

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, JUIN - VOLUME 11 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D’EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d’Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d’Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d’Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d’Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d’Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d’Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d’honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d’Ivoire)
Président d’honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.A.F.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• **articles originaux :**

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• **articles de synthèse :**

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• **cas cliniques :**

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• **actualités thérapeutiques :**

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• **lettres à la rédaction :**

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• **articles d'intérêt général :**

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• **articles d'opinion :**

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• **courrier des lecteurs :**

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.A.F.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• **images commentées :**

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373–379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (**revueafricainemi@gmail.com**) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (**rafmi.org**).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1.	Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec : étude descriptive transversale	7-13
	Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S	
2.	Maladie de Basedow et grossesse : à propos de 189 cas colligés au Centre Hospitalier Abass Ndao	14-21
	Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M	
3.	Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cardiomyopathies en milieu hospitalier dakarois : étude bicentrique rétrospective	22-27
	Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A	
4.	Aspects diagnostique et thérapeutique du mal de Pott de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody	28-33
	Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
5.	Profil épidémiologique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry	34-38
	Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY	
6.	Prévalence de la maladie rénale chronique chez le sujet diabétique au centre de protection maternelle et infantile de Sokoura à Bouake en 2021	39-48
	Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, TIA Weu Mélanie, Ouattara B	
7.	Comas non traumatiques du sujet âgé dans un service de médecine interne	49-55
	Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B	

CAS CLINIQUES

8.	Angio-oedème héréditaire à propos d'une famille au Niger	56-64
	Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E	
9.	Atteinte cutanée et ophtalmologique d'une hépatite B chronique associées à des ANCA de type MPO : est-ce une vascularite ?	65-71
	Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E	
10.	Atteintes neurologiques centrales et périphériques associées à une infection virale à la dengue : à propos d'un cas au Service de Neurologie du Centre Hospitalier National De Pikine	72-76
	Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H	
11.	La péricardite aiguë, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte	77-79
	Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V	
12.	Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas	80-83
	Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK	
13.	Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas	84-87
	Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA	
14.	Tuberculose compliquant l'évolution d'une leucémie myéloïde chronique. A propos de deux cas dans le service d'hématologie du CHU de Cocody	88-93
	Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G	

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. <i>Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive Crosssectional study</i>	7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S	
2. <i>Basedow's disease and pregnancy: 189 cases from the Abass Ndao Hospital Center</i>	14-21
Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHMM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M	
3. <i>Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cardiothyreosis in the hospital of Dakar: a two-center retrospective study</i>	22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A	
4. <i>Diagnostic and therapeutic aspects of Pott's disease in children and adolescents in rheumatology hospitalization at Cocody University Hospital</i>	28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
5. <i>Study of risk factors for deep vein thrombosis of the lower limbs in the elderly</i>	34-41
Ben Salah R, Derbel A, Chabchoub I, Frikha F, Marzouk S, Bahloul Z	
6. <i>Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital</i>	42-46
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY	
7. <i>Prevalence of chronic kidney disease in diabetic subjects at the Sokoura Maternal and Child Protection Center in Bouake in 2021</i>	47-56
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, Tia Weu M, Ouattara B	
8. <i>Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department</i>	57-63
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B	

CASES REPORTED

9. <i>Hereditary angioedema in a family from Niger</i>	64-72
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E	
10. <i>Cutaneous and ophthalmological symptoms of chronic hepatitis b associated with MPO ANCA: is it vasculitis?</i>	73-79
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E	
11. <i>Central and peripheral neurological disorders associated with dengue viral infection: a case report from the Neurology Department of the Pikine National Hospital Center</i>	80-84
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H	
12. <i>An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease</i>	85-87
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V	
13. <i>Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis</i>	88-91
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK	
14. <i>A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman</i>	92-95
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA	
15. <i>Occurrence of tuberculosis during the follow-up of leukemias. Illustration in a hematology department</i>	96-101
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G	



Profil épidémio-clinique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry

Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital

Sylla D¹, Wann TA², Kaké A¹, Bah MM¹, Diakhaby M¹, Bah MLY¹

Auteurs correspondant : Dr Djibril SYLLA

Résumé

Objectifs : étudier le profil épidémio-clinique et thérapeutique de l'hypertension artérielle (HTA) chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU Donka.

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif de six mois allant du 1^{er} Octobre 2022 au 31 Mars 2023. Nous avons inclus les patients âgés de 60 ans et plus hypertendus suivis dans le service de Médecine Interne durant la période d'étude.

Résultats : nous avons colligé 70 cas soit une fréquence de 14,7%. L'âge moyen était de $67,67 \pm 5,88$ ans avec des extrêmes 60 et 87 ans. La tranche d'âge de 60 à 69 ans était la plus représentée dans 68,57% avec une prédominance féminine de 51% et un sex-ratio de 0,9. Outre l'HTA, le diabète, la sédentarité et la dyslipidémie étaient les principaux facteurs de risques cardiovasculaires rencontrés dans 41,43%, 28,57% et 18,57%. L'hypertrophie ventriculaire gauche était la principale anomalie retrouvée à l'électrocardiogramme et à l'échographie doppler cardiaque dans 34,29% et 24,28%. La fraction d'éjection systolique du ventricule gauche était réduite dans 18,57%. L'insuffisance cardiaque, l'AVC et l'insuffisance rénale chronique étaient les principales complications cardiovasculaires (CCV) rencontrées avec des fréquences respectives de 28,57%, 18,57% et 10%. La monothérapie par les inhibiteurs calciques était majoritaire dans 52,85%. Au cours du suivi 23% de nos patients ont bénéficié d'un changement de certaines molécules antihypertenseurs en raison des effets secondaires notamment 15,71% pour œdème des membres inférieurs (OMI), 5,71% pour aggravation de la fonction rénale et 4,28% pour toux chronique. La tension artérielle était contrôlée chez 38,57%.

Conclusion : l'HTA du sujet âgé demeure un problème de santé en raison de l'association fréquente à d'autres facteurs de risques cardiovasculaires augmentant le taux de morbidités cardiovasculaires (CV) chez ce groupe de personnes. Une approche centrée sur la prise en charge globale de tous les facteurs de risques cardiovasculaires (FDRCV) et un suivi gériatrique améliorerait le pronostic cardiovasculaire de ces patients pour une meilleure qualité de vie.

Mots clés : HTA - Sujet âgé - CHU Conakry.

Summary

Objectives: to study the epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension (AHT) in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Donka University Hospital.

Material and methods: this was a six-month prospective descriptive study from October 1, 2022 to March 31, 2023. We included hypertensive patients aged 60 and over followed in the Internal Medicine department during the study period.

Results: we collected 70 cases, representing a frequency of 14.7%. The average age was 67.67 ± 5.88 years with extremes of 60 and 87 years. The age group of 60 to 69 years was the most represented in 68.57% with a female predominance of 51% and a sex ratio of 0.9. In addition to hypertension, diabetes, sedentary lifestyle and dyslipidemia were the main cardiovascular risk factors encountered in 41.43%, 28.57% and 18.57%. Left ventricular hypertrophy was the main abnormality found on the electrocardiogram and cardiac Doppler ultrasound in 34.29% and 24.28%. Left ventricular systolic ejection fraction was reduced in 18.57%. Heart failure, stroke and chronic kidney failure were the main cardiovascular complications (CVC) encountered with respective frequencies of 28.57%, 18.57% and 10%. Monotherapy with calcium channel blockers was the majority in 52.85%. During follow-up, 23% of our patients benefited from a change in certain antihypertensive molecules due to side effects, notably 15.71% for lower limb edema (LLE), 5.71% for worsening renal function and 4.28% for chronic cough. Blood pressure was controlled in 38.57%.

Conclusion: hypertension in the elderly remains a health problem due to the frequent association with other cardiovascular risk factors increasing the rate of cardiovascular (CV) morbidity in this group of people. An approach focused on the comprehensive management of all cardiovascular risk factors (CVRF) and geriatric monitoring improved the cardiovascular prognosis of these patients for a better quality of life.

Keywords: HTA - Elderly - CHU Conakry.



Introduction

L’hypertension artérielle (HTA) est un problème de santé publique dont la prise en charge reste difficile surtout chez le sujet âgé. Le plus souvent elle est associée aux autres facteurs de risque cardiovasculaire [1]. L’HTA du sujet âgé, même lorsqu’elle ne concerne que la pression artérielle systolique (PAS), présente un risque de complications cardiovasculaires plus élevé que chez le sujet plus jeune [2].

Elle est l’une des pathologies les plus fréquentes et génératrice d’une forte mortalité. Malgré les progrès réalisés dans le dépistage et le traitement, le contrôle des chiffres tensionnels reste très souvent insuffisant dans une population où le pourcentage des personnes âgées est de plus en plus important atteignant 65% des personnes après l’âge de soixante-cinq (65) ans [3, 4]. En effet, elle est la première cause de morbi-mortalité, d’handicap et de perte d’autonomie chez cette catégorie de population [5].

Le traitement de l’HTA du sujet âgé apporte un bénéfice certain sur le pronostic, mais malheureusement, cette efficacité est loin d’être totale en raison d’une part des particularités des populations âgées et d’autre part des traitements antihypertenseurs [3].

En Afrique sub-saharienne, la prévalence de l’HTA dans la tranche d’âge de 60-69 ans chez les hommes et chez les femmes atteint des taux respectifs de 57,4% et 61,5% [4]. L’objectif était d’étudier le profil épidémio-clinique et thérapeutique de l’HTA chez le sujet âgé au service de Médecine Interne du CHU Donka.

Matériel et méthodes

Il s’agissait d’une étude prospective de type descriptif de six mois allant du 1^{er} Octobre 2022 au 31 Mars 2023. Nous avons inclus les patients âgés de 60 ans et plus hypertendus suivis dans le service de Médecine Interne durant notre période d’étude. Nos variables étudiées étaient les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. L’HTA était définie par une élévation de la pression artérielle systolique et/ou diastolique ≥ 140/90 mmHg après deux mesures aux deux bras avec un intervalle de 15 minutes ou les

patients sous traitement antihypertenseur. Le sujet âgé était défini chez les patients ayant un âge ≥ 60 ans. L’électrocardiogramme était réalisé systématiquement chez tous les patients afin de rechercher les répercussions de l’HTA, quant à l’échographie doppler cardiaque elle était réalisée en cas d’indications (signes cliniques d’insuffisance cardiaque, des valvulopathies ou cardiopathies ischémiques). Un bilan rénal était réalisé pour évaluer le retentissement de l’HTA sur la fonction rénale mais aussi afin de rechercher les effets secondaires liés à certaines molécules antihypertenseurs. L’objectif tensionnelle sous traitement antihypertenseur était celle des recommandations de l’ESH 2018 TAS < 140 mmHg sans hypotension orthostatique. Nous avons utilisé un tensiomètre électronique de marque OMRON. Les comorbidités étaient également recherchées chez tous nos patients. Les données ont été recueillies manuellement puis introduites dans une base de données analysées à l’aide du logiciel Epi dans sa version 7.5.0. Les considérations éthiques et déontologiques ont été respectées.

Résultats

Sur un total de 476 patients nous avons colligé 70 cas soit une fréquence de 14,7%. L’âge moyen était de 67,67 ± 5,88 ans avec des extrêmes 60 et 87 ans. La tranche d’âge de 60 à 69 ans était la plus représentée dans 68,57% avec une nette prédominance féminine de 51% et un sex-ratio de 0,9. Les signes cliniques étaient dominés par les céphalées, dyspnée et vertiges dans respectivement 78,57%, 67,14% et 52,86%. Outre l’HTA, le diabète, sédentarité et la dyslipidémie étaient les principaux facteurs de risques cardiovasculaires rencontrés dans 41,43%, 28,57% et 18,57%. La créatininémie était élevée chez 31,42% des patients avec une moyenne de 625,27 ± 609,65 µmol/l pour des extrêmes de 61 et 2678 µmol/l. Au cours du suivi 23% de nos patients ont bénéficié d’un changement de certaines molécules antihypertenseurs en raison des effets secondaires notamment 15,71% pour OMI, 5,71% pour aggravation de la fonction rénale et 4,28% pour toux chronique. Les objectifs tensionnels étaient atteints chez 38,57%.

Tableau I : Répartition des patients selon les grades de l’HTA

Grade HTA	Effectif	Pourcentage
Grade I	13	18,57
Grade II	17	24,28
Grade III	14	20,00
HTA systolique	26	37,14
TOTAL	70	100

TAS moyenne = 174,88 ± 119,30 mmHg
TAD moyenne = 98,01 ± 13,50 mmHg

Extrêmes de 140 et 240 mmHg
Extrêmes de 63 et 150 mmHg



Tableau II : répartition des patients selon les résultats de l’ECG

Electrocardiogramme	Effectif	Pourcentage
HVG	24	34,29
Tachycardie	8	11,43
Trouble de la repolarisation	4	5,71
HAG	2	2,86
BBD	2	2,86
ACFA	2	2,86
Sous-decallage ST	1	1,43
BBG	1	1,43
BAV	1	1,43
Sus-decallage ST	1	1,43

Hypertrophie ventriculaire gauche ; Hypertrophie auriculaire gauche ; Blok de branche droit ; Block de branche gauche ; Arythmie complète par fibrillation auriculaire ; Blok atrioventriculaire

Tableau III : répartition des patients selon les résultats de l’échographie doppler cardiaque

Echographique doppler cardiaque	Effectif	Pourcentage
Anomalies		
HVG	17	24,28
Dilatation du VG	9	12,85
HTAP	1	1,43
Hypokinésie	8	11,42
FESVG		
Réduite	6	8,57

FESVG moyenne 52,35 ± 15,68% Extrêmes de 25 et 74%

Tableau IV : répartition des patients selon les complications associées à l’HTA

Complications associées à l’HTA	Effectif	Pourcentage
Insuffisance cardiaque	20	28,57
IRC	13	18,57
AVC	7	10,00

Tableau V : répartition des patients selon les molécules antihypertenseurs utilisées

Antihypertenseurs	Effectif	Pourcentage
Inhibiteurs calciques	37	52,85
IEC	16	22,85
Thiazidiques	2	2,85
ARA II	1	1,42
BB	14	20

Tableau VI : répartition des patients selon le nombre d’antihypertenseurs utilisés

Nombre d’antihypertenseurs	Effectif	Pourcentage
Monothérapie	41	58,57
Bithérapie	23	32,85
Triothérapie	6	8,57

Discussion

La fréquence retrouvée dans notre étude était inférieure à celle de Tougouma JB et al. [6] au Burkina Faso en 2018 qui rapportaient une fréquence de 61,36%. Cette différence pourrait s’expliquer par le fait que notre étude a été réalisé dans un service de Médecine Interne mais également elle pourrait témoigner de la part importante de l’HTA et de ses morbidités chez le sujet âgé dans notre service.

L’âge moyen de nos patients était proche de ceux de Sarr SA et al. [7] à Dakar en 2016 et Perret-Guillaume C et al. [8] à Nancy en 2006 qui ont

trouvé des moyens d’âge de 69,9 ± 7,6 ans et 68 ± 5,7 ans. Au Maroc, en 2018 Fennoun H et al. [9] trouvaient une moyenne d’âge de 68,5 ans. L’HTA systolique était majoritairement rencontrée dans cette étude. Dans les séries de Perret-Guillaume C [8] et Tougouma SJB [6], l’HTA systolique était majoritairement rencontrée dans 40% et 38,64%. Notre résultat confirme les données de la littérature qui stipule que la forme d’HTA la plus souvent trouvée chez le sujet âgé est l’HTA systolique isolée définie par une élévation de la pression artérielle systolique (PAS) (≥ 140 mmHg) alors que la pression artérielle diastolique (PAD)



reste normale (< 90 mmHg). En effet, les données épidémiologiques indiquent une augmentation concomitante de la PAS et de la PAD avec l'âge jusqu'à 60 ans, période où la PAS continue de s'élever alors que la PAD atteint un plateau ou diminue de façon progressive [10].

Parmi les anomalies rencontrées à l'ECG et à l'échographie doppler cardiaque, l'HVG était au premier plan dans 34,28% et 24,28%. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Sarr SA [7] qui avait rapporté également l'HVG comme étant la principale anomalie retrouvée à l'ECG et à l'échographie doppler cardiaque dans 28,8% et 17,8%. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Niakara A [11] et Jaleta GN [12], qui ont trouvé des valeurs respectives de 53,3% et 52% d'HVG. La fréquence élevée de l'HVG chez le sujet âgé pourrait s'expliquer par l'augmentation de la pression systolique qui est à l'origine d'une augmentation de la post-charge du ventricule gauche aboutissant au développement d'une hypertrophie ventriculaire gauche qui est un facteur prédictif majeur d'augmentation de l'incidence de maladies coronaires, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, d'arythmies ventriculaires et de mort subite [13, 14]. La monothérapie par les inhibiteurs calciques était majoritairement utilisée dans notre étude avec une fréquence de 52,85%. Dans l'étude de Perret-Guillaume C [8] la majorité des patients recevait également une monothérapie dans 82%. Notre conduite thérapeutique était en commun accord avec celle de la littérature concernant l'HTA systolique isolée, les deux essais thérapeutiques disponibles ont utilisé un anticalcique dihydropyridinique [15, 16]. Les mêmes propositions sont effectuées par l'AHA. La NICE recommande les diurétiques thiazidiques et les anticalciques dihydropyridiniques [14].

Au cours du suivi, les objectifs tensionnels étaient atteints dans 38,57%. Notre résultat est supérieur à ceux de Tougouma [6] et Sarr SA [7] qui rapportaient que seulement 18,5% et 13% des patients traités atteignaient les objectifs tensionnels. Cependant il est proche de celui de Perret-Guillaume C [8], qui notifiait dans sa série que 50% des patients traités avaient une pression artérielle contrôlée. En effet il ressortait que c'est surtout l'HTA systolique qui était le moins bien contrôlée, particulièrement chez le sujet âgé d'une part [17]. D'autre part l'association de plusieurs autres comorbidités chez ce groupe de patients et leur vulnérabilité pourrait expliquer l'insuffisance du contrôle tensionnel.

Conclusion

L'HTA du sujet âgé demeure un problème de santé publique en raison de l'association fréquente à d'autres facteurs de risque augmentant le taux de morbidité cardiovasculaire chez ce groupe de personnes. L'HVG était la principale anomalie rencontrée. La monothérapie était l'option thérapeutique de choix. Une approche centrée sur la prise en charge globale de tous les FDRCV et une évaluation gériatrique permettrait d'améliorer le pronostic cardiovasculaire de ces patients pour une meilleure qualité de vie.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Damorou F, Pessinaba S, Tcherou T, Yayehd K, Ndasss S et al. Hypertension artérielle du sujet noir âgé de 50 ans et plus à Lomé : aspects épidémiologiques et évaluation du risque cardiovasculaire (Étude prospective et longitudinale de 1485 patients). *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 60 (2011) 61-66
2. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Recommandations et données économiques. ANAES avril 2000 ; <http://www.anaes.fr>
3. Naija F, Schwald N, Chahwakilian A, Debray-Meignan S, Safar M et al. Antihypertenseurs : pour une meilleure efficacité chez le sujet âgé. *mt cardio*, vol. 2, n° 5, septembre-octobre 2006
4. Fourcade L, Paule P, Mafart B. Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne actualité et perspectives. *Med Trop.* 2007 ; 67 : 559-567
5. Houehanou C, Amidou S, Preux P M, Houinato D, Lacroix P. Hypertension artérielle (HTA) en Afrique subsaharienne. *Journal de Médecine Vasculaire.* 2018 ; 87
6. Tougouma SJB, Hien H, Aweh AB, Yaméogo AA, Méda ZC, Kambiré Y 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
7. Sarr SA, Babaka K, Mboup MC, Fall PD, Dia K, Bodian M et al. Aspects cliniques, électrocardiographiques et échocardiographiques de l'hypertendu âgé au Sénégal. *Pan African Medical Journal.* 2016 ; 25 : 77



8. Perret-Guillaume C, Miget P, Aubry C, Gueguen R, Steyer E, Bénétos A. Contrôle de la pression artérielle par le traitement antihypertenseur chez le sujet âgé de 60 ans et plus. *La Revue de médecine interne* 27 (2006) 285-290
9. Fennoun H, El Aziz S, Chadli A. Association hypertension artérielle et diabète chez sujet âgé : à propos de 256 cas (résultats préliminaires). *Annales d'endocrinologie* Tome 79, Numéro 4, septembre 2018, 518
10. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995; 25: 305-13
11. Niakara A, Ouédraogo N, Nébié LVA, Samadoulougou AK, Kaboré NJP, Ouandaogo BJ. L'hypertrophie ventriculaire gauche du Noir Africain hypertendu : étude échocardiographique chez 452 sujets. *Ann Cardiol Angéiol*. 2001 Jun ; 50(4):197-201
12. Jaleta GN, Gudina EK, Getinet W. Left ventricular hypertrophy among black hypertensive patients: focusing on the efficacy of angiotensin converting enzyme inhibitors. *BMC Res Notes*. 2014 Jan; 7(1): 45
13. Hamasaki S, Al Suwaidi J, Higano ST, Miyauchi K, Holmes DR, Lerman A et al. Attenuated coronary flow reserve and vascular remodeling in patients with hypertension and left ventricular hypertrophy. *J Am Coll Cardiol*. 2000 May; 35(6): 1654-1660
14. Hernandorena I, Bailly H, Piccoli M, Beunardeau M, Cohen A, Hanon O. Hypertension artérielle du sujet âgé. *Presse Med.* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.011>
15. Liu L, Wang JG, Gong L, Liu G, Staessen JA. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. *Systolic Hypertension in China (Syst-China) Collaborative Group. Journal of Hypertension* 16(12): 1823-1829
16. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *The Lancet*, 350(9080), 757-764
17. Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, L'Italien GJ, Lapuerta P. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Hypertension*. 2001, 37(3): 869-74