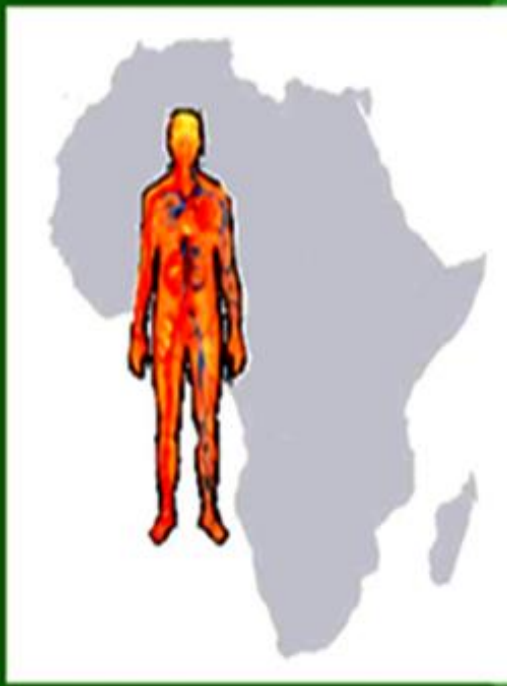


**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

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

Correspondance

Secrétariat

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

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

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

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

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

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

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

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

SECRETAIRE D’EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

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

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

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

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

• articles originaux :

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

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

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

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

• articles de synthèse :

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

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

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

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

• actualités thérapeutiques :

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

• lettres à la rédaction :

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

• articles d'intérêt général :

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

• articles d'opinion :

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

• courrier des lecteurs :

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

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

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

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

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

• images commentées :

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

II. Présentation

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

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

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

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

Les pages seront toutes numérotées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Envoi

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

IV. Publication

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

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1.	Atteintes rénales du lupus érythémateux systémique dans le service de rhumatologie du CHU de Cocody (Abidjan)	7-15
	Bamba A, Coulibaly Y, Coulibaly AK, Kpami YNC, Goua JJ, Kollo NB, Possi SU, Aboubacar R, Ouattara B, Gbané M, Diomande M, Djaha KJM, Eti E	
2.	Le syndrome d’hyperglycémie hyperosmolaire aux urgences médicales du CHU de Bouaké ; à propos de 56 cas	16-22
	Kouassi L, Toure KH, Kone S, Yapo IN’gS-B, Kone F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B	
3.	Les dyslipidémies chez les patients hospitalisés pour Accident Vasculaire Cérébral Ischémique dans le Service de Neurologie du CHU de Bogodogo à Ouagadougou	23-28
	Ido BJF, Dabilgou AA, Carama EA, Guebre SM, Porgo AN, Napon C	
4.	Les comorbidités chez les personnes vivant avec le virus de l’immunodéficience humaine (PVVIH) suivies en zone décentralisée au Sénégal	29-38
	Lawson ATD-d, Faye FA, Deh A, Dione H, Thioub D, Bammo M, Diop SA, Diousse P	
5.	Troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs observés chez les sujets diabétiques vus en consultation à Abidjan	39-43
	Condé AS, Kollo NB, Bamba A, Diallo S, Possi S, Coulibaly Y, Djomou NA, Ngon NH, Ada KH, Djaha KJM, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
6.	Prévalence de l’Hypertension Artérielle intra dialytique chez les hémodialysés chroniques à Bouaké	44-48
	Manzan EAW, Cyr G, Konan N’GM, Kéhi JK, Christ RMK, Gonan AY, Sébastienne N’SAY, Tia Weu M, Yao KH, Ouattara	
7.	Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques	49-55
	Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthe A	
8.	Rétinopathie, néphropathie et facteurs associés au sein d’une cohorte de diabétiques de type 2 suivis au CHU Sourô Sanou, Burkina Faso	56-60
	Bognounou R, Coulibaly B, Kantagba YM, Bagbila WPAH, Sagna S, Nikiema S, Somé N, Traoré D, Cissé B, Kyelem CG, Guira O, Sombié I, Ouédraogo MS, Yaméogo TM	
9.	Drépanocytose et grossesse : facteurs associés au pronostic obstétrical en cas d’échange transfusionnel dans deux hôpitaux de Brazzaville	61-66
	Buambo GRJ, Potokoue-Mpia NSB, Mabikina NP, Galiba A-TOF, Eouani MLE, Itoua C	

CAS CLINIQUES

10.	Tuberculose multifocale : une localisation laryngée et pulmonaire à propos d’un cas	67-71
	Diallo OA, Ndour N, Dieye A, Tall H, Loum B, Tine FB, Diallo AO, Ndiaye M, Diallo BK	
11.	Parcours diagnostique d’une thrombophilie constitutionnelle dans un service de Médecine interne	72-75
	Sow K, Ngwa Elame H, Diallo BM, Baba NM, Faye FA, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM	

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1.	<i>Renal involvement in systemic lupus erythematosus at the Rheumatology Departement of Cocody UTH (Abidjan)</i>	7-15
	Bamba A, Coulibaly Y, Coulibaly AK, Kpami YNC, Goua JJ, Kollo NB, Possi SU, Aboubacar R, Ouattara B, Gbané M, Diomande M, Djaha KJM, Eti E	
2.	<i>Hyperosmolar hyperglycemic syndrome in the medical emergency room of the hospital of Bouake; about 56 cases</i>	16-22
	Kouassi L, Toure KH, Kone S, Yapo IN'gS-B, Kone F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B	
3.	<i>Dyslipidemia among patients hospitalized for Ischemic Stroke in the Neurology Unit of Bogodogo University Hospital, Ouagadougou</i>	23-28
	Ido BJF, Dabilgou AA, Carama EA, Guebre SM, Porgo AN, Napon C	
4.	<i>The comorbidities found in a cohort of patients living with HIV in a decentralized center in Senegal</i>	29-38
	Lawson ATD-d, Faye FA, Deh A, Dione H, Thioub D, Bammo M, Diop SA, Diousse P	
5.	<i>Musculoskeletal disorders of the upper limbs observed in diabetic subjects seen in consultation in Abidjan</i>	39-43
	Condé AS, Kollo NB, Bamba A, Diallo S, Possi S, Coulibaly Y, Djomou NA, Ngon NH, Ada KH, Djaha KJM, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E	
6.	<i>Prevalence of hypertension in patients with renal insufficiency in Bouake hemodialysis center</i>	44-48
	Manzan EAW, Cyr G, Konan N'GM, Kéhi JK, Christ RMK, Gonan AY, Sébastienne N'SAY, Tia Weu M, Yao KH, Ouattara	
7.	<i>Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features</i>	49-55
	Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthe A	
8.	<i>Retinopathy, nephropathy and associated factors on type 2 diabetics followed at CHU Souro Sanou, Burkina Faso</i>	56-60
	Bognounou R, Coulibaly B, Kantagba YM, Bagbila WPAH, Sagna S, Nikiema S, Somé N, Traoré D, Cissé B, Kyelem CG, Guira O, Sombié I, Ouédraogo MS, Yaméogo TM	
9.	<i>Sickle cell disease and pregnancy: factors associated with obstetric prognosis in the event of exchange transfusion in two hospitals in Brazzaville</i>	61-66
	Buambo GRJ, Potokoue-Mpia NSB, Mabikina NP, Galiba A-TOF, Eouani MLE, Itoua C	

CAS CLINIQUES

10.	<i>Multifocal tuberculosis: laryngeal and pulmonary localization in a case</i>	67-71
	Diallo OA, Ndour N, Dieye A, Tall H, Loum B, Tine FB, Diallo AO, Ndiaye M, Diallo BK	
11.	<i>Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department</i>	72-75
	Sow K, Ngwa Elame H, Diallo BM, Baba NM, Faye FA, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM	



Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques

Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features

Tanoh MA¹, Traoré AB¹, Kadjo CV¹, Agbo C¹, Aka AD¹, Offoumou D¹, Tanoh C¹, Ehounoud CY¹, Diarra EA¹, Berthe A¹

1. Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan- Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Dr Muriel Amon TANO

Résumé

Introduction : L'accident vasculaire cérébral est une pathologie qui survient plus chez la personne âgée que chez le jeune. En Côte d'Ivoire, il existe très peu d'études publiées dans le domaine de l'accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé.

Objectif : Etudier l'accident vasculaire cérébral précisément les facteurs de risque, les particularités cliniques et paracliniques et mortalité liée aux accidents vasculaires cérébraux chez les personnes âgées.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et transversale analytique concernant les patientes âgées de 60 ans et plus, hospitalisés dans le service de neurologie du Centre hospitalier universitaire de Cocody pour un accident vasculaire cérébral du 1^{er} juin au 1^{er} décembre 2022. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées.

Résultats : Ont été inclus dans notre étude 50 patients dont l'âge moyen était de 68,18 ans avec des extrêmes de 60 et 82 ans et un sex-ratio de 0.92. Parmi les 50 patients, 31 patients soit 62% présentaient un accident vasculaire cérébral ischémique et 19 patients soit 38% un accident vasculaire cérébral hémorragique. Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient dominés par l'hypertension artérielle (78%). Les étiologies les plus fréquentes étaient la pathologie athéromateuse pour l'accident vasculaire cérébral ischémique et l'hypertension artérielle pour l'accident vasculaire cérébral hémorragique.

Conclusion : L'accident vasculaire cérébral est une pathologie grave et invalidante et de plus en plus fréquent chez le sujet âgé que chez le sujet jeune.

Mots clés : Accident vasculaire cérébral - personne âgée - Côte d'Ivoire.

Summary

Introduction: Stroke is a pathology that occurs more in the elderly than in the young. In Côte d'Ivoire there are very few published studies in the field of stroke in the elderly.

Objective: To study the cerebrovascular accident precisely the risk factors, the clinical and paraclinical particularities and mortality linked to stroke in the elderly.

Methodology: This was a descriptive, retrospective and cross-sectional analytical study concerning patients aged 60 and over, hospitalized in the neurology department of the University Hospital of Cocody for a stroke from June 1 to December 1, 2022. The sociodemographic, clinical, therapeutic and changes were analyzed.

Results: Were included in our study 50 patients whose average age was 68.18 years with extremes of 60 and 82 years and a sex ratio of 0.92. Among the 50 patients, 31 patients or 62% presented an ischemic stroke and 19 patients or 38% a hemorrhagic stroke. Only 01 patient was within the time limit for thrombolysis. Cardiovascular risk factors were dominated by arterial hypertension 78%. The most common etiologies were atheromatous pathology for ischemic stroke and hypertension for hemorrhagic stroke.

Conclusion: Stroke is a serious disabling pathology and more and more frequent in the elderly than in the young.

Keywords: Stroke - elderly person - Ivory Coast.



Introduction

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent pour les pays africains en voie d'émergence socio-économique et sanitaire, un véritable fardeau plus particulièrement en Afrique de l'Ouest. En Côte d'Ivoire, c'est un très sérieux et grave problème de santé publique majeur actuellement ainsi que dans un avenir proche [1]. Depuis plus d'une vingtaine d'années, les pathologies neurologiques infectieuses dominées par les affections opportunistes liées au VIH-SIDA (Virus de l'Immuno-déficience Humaine- Syndrome de l'Immuno-déficience Acquise) ont fait place à la pathologie neuro-vasculaire avec plus de 30% des hospitalisations par AVC dans les services de neurologie du pays. Les AVC représentent l'une des principales causes de mortalité en Côte d'Ivoire, et la première cause de handicap acquis moteur et cognitif de l'adulte âgé mais surtout d'une effroyable morbi-mortalité globale dans toutes les tranches d'âges observées [1]. Selon des statistiques en Côte d'Ivoire, chaque année, près de 15.000 ivoiriens en sont victimes et 10.000 d'entre eux en meurent. Il nous a semblé très essentiel d'illustrer le profil épidémiologique et hospitalier des AVC chez les personnes âgées, pouvant influencer sur la fréquence ou l'évolution de cette maladie.

Méthodologie

Type, cadre et période d'étude

Il s'est agi d'une étude mono centrique rétrospective, à visée descriptive et analytique, réalisée au service de Neurologie du CHU de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire. Ce service est réparti en deux sous-unités à savoir une unité de neurologie générale et d'une unité neurovasculaire comportant une capacité totale de 35 lits d'hospitalisation. Cette étude s'est déroulée sur une période de 06 mois allant du 1^{er} juin au 1^{er} décembre 2022.

Critères de diagnostic et sélection

Ont été inclus dans notre étude, tous les dossiers des patients âgés de 60 ans et plus, hospitalisés pour un AVC ischémique ou hémorragique diagnostiqué par des lésions cérébrales visibles au scanner cérébral. Les thromboses veineuses cérébrales, les hémorragies méningées, les dossiers incomplets sans imagerie n'avaient pas été inclus dans notre série d'étude.

Les données analysées

Pour chaque patient, une fiche d'enquête individuelle a été élaborée. Puis nous avons procédé à la collecte dans un fichier informatique des caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le

sexe, la région de provenance, les facteurs de risque, le délai d'admission aux urgences et de réalisation du scanner cérébral), cliniques (le motif d'hospitalisation, l'état de vigilance avec évaluation du score de Glasgow, le syndrome neurologique, les scores pronostiques NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) et ICH (Score de Hemphill), paracliniques (le type d'AVC confirmé au scanner cérébral, le bilan lipidique avec le LDL (Low Density Lipoprotéin)-cholestérol, la glycémie, l'hémoglobine glyquée (HbA1c), le bilan de coagulation, l'échodoppler vasculaire des troncs supra aortiques (EDTSA) et l'échographie cardiaque transthoracique (ETT), l'holter-électrocardiogramme (ECG) pendant une durée de 48h, thérapeutiques (le type de prise en charge, les molécules utilisées pour la prévention primaire et secondaire) et évolutives (la survenue de décès, la sortie avec ou contre avis médical, le handicap moteur) ont été étudiées.

Les analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été répertoriées et analysées en termes de pourcentages (%) et celles quantitatives en moyennes. L'analyse de notre série d'étude a été faite à l'aide du logiciel statistique Epi info 7.

Droit d'éthique et de déontologie médicale

Tous les dossiers étaient répertoriés et analysés depuis la fiche d'enquête jusqu'à la collecte et saisie des données dans le strict anonymat. Les dossiers étaient référencés à l'aide des numéros des dossiers attribués à chaque patient à l'admission dans le service.

Les limites de l'étude clinique

Le faible échantillonnage des personnes âgées hospitalisées pour un AVC constituait l'une des limites de notre travail à contrario avec la forte proportion des AVC plus fréquents chez les sujets jeunes en pleine activité. Les difficultés financières sans revenu chez la majorité des personnes âgées empêchaient la réalisation de certaines explorations à visée étiologique dans le cadre de la prévention secondaire des AVC.

Résultats

Au cours de la période d'étude, nous avons colligé 177 dossiers de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral dont 127 sujets jeunes et 50 sujets âgés. Dans la population d'étude des sujets âgés, nous avons noté une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,92. La majorité des patients étaient droitiers (94% des cas). L'hypertension artérielle représentait le facteur de risque cardiovasculaire principal dans 78% des cas (Tableau I).



Tableau I : Répartition selon les facteurs de risque cardiovasculaire

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentages
HTA*	39	78%
AVC*	13	26%
Diabète*	07	14%
Dyslipidémie	04	08%
Tabagisme	04	08%
Alcoolisme	05	10%
Sédentarité*	06	12%

****Les facteurs de risque cardiovasculaire les plus observés chez les personnes âgées : l’hypertension artérielle (HTA), l’antécédent d’accident vasculaire cérébral (AVC), le diabète, la sédentarité

Plus de la moitié des patients en pré-AVC, étaient autonomes dans les activités de la vie quotidienne avec un score de Karnofsky de 80 à 100 (72% des cas) (Tableau II).

Tableau II : Répartition selon le score de Karnofsky

Scores	Effectifs	Pourcentages
0-40	04	08%
50-70	10	20%
80-100*	36	72%
Total	50	100%

*La normalité du score de Karnofsky chez la majorité des personnes âgées

Les patients étaient hospitalisés dans la grande majorité des cas pour une hémiparésie soudaine dans une proportion de 62%, suivi d’un trouble de vigilance survenant brutalement dans une proportion de 24% (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon le motif d’hospitalisation

Motifs	Effectifs	Pourcentages
Céphalées	01	02%
Crises convulsives*	08	16%
Déficit moteur*	31	62%
Trouble de la vigilance*	12	24%
Trouble du langage	04	08%
Trouble de l’équilibre	01	02%

***Les motifs d’hospitalisation les plus répertoriés chez les personnes âgées : le déficit moteur, le trouble de la vigilance et les crises convulsives

Neuf (09) patients sur 50, avaient consulté aux urgences médicales en phase aiguë (délai ≤ 4h30min). Malheureusement, aucun des patients n’a pu bénéficier du protocole de thrombolyse intraveineuse. L’accident vasculaire cérébral ischémique ou infarctus cérébraux représentait 62% des cas et l’accident vasculaire cérébral hémorragique ou hématomes cérébraux, 38% des cas. Les infarctus cérébraux intéressaient le plus souvent le territoire de l’artère cérébrale moyenne, dans 54,84% des cas. Il s’agissait d’infarctus cérébraux graves avec un score NIHSS ≥ 16 (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition selon le score NIHSS

Scores	Effectifs	Pourcentages
0-6	06	19,35%
6-22*	17	54,84%
<22	08	25,81%
Total	31	100%

*Le score NIHSS des personnes âgées hospitalisées pour un infarctus cérébral d’invalidité mineure (inférieur ou égal à 4) à grave (supérieur ou égal à 16)



Les hématomes cérébraux étaient dans 42,11% des cas, de topographie lobaire et dans 57,89% des cas de topographie profonde. Le score ICH était à 1 dans

36,84% des cas, incluant les deux topographies (Tableau V).

Tableau V : Répartition selon le score ICH

Scores	Effectifs	Pourcentages
0	05	26,32%
1*	07	36,84%
2	03	15,79%
3	03	15,79%
4	1	05,26%
Total	19	100%

*Le score ICH des personnes âgées hospitalisées pour un hématome intra parenchymateux le plus souvent évalué 1 avec un risque de mortalité à 1mois estimé à 13%

Les étiologies étaient dominées par l’athérosclérose dans 64,52% pour les AVC ischémiques et par la macro-angiopathie hypertensive dans 78,95% concernant les AVC hémorragiques.

La thérapeutique a consisté à l’administration d’un antihypertenseur chez tous nos patients, d’un antiagrégant plaquettaire chez nos 31 patients et d’une statine chez 29 patients hospitalisés pour un AVC ischémique, seulement 04 patients ont bénéficiés d’un antidépresseur et aucun des 31 patients n’a bénéficié d’une thrombolyse.

L’évolution était favorable dans 76% des cas avec séquelles handicapantes et invalidantes. Le taux de décès était néanmoins de 16%.

Discussion

Les caractéristiques sociodémographiques

Les AVC du sujet âgé ont représenté pendant la période d’étude, 28,25% des hospitalisations dans le service. Cette fréquence est sensiblement similaire à la fréquence hospitalière retrouvée par **Dabilgou et al.** au Burkina Faso [2]. Plus de la moitié des AVC du sujet âgé surviennent dans le groupe d’âge de 60 à 69 ans [2]. Les femmes âgées étaient plus victimes d’AVC dans 28% des cas. La féminisation de l’affection pourrait s’expliquer par l’émergence socio-économique et culturelle des pays africains avec la répartition des facteurs de risque aussi bien retrouvés chez les sujets de sexe masculin que chez les sujets de sexe féminin. La prédominance féminine a été déjà soulignée néanmoins depuis les années 2007 et 2015 en Côte d’Ivoire [3, 4]. Cependant, les études épidémiologiques démontrent une incidence d’AVC moins importante chez la femme que chez l’homme [5]. Il s’agissait le plus fréquemment de patients âgés résidant en milieu urbain. Le mode de vie en milieu urbain africain comportant le stress, la consommation en sel et alimentation pauvre en fruits et légumes favorisait l’augmentation accrue de l’hypertension artérielle [4]. Ils étaient dans la grande majorité des cas, des patients âgés mais parfaitement autonomes dans les

activités de la vie quotidienne bien avant l’épisode actuel d’AVC. L’hypertension artérielle était le facteur de risque le plus observé dans notre population d’étude de sujets âgés. Dans notre série, plus d’un quart des sujets âgés étaient à leur deuxième épisode d’AVC. La récurrence d’AVC constituait l’un des facteurs de risque les plus responsables d’handicap moteur et cognitif sévère. **Mozaffarian et al.** avaient noté dans une étude que les récurrences d’AVC étaient associées à des taux de mortalité et d’invalidité plus élevés [6]. Nous avons répertorié dans notre étude 7 patients sur 50 victimes d’AVC sur diabète. L’éthylisme a été retrouvé dans une proportion de 10% et celle du tabagisme de 8%. Le tabagisme restait le facteur de risque et de récurrence vasculaire après un premier épisode AVC [6]. A l’interrogatoire, la notion de cardiopathie connue n’avait pas été mentionnée chez nos patients âgés hospitalisés pour AVC. Nous avons compté dans notre étude 8% d’hypercholestérolémie avec LDL-cholestérol supérieur ou égale à 0,7g/l chez les patients âgés non diabétiques et 0,55g/l chez les diabétiques [7]. L’hypercholestérolémie fait partie des facteurs de survenue et de progression de la maladie athérothrombotique [7].

Les caractéristiques cliniques et paracliniques

Dans notre série, 62% des patients étaient hospitalisés pour une hémiplegie brutale, faisant évoquer un AVC devant le signe neurologique de focalisation et la présence d’un ou des facteurs de risque vasculaire. Dans l’étude de **Balogou et al.** le premier motif d’hospitalisation reste le plus souvent le déficit moteur dans 75,9% des cas [8]. Nous avons noté que 82% des personnes âgées victimes d’AVC qui ont été admis aux urgences et seulement un seul patient a pu réaliser la tomodensitométrie cérébrale dans un délai de plus de thrombolyse (avant les quatre heures trente minutes suivants le début des signes neurologiques) occasionné par le manque de moyens financiers rencontrés sous nos tropiques. Il



s'agit de l'une des raisons de l'absence du protocole de thrombolyse dans notre pays après le manque de mise en place de stratégie thérapeutique au sein de nos établissements sanitaires. Néanmoins, tous les patients ont pu réaliser une tomodensitométrie cérébrale durant l'hospitalisation. Nous avons mis en évidence dans notre étude que les personnes âgées présentaient plus de lésions d'hématomes parenchymateux (AVC hémorragiques) que de lésions d'infarctus cérébraux [8]. La localisation profonde était une zone de prédilection des hématomes parenchymateux chez les patients âgés victimes d'AVC (chez 11 patients sur 19). Les zones d'infarctus cérébraux dans les cas d'AVC ischémiques, concernaient le plus fréquemment le territoire de l'artère cérébrale moyenne (ACM) par rapport à celui de l'artère cérébrale antérieure (ACA) et de l'artère cérébrale postérieure (ACP). Un patient sur 31 présentait un infarctus cérébral jonctionnel entre deux territoires artériels. Chez les autres patients, il s'agissait de lésions ischémiques multiples parfois d'âges différents (lésions récentes et anciennes). L'intérêt de l'imagerie nous permet non seulement de faire le diagnostic du type d'AVC mais aussi de nous orienter vers une probable étiologie de l'AVC et justifiera le choix thérapeutique en fonction du type d'AVC. Les AVC ischémiques des personnes âgées dans notre population d'étude étaient dans plus de 50% des cas soit des AVC mineurs (NIHSS inférieur ou égale à 4) ou des AVC graves (NIHSS supérieur ou égale à 16) [9]. La majorité des patients avaient un score ICH à 1 avec un risque de létalité à 1 mois à 13% selon le score de Hemphill. Ce score réalisé à l'admission, ne nous permettait pas d'évaluer le pronostic des patients du fait de certains facteurs favorisants à savoir le retard de la prise en charge, le manque de moyens financiers et d'équipement d'urgence dans nos services de Neurologie [4].

Les caractéristiques étiologiques et thérapeutiques

La stratégie thérapeutique de prévention primaire et secondaire reste tout aussi bénéfique chez le sujet jeune que chez le sujet à un âge avancé [10]. Elle permet une réduction du risque de récurrence et de démence. La prise en charge urgente et adaptée incluant le dépistage et le traitement des facteurs de risque vasculaire permettra l'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées [10]. Dans notre série, 18% des malades ont été admis aux urgences médicales avant les quatre heures trente minutes après le début des signes mais seulement un seul patient âgé avait pu réaliser la tomodensitométrie cérébrale. La thrombolyse intraveineuse (TIV) reste le traitement recommandé en urgences dans un délai de quatre heures trente

minutes du début des signes neurologiques. Elle est non accessible sous les tropiques compte tenu de la disponibilité du produit lui-même et de son coût onéreux pour nos populations. La prévention secondaire passe par la correction des facteurs de risque vasculaires. Le traitement antihypertenseur était administré chez tous nos patients. A l'issue de notre travail, il a été notifié que l'hypertension artérielle demeure le facteur de risque principal dans les AVC ischémiques et l'étiologie la plus fréquente par microangiopathie hypertensive (30% des cas) dans les AVC hémorragiques des sujets âgés de race noire [11]. Il a été constaté que la maladie athérothrombotique (40% des patients) était la première complication des AVC ischémiques du sujet âgé [11]. Elle est corrélée aux facteurs de risque qui sont l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie et le tabagisme respectivement retrouvés dans notre population d'étude à 78%, 14%, 8%, 8%. L'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) reste l'apanage des étiologies des AVC ischémiques du sujet âgé [11, 12]. Le diagnostic des FA paroxystiques dans la prise en charge des AVC ischémiques s'effectuait le plus fréquemment par le biais de l'enregistrement Holter ECG de 48 heures. Le coût de l'examen Holter ECG de 48h d'un montant de cent mille francs CFA soit cent cinquante-deux euros, restait difficilement accessible pour nos populations à faible et moyens revenus. L'usage du traitement antiagrégant et hypolipémiant reste le socle de la prévention secondaire en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique. Les antidépresseurs étaient administrés chez 4 patients sur 50 soit dans 8% des cas. En plus de leur effet sur la dépression observée fréquemment en post-AVC, ils aident à l'amélioration de la récupération motrice [13].

Son faible usage en pratique pourrait s'expliquer par la difficulté pour les patients pour honorer les prescriptions et par la méconnaissance par certains praticiens des bénéfices obtenus chez nos patients. L'évaluation des troubles cognitifs en phase aiguë ne s'avère pas aisé compte tenu de l'existence parfois chez les patients d'un trouble de la vigilance ou d'un trouble du langage. Dans une proportion de 22% des cas, les étiologies des AVC des patients âgés restent indéterminées, soit lié au manque de moyens financiers pour la réalisation du bilan exhaustif, ou à au moins deux étiologies potentiellement responsables de l'AVC ou de la mortalité observée en cours d'hospitalisation.

Les caractéristiques évolutives et pronostiques

Les AVC du sujet âgé sont de pronostic plus sévère en termes de mortalité, de handicap fonctionnel et de déclin cognitif [12]. Le terrain de fragilité et d'immunodépression du sujet âgé augmente la



surmortalité liée à l'AVC. Les facteurs prédictifs de mortalité en plus de l'âge avancé, englobe la dépendance antérieure, les comorbidités, l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie et le tabagisme [12]. L'évolution était favorable et le retour à domicile a été possible chez 76% des patients avec un premier rendez-vous de contrôle en hospitalisation dans les 14 jours après la sortie et un deuxième contrôle en consultations externes dans les 90 jours. Le manque de moyens financiers a favorisé chez 4 patients sur 50, le retour volontaire à domicile contre avis médical (SCAM). La durée moyenne d'hospitalisation des AVC varie entre une semaine et trente jours le plus souvent en lien croissant avec la survenue des complications de décubitus avec dans la grande majorité des cas la pneumopathie. Huit (8) décès ont été recensés soit une fréquence de 16% [13]. Au Mali, dans une étude réalisée en 2007 en milieu hospitalier, la létalité hospitalière des AVC était estimée à 10,5%. La mortalité hospitalière en Afrique semble plus élevée et sous-estimée car le suivi à long terme est très peu étudié. Cette sous-évaluation de la létalité globale liée à l'AVC pourrait s'expliquer par le manque de structures d'accueil des personnes âgées en soins de suite hospitaliers et à domicile, le faible revenu des populations, le manque de neurologue spécialisé en milieu rural occasionnant le recours à la tradithérapie et les perdus de vue. Le pronostic fonctionnel peut être amélioré par une bonne récupération motrice à l'aide des soins précoces de kinésithérapie surtout chez les patients avec un score clinique d'invalidité mineure avec NIHSS inférieur à 16 dans le cas des AVC ischémiques [14]. Le pronostic vital reste péjoratif pour les personnes âgées hospitalisées pour un AVC hémorragique avec un score ICH supérieur ou égale à 3. A l'issue de notre étude, les facteurs prédictifs de mortalité peuvent être regroupés le manque de moyens financiers pour la réalisation du bilan étiologique qui prolonge la durée moyenne de séjour en hospitalisation. Les scores pronostiques nous ont permis d'évaluer le risque de mortalité observé chez les patients victimes d'AVC. La présence de comorbidités telles que l'HTA, le diabète, la dyslipidémie augmente le risque de létalité observé au cours de la survenue de l'AVC. L'absence de création d'unité de soins neurovasculaire adapté et équipé et le manque de formation d'équipe médicale spécialisée contribue à majorer la durée moyenne de séjour, la sévérité du handicap moteur et cognitif ainsi que la dépression post-AVC [14].

Conclusion

L'AVC du sujet âgé est devenu un véritable enjeu de santé publique dont la prise en charge doit être optimisée. L'HTA reste le principal facteur de

risque d'où l'intérêt de la prévention primaire et de l'optimisation des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Le pronostic des AVC est réservé avec un risque élevé de surmortalité chez les sujets âgés, de récurrence et de déclin cognitif. Il pourrait aussi comme chez les sujets jeunes être amélioré avec la mise en place d'une stratégie urgente et adaptée dans les unités de soins neuro vasculaires (USINV) et soins de suite de rééducation (SSR).

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Remerciements au service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody

Source de financement : Aucune.

REFERENCES

1. Kadjo C, Tanoh C, Amon-Tanoh M, Yapoh-Ehouboud C, Bene YR, Kouamé-Assouan AE et al. Les accidents vasculaires cérébraux du sujet jeune : une étude prospective réalisée sur sept mois au service de neurologie du CHU de Cocody. *Journal de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie*. 2019, 19(2) : 8-12
2. Dabilgou A, Adeline kyelem JM, Dravé A, Tanguy Nikiema MI, Napon C, Kabore J. Les accidents vasculaires cérébraux chez le sujet âgé en milieu tropical : aspects épidémiologiques, cliniques et facteurs pronostiques. *NPG Neurologie-psychiatrie-gériatrie* 2018 ; 18 : 133-139
3. Cowppli-bony P, Sonan-Douayoua T, Akani F, Ahogo C, N'guessan K, Beugre EK. Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux au service de neurologie de Bouake. *Médecine d'Afrique Noire* 2007 ; 54(4) : 199-202
4. Kouakou N'goran Y-N, Traoré F, Tano M, Kramoh K-E, Kakou J-P A, Konin C et al. Aspects épidémiologies des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). *Pan African Medical Journal* 2015 ; 21 : 160-68
5. Sztajzel R., Devuyst G. L'accident vasculaire cérébral chez la femme. *Médecine et Hygiène* 2002 ; 60 : 905-10
6. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M et al. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133(4): 44



7. Bèjot Y, Rouaud O, Gentil A, Caillier M, Manckoundia P, Pfitzenmeyer P et al. Les accidents vasculaires cérébraux du sujet âgé : ce que nous a appris l'épidémiologie du sujet jeune. *Revue neurologique* 2008 ; 164(10): 809-14
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020; 41(1): 111-88
9. Adams HP, Davis PH, Leira EC, Chang K-C, Bendixen BH, Clarke WR et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology*. 1999; 53(1): 126
10. Akani AF, Kouamé- Assouan AE, Gnazebo A, Bony KE, Karidioula HA, Sylla A, Koffi YT. Score ich et pronostic vital des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques à Bouaké, Côte d'Ivoire. *African Journal Neurological Sciences* 2018 ; 37(2) : 17-23
11. Aka-Anghui Diarra E, Kouamé-Assouan AE, Yao BR, Léonard Kouassi Kouamé L, Kadjo C, Tanoh C. Épidémiologie des AVC en Côte d'Ivoire et perspectives. *Revue neurologique* 2016 ; 172(1) : 164
12. Puy L, Jouvent E. Accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé. 2019 ; Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/1299170/accident-vasculaire-cerebral-chez-le-sujet-age>. Consulté le 21/08/2023
13. Chollet F, Tardy J, Albucher JF, Thalamas C, Berard E, Lamy C et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*. 2011; 10(2): 123-30
14. Guilhermet Y, Valdelièvre L, Krolak-Salmon P. L'AVC du sujet âgé : vers une prise en charge spécialisée à la phase aiguë et en SSR ? *Cah. Année Gérontol*. 2010 ; 2 : 97-103