Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JACCR CLINICAL MEDICINE
Médecine clinique en Afrique

Article original

Profil des pathologies cardiovasculaires du sujet âgé au Service de Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar (Sénégal)

Profile of Cardiovascular Diseases among Older Adults in the Geriatrics Department of Fann University Hospital in Dakar, Senegal

A Sall*[1], R Diajheté[1], D Bâ[1], RB Coulibaly[1], II Ziyat[1], M Bâ[1,2], AAC Sarr[1], NN Diop[1], E Bara Diop[1], A Faye[1,2], M Coumé[1,2]

Résumé

Contexte/Objectif : La prévalences des pathologies cardiovasculaires augmente avec l'âge et elles sont responsable d'une lourde morbi mortalité en gériatrie. Déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des patients âgés ayant des pathologies dans un milieu hospitalier gériatrique.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur les patients âgés de plus de 60 ans atteints de maladies cardiovasculaires ayant été hospitalisés au service de gériatrie du centre hospitalier de Fann sur la période du 1er Mai 2019 au 10 octobre 2020.

Résultats : La prévalence des pathologies cardiovasculaires était de 70,7%. L'âge moyen était de 78,5±8,9 ans à prédominance féminine (61,6%). La majorité des patients (78,46%) cumulait au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire dominés par l'hypertension artérielle (82,31%) suivie de la sédentarité (79,23%) et la dyslipidémie (28,31%). Les principaux motifs d'hospitalisation étaient le déficit neurologique aigue (24,62%) et l'altération de l'état général (23,85%). L'hypertension artérielle était la pathologie principale pathologie cardiovasculaire avec 84,6% des patients suivie des accidents vasculaires cérébraux (32,30%) et des cardiopathies (25,38%). Les principaux médicaments cardiovasculaires étaient inhibiteurs de l'enzyme de conversion (40,77%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 8±6 jours et la mortalité était de 17%.

Conclusion : Les maladies cardiovasculaires sont très fréquentes en milieu gériatrique dominées par

l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux. Ils sont souvent associés aux syndromes gériatriques rendant souvent la prise en charge complexe justifiant une approche gériatrique permettant d'appréhender cette complexité pour proposer les stratégies d'exploration et de traitement les plus adaptées.

Mots-clés : Personne âgée, Maladie cardiovasculaire, Gériatrie, Sénégal.

Abstract

Context/Objective: The prevalence of cardiovascular diseases increases with age and they are responsible for high morbidity and mortality in geriatrics. The goal is to determine the epidemiological, clinical, therapeutic, and developmental profile of elderly patients with these conditions in a geriatric hospital setting.

Methodology: This was a retrospective descriptive study on patients over 60 years old with cardiovascular diseases who were hospitalized in the geriatric department of the Fann hospital center from May 1, 2019, to October 10, 2020.

Results: The prevalence of cardiovascular diseases was 70.7%. The average age was 78.5±8.9 years, with a predominance of women (61.6%). Most patients (78.46%) had at least three cardiovascular risk factors, with hypertension being the most common (82.31%), followed by physical inactivity (79.23%) and dyslipidemia (28.31%). The main reasons for hospitalization were acute neurological deficit (24.62%) and deterioration of general condition (23.85%). Hypertension was the main cardiovascular disease in 84.6% of patients, followed by strokes (32.30%) and heart diseases (25.38%). The main cardiovascular medications were ACE inhibitors (40.77%). The average length of hospital stay was 8 ± 6 days, and the mortality rate was 17%.

Conclusion: Cardiovascular diseases are very common in geriatric settings, mainly dominated by hypertension and strokes. They are often associated with geriatric syndromes, making management complex and justifying a geriatric approach to better address this complexity and propose the most appropriate investigation and treatment strategies.

Keywords: Elderly, Cardiovascular disease, Geriatrics, Senegal.

Introduction

Le vieillissement de la population mondiale est un défi majeur du XXI siècle. Selon les projections de l'ONU, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans dans le monde passeraient de 962 millions soit 13% de la population générale en 2017 à 1,4 milliards soit 22% de la population générale à l'horizon 2030 [1]. Ce phénomène sera plus marqué dans les pays à revenu faible et intermédiaire particulièrement en Afrique où la proportion de personne âgée passerait de 5% en 2017 à 9% en 2050 [1]. Cette transition démographique est couplée à une véritable transition épidémiologique avec la persistance des pathologies infectieuses mais surtout l'émergences des pathologies chroniques non transmissibles avec les pathologies cardiovasculaires en tête de file. Ceci en raison de l'élévation progressive du niveau de vie, l'urbanisation et la plus large couverture sanitaire contribuant à l'augmentation de l'espérance de vie et de ces pathologies liés en grande partie au mode de vie [2].

Cette augmentation des pathologies cardiovasculaires avec le vieillissement est couplée à la survenue des syndromes gériatriques (polypathologie, dénutrition ,chute ,fragilité dépression…) déterminant un véritable cercle vicieux et rendant complexe la prise en charge nécessitant une approche holistiques centré sur le patient déterminant une filière cardio gériatrique[3]. Les pathologies cardiovasculaires représentent une cause majeure de dépendance, d'altération de la qualité de vie et de mortalité chez les personnes âgées [4].

Au Sénégal, la prise en charge de la personne âgée ayant une maladie cardiovasculaire reste un défi en raison du faible taux de couverture sanitaire en gériatrie (≈30%)[5] et des ressources humaines spécialisées ainsi que l'intégration des dimensions gériatriques dans les quelques études qui s'intéressaient aux pathologies cardiovasculaires de la personne âgée au Sénégal. la faible intégration de la dimension gériatrique dans la pratique médicale et notamment en cardiologie, en témoigne la rareté des études sur la pathologie cardiovasculaire du sujet âgé[6].

Ainsi, nous avons mené cette étude dans le premier service de gériatrie à vocation universitaire de l'Afrique subsaharienne francophone dont l'objectif général était de contribuer à une analyse des affections cardiovasculaires en milieu hospitalier gériatrique afin d'optimiser la prise en charge.

Les objectifs spécifiques étaient de décrire les caractéristiques socio démographiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des patients ages hospitalisés en unité de court séjour gériatrique.

Méthodologie

- **Cadre d'étude**

Cette étude a été réalisé dans l'unité de consultation du service de gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de FANN de Dakar (Sénégal). Le service de gériatrie a été créé en 2015 et constitue le 1er service hospitalo-universitaire de gériatrie du de la sous-région. Le chef de service est un professeur agrégé en gériatrie de Confédération Africaine et Malgache pour l'Enseignement Supérieur et dirige également la de gériatrie et gérontologie de la faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Il dirige une équipe constituée d'un assistant chef de clinique en gériatrie, des internes et médecins en spécialisation en gériatrie ainsi qu'une équipe paramédicale dont des infirmiers gérontologues. Les activités tournent autour de l'hospitalisation de court séjour aigue, consultation externe gériatrique et l'unité mobile gériatrique intra et extra hospitalière pour patients âgés hospitalisés dans les autres services et à domicile ayant une mobilité réduite. L'unité de court séjour est dédiée à la prise en charge des affections aigues de la personne âgée et dispose d'une capacité de 08 lits. Un nouveau service entièrement rénové avec une capacité d'environ 60 lits respectant les normes standards est en cours de finition et sera opérationnel dans le courant de l'année 2026.

- **Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive à recueilli rétrospective sur la période du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020.

- **Population d'étude**

Notre étude avait porté sur les personnes âgées d'au moins 60 ans hospitalisées dans le service durant la période d'étude et présentant au moins une pathologie cardiovasculaire ayant motivé l'hospitalisation ou pas. Ces pathologies regroupaient les affections touchant le cardiaque et ou vaisseaux telles que l'hypertension artérielle (HTA), les cardiopathies, les AVC et les artériopathies périphériques…etc. Etaient exclus de l'étude, les patients présentant des dossiers médicaux incomplets et inexploitables.

- **Collecte et variables d'étude**

La collecte des données s'est faite à partir des dossiers des patients disponibles au niveau des archives en renseignant une fiche d'exploitation conçue pour recueillir les variables d'intérêt suivantes : caractéristiques démographiques (âge , sexe , service de provenance) ; aspects diagnostics comprenant les facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCVX), antécédents familiaux, comorbidités, motifs d'hospitalisation, examen physique cardio vasculaire, évaluation gériatrique standardisée, explorations paracliniques dont le taux d'hémoglobine total (Hbt), C-Réactive Protein (CRP), ionogramme sanguin, débit de filtration glomérulaire (DFG) selon la formule du Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) disponible dans Medicalcul, troponine, électrocardiogramme (ECG) de surface 12

dérivations, échographie cardiaque transthoracique (ETT), principales pathologies cardiovasculaire diagnostiquées ; caractéristiques thérapeutiques et évolutives (médicaments cardiovasculaires, durée de séjour et l'issue).L'évaluation gériatriques standardisée (EGS) a été réalisé en utilisant les outils suivants : Echelle de Rockwood pour la fragilité, l'échelle d'autonomie pour les Activité de la vie quotidienne(AVQ) de Katz et pour l'Autonomie pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) de Lawton, le Confusion Assesement Method pour la recherche de confusion aigue[7], Geriatric Depression Scale 15 items (GDS) pour l'humeur, test du Sénégal pour évaluer cognition.

- **Définitions opérationnelles des variables**

La polypathologie était définie par la co existence d'au moins 2 comorbidés et la polymédication comme la prise régulière d'au moins 5 médicaments par jour. L'hérédité cardiovasculaire était définie par l'existence chez un parent de première lignée de pathologies cardiovasculaires, la sédentarité comme une activité physique insuffisante (en dessous d'une activité équivalente à ½ heure de marche par jour), l'obésité pour un indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m2, HTA était définie selon les critères de l'OMS. Pour les anomalies biologiques : anémie : taux Hbt < 12g/dl chez la femme et à 13 g/dl chez l'homme, l'hyperleucocytose : taux de leucocytes ≥ 10000 éléments/mm3 et leucopénie si ≤ 4000 éléments/mm3, l'inflammation biologique si CRP > 4mg/l, hypernatrémie si natrémie > 145mmol/l et l'hyponatrémie si natrémie < 135mmol/l avec osmolarité <380mOsm, hyperkaliémie si kaliémie > 5,3mmol/l ; hypokaliémie si kaliémie < 3,5mmol/l, insuffisance rénale si DFG <90ml/min/1,73m2 selon MDRD. L'évolution favorable si normalisation relative des paramètres cliniques et paracliniques et stationnaire si stagnation relative avec nécessité d'une poursuite de la prise en charge (hospitalisation à domicile, suivi ambulatoire rapproché.

- **Saisie et analyse des données**

Les données étaient collectées, saisies et analysées en utilisant le logiciel Excel 2016. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne, de l'écart type et des extrêmes tandis que les variables qualitatives étaient décrites sous forme d'effectifs relatifs et pourcentages. Des tableaux, des graphiques circulaires et en barres (histogrammes) ont été réalisés pour illustrer certaines variables.

- **Considérations éthiques**

La réalisation de l'étude a eu l'autorisation du chef du cadre d'étude. L'étude était rétrospective et ne nécessité pas le consentement des patients. Cependant, les données ont été collectées de façon anonyme et confidentielle. Pendant la durée de l'étude, seule l'équipe des investigateurs a eu accès aux données.

Résultats

- **Caractéristiques socio démographiques**

Sur 184 patients hospitalisés durant la période d'étude, 130 avaient au moins une maladie cardio-vasculaire soit une prévalence de 70,65%.

L'âge moyen des patients était de 78,5 ± 9 ans (extrêmes de 61 et 102 ans). On notait une prédominance féminine avec 61,6% soit sexe ratio H/F était de : 0,62. Une polypathologie était retrouvée chez 94,38% des patients.

- **Caractéristiques diagnostiques**

La majorité des patients (78,46%) cumulait au moins 3 FDRCVX avec une moyenne de 3,45 facteurs/patients dominés par l'hypertension artérielle (82,31%) suivie de la sédentarité (79,23%) et la dyslipidémie (28,31%). Une polypathologie était retrouvée chez 94,6 % des patients avec une moyenne de 4±2 pathologies/ patients. Les autres comorbidités retrouvées étaient principalement les troubles neurocognitifs majeurs (17,68%) suivie la maladie arthrosique (13,85%), la dépression (10%) et la maladie rénale chronique (9,23%). Les antécédents familleux retrouvés étaient dominés par l'hypertension artérielle (25,8%) et le diabète (10%). La répartition des caractéristiques

socio démographiques, des facteurs de risque cardiovasculaires et les comorbidités est donné dans le tableau I.

Dans notre série, le motif d'hospitalisation le plus fréquent était la survenu d'un déficit neurologique aigue (24,62%) suivie de l'altération de l'état général (23,85%) et l'état confusionnel (21,54%). La pression artérielle moyenne à l'admission était de 139,13±27,11mmHg (extrêmes : 90 et 250mmHg) et celle diastolique à 82,16±17,82mmHg (extrêmes : 48 et 150mmHg). L'hypertension artérielle objectivait à l'admission était de 50,77% à prédominance systolo-diastole (54,54%) et du grade III (36,36%). La fréquence cardiaque moyenne était de 89,32 battements /minutes (extrêmes de 36 et de 146 battements /minutes) à l'admission. Neuf patients présentaient une bradycardie soit 7% tandis que le tiers des patients présentaient une tachycardie. L'examen cardiovasculaire retrouvait essentiellement une arythmie auscultatoire (17,69%) suivie de la baisse des pouls périphériques (16,15%) et du souffle cardiaque (13,08%) comme illustrés dans le tableau II donnant la répartition des principaux motifs d'hospitalisation et les paramètres d'examen cardiovasculaires d'admission.

L'EGS a permis de mettre en évidence comme principaux syndromes gériatriques la dépendance pour les AVQ (93%) et AIVQ (84%) suivie de la fragilité (73%) et la dénutrition (28). Une dépression était retrouvée chez 14% des patients et les troubles cognitifs identifiés chez 21% des patients. La répartition des syndromes gériatrique est donnée dans la figure 1.

Les anomalies biologiques étaient dominées par l'inflammation biologique (69,52%) suivie de l'insuffisance rénale (69,09%) et de l'anémie (67,69%). Des troubles ioniques étaient retrouvés principalement l'hypokaliémie (28,03%) et l'hyponatrémie (23,36%). L'ECG de surface retrouvait des anomalies dans 86% des patients dominées par le bloc de branche (20,38%) suivie de la tachycardie sinusale (18,45%) et l'hypertrophie ventriculaire gauche (18,45%) chacune. L'ETT était réalisée chez 32% des patients et retrouvait essentiellement dilatation cavitaire (45,20%) surtout auriculaire gauche (52,63%). La dyskinésie myocardique était retrouvée 30,95% et une altération de la FEVG chez 19,04%. Les anomalies des explorations paracliniques été rapportés dans le tableau III.

L'HTA était la pathologie cardiovasculaire la plus fréquente dans notre série avec 84,6% des patients parmi lesquels 97,27% étaient connues et 2,73% de découverte en cours d'hospitalisation. Une urgence hypertensive à type d'AVC hémorragique était retrouvée chez 1,80% des patients hypertendus. Les AVC représentaient la seconde pathologie cardiovasculaire la plus fréquente avec 32,30% principalement de type ischémique 95,24%. Une cardiopathie a été diagnostiquée chez 25,38% dominée par les étiologies post hypertensive (39,3%) et ischémique (36,3%). Les cardiopathies étaient en décompensation à l'admission chez 9 patients soit 6,9%. La répartition des principales pathologies cardiovasculaires était donnée dans le tableau IV.

- **Caractéristiques thérapeutiques et évolutives**

Les principaux médicaments cardiovasculaires étaient inhibiteurs de l'enzyme de conversion (40,77%) suivis des inhibiteurs calciques et l'acide acétylsalicylique avec 25,38% chacun. La Digoxine (0,77%) et l'amiodarone (2,31%) etaient les moins retrouvées comme illustrés dans le tableau V.

La durée d'hospitalisation moyenne était de 8±6 jours (extrêmes de 1 et de 37 jours). L'évolution était favorable chez 52% de nos patients et stationnaire chez 31% avec poursuite de la prise en charge à domicile. Une mortalité de 17% était retrouvée.

Tableau I:Répartition caractéristiques socio démographiques et FDRCVX et comorbidités chez les patients âgés avec pathologies cardiovasculaires hospitalisés au service de gériatrie du CHU de Fann (Dakar) sur la période du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020 (N=130).

Variables	Modalités	Effectif	Fréquence (%)
Age	60 - 69	26	19
	70 - 79	45	34
	80 - 89	45	34
	80- 99	16	13
FDRCVX	Hypertension artérielle	107	82,31
	Sédentarité	103	79,23
	Dyslipidémies	37	28,31
	Hérédité cardiovasculaire	36	27,69
	Diabète type 2	36	27,69
	Obésité	13	10
	Tabagisme actif	04	3,08
	Alcool	02	1,54
Comorbidités	TNMC	23	17,69
	Maladie arthrosique	18	13,85
	Dépression	13	10 ,00
	MRC	12	9,23
	Incontinence urinaire	08	6,15
	Cancer	07	5,38
	HBP	07	5,38
	Déficit neuro sensoriel	07	5,38
	Lombosciatique	06	4,62
	Goutte	04	3,08
	Asthme	04	3,08
	Glaucome	03	2,31
	Drépanocytose	02	1,54
	Gastrite	02	1,54
	TVP	02	1,54
Antécédents familiaux	HTA	33	25,38
	Diabète	13	10
	Evènement Cvx majeur	04	3,08
	Cancer	03	2,31

AVCI : Accident vasculaire cérébral ischémique ; TNMC : troubles neurocognitifs majeurs ; AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate ; MRC : Maladie rénale chronique ; TVP : Thrombose veineuse profonde ; Cvx ; cardiovasculaire

Tableau II: Répartition des principaux données cliniques chez les sujets âgés hospitalisés avec pathologie cardiovasculaires au service de gériatrie de Fann (Dakar) du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020 (N=130).

Variables	Modalités	Effectifs	Fréquences%
Principaux motifs d'hospitalisation	Déficit neurologique aigue	32	24,62
	Alteration état général	31	23,85
	Etat confusionnel	28	21,54
	Bilan de chute	08	6,15
	Dyspnée	11	8,46
	Fièvre	06	4,62
	Coma	04	3,58
	Œdèmes des MI	04	3,08
	Troubles digestifs aigus	04	8,46
Pression artérielle	HTA grade I	22	16,92
	HTA grade II	20	15,38
	HTA grade III	24	18,46
	HTA systolique	30	23,08
	HTA systolo diastolique	36	27,69
Fréquence cardiaque	Bradycardie	09	7
	Tachycardie	43	33
Examen cardio vasculaire	Arythmie auscultatoire	23	17,69
	Baisse des pouls périphériques	21	16,15
	Souffle cardiaque	17	13,08
	Assourdissement des BDC	12	13,08
	Sd Insuffisance cardiaque	03	6,93

Tableau III: Résultats des explorations biologiques, ECG et ETT des patients âgés avec pathologie cardiovasculaire hospitalisés au service de gériatrie du CHU de Fann (Dakar) du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020.

Variables	Modalités	Effectifs	Fréquences (%)
Hémogramme (N=130, 100%)	Anémie	88	67,69
	Hyperleucocytose	43	33,07
	Leucopénie	08	6,15
CRP (N=105 ;80,76%)	Inflammation biologique	73	69,52
Ionogramme sanguin (N=107 ; 82,30%)	Hypokaliémie	30	28,03
	Hyperkaliémie	10	9,34
	Hyponatrémie	25	23,36
DFG (N= 110 ;84,61%)	Insuffisance rénale	76	69,09
Troponine (N=3 ;2,30%)	Elévation troponine	02	2
ECG (N=103 ; 96,27%)	Bloc de branche	21	20,38
	Tachycardie sinusale	19	18,45
	HVG	19	18,45
	Fibrillation atriale	18	17,43
	Ischémie myocardique	13	12,62
	Bas voltage périphérique	12	11,65
	Hypertrophie auriculaire	10	9,70
	HBAG	07	6,80
	Nécrose myocardique	06	5,83
ETT (N=42 ; 9,23%)	Dilatation cavitaire	19	45,20
	Hypertrophie cavitaire	07	16,67
	Dyskinésie myocardique	13	30,95
	Dysfonction diastolique	11	26,19
	Bourrelet septal sous Ao	09	20,43
	Altération de la FEVG	08	19,04
	HTAP	07	16,67
	Calcification Ao	04	9,52
	Rétrécissement Ao	03	7,14
	Insuffisance Ao	03	7,14

CRP : C réactive protéine ; DFG : Débit de filtration glomérulaire ; HVG : hypertrophie ventriculaire gauche ; HBAG : hémi bloc antérieur gauche ; Ao : Aortique ; HVG : hypertrophie ventriculaire gauche ; FEVG : Fraction d'éjection du ventricule gauche ; HTAP : hypertension artérielle pulmonaire.

Tableau IV: Répartition des principales pathologies cardiovasculaires chez les patients âgés hospitalisés au service de gériatrie su CHU de Fann (Dakar) du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020.

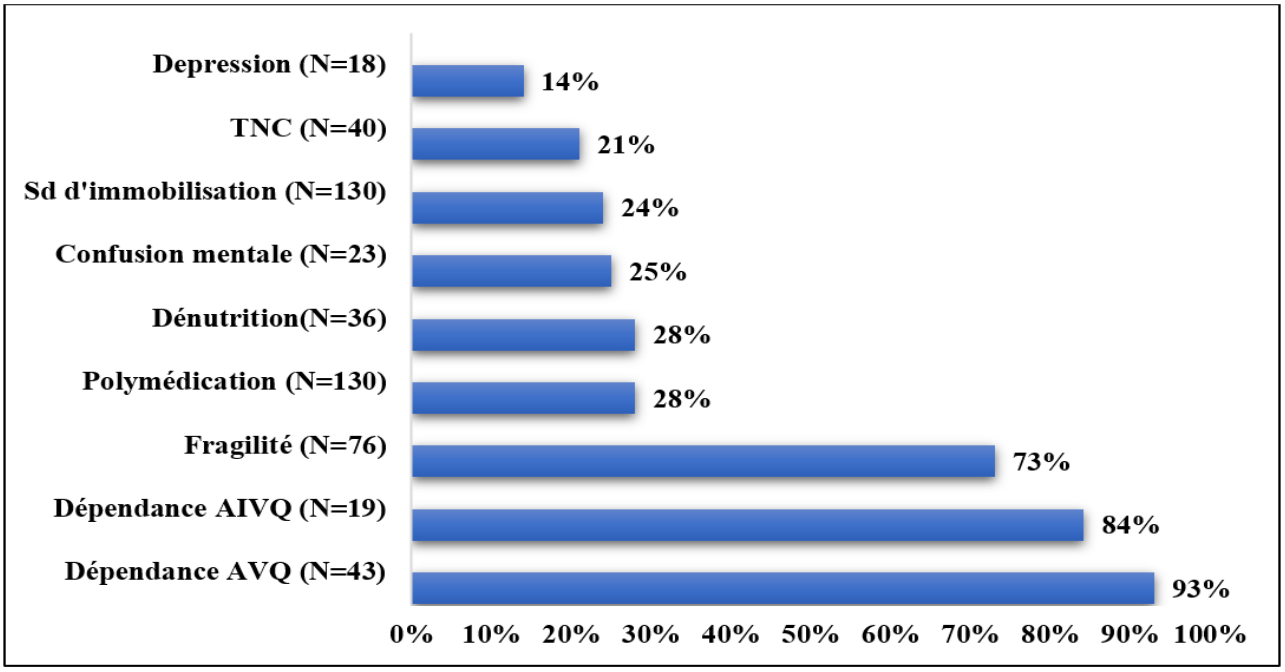
Diagnostics	Modalités	Effectifs	Fréquence % (N=130)	Prévalence % (N=184)
HTA	-	110	84,62	59,78
AVC		42	32,30	22,82
	Ischémique	40	30,76	21,64
	Hémorragique	02	1,53	1,08
Cardiopathies		33	25,38	17,93
	Hypertensive	13	39,30	7,06
	Ischémique	12	36,30	6,52
	Rythmique	04	10%	2,17
	Valvulaire	02	6%	1,08
	Amylose	01	03	0,54
	Indéterminée	01	5,5	0,54
	AOMI	19	14,62)	10,33
	FA	18	13,85	9,78
Autres	Valvulopathie	10	7,69	5,40
	TVP	07	5,38	3,80
	EP	02	1,54	1,09
	SCA	02	1,54	1,09

HTA : Hypertension artérielle ; AVC : Accident vasculaire cérébrale ; AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; FA : Fibrillation atriale ; TVP : Thrombose veineuse profonde ; EP : Embolie pulmonaire ; SCA : Syndrome coronarien aigue.

Tableau V:Répartition des principaux médicaments cardiovasculaires chez les personnes âgées avec pathologies cardiovasculaires hospitalisés au service de gériatrie du CHU de Fann (Dakar) du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020 (N=130).

Médicaments cardiovasculaires	Effectifs	Fréquences (%)
IEC	53	40,77
Inhibiteurs calciques	33	25,38
Acide acétylsalicylique	33	25,38
Diurétiques thiazidiques	21	16,15
Statines	21	16,15
Béta bloquants	19	14,62
Dérivés nitrés	13	10,00
ARA2	09	6,92
Anti aldostérone	07	5,38
Diurétiques de l'anse	07	5,38
AVK	07	5,38
Clopidogrel	05	3,85
AOD	04	3,08
HBPM	03	2,31
Amiodarone	03	2,31
Digoxine	01	0,77

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion ; ARA2 : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 ; AVK : anti vitamine K ; AOD : antidiabétique orale ; HBPM : Héparine de bas poids moléculaire.



TNC : Trouble neuro cognitif ; sd : syndrome ; AIVQ : Activités Instrumentale de la vie quotidienne Living ; AVQ : Activités de la vie quotidienne.

Figure 1: Répartition des syndromes gériatriques chez les patients âgés hospitalisés au service de gériatrie du CHU de Fann (Dakar) avec pathologie cardiovasculaire du 1er Aout 2019 au 10 septembre 2020.

Discussion

Dans notre étude, la prévalence des pathologies cardiovasculaires était de 70,65%. On ‘a pas retrouvé d’études africaines traitant spécifiquement des pathologies cardiovasculaires des personnes âgées cependant la prépondérance des comorbidités cardiovasculaires dans la population gériatrique est corroborée par plusieurs études[8]. Une prévalence de 28,9% était retrouvé dans des services des urgences en Côte d’ivoire[16]. La forte prévalence dans notre série s’explique essentiellement par les effets du vieillissement dans le système cardiovasculaire. Le vieillissement altère la fonction des cellules endothéliales, cellules qui tapissent la lumière des vaisseaux sanguins. Cette altération implique une réduction de la vasodilatation et des propriétés antithrombotiques et, en contrepartie, une augmentation du stress oxydatif et des cytokines pro-inflammatoires[11] favorisant ainsi la formation d’athérome et la thrombose.

La moyenne d’âge dans notre étude était de 78,5 ans est supérieure à celle retrouvée dans une cohorte de personnes âgées sénégalaises hypertendues[6]. Au Gabon, une moyenne d’âge de 68,5±7,1 ans était retrouvée chez des personne âgée également hypertendues [12] .Nos moyennes élevées par rapport aux études faites au Sénégal et en Afrique pourraient s’expliquer la vocation gériatrique de notre service, accueillant exclusivement des patients âgés. Malgré cela, nos chiffres restent inférieurs à ceux constatés dans les pays occidentaux, où la population est beaucoup plus vieille, notamment en France avec des moyennes d’âge atteignant 84,6 ans en gériatrique de courte séjour [9]. La prédominance féminine dans notre série est corroborée par d’autres études sénégalaises[13] et peut être déterminée par la féminisation de la population gériatrique sénégalaise et à une moindre mesure la ménopause qui constitue un facteur de risque cardiovasculaire [14].

La polypathologie était quasi constante chez les patients de notre étude en accord avec la plupart des

données de la littérature africaine. Des prévalence de 83 à 96% de polypathologique étaient respectivement retrouvées au Sénégal et au Togo [15, 16]. Cette polypathologie réduit d'avantage les capacités de réserves fonctionnelles de la personne âgée et rend complexe les options thérapeutiques dans les pathologies cardiovasculaires en gériatrie et justifiant également une adaptation aux comorbidités.

Les facteurs de risque cardiovasculaires étaient dominés par l'HTA (82,31%) suivie de la sédentarité (79,23%) et la dyslipidémie (28,31%). Le diabète et l'hérédité cardiovasculaire intéressaient 27,69% des patients. Une étude au Burkina Fasso avait trouvé des proportions plus faibles avec toujours la prédominance de l'HTA (61,36%) suivie le diabète (6,8%), le tabac (19,3%), l'alcool (14,8%), la sédentarité (17,04%)[17]. Au Pologne, l'HTA était le principal facteur de risque cardiovasculaire (83,4%) suivi de l'hypercholestérolémie (70,2%), l'obésité (30,5%) et le diabète (18,4%)[18] . Les changements du mode de vie constituent la base de l'augmentation de ces facteurs de risque cardiovasculaires surtout dans notre contexte de pays en voie de développement.

Les principaux syndromes gériatriques retrouvés étaient la dépendance fonctionnelle pour les AVQ (93%) et pour les AIVQ (84%) suivie de la fragilité (73%) et la dénutrition (28%). L'EGS permet d'identifier les syndromes gériatriques et les facteurs de fragilité par l'utilisation d'instruments validés qui cernent les capacités fonctionnelles des patients. Les AVC séquellaires étaient responsables d'une perte d'indépendance fonctionnelle pour les AVQ chez 97% de nos patients. Une étude burkinabaise retrouvait un meilleur pronostic fonctionnel plus sombre chez les personnes âgées après post AVC par rapport aux sujets jeunes en intra hospitalier[19]. Cette forte dépendance peut s'expliquer par les séquelles motrices fréquentes en raison du retard de prise en charge avec des délais souvent en dehors des possibilités de revascularisation et de l'inaccessibilité des produits de la thrombolyse qui coute chers pour la plupart des familles. La prévalence de la fragilité chez les insuffisants cardiaques chroniques âgés varie de 18 à 54 % selon les cohortes et le mode de dépistage utilisé [3]. L'insuffisance cardiaque chronique est connue pour ses effets délétères sur l'appareil musculosquelettique et la composition corporelle expliquant le risque élevé de fragilité chez les patients âgées. Les pathologies cardiovasculaires (HTA, coronaropathie, insuffisance cardiaque, artériopathies…) partagent des mécanismes physiopathologiques similaire avec la fragilité notamment l'inflammation chronique et le stress oxydatif et l'activation plaquettaires athéromateuses [20]. Ainsi, le dépistage et la fragilité de la personne âgée est recommandée dans les lignes directrice de la société européenne de cardiologique. Les pathologies cardiovasculaires déterminent un cercle vicieux avec les syndromes gériatriques par une augmentation du risque de troubles cognitifs surtout vasculaires, de dépression et sarcopénie. Ces syndromes gériatriques en retour assombrissent le pronostic de ces pathologies cardiovasculaires et limitent quelque fois des options thérapeutiques (prothèse valvulaire, chirurgie cardiaque ou vasculaire).

Dans notre étude, l'HTA était la pathologie la plus fréquente avec 84,6% des patients avec pathologie cardiovasculaire et avec une prévalence globale de 59,7%. Ce constat est en accord avec plusieurs données de la littérature africaine subsaharienne avec des prévalence variable de 61,36% au Burkina Fasso [17] à 74,4% au Gabon [21]. La prédominance du mode systolo-diastolique notre série est similaire aux résultats de l'étude au Gabon avec 45,8% [12] Cependant, dans d'autres série, le phénotype classiquement décrit chez la personne âgée est la forme systolique pure [22] . Le vieillissement vasculaire est associé à des modifications critiques de la paroi vasculaire telles qu'un dysfonctionnement endothélial et une augmentation de l'épaisseur et de la rigidité artérielle exposant la personne âgée à l'HTA particulièrement de type systolique.

Les AVC représentaient la seconde pathologie cardiovasculaire la plus fréquente avec 32,30% principalement de type ischémique 95,24%. Des résultats similaires étaient retrouvés dans un service des urgences en Côte d'ivoire (28,9%) [10] et au

Burkina Fasso(33,81%) avec une prédominance de la forme ischémique 68,61% [23] .Cependant une fréquences plus faibles étaient retrouvées au Gabon avec 14%[12]. La grande fréquence des AVC dans notre série pourrait s'expliquer par notre cadre d'étude car dispose du service neurologie qui constitue la référence nationale pour la prise en charge des AVC et ne peut pas faire face au flux des patients faisant ainsi du service de gériatrie un levier pour bien répondre à la demande des patients. De plus, certains patients admis en neurologie sont transférés en gériatrie en cas de survenue de syndromes gériatriques ou bien pour l'organisation de soins domicile avec la filière gérontologique à domicile.

Dans notre série, les cardiopathies étaient présentes chez 25,38% des patients dominés par les étiologies post hypertensive (39,3%) et ischémique (36,3%). La répartition des étiologies des cardiopathies dans notre série est conforme aux données de la littérature ou les principales étiologies décrites sont des cardiopathies ischémiques et hypertensives correspondant au reflet de la transition épidémiologique au Sénégal à l'instar des autres pays d'Afrique. Une étude malienne retrouvait une prévalence de 12,8% chez les personnes âgées en milieu hospitalier dominées par les causes hypertensives (38,6%) suivies des causes ischémiques à des proportions plus faible à 14,5%[24].Au Sénégal, une fréquence plus faible était également retrouvée (14,28%) dominée par les causes post hypertensive (49%) et ischémique (37,7%)[25].. Cependant, une répartition étiologique différente a été retrouvé dans un grand hôpital parisien avec des causes réparties comme suit : cardiopathies ischémiques (41 %), valvulaires (20 %) et hypertensives (21 %) [26]. Le vieillissement occasionne avec une certaine variabilité inter individuelle de modifications du système cardiovasculaire parmi lesquelles (le dysfonctionnement endothélial, la rigidification des artères, la fibrose myocardique, les calcifications valvulaires etc.) augmentant la vulnérabilité des personnes âgées aux pathologies cardiovasculaires [11] .

Les autres pathologies cardiovasculaires retrouvés étaient l'AOMI (14,62%) et FA (13,85%). La prévalence de l'AOMI augmente de manière exponentielle partir de 60 ans pour atteindre les 20 % après 80 ans [27] .Une méta analyse de 7 études communautaires retrouvaient des chiffres variables de 25 à 65% chez les personnes âgées de sexe masculin de plus de 80 ans[28]. La prévalence de FA retrouvée dans notre série est supérieure à celle rapportée dans une étude multi centrique à Dakar avec 5,9%[29]. La prévalence de la FA augmente avec l'avancée en âge à raison de modifications structurales de l'oreillette gauche et la fibrose constituant un substrat arythmogène. De plus, la présence des comorbidités cardiovasculaire dont l'HTA et le diabète augmentent le risque de survenue FA comme en témoignent les données de notre étude.

Cette étude présentait quelques limites essentiellement liées au mode de recueilli rétrospectif avec quelques fois données clinique et paracliniques manquants. Une évaluation analytique à la recherche de facteurs associés ainsi que le pronostic à court terme et moyen terme des pathologies cardiovasculaires en unité court séjour gériatrie pourrait renforcer la qualité des résultats et les connaissances sur la question.

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes et plus graves chez les patients âgés. Leur prise en charge doit tenir compte de la complexité qu'implique le vieillissement : modifications physiologiques, polypathologie, polymédication et fragilité. L'approche gériatrique permet d'appréhender cette complexité pour proposer les stratégies d'exploration et de traitement les plus adaptées.

***Correspondance :**

Assane SALL

assanesall513@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Juillet 2026

1 : Service de gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de FANN de Dakar (Sénégal)
2 : Faculté de Médecine de l'université cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2017 revision. New York: United Nations; 2017.

[2] Duboz P, Touré M, Hane F, et al. Vieillissement et pathologies chroniques au Sénégal. Comparaison entre des populations vivant en milieu rural (Ferlo) et urbain (Dakar). Bull Soc Pathol Exot. 2015;108(1):25-31.

[3] Broussier A, Valembois L, Lafuente-Lafuente C, et al. Apports de l'évaluation gérontologique pour les patients cardiovasculaires très âgés. Presse Med. 2019;48(2):120-126.

[4] GBD 2019 Ageing Collaborators. Global, regional, and national burden of diseases and injuries for adults 70 years and older: systematic analysis for the Global Burden of Disease 2019 Study. BMJ. 2022;376:e068208.

[5] Kâ O, Mbaye EH, Leye MMM, et al. Plan Sésame au Sénégal: limites de ce modèle de gratuité. Sante Publique. 2016;28(1):91-101.

[6] Sarr SA, Babaka K, Mboup MC, et al. Aspects cliniques, électrocardiographiques et échocardiographiques de l'hypertendu âgé au Sénégal. Pan Afr Med J. 2016;25:77. doi:10.11604/pamj.2016.25.77.10086.

[7] Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, et al. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. J Am Geriatr Soc. 2008;56(5):823-830.

[8] Essomba MJN, Sa'ah MAM, Avodo MA, et al. Factors associated with in-hospital mortality in a geriatric acute care unit in Yaoundé, Cameroon: a cross-sectional study. Health Res Afr. 2026;4:6-12.

[9] Cartron P, Olive-Daem A. La réhospitalisation précoce des personnes âgées de 75 ans et plus après un passage en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD): cas de l'UHTCD du centre hospitalier de Bourges [thèse]. Tours: Université de Tours; 2018.

[10] Tetchi Y, Abhé CM, Ouattara A, et al. Profil des affections du sujet âgé africain aux urgences médicales du CHU de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire). J Eur Urgences Reanim. 2013;25:147-151.

[11] Donato AJ, Eskurza I, Silver AE, et al. Direct evidence of endothelial oxidative stress with aging in humans. Circ Res. 2007;100(11):1659-1666.

[12] NO F, AK C, K A, et al. Epidemiological, clinical, electrocardiographic and therapeutic features of arterial hypertension of the elderly in Libreville. Health Res Afr. 2025;3(8). doi:10.5281/hra.v3i8.6869.

[13] Ba M, Sall A, Djajhete R, et al. Unité de court séjour gériatrique du CHNU de Fann (Dakar, Sénégal): bilan d'étape après plus d'une année de fonctionnement. NPG Neurol Psychiatr Geriatr. 2023;23:74-84.

[14] Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (Sénégal). Données de population [Internet]. Dakar: ANSD; 2027 [cité le 20 juin 2026].

[15] Niang FO. Pathologie du sujet âgé de plus de 65 ans dans un service de médecine interne: aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs [thèse]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2017.

[16] Apeti S, Mossi KE, Ouédraogo PWLS, et al. Profil épidémiologique et thérapeutique de la polypathologie chez les sujets âgés au Togo en

consultation gériatrique à Lomé. Rev Afr Med Interne. 2019;6(1-3):17-27.

[17] Tougouma SJB, Hien H, Aweh AB, et al. Prévalence et connaissances de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées: étude transversale menée à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Pan Afr Med J. 2018;30:243. doi:10.11604/pamj.2018.30.243.15997.

[18] Stelmach W, Kaczmarczyk-Chałas K, Bielecki W, et al. How income and education contribute to risk factors for cardiovascular disease in the elderly in a former communist country. Public Health. 2004;118(6):439-449.

[19] Cisse K, Lompo DL, Bamba R, et al. Pronostic intra-hospitalier de l'accident vasculaire cérébral ischémique chez les sujets jeunes au Burkina Faso: une analyse comparative avec les sujets âgés. Sci Sante. 2025;48:261-280.

[20] Laveau F, Hammoudi N, Berthelot E, et al. Patient journey in decompensated heart failure: an analysis in departments of cardiology and geriatrics in the Greater Paris University Hospitals. Arch Cardiovasc Dis. 2017;110(1):42-50.

[21] NO F, AK C, K A, et al. Epidemiological, clinical, electrocardiographic and therapeutic features of arterial hypertension of the elderly in Libreville. Health Res Afr. 2025;3(8). doi:10.5281/hra.v3i8.6869.

[22] Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, et al. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives. Hypertension. 2001;37(3):869-874.

[23] Ouedraogo PV, Ouedraogo RLA, Savadogo AA, et al. Mortalité des accidents vasculaires cérébraux chez le sujet âgé au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. NPG Neurol Psychiatr Geriatr. 2021;21:176-181.

[24] Mr D, B D, S S, et al. Heart failure of the elderly in Bamako: clinical presentation, treatment and evolution. Health Res Afr. 2024;2(7). doi:10.5281/hra.v2i7.5856.

[25] Affangla DA, Ba F, Ba DM, Ndiaye M, Mboup WN, Wabo SA, et al. Épidémiologie et étiologie de l'insuffisance cardiaque chez l'adulte au centre DIABCARMET de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès (Sénégal). Rev Afr Med Interne. 2019;6(1-2):29-37.

[26] Laveau F, Hammoudi N, Berthelot E, et al. Patient journey in decompensated heart failure: an analysis in departments of cardiology and geriatrics in the Greater Paris University Hospitals. Arch Cardiovasc Dis. 2017;110(1):42-50.

[27] Fowkes FGR, Rudan D, Rudan I, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. Lancet. 2013;382(9901):1329-1340.

[28] Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. Circ Res. 2015;116(9):1509-1526.

[29] Diop KR, Samb CAB, Kane A, et al. La fibrillation atriale dans trois centres cardiologiques de référence de Dakar: données sénégalaises de l'enquête du registre AFRICA. Pan Afr Med J. 2022;43:112. doi:10.11604/pamj.2022.43.112.31397.

Pour citer article

A Sall, R Diajheté, D Bâ, RB Coulibaly, II Ziyat, M Bâ et al. Profil des pathologies cardiovasculaires du sujet âgé au Service de Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar (Sénégal). Jaccr Clinical Medicine 2026; 1(3): 1-14

https://doi.org/10.70065/2613.jaccrClinicalmed.001L013107