



## Évaluation de l'observance thérapeutique des patients souffrant de tuberculose ostéo-articulaire au Togo

### *Evaluation of therapeutic compliance in patients suffering from osteoarticular tuberculosis in Togo*

G Eyram Fianyo<sup>1\*</sup>, Sadat Oniankitan<sup>2</sup>, Komi Cyrille Tagbor<sup>3</sup>, Sibylle Degnon Gouhouede<sup>1</sup>, Prenam Houzou<sup>2</sup>, Kodjo Kakpovi<sup>4</sup>, Owonayo Oniankitan<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Régional Lomé Commune, Togo

<sup>2</sup>Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Kara, Togo

<sup>3</sup>Service de rhumatologie, Hôpital de Bè, Togo

<sup>4</sup>Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Régional Kara, Togo

<sup>5</sup>Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Togo

\* **Auteur correspondant** : Eyram Fianyo : **Email** : [efianyo@gmail.com](mailto:efianyo@gmail.com)

*Reçu le 08 février 2025, accepté le 20 avril 2025 et mise en ligne le 6 mai 2025*

*Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY*

*(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)*

#### RESUME

**Objectif** : évaluer l'observance thérapeutique des patients souffrant de tuberculose ostéo-articulaire (TOA) au Togo.

**Patients et méthodes** : il s'est agi d'une étude multicentrique transversale menée de juillet 2012 à août 2022 dans les services de rhumatologie du Togo. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients, et par appel téléphonique des perdus de vue.

**Résultats** : sur 3148 patients hospitalisés, 265 souffraient de TOA (fréquence hospitalière 8,4%). Les femmes représentaient 55,5% (sex-ratio 0,8) avec un âge moyen de 44,5 ±17,9 ans. Le mal de Pott (91,3%), la coxalgie (6,8%), et la tumeur blanche du genou (1,1%) étaient les diagnostics les plus représentés. Tous les patients ont été mis sous traitement antituberculeux. 114 patients (43%) observants, ont été déclarés guéris au bout d'une durée moyenne de 9,1±2,7 mois. 151 patients (57%) ont été perdus de vue au bout d'une durée moyenne de 3,3±2,4 mois. Parmi les 58 perdus de vue qui ont accepté de répondre à l'interview, les raisons de l'abandon du suivi médical étaient l'amélioration clinique (60%), l'accessibilité géographique (18%), la dégradation de l'état clinique (18%), et le décès (18%). La mauvaise observance thérapeutique était statistiquement associée à la persistance de la douleur ( $p=7,55.10^{-5}$ ), à l'absence de gain de poids ( $p=1,37.10^{-11}$ ), à l'existence d'un déficit moteur ( $p=0,00029$ ) et de troubles sphinctériens ( $p=8,96.10^{-6}$ ).

**Conclusion** : l'observance thérapeutiques est mauvaise au cours de la TOA au Togo. Une formation des rhumatologues à l'éducation thérapeutique, et une meilleure collaboration entre médecins et dispensateurs du traitement antituberculeux s'avèrent nécessaires.

**Mots-clés** : Tuberculose ostéoarticulaire ; Antituberculeux ; Observance thérapeutique ; Afrique Noire (Togo)

#### ABSTRACT

**Objective** : to assess compliance with treatment by patients suffering from osteoarticular tuberculosis (OAT) in Togo.

**Patients and methods**: this was a cross-sectional multicentre study conducted from July 2012 to August 2022 in rheumatology departments in Togo. Compliance was assessed by means of a questionnaire completed using patients' medical records, and by telephone calls to those lost to follow-up

**Results:** out of 3148 patients hospitalised, 265 suffered from TOA (hospital frequency 8.4%). The majority were women (55.5%, sex ratio 0.8) with an average age of  $44.5 \pm 17.9$  years. Pott's disease (91.3%), coxalgia (6.8%), and white tumour of the knee (1.1%) were the most common diagnoses. All patients were put on anti-tuberculosis treatment. 114 patients (43%) were compliant, and were declared cured after a mean duration of  $9.1 \pm 2.7$  months. 151 patients (57%) were lost to follow-up after an average duration of treatment of  $3.3 \pm 2.4$  months. Of the 58 patients lost to follow-up who agreed to be interviewed, the main reasons for discontinuation were clinical improvement (60%), geographical accessibility (18%), deterioration in clinical condition (18%), and death (18%). In our study, poor compliance was statistically associated with persistent pain ( $p=7.55.10^{-5}$ ), lack of weight gain ( $p=1.37.10^{-11}$ ), motor deficit ( $p=0.00029$ ) and sphincter disorders ( $p=8.96.10^{-6}$ ).

**Conclusion:** this study shows that compliance with treatment is poor during TOA in Togo. Rheumatologists need to be trained in therapeutic education, and there needs to be better collaboration between doctors and those providing anti-tuberculosis treatment.

**Keywords:** *osteoarticular tuberculosis ; anti-tuberculosis drugs ; therapeutic compliance : Black Africa (Togo).*

## 1. Introduction

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse contagieuse à transmission interhumaine due aux effets pathogènes d'une mycobactérie du complexe tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis hominis* communément appelée bacille de Koch (BK), *Mycobacterium bovis* et *Mycobacterium africanum*), dans l'organisme [1]. Elle demeure un véritable enjeu de santé publique pour une grande partie de la population mondiale. Elle fait partie du top 10 des maladies infectieuses les plus meurtrières. Sa fréquence dépend du niveau socio-économique du pays. Près de 85 % des nouveaux cas de TB sont diagnostiqués en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud [1,2].

La tuberculose ostéo articulaire (TOA) se définit par l'ensemble des manifestations pathologiques secondaires aux atteintes des structures ostéo articulaires de l'appareil locomoteur par le BK [3]. Elle représente environ 15 % des cas de tuberculose extra pulmonaire et peut toucher tous les segments articulaires et osseux du corps [4,5]. Maladie souvent handicapante mais curable, sa prise en charge repose sur une polyantibiothérapie, d'une durée de 12 mois au Togo, souvent lourde pour le malade bien que subventionnée par l'Etat togolais avec l'appui des partenaires. Il se pose alors le problème de l'observance thérapeutique de ce traitement par les patients.

Notre étude a eu pour objectifs d'évaluer l'observance des patients souffrant de tuberculose ostéo articulaire au Togo, de déterminer la fréquence des patients perdus de vue après initiation du traitement antituberculeux, et d'identifier les déterminants de l'inobservance thérapeutique chez les patients sous antituberculeux.

## 2. Patients et méthodes

### Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude observationnelle de type transversal qui s'est déroulée sur une période de dix ans allant du 1er Juillet 2012 au 31 Août 2022.

### Cadre d'étude

Elle a eu pour cadre les quatre services de rhumatologie du Togo, à savoir les services de rhumatologie du CHU Sylvanus Olympio et de l'Hôpital de Bè à Lomé la capitale, et ceux du CHU Kara et du CHR Kara situés dans le nord du Togo.

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus tous les patients hospitalisés en milieu rhumatologique au Togo pour TOA quelle que soit leur provenance. Etaient exclus de l'étude les dossiers non exploitables, les dossiers dépourvus de numéro de téléphone, les patients qui ne réunissaient pas 12 mois de traitement pendant la période d'étude.

### Collecte des données

La collecte des données s'est faite grâce à un questionnaire qui portait sur les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques, les données relatives au traitement et à son résultat, et les données relatives à l'observance thérapeutique. Les données cliniques, paracliniques, et thérapeutiques ont été obtenues à partir des dossiers des patients. Les patients perdus de vue ont été contactés par téléphone et les données relatives au niveau socio-économique et l'observance ont été recueillies grâce à une interview téléphonique.

### Définitions opérationnelles

Nous avons considéré que le niveau de vie était :

- bas pour un salaire inférieur ou égal à Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) qui est de 52 500 FCFA (82 USD), et/ou l'habitat dans une cour commune, et/ou l'absence d'eau, et/ou l'absence d'électricité, et/ou l'absence d'assurance maladie ;
- moyen pour un salaire compris entre 52 500 et 262 500 FCFA (= 5SMIG), et/ou l'habitat dans une cour commune, et/ou la présence d'électricité, et/ou la présence d'eau de puits, et/ou l'absence d'assurance maladie ;
- élevé pour un salaire supérieur ou égal à 262 500 FCFA (= 5SMIG), et/ou l'habitat dans une maison individuelle, et/ou la présence d'électricité, et/ou la présence d'eau de la société nationale des eaux ou de forage, et/ou la présence de la couverture maladie.

Le diagnostic de spondylodiscite ou d'arthrite tuberculeuse a reposé sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques et épidémiologiques.

Les arguments cliniques étaient l'existence d'une rachialgie/arthralgie d'horaires inflammatoire voire mécanique, au début insidieux, l'existence d'un amaigrissement, d'une fièvre, de sueurs nocturnes, d'un contact tuberculeux ou d'antécédents personnels de tuberculose. Les arguments radiologiques étaient la présence de signes de spondylodiscite ou d'arthrite, éventuellement associés à des signes évocateurs de TB pulmonaire. Sur le plan biologique on pouvait retrouver la présence d'un syndrome inflammatoire biologique, d'une Intradermoréaction (IDR) à la tuberculine positive, un examen Xpert MTB/RIF positif sur le liquide articulaire, ou les crachats, la mise en évidence du BK dans le liquide articulaire ou les crachats. Aucune biopsie n'a été faite en raison de l'étroitesse du plateau technique (biopsie possible uniquement à champ ouvert).

La TOA était considérée comme probable en l'absence d'identification du germe et comme certaine dans le cas contraire. La prise en charge associe une dispensation des antituberculeux par un paramédical, et un suivi médical spécialisé par le rhumatologue jusqu'à la guérison du patient. Le suivi est donc double.

Nous avons considéré comme guéris les patients qui n'étaient plus douloureux, qui avaient un gain pondéral, une apyrexie, chez qui on notait une disparition du syndrome inflammatoire biologique et une cicatrisation à l'imagerie.

Les perdus de vue étaient définis comme les patients ayant arrêté le suivi médical avant d'être déclarés guéris (non-respect du rendez-vous médical pour le suivi).

Étaient considérés en échec thérapeutique les patients qui présentaient une persistance des douleurs et/ou de l'altération de l'état général et/ou de la fièvre et/ou une absence de cicatrisation à l'imagerie.

Les patients observants étaient ceux qui avaient respecté les rendez-vous fixés par le rhumatologue et qui étaient déclarés guéris après la prise du traitement anti tuberculeux.

L'observance était mauvaise chez les patients qui n'avaient pas respecté le rendez-vous fixé par le rhumatologue, et qui ne s'étaient plus présentés pour le suivi médical après initiation du traitement antituberculeux.

#### **Analyse statistique**

Les données ont été compilées grâce au logiciel Epi Data 3.1. La base ainsi constituée a été analysée avec les logiciels Microsoft Excel 2019 et le logiciel R 4.0.4 dans l'environnement RStudio 1.4. Les variables quantitatives ont été décrites en moyennes  $\pm$  écart-type, et ont été comparées grâce au test de Student. Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages, et ont été comparées grâce aux tests de Chi<sup>2</sup> ou de Fischer. Le seuil de significativité était fixé à une valeur de p strictement inférieure à 0,05.

#### **Considérations éthiques et administratives**

L'autorisation du Comité de Bioéthique pour la Recherche en Santé au Togo ainsi que celle des différents directeurs des hôpitaux ciblés ont été obtenues. Un consentement éclairé a été sollicité auprès des patients avant la réalisation de l'interview par téléphone. L'anonymat des patients a été préservé par la codification des fiches d'enquête.

### **3. Résultats**

#### **Données socio-démographiques**

Deux cent soixante-cinq des 3148 patients hospitalisés pendant la période d'étude (8,4%), souffraient de TOA. Les patients étaient constitués de 147 femmes (55,5%) avec un sex-ratio de 0,8. L'âge moyen des patients était de 44,5  $\pm$  17,9 ans (extrêmes : 03 et 89 ans).

Cent soixante-onze patients (64,5%) avaient une activité professionnelle. Les autres patients étaient des femmes au foyer (14,3%), des élèves, étudiants ou apprentis (11,7%), des retraités (5,7%), et des chômeurs (3,8%). Le niveau socio-économique était bas chez 36 patients (13,5%), moyen chez 203 patients (76,6%) et élevé chez 26 patients (9,8%).

#### **Données cliniques**

Deux-cent-trente-neuf patients (90,2%) avaient été hospitalisés pour une rachialgie, 23 patients (8,7%) pour une douleur d'une articulation du membre inférieur, et trois patients (1,1%) pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

La douleur était inflammatoire chez 154 patients (58,1%), mécanique chez 104 patients (39,2%) et mixte chez 7 patients (2,6%). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 5,1 ±8,2 mois (extrêmes : 05 jours et 72 mois). Une toux était retrouvée chez 20 patients (7,5%).

Quarante-cinq patients (17%) présentaient une fièvre. La température moyenne était de 38,2 ±0,47 °C. Cent soixante-dix-sept patients (66,8%) avaient un état général altéré.

Quatre-vingt patients (30,2%) présentaient une comorbidité, dominée par le diabète chez 39 patients (48,8%), le VIH chez 24 patients (30%), l'hypertension artérielle chez 16 patients (20%), et la drépanocytose chez neuf patients (11,3%). Un antécédent de TB a été retrouvé chez 15 patients (5,7%). Trente-six patients (13,6%) étaient éthyliques, et six (2,3%) étaient tabagiques.

#### Diagnostic retenu

L'IDR à la tuberculine a été réalisée chez 24 patients (9,1%) et était positive chez dix (41,7%). La recherche de Bacille Acido Alcoolo Résistant dans les crachats a été réalisée chez dix patients (3,8%) et était positive chez deux (20%). Le test Xpert MTB/RIF du liquide articulaire était négatif chez les deux patients qui l'avaient réalisé pendant la période d'étude. Les étiologies retrouvées étaient le Mal de Pott (242 patients, 91,3%), la coxalgie (18 cas 6,8%), la tumeur blanche du genou (trois cas, 1,1%), la sacroiliite tuberculeuse (2 cas, 0,8%). Deux patients présentaient une TOA bifocale (spondylodiscite et ostéite ou sacroiliite). Quatre-vingt-quatre patients (34,7%) parmi ceux ayant une atteinte rachidienne présentaient une complication neurologique (figure 1) : compression médullaire 48,8%, syndrome neurogène périphérique 26,2%, syndrome de la queue de cheval 25,0%.

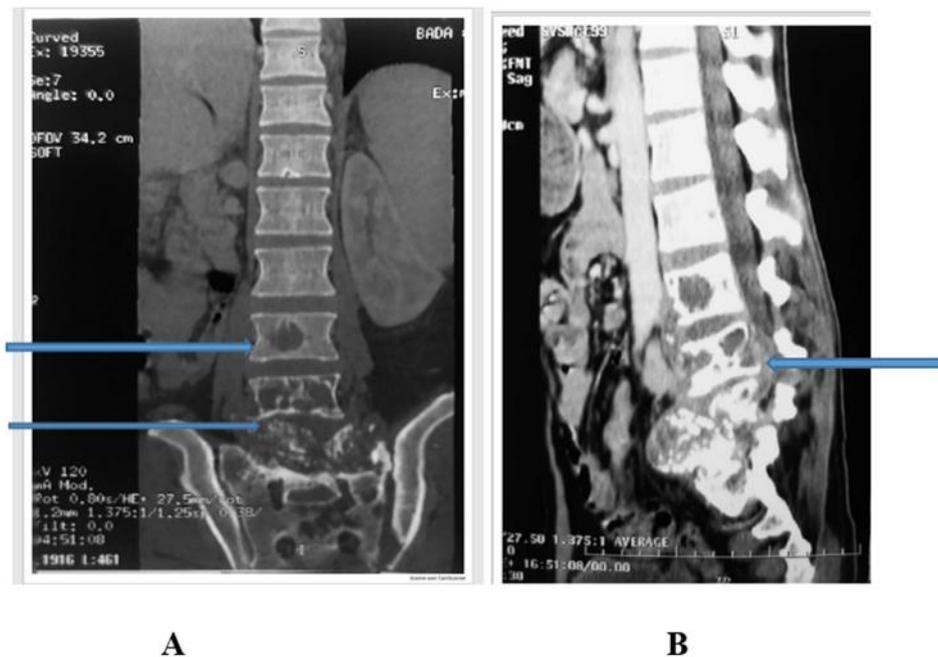


Figure 1: reconstitution sagittale d'une TDM lombaire montrant des lésions ostéolytiques hypodenses de L3 à S1 (A) ; associées à un abcès para-vertébral (B) dont la ponction échoguidée associée au test Xpert MTB/RIF a confirmé le diagnostic de Mal de Pott (Source : service de rhumatologie du CHU Sylvanus Olympio)

#### Aspects thérapeutiques

A la phase d'attaque du traitement antituberculeux, 264 patients (99,6%) ont été mis sous la combinaison Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol (RHZE). Un patient a été mis à la phase d'attaque pendant un mois sous la combinaison Streptomycine Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol (SRHZE) et deux mois sous RHZE car il était en échec thérapeutique. A la phase d'entretien, 259 patients (97,7%) ont été mis sous RH, un sous RHE et cinq ont été perdus de vue après la phase d'attaque.

Cent soixante-sept patients (63%) ont été mis sous corticothérapie pour une durée moyenne de 1,4 mois. La vitamine B6 (257 patients, 97%), les antalgiques (167 patients, 63%), les AINS (95 patients, 35,8%) et les antidépresseurs tricycliques (2 patients, 0,8%) étaient les autres traitements symptomatiques employés chez les patients.

Sur les 265 patients de l'étude, 205 (77,4%) ont bénéficié d'une contention pour une durée moyenne de 2 ±0,5 mois (extrêmes six jours et trois mois). Il s'agissait d'un corset plâtré chez 202 patients (98,5%), d'une attelle plâtrée de membre pour deux patients (1%) et d'une minerve cervicale chez un patient (0,5%).

Cent soixante-quatre patients (61,9%) ont bénéficié d'une rééducation fonctionnelle.

Seuls 34 patients (12,8%) avaient présenté des effets indésirables liés au traitement antituberculeux, mineurs chez 33 patients (97,1%) ; le seul effet indésirable majeur était une cytolysé hépatique supérieure à trois fois la normale associée à une cholestase hépatique ayant motivé un arrêt du traitement.

### Résultats du traitement

Cent quatorze patients (43%) ont été déclarés guéris au bout d'une durée moyenne de traitement de 9,1±2,7 mois (extrêmes 6 mois et 15 mois).

Cent-cinquante-un patients (57%) ont été perdus de vue au bout d'une durée moyenne de traitement de 3,3±2,4 mois (extrêmes 8 jours et 12 mois).

Un seul patient était en échec thérapeutique après 12 mois de traitement et a été perdu de vue.

A l'arrêt du suivi médical, 194 patients (73,2%) ont signalé l'existence d'une douleur résiduelle. La douleur résiduelle était en moyenne de 36,6 ±17,7 (extrêmes 10 et 90%). Cent quatre-vingt-quatre patients (69,4%) avaient un gain de poids. Il persistait un déficit moteur chez 85 patients (32,1%). La marche était impossible chez 30 patients (11,3%), possible avec limitation du périmètre de marche chez 118 patients (44,5%), possible et normale chez 117 patients (44,2%). Les troubles sphinctériens persistaient chez 29 patients (10,9%). Ils étaient dominés par la constipation (55,2%) et la dysurie (17,2%). Les séquelles orthopédiques étaient constituées par la gibbosité (71 patients 26,8%) et les attitudes vicieuses orthopédiques (7 patients, 2,6%). Sur le plan biologique, on notait une régression du syndrome inflammatoire biologique chez 158 patients (59,6%) après une durée moyenne de traitement de 3,3 mois. La cicatrisation à l'imagerie n'avait été observée que chez 107 patients (40,4%) après une durée moyenne de 9,1±2,7 mois.

### Observance thérapeutique

Cinquante-huit patients (38,4%) parmi les 151 patients inobservants ont accepté de répondre à nos questions. Six patients (3,9%) ont refusé de participer à l'interview. Les autres patients étaient injoignables.

Parmi les 58 perdus de vue qui ont bien voulu répondre aux questions de l'interview, 45 (77,6%) avaient bénéficié d'un soutien familial. Cinquante-cinq patients (94,8%) avaient eu un accompagnateur au cours du traitement.

Seuls huit patients (13,8%) sur les 58 patients perdus de vue par le médecin ont poursuivi le traitement chez le dispensateur. La durée moyenne du traitement chez le dispensateur était de 3,9 ± 2,3 mois avec des extrêmes de 15 jours et 9 mois.

Les principales raisons à l'origine de l'abandon du suivi médical ont été l'amélioration clinique (60%), l'accessibilité géographique (18%) et le décès (18%) (tableau 1).

Tableau 1: répartition des patients selon les raisons de l'abandon du suivi médical

	Effectif	Pourcentage
Amélioration de l'état clinique	30	60
Accessibilité géographique	9	18
Dégradation de l'état clinique	9	18
Décès	9	18
Coût excessif du traitement adjuvant	5	10
Manque d'information	5	10
Problème d'accompagnateur	2	4
Pas d'évolution sur le plan clinique	2	4
Pas de raison précise	1	2
Durée trop longue	1	2
Négligence personnelle	1	2
Relation médecin/Malade	1	2
Impotence fonctionnelle des membres inférieurs	1	2

Dans notre étude, perdus de vue étaient significativement plus nombreux à ressentir une douleur résiduelle ( $p=7,55.10^{-5}$ ) et cette douleur était significativement plus intense ( $p=9,8.10^{-8}$ ) tableaux 2 et 3).

Tableau 2: observance thérapeutique en fonction du pourcentage de la douleur résiduelle

	Perdus de vue			p
	Non(114)	Oui(151)	Total(265)	
	Moy ± SD*	Moy ± SD	Moy ± SD	
<b>Pourcentage de la douleur résiduelle (%)</b>	27,8 ± 14,02	41,5 ± 17,67	36,6 ± 17,69	9,8.10 <sup>-8</sup>

\*Moyenne ±écart-type

Les patients observants étaient plus nombreux à présenter un gain de poids ( $p=1,37.10^{-11}$ ). Les perdus de vue étaient plus nombreux à présenter un déficit moteur et des troubles sphinctériens ( $p$  respectivement de  $0,00029$  et  $8,96.10^{-6}$ ) (tableau 3).

Tableau 3: comparaison des patients observants et des perdus de vue en fonction des paramètres du suivi médical

	Perdus de vue			p
	Non(114) n(%)	Oui(151) n(%)	Total(265) n(%)	
<b>Présence de douleur résiduelle</b>				<0,001
Oui	69(60,5)	125(82,8)	194(73,2)	
Non	45(39,5)	26(17,2)	71(26,8)	
<b>Existence d'un gain de poids</b>				<0,001
Non	54(47,4)	130(86,1)	184(69,4)	
Oui	60(52,6)	21(13,9)	81(30,6)	
<b>Force musculaire</b>				0,00029
Normale	87(76,3)	93(61,6)	180(67,9)	
Inférieur à 4	21(18,4)	24(15,9)	45(17)	
Egale à 4	6(5,3)	34(22,5)	40(15,1)	
<b>Troubles sphinctériens</b>				<0,001
Absent	112(98,2)	124(82,1)	236(89,1)	
Présent	2(1,8)	27(17,9)	29(10,9)	

Par ailleurs une régression logistique a été faite pour les données pour lesquelles le p était significatif (douleur résiduelle, gain de poids, déficit moteur, troubles sphinctériens). Elle a mis en évidence que les perdus de vue étaient significativement plus nombreux à ressentir une douleur résiduelle et à présenter des troubles sphinctériens ( $p$  respectivement de  $0,0034$  et  $0,00001$ ) (tableau 4).

Tableau 4: Observance en fonction des données du suivi médical

	Perdus de vue							
	n/N	%	Analyse univariée		p	Analyse Multivariée		p
			RC	IC à 95%		RCa	IC à 95%	
<b>Durée d'évolution</b>					0,588			
< Médiane (3 Mois)	112 / 196	57,1	1,05	0,75-1,66				
≥ Médiane (3 Mois)	39 / 69	56,6	1	-				
<b>Douleur résiduelle</b>					<b>0,00057</b>			<b>0,0034</b>
Présente	125 / 194	64,4	2,72	1,65-9,71		2,49	2,1-5,04	
Absente	26 / 71	36,6	1	-		1	-	
<b>Gain de poids</b>					0,425			
Non	130 / 184	70,7	1,67	0,42-2,13				
Oui	21 / 81	25,9	1	-				
<b>Force musculaire</b>					0,056			
Normale	93 / 180	51,7	1	-				
Inférieur à 4	24 / 45	53,3	1,23	0,78-1,54				
Egale à 4	34 / 40	85,0	1,84	0,83-2,19				
<b>Troubles sphinctériens</b>					<b>0,0027</b>			<b>0,00001</b>
Absent	124 / 236	52,5	1	-		1	-	
Présent	27 / 29	93,1	2,58	1,22-4,34		3,93	2,61-6,28	

## 4. Discussion

### Principaux résultats

Notre étude a porté sur l'évaluation de l'observance thérapeutique des patients souffrant de tuberculose ostéo-articulaire au Togo. Durant la période d'étude, 265 patients ont été recensés sur les 3148 patients hospitalisés soit une fréquence hospitalière de 8,4 %. Tous les patients ont été mis sous traitement antituberculeux. La proportion de patients observants

était de 43%. Cent cinquante-un patients ont interrompu le suivi médical après une durée moyenne de traitement de  $3,3 \pm 2,4$  mois. Cinquante-huit patients non observants ont répondu à une interview. Les raisons principales de l'arrêt du suivi médical étaient l'amélioration clinique (60%), les problèmes d'accessibilité géographique (18%), la dégradation de l'état clinique (18%), et le décès (18%). La mauvaise observance thérapeutique était statistiquement associée à la persistance de la douleur ( $p=7,55.10^{-5}$ ), à l'absence de gain de poids ( $p=1,37.10^{-11}$ ), à l'existence d'un déficit moteur ( $p=0,00029$ ) et de troubles sphinctériens ( $p=8,96.10^{-6}$ ).

#### **Limites de l'étude**

Notre étude présente plusieurs insuffisances dont le mode de recrutement. En effet il s'est agi d'une étude hospitalière menée en milieu urbain, et qui n'a pris en compte que les hospitalisés des services de rhumatologie des hôpitaux publics. L'étude ne s'est donc pas étendue ni au milieu privé ni au niveau périphérique où des patients potentiellement souffrants de la tuberculose ostéo-articulaire sont pris en charge. L'interview téléphonique a également comporté des insuffisances. Nous n'avons pas pu interroger tous les patients perdus de vue soit parce que le numéro n'était plus opérationnel, soit parce qu'ils n'ont pas voulu répondre à nos questions. Toutefois ces limites n'altèrent pas l'importance épidémiologique des résultats présentés dans cette étude qui est la première du genre au Togo.

#### **Données sociodémographiques**

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de  $44,5 \pm 17,9$  ans. Ce résultat est similaire à ceux de Gbané-Koné et al en Côte-d'Ivoire, et de Lamini et al au Congo Brazzaville qui retrouvaient respectivement 43,13 ans et 46 ans [6,7]. La similitude entre ces différents résultats peut s'expliquer par la jeunesse des populations africaines.

On notait une légère prédominance féminine à 55,5% de la TOA avec un sex-ratio de 0,8. Cette prédominance féminine a été également rapportée par Gbané-Koné et al en Côte d'Ivoire et El Fadi au Maroc qui ont respectivement retrouvé 56% et 56,7% [6,8]. Par contre Missounga et al au Gabon ont retrouvé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,2 [9]. Ces données contradictoires de la littérature montrent que la TOA peut toucher les deux sexes.

#### **Données cliniques**

Le Mal de Pott était la forme de tuberculose ostéo-articulaire la plus fréquente dans notre étude (91,3%). El Fadi au Maroc et Bakayoko et al en Côte d'Ivoire avaient retrouvé respectivement 66,7% et 71,3%. Ce résultat confirme les données de la littérature sur le mal de Pott comme étant le type de TOA le plus fréquent [8,10, 11].

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de  $5,1 \pm 8,2$  mois. Ces résultats sont similaires à ceux de Lamini et al au Congo et El Fadi au Maroc qui ont respectivement retrouvé une durée moyenne d'évolution de 6,6 mois et 5 mois. Ce retard diagnostique est à l'origine de l'étendue des lésions radiologiques et de leur caractère destructeur, ainsi que des complications neurologiques présentes chez 31,7% de nos patients [7,8].

Le diabète (48,8%) et l'infection à VIH (30%) étaient les facteurs de risque retrouvés chez nos patients. El Fadi au Maroc avait retrouvé également le diabète et l'infection à VIH comme facteurs de risque [8].

#### **Observance thérapeutique**

La mauvaise observance a été observée chez 151 patients (57%) qui ont été perdus de vue au bout d'une durée moyenne de traitement de  $3,3 \pm 2,4$  mois. Nos résultats diffèrent de ceux de Bakayoko et al en Côte d'Ivoire qui avaient noté 19% de malades non observants (10). Ceci pourrait s'expliquer par la méthode qui était différente de la nôtre car la population d'étude était constituée des cas de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire.

La principale raison de l'abandon du suivi médical dans cette étude était l'amélioration des symptômes. Seuls huit patients parmi les 58 perdus de vue interviewés ont terminé le traitement chez le dispensateur. Au Mali, Diarra B et al. (12) avaient également retrouvé que l'amélioration des symptômes était un critère d'abandon du traitement évoqué par 8,6% des patients. Le décès venait en deuxième position avec 18% des cas. Ceci pourrait être dû au délai d'évolution assez long ( $5,1 \pm 8,2$  mois), où le diagnostic est posé à la phase de complications avec risque de septicémie ou de maladie thrombo-embolique entraînant le décès.

La mauvaise observance thérapeutique était statistiquement associée à la non amélioration des paramètres cliniques de surveillance notamment la présence d'une douleur résiduelle, l'absence de gain de poids, la présence d'un déficit moteur et de troubles sphinctériens ( $p < 0,05$ ). Ceci pourrait s'expliquer d'une part par l'impatience du patient qui souhaite une guérison rapide alors qu'elle est assez longue (12 mois). D'autre part l'atteinte ostéo articulaire, dans notre contexte où le diagnostic est tardif, peut s'accompagner de séquelles invalidantes de l'appareil locomoteur. Ceci pourrait amener le patient à douter du traitement médical et à rechercher d'autres alternatives.

Ainsi il se pose essentiellement le problème d'éducation thérapeutique du malade sur sa maladie, ses complications et sur son traitement (durée, effets indésirables) qui devrait permettre d'instaurer un climat de confiance entre le patient et son médecin, favoriser un respect du suivi médical et éviter les cas d'abandon [13, 14].

## **5. Conclusion**

Cette étude sur l'évaluation de l'observance du traitement thérapeutique chez les patients souffrant de tuberculose ostéo-articulaire au Togo a montré que l'observance du suivi médical était mauvaise chez plus de la moitié des patients. Les

raisons de la mauvaise observance étaient l'amélioration clinique, les problèmes d'accessibilité géographique et le décès. Nos résultats suggèrent que la mauvaise observance est influencée de façon significative par la persistance de la douleur, l'absence de gain de poids, l'existence d'un déficit moteur et de troubles sphinctériens. Une étude sur un plus large échantillon de patients permettrait de confirmer ces résultats. L'éducation thérapeutique pourrait augmenter l'observance du traitement, ce qui nécessite une formation des médecins rhumatologues..

## **Conflits d'intérêt : Aucun**

## **Références**

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016. Consulté le 1er juin 2023. Disponible à partir de l'URL <[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/gtbr2016\\_executive\\_summary\\_fr.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/gtbr2016_executive_summary_fr.pdf)>
2. Masawa N, Bani F, Ndege R. Tuberculosis: Diagnostic Challenges in Rural Africa.. Praxis (Bern 1994). 2019 ;108 : 991-6.
3. Teklali Y, Fellous El Alami Z, El Madhi, Gourinda H, Miri A. La tuberculose ostéoarticulaire chez l'enfant (mal de Pott exclu) : à propos de 106 cas. Rev Rhum 2003 ;70 :595-9.
4. Pertuiset E, Beaudreuil J, Horusitzky A, Lioté F, Kemiche F, Richette P. Aspects épidémiologiques de la tuberculose ostéo articulaire de l'adulte, étude rétrospective de 206 cas diagnostiqués en région parisienne de 1980 à 1994. Presse Med 1997 ; 26 : 311-5.
5. Alvarez S, Mc Cabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited : a review of experience at Boston city and other hospitals. Medicine 1984 ; 63 : 25-55.
6. Gbané-Koné M, Koné S, Ouali B, Kouassi J, Djaha K, Ondzala A, et al. Tuberculose ostéo articulaire (mal de Pott exclu) : à propos de 120 cas à Abidjan. Pan Afr Med J 2015 ; 21 : 1-7.
7. Lamini N'soundhat N E, Moyikoua R, Moussounda Mpika G S, Ntsiba H, Bileckot R. Aspects Morphologiques du Mal de Pott chez l'Adulte Congolais à Brazzaville. Health Sci 2019 ; Dis : 20 (5) : 64-7.
8. El Fadi K. Tuberculose ostéoarticulaire (TOA) dans la province de Fkih Ben Saleh (FBS). Rev Mal Respir 2020 ; 12 : 271.
9. Missounga L, Iba ba J, Mabika B, Itoudi Bignoumba E.P, Nseng Nseng I.R, Nziengui N.I.C, et al. Tumeur blanche du genou : prévalence et caractéristiques parmi les tuberculoses ostéo-articulaires suivies au Gabon et revue de littérature. Med Afr Noire 2016 ; 6306 : 358-64.
10. Bakayoko A, Koné Z, Daix A, Samaké K, Kamagaté M, Ouattara B, et al. Traitement médical de la tuberculose vertébrale en Côte d'Ivoire. Rev Pneumol Trop 2015 ; 23 : 70-6.
11. Pertuiset E. Tuberculose ostéo articulaire extra vertébrale. Rev Rhum 2006 ; 73 : 387-93.
12. Diarra B, Coulibaly CA, Sangho O, Sidibé Keita A, Telly N, Terera I, Koné K, et al. Observance thérapeutique des malades tuberculeux suivis en commune I du district de Bamako. Cah Santé Publique 2018 ; 17 : 44-53.
13. Aït-Khaled N. Observance et traitement de la tuberculose. Le courrier de l'observance thérapeutique 2001 ; 1 : 12-5.
14. Fianyoy E, Zabsonre Tiendrebeogo WJS, Koffi-Tessio VES, Pahimi Yibe F, Kakpovi K, Oniankitan O et al. Evaluation of Therapeutic Adherence in Patients Suffering from Chronic Inflammatory Rheumatism in the Rheumatology Wards of Lomé (Togo). Open J Rheumatol Autoimmune Dis 2023; 13: 88-97.