

## Article Original

# Parcours Préhospitalier du Patient Ayant un Myélome Multiple à Brazzaville

## *Prehospital itinerary of patients with multiple myeloma in Brazzaville*

Ngolet LO, Kocko I, Atipo Tsiba Galiba FO, Ockouango J, Elira Dokekias A

Service d'Hématologie Clinique,  
CHU Brazzaville, Congo, BP  
13027 RP

*Auteur correspondant* : Lydie O  
Ngolet. Email : [ngolet@yahoo.fr](mailto:ngolet@yahoo.fr)

**Mots clés** : myélome multiple,  
Brazzaville, Congo.

**Keywords**: course, myeloma, Congo.

### RÉSUMÉ

**Objectif.** Le diagnostic du myélome multiple se fait à un stade tardif en Afrique. Les raisons du retard diagnostique nécessitent d'être rapportées. **Matériels et méthodes.** Une enquête descriptive à collecte de données rétrospective a été menée sur les dossiers des patients ayant un myélome symptomatique à forte masse tumorale dans le service d'Hématologie Clinique du CHU de Brazzaville du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2015 soit 6 ans et 6 mois. Pour chaque patient inclus dans l'étude, un questionnaire a été soumis. Au décours de ce questionnaire, la responsabilité des différents acteurs dans le diagnostic tardif du myélome a été établie. Il a permis de décrire le parcours des patients ayant un myélome multiple symptomatique à forte masse tumorale avant leur admission dans le service d'Hématologie Clinique du CHU de Brazzaville. **Résultats.** Quarante patients dont 22 hommes (55%) et 18 femmes (45%) ont été inclus dans l'étude et ont répondu au questionnaire. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 56,10±11,50 ans. Le parcours était composé d'automédication initiale dans 97,5% suivi, devant la persistance des symptômes d'une consultation chez le médecin dans 70% des cas. La consultation ou l'admission au CHU de Brazzaville résultait d'une aggravation des signes cliniques. Les patients étaient principalement (80%) admis dans le service de rhumatologie. Le délai diagnostique était en moyenne de 14,7 mois. La responsabilité au diagnostic tardif était majoritairement imputée selon les patients aux médecins dans 82,5%. La responsabilité des patients n'était reconnue que par 2,5% d'entre eux. **Conclusion.** Le délai tardif de la prise en charge du myélome multiple nous incite à suggérer un dépistage systématique des gammopathies monoclonales dès l'âge de 50 ans au Congo. L'introduction du myélome multiple dans le programme de lutte contre le cancer.

### ABSTRACT

**Background.** The diagnosis of multiple myeloma is made at a late stage in Africa. The causes of diagnostic delay need to be reported. **Materials and Methods.** A descriptive retrospective survey data collection was conducted on the records of patients with symptomatic multiple myeloma with high tumor burden in the Hematology Service of Brazzaville University Hospital Clinic of 1 January 2009 to 30 June 2015(6 years and 6 months).A questionnaire was submitted to each patient included in the study . After the interview, the responsibility of different actors in the late diagnosis of myeloma was established. It has described the course of patients with symptomatic multiple myeloma with high tumor mass before admission in the Hematology Clinic Service of the University Hospital of Brazzaville. **Results.** Forty patients, 22 men (55%) and 18 women (45%), were included in the study and completed the questionnaire. The average age at diagnosis was 56.10 ± 11.50 years. The course consisted of initial self-medication in 97.5% followed the persistence of symptoms of a visit to the doctor in 70% of cases. The consultation or admission to the University Hospital of Brazzaville resulted from a worsening of clinical signs. The patients were mostly (80%) admitted to the rheumatology department. The time to diagnosis was on average 14.7 months. The responsibility to late diagnosis was mainly attributed per patients to physicians in 82.5%. The responsibility of the patients was recognized only by 2.5% of them. **Conclusion.** The late period of the multiple myeloma support encourages us to suggest routine screening of monoclonal gammopathy at the age of 50 years in Congo. The introduction of multiple myeloma in the awareness program against cancer.

## INTRODUCTION

Les patients ayant un myélome multiple (MM) consultent en Afrique au stade avancé du MM défini comme myélome symptomatique à forte masse tumorale. Le diagnostic précoce des hémopathies malignes en général et du MM en particulier est associé à une augmentation de la survie globale et à un meilleur pronostic [1]. Au Congo Brazzaville, le parcours du patient atteint de MM est long [2]. Le délai entre l'installation des premiers signes cliniques et le diagnostic du MM est prolongé. Par conséquent, les patients consultent au sein des structures spécialisées à un stade avancé de MM défini comme MM symptomatique à forte masse tumorale [3-5]. Comprendre les causes de ce retard diagnostique est important. Il permettra d'élaborer ou d'adopter des stratégies visant à écourter le parcours du patient ayant un MM et par conséquent, améliorer sa durée de survie globale et son pronostic. Le but de cette étude était de décrire le parcours du patient ayant un MM et de déterminer la responsabilité des différents acteurs dans le diagnostic et la prise en charge tardifs du MM.

## MATERIELS ET METHODES

Le service d'Hématologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville au Congo est l'unique structure médicale prenant en charge les hémopathies malignes dans le pays. Le diagnostic de l'hémopathie maligne est en règle générale réalisé dans le service d'Hématologie Clinique en hospitalisation ou en ambulatoire. Dans le cadre du MM, les patients admis au CHU sont initialement orientés dans le service de Rhumatologie devant les douleurs osseuses ou des fractures pathologiques. Le diagnostic du MM est évoqué et le concours des hématologues est sollicité afin de réaliser un myélogramme qui confirmera le diagnostic de MM.

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2015 soit 6 ans et 6 mois. Nous avons inclus tous les dossiers de patients ayant un MM symptomatique confirmé à forte masse tumorale selon la classification de Durie et Salmon. Pour chaque dossier nous avons collecté :

- Les données épidémiologiques : âge, sexe, niveau d'instruction et profession
- Les données anamnestiques et cliniques : durée de l'histoire de la maladie correspondant au délai entre le début des symptômes et l'hospitalisation dans le service d'Hématologie Clinique
- Les paramètres pronostiques représentés par la classification de Durie et Salmon

Nous avons revu les patients en consultation ou en hospitalisation. Nous leur avons soumis un questionnaire. Celui-ci nous a permis, de détailler le parcours du patient avant son arrivée dans le service d'Hématologie Clinique. A partir de ce questionnaire, nous avons déterminé la responsabilité des différents acteurs dans le diagnostic tardif du MM: patient,

personnel soignant (médical ou paramédical) ou tradipraticien. Le questionnaire était composé comme suit :

1. Le motif de la consultation initiale ;
2. Le délai entre l'installation des premiers symptômes et la consultation initiale ;
3. La qualification du personnel soignant : médical (médecin généraliste non hospitalier, médecin généraliste hospitalier, médecin spécialiste non hospitalier, médecin spécialiste hospitalier), paramédical (infirmier, kinésithérapeute) ou non médical (tradipraticien).
4. Les circonstances d'arrivée au CHU : définies comme les signes cliniques qui ont concouru au transfert du patient au CHU, ainsi que le service où le patient a été hospitalisé initialement.

La responsabilité des différents acteurs (patient et personnel consulté) a été attribuée en fonction des propos rapportés par le patient durant l'interview (Tableau 1).

**Tableau I.** Attribution de la responsabilité des acteurs dans le diagnostic tardif du myélome déterminée selon le patient

Responsabilité	Propos rapportés par le patient
Patient	Problème financier, banalisation
MG non hospitalier	Dg erroné, pas d'exploration biologique
MS non hospitalier	Dg erroné, mauvaise exploration biologique
MG hospitalier	Dg erroné, mauvaise exploration biologique
MS hospitalier	Mauvaise orientation
Personnel paramédical	Mauvais Dg, banalisation
Tradipraticien	Mauvais Dg

MG : Médecin généraliste MS : Médecin spécialiste. Dg : Diagnostic

Le diagnostic de MM symptomatique était établi selon les critères de l'International Myeloma Working Group (IMWG) de 2003 [6]. Le terme forte masse tumorale faisait référence à la classification de stade III de Durie et Salmon [7]. Au stade III selon Durie et Salmon était greffé le suffixe A ou B selon le taux sérique de créatinine. Il est dit A lorsque la créatininémie était inférieure à 177  $\mu\text{mol/l}$  et B lorsque la créatininémie était supérieure à 177  $\mu\text{mol/l}$  [7].

Un consentement éclairé écrit et signé a été obtenu auprès de tous les patients. La confidentialité et le respect des participants avaient été respectés selon les principes d'Helsinki.

### Analyse statistique :

Les sources de données étaient les dossiers d'hospitalisation des patients ayant un myélome symptomatique à forte masse tumorale. Les données étaient recueillies sur une fiche d'enquête pré-établie. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel de santé publique SPSS (version 17, Chicago-USA). L'estimation des effectifs et des proportions ont été réalisées pour les variables qualitatives et catégorielles. La moyenne et l'écart-type ont été déterminés pour les variables quantitatives. Les moyennes ont été comparées à l'aide du test de Student. Les tests étaient statistiquement significatifs quand la P-value est inférieure à 0,05 (5%).

## RESULTATS

Quarante trois (43) dossiers de patients portant l'item myélome multiple ont été collectés et tous les patients ont accepté de participer à l'étude. Parmi eux, 40 portaient le diagnostic myélome symptomatique à forte masse tumorale. Il s'agissait de 22 hommes (55%) et 18 femmes (45%) d'âge moyen au moment du diagnostic de 56,10±11,5 ans. Les caractéristiques épidémiologiques, biologiques et pronostiques figurent dans le tableau 2.

**Tableau II.** Répartition des patients selon leurs caractéristiques épidémiologiques, biologiques et pronostiques

Variabiles	Valeurs (%)
Genre	
• Femme	18 (45,0)
• Homme	22 (55,0)
• Sex ratio	1.22
Age (ans) (%)	
• 31-50	8 (20,0)
• 51-70	28 (70,0)
• 71-80	4 (10,0)
• Moyenne± Ecart-type	56,10 ± 11,50
• Min- max	41-80
Stade (%)	
• IIIA	22 (55,0)
• IIIB	18 (45,0)

Le signe clinique d'appel initial était représenté par les douleurs osseuses. Elles étaient lombaires dans 87,5% des cas (n=35), cervicales dans 7,5% (n=3) et thoraciques dans 5% (n=2). Trente-neuf patients (97,5%) affirment avoir pratiqué une automédication tandis que 1 patient (2,5%) avait consulté un médecin immédiatement. La durée moyenne entre l'installation des premiers symptômes et la consultation initiale était de 14 jours, extrêmes de 1 et 30 jours.

Devant la persistance des douleurs osseuses, 28 patients (70%) ont consulté un médecin, 7 (17,5%) ont eu recours à des massages chez un personnel paramédical faisant office de kinésithérapeute et 5 (12,5%) ont consulté un tradipraticien.

L'aggravation des signes cliniques initiaux ou l'apparition de nouveaux signes ont amené les patients à consulter, être transférés ou référés au CHU dans les différents services détaillés dans le tableau 3.

**Tableau III.** Circonstances d'arrivée des patients au CHU de Brazzaville

Circonstances d'arrivée	Service	N(%)
Douleurs intenses invalidantes, paraplégie	Rhumatologie	32 (80)
Douleurs intenses et paraplégie	Carcinologie	3 (7,5)
Fractures pathologiques	Chirurgie	2 (5)
Anurie	Néphrologie	2 (5)
Pneumopathie	Pneumologie	1 (2,5)

P=0.02

La responsabilité des différents acteurs au diagnostic tardif du MM était répartie comme suit.

**Tableau IV.** Répartition des acteurs identifiés par les patients dans le diagnostic tardif du myélome multiple

Acteur responsable du diagnostic tardif	N (%)
Patient	1 (2,5%)
Tradipraticien	2 (05%)
Médecin généraliste non hospitalier	22 (55%)
Médecin généraliste hospitalier	10(25%)
Médecin spécialiste hospitalier	1(2,5%)
Personnel paramédical	4 (10%)
Total	40(100%)

p=0,04

## DISCUSSION

Le MM est la tumeur plasmocytaire la plus fréquente au Congo. Elle représente 0,3% de l'ensemble des cancers selon le Registre des cancers de Brazzaville [8]. Le MM à une incidence hospitalière de 7,8 nouveaux cas par an. Il est le troisième type d'hémopathie maligne le plus fréquent après la leucémie et le lymphome, [8]. La survie globale des patients ayant un MM en Afrique en général et au Congo en particulier est plus courte comparativement à celle des pays occidentaux [9-11]. Ceci résulte d'une accessibilité limitée à la chimiothérapie, mais aussi au diagnostic tardif du MM. Au Congo Brazzaville, le MM est diagnostiqué dans 97,4% des cas au stade III selon la classification de Durie et Salmon ce qui correspond à un stade avancé ou stade symptomatique à forte masse tumorale [2,6,7]. Devant ce constat, nous avons retracé avant son admission dans le service d'Hématologie, le parcours du patient ayant un MM. Nous avons secondairement, comme l'avait réalisé Gombé et al pour les tumeurs solides, tenté d'identifier les acteurs responsables du diagnostic tardif du MM [12].

Le long parcours du patient ayant un MM est la conséquence d'un délai diagnostique élevé qui était de 14,7 mois dans notre série. Des études similaires réalisées sur les cancers du sein ont rapporté des délais relativement plus courts allant de 10 à 12 mois à Brazzaville et 11,6 mois en Tunisie [12,13].

Les causes du retard diagnostique ont surtout été rapportées pour les cancers solides [12-16]. Elles sont de trois types. Elles incombent aux patients, aux médecins initialement consultés et enfin à un défaut d'orientation des patients hospitalisés [13].

La responsabilité inhérente aux patients ayant une pathologie maligne est variable [12,13]. Elle est de 92,5% en Tunisie pour les patients ayant un cancer du sein [13]. Un travail similaire au Congo rapporte un taux plus faible de 21,5% [12]. Quant au MM, la responsabilité incombant aux patients n'est que de 2,5%. La représentation de la maladie que se fait le patient, influence son comportement par conséquent le délai de consultation. Ceci explique les différences selon les symptômes développés [13]. Aussi, la constatation des symptômes touchant l'intimité des patients telle qu'une anomalie du sein ou une métrorragie entraînent paradoxalement une négation de la maladie par peur du diagnostic et allonge le délai de consultation [12,13]. Tandis que les symptômes dit « communs », telle que la douleur osseuse présente dans le MM, entraînent chez le

sujet une automédication initiale (97,5% dans notre étude) suivis d'une consultation en cas de persistance des douleurs. Par conséquent, le délai de consultation en cas de douleurs osseuses est plus court : 14,5 jours contre 6,5 mois en cas d'anomalie au niveau du sein [13].

Le thème « peur du diagnostic » était peu exprimé par les patients ayant un MM comparativement à ceux ayant développé un cancer du sein. Les douleurs osseuses réfèrent surtout chez les sujets âgés à une pathologie dégénérative telle que l'arthrose. Ceci explique la fréquence élevée des consultations auprès du médecin devant la persistance des douleurs osseuses (70%) et plus faible auprès du tradipraticien (12,5%). Les patients ayant un cancer du sein abordent la pathologie différemment puis ce que la fréquence des consultations auprès du tradipraticien était plus importante : 22,7% [14].

La responsabilité du personnel soignant dans le retard diagnostique du MM est prépondérante. Elle est corrélée au degré de médicalisation des pays. Ainsi, elle est comparativement plus élevée dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne: 68% contre 24% en Tunisie au Maghreb [12,13]. Cette attitude décrite par Gombé et al comme attentiste était plus importante chez les médecins non hospitaliers [12]. Elle plaide pour une formation continue du personnel médical [13]. Mais aussi conformément à l'organisation de notre système sanitaire, à l'élaboration et la diffusion à l'ensemble des acteurs de la pyramide sanitaire des lignes directrices ou protocole sur le diagnostic positif du MM. L'augmentation exponentielle de l'incidence des

hémapathies malignes en Afrique, dont la croissance est estimée à 48% d'ici 2030 nécessite que nos associations de lutte contre le cancer se focalisent sur ces thèmes dont le MM [17]. Ceci implique des campagnes d'information sur le myélome, la prise en charge par le gouvernement des patients ayant un MM, mais aussi la prévention secondaire du MM [17]. Elle a été reconnue dans le cancer du col bénéfique par la réduction sensible des patients arrivant à un stade avancé pour ce cancer. Bien que le terme « dépistage » ne soit pas approprié dans le cadre du MM, un dépistage systématique des états pré-myélomateux chez les patients âgés d'au moins 50 ans par la réalisation d'une électrophorèse des protéines sanguines est une piste à exploiter.

## CONCLUSION

Le parcours du patient ayant un myélome multiple est peu abordé dans la littérature. Contrairement à ce que nous aurions pensé, la responsabilité du patient dans le retard diagnostique du myélome est minime. La responsabilité indiscutable du personnel de santé interpelle les différents acteurs concernés sur la formation du personnel de santé sur des pathologies graves et d'incidence croissante. Cette étude permettra, nous en sommes sûres, de prendre toutes les mesures appropriées pour un diagnostic précoce du MM.

## CONFLIT D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## REFERENCES

- Madu AJ, Ocheni S, Nwagha TA, Ibegbulam OG, Anike US. Multiple myeloma in Nigeria: an insight to the clinical, laboratory features, and outcomes. *Niger J Clin Pract.* 2014; 17(2): 212–7.
- Elira Dokekias A. Le protocole VAD peut-il représenter le schéma thérapeutique du myélome multiple en première ligne en Afrique Noire? L'expérience de Brazzaville. *Hématologie* 2010; 16(6): 459-60.
- Pouye A, Ka MM, Dia D, Guéye N, Diallo S, Ndongo S et al. Diagnosis delay of multiple myeloma: report of 22 cases in an internal medicine department of Dakar. *Dakar Médical* 2004; 49(2): 132–5.
- Koffi Kouassi G, Sanogo I, Trazo D, Touré AH, Tolo A, Nguessan K, Sangaré A. Caractéristiques du myélome multiple du noir africain. Expérience de la Côte d'Ivoire. *Med Afr Noire* 2000; 47(10): 43-35.
- Ndiaye FSD, Pouyé A, Fall S, Diallo S, Ndongo S, El Kacimi S, Diop T. Présentation clinique du myélome multiple à Dakar à propos de 71 observations. *Journal Africain du Cancer* 2010; 3(1): 8-11.
- International Myeloma Working Group. Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: a report of the International Myeloma Working Group. *Br J Haematol* 2003 Jun; 121(5): 749–57.
- Fechtner K, Hillengass J, Delorme S, Heiss C, Neben K, Goldschmidt H et al. Staging monoclonal plasma cell disease: comparison of the Durie-Salmon and the Durie-Salmon PLUS staging systems. *Radiology* 2010 ;257(1): 195–204.
- Malanda JN, Mbon JBN, Bambara AT, Ibara G, Minga B, Epala BN et al. Douze années de fonctionnement du registre des cancers de Brazzaville. *Bull Cancer* 2013; 100(2):135–9.
- Shamebo M, Tekle-Haimanot R. Multiple myeloma in Ethiopians: analysis of 22 cases. *Ethiop Med J.* 1992; 30(3): 143–9.
- El Husseiny NM, Kasem N, El Azeem HA, Mattar MW. Multiple myeloma: a descriptive study of 217 Egyptian patients. *Ann Hematol* 2014;93(1): 141–5.
- Omoti CE, Omuemu CE. Multiple myeloma: a ten year study of survival and therapy in a developing nation. *J Pak Med Assoc* 2007; 57(7): 341–4.
- Gombé Mbalawa C, Diouf D, Nkoua Mbon JB, Minga B, Makouanzi Nsimba S, Nsondé Malanda J. Arrival of patients at advanced stage: tempting to identify responsibility. *Bull Cancer (Paris).* 2013 Feb 1;100(2):167–72.
- Landolsi A, Gahbiche S, Chaarf R, Charcoub I, Leila Ben F, Hochlef M, Gharbi O, Slim BA. Causes du retard diagnostique du cancer du sein chez la femme Tunisienne: série de 160 patientes au Centre Tunisien. *Tunisie Médicale* 2010; 88(12): 894-7.
- Ly M, Diop S, Sacko M, Baby M, Diop CT, Diallo DA. Facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique des usagers d'une service d'oncologie médicale à Bamako (Mali)]. *Bull Cancer* 2002; 89(3): 323–6.
- Sellam F, Harir N, Khaled MB, Mrabent NM, Salah R, Benchouk A et al. Delayed diagnosis of pancreatic cancer reported as more common in a population of North African young adults. *J Gastrointest Oncol.* 2015; 6(5): 505–10.
- Pace LE, Mpunga T, Hategekimana V, Dusengimana J-MV, Habineza H, Bigirimana JB, et al. Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwanda. *The Oncologist.* 2015; 20(7): 780–8.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136(5): 359–386.