuels tels que les inhibiteurs de la dipeptidyl-peptidase 4 (I-DPP4), les analogues de la Glucagon-Like Peptide-1 (GLP1) et les inhibiteurs de co-transporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) ne sont pas de prescription habituelle dans nos régions en raison de leur coût très élevé et de l'absence de couverture sociale.

Autres facteurs de risques cardiovasculaires

Malgré un dépistage faible des facteurs de risque cardiovasculaire chez le diabétique en Guinée, les résultats de cette étude montrent que le diabète est associé aux principaux facteurs de risque cardiovasculaire modifiables, notamment l'hypertension, le surpoids/obésité, la sédentarité et la dyslipidémie.

La prévalence d'association avec ces facteurs de risque cardiovasculaire est le reflet de la fréquence de ceux-ci dans la population générale. Ils sont souvent méconnus avec des difficultés d'accessibilité aux soins de qualité. En effet, le syndrome métabolique a été signalé à une fréquence



élevée chez les Guinéens atteints de diabète de type 2, dont l'hypertension et l'obésité étaient les principales composantes [10, 14, 15].

Cette panoplie de facteurs de risque indique probablement l'importance d'une approche du risque absolu pour la réduction du risque cardiovasculaire dans cette population, par opposition aux stratégies basées sur des facteurs de risque uniques.

Les complications chroniques du diabète

Dans cette étude, les complications dégénératives n'ont pas été évaluées systématiquement chez tous les patients. Selon la macro-angiopathie, 1,4% (9 cas) des enquêtés avaient fait un AVC. La consultation cardiologique avait été réalisée dans un peu plus du tiers des cas (36,1%). Elle retrouvait une insuffisance cardiaque dans 7% des cas et une coronaropathie dans 15%.

La neuropathie périphérique était la microangiopathie la plus représentée. Notre résultat est similaire à celui de Diédhiou et al. [16] au Sénégal dans leur série qui rapporte une prévalence de 42,7%. La prédominance des neuropathies périphériques pourrait s'expliquer par le fait qu'elle a été évaluée chez tous les patients contrairement aux complications dont l'évaluation nécessite des bilans paracliniques, mais aussi par le mauvais équilibre glycémique de nos patients.

Le dépistage de l'atteinte rénale chez nos diabétiques a été réalisé chez 37,9% des patients. L'insuffisance rénale terminale était rare (0,4%). La micro-albuminurie et la protéinurie isolée ont été retrouvées respectivement chez 6,3 et 18,8% de ces patients.

Le nombre de patients ayant réalisé de consultation ophtalmologique étaient de 31%. Les complications ophtalmologiques sont dominées par la cataracte suivie de la rétinopathie diabétique rencontrées respectivement chez 23,1 et 6,5% des patients. La rétinopathie hypertensive et le glaucome sont rencontrés chez 1% des patients chacun.

Dans notre étude les complications podologiques avaient été recherchées par un examen clinique uniquement ce qui pourrait entraîner une sous-estimation de ces complications notamment vasculaires qui devraient être évalué par l'échodoppler des membres inférieurs. Ces complications sont dominées par les pieds infectieux, suivis des pieds neuropathiques avec des fréquences respectives de 7,5 et 2,2%.

Ces complications chroniques du diabète font toute la gravité de la maladie. Leur prise en charge est couteuse et difficile dans notre contexte. L'accent doit être mis sur la prévention de ces complications par un équilibre glycémique correct, leur dépistage

systématique et la prise en compte des autres facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Conclusion

L'équilibre glycémique des diabétiques guinéens est insuffisant. Le diabète s'inscrit souvent dans un contexte de syndrome métabolique. Son traitement devrait être accessible, initié plus précocement et rendu plus intense, visant aussi bien l'hyperglycémie que les autres facteurs de risque cardiovasculaire modifiables associés. L'approche basée sur l'évaluation du risque global du patient devrait être envisagée.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Magliano DJ, Boyko EJ, Atlas ID. What is diabetes? In IDF diabetes atlas [Internet]. 10th edition 2021. International Diabetes Federation.
2. Baldé NM, Camara A, Diallo AA, Kaké A, Diallo AM, Diakite et al. Prevalence and awareness of diabetes in Guinea: findings from a WHO STEPS, Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa 2017; 1(1): 1-7
3. Camara A, Baldé NM, Sobngwi-Tambekou J, Kengne AP, Diallo MM, Tchatchoua APK et al. Poor glycemic control in type 2 diabetes in the South of the Sahara: The issue of limited access to an HbA1c test. diabetes research and clinical practice 2015; 108(1): 187-92
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Glycemic targets: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2022; 45(Suppl. 1): S83-S96
5. Ndour Mbaye M, Sarr A, Diop SN, Leye A, Diédhiou D, Ka Cissé MS et al. DiabCare Sénégal : une enquête sur la prise en charge du diabète au Sénégal. Médecine Mal Métaboliques. 2011 ; 5(1) : 85-99
6. Kouakou AYF, Kamagaté A, Yapo AP. Complications du Diabète en Côte d'Ivoire chez les Patients Diagnostiqués Tardivement. Eur Sci J ESJ. 2016 ; 12(27) : 250
7. Koevi K, Millogo V, Ouedraogo M, Ouedraogo G. Diagnostic des causes de complication du diabète et des méthodes de prévention à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso. Int J Biol Chem Sci. 2015 ; 8(6) : 2709



8. Kaké A, Diallo MM, Sylla D, Diallo AM, Wann TA, Keita A et al. Pathologie thyroïdienne au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry en Guinée. RAFMI 2020 ; 7(2-1) : 32-37
9. Belhadj M, Arbouche Z, Brouri M, Malek R, Semrouni M, Zekri S et al. Baromètre Algérie : enquête nationale sur la prise en charge des personnes diabétiques. Médecine Mal Métaboliques, 2019 ; 13(2) : 188-194
10. Diallo AM, Diallo MM1, Kaké A, Diallo MC, Wann TA, Baldé NM. Traitement ambulatoire du diabète au centre hospitalier universitaire de Conakry en Guinée. Guinée Médicale 2021 ; 100(4) : 181-185
11. Mbaye MN, Niang K, Sarr AG, Mbaye A, Diédhiou D, Ndao MD et al. Aspects épidémiologiques du diabète au Sénégal : résultats d'une enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire dans la ville de Saint-Louis. Epidemiological aspects of diabetes in Senegal: Results of a survey on cardiovascular risk factors in Saint-Louis. Médecine des maladies Métaboliques. 2011 ; 5(6) : 659-64
12. Tieno H, Bouda M, Ouédraogo DD, Traoré R, Ouédraogo C, Drabo YJ. Observance du traitement antidiabétique dans un pays en développement : le cas du Burkina Faso (Afrique subsaharienne). Médecine des maladies Métaboliques 2010 ; 4(2) : 207-11
13. Fagot-Campagna A, Weill A, Paumier A, Poutignat N, Fournier C & al. Que retenir du bilan d'ENTRED 2007-2010. Médecine des maladies Métaboliques 2010 ; 4(2) : 212-18
14. Camara A, Baldé NM, Diakité M, Sylla D, Baldé EH, Kengne AP, Baldé MD. High prevalence, low awareness, treatment and control rates of hypertension in Guinea: results from a population-based STEPS survey. Journal of human hypertension 2016; 30(4): 237-44
15. Camara A, Koné A, Millimono TM, Sow A, Kaké A, Preux PM, Balde MD, Jesus P. Prevalence, risks factors, and control of hypertension in Guinean older adults in 2021: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2024; 24(1): 1530
16. Diédhiou D, Touré M, Cissé M, Seck LB, Diop SN, Guèye L, Ndiaye MM. Neuropathie diabétique : caractéristiques cliniques et électromyographiques au Sénégal. Diabetes & Metabolism 2015 ; 41 : A95