

PATHOLOGIES CARDIAQUES DU SUJET AGE HOSPITALISE A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN EN 2009.

HEART PATHOLOGIES IN ELDERLY IN-PATIENTS AT THE INSTITUTE OF CARDIOLOGY OF ABIDJAN IN 2009

Auteurs

COULIBALY Iklo

Service

Institut de cardiologie d'Abidjan
Service de médecine
PB V 206 Abidjan

Correspondance

iklo_coulibaly@hotmail.com

RÉSUMÉ

Objectif : Décrire les pathologies cardiaques chez le sujet âgé à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective sur 1 an de 100 dossiers de patients âgés d'au moins 65 ans hospitalisés au service de médecine de l'Institut de cardiologie d'Abidjan. Les aspects démographiques, les antécédents médicaux, les motifs d'admission, les signes d'examen et les résultats des explorations paracliniques ont été analysés.

Résultats : Tous les patients ont été admis en insuffisance cardiaque dont 48 % en insuffisance ventriculaire gauche. Les pathologies prévalentes étaient les myocardiopathies dilatées (29%) et les valvulopathies dégénératives notamment les fuites mitrales et aortiques (21%). La fibrillation auriculaire (19%) et les extrasystoles ventriculaires (17%) étaient les arythmies les plus fréquentes. Les troubles conductifs graves étaient peu nombreux représentés par 4 cas de blocs auriculo-ventriculaires complets.

Conclusion : Les pathologies cardiaques du sujet âgé sont une réalité dans notre environnement de travail et méritent une attention accrue afin d'en assurer un diagnostic et une prise en charge adéquats.

Mots-clés : Sujet âgé, Myocardiopathies dilatées, Valvulopathies dégénératives, Afrique subsaharienne

SUMMARY

Objective: To describe heart diseases in the elderly at the Institute of Cardiology of Abidjan.

Patients and Methods: A one-year period retrospective study on 100 charts of patients who were at least 65 years old and admitted in the Medicine Department of the Institute of Cardiology of Abidjan. Every medical file was analyzed regarding the history of cardiovascular disease, the symptoms, the physical signs, the reasons for admission, and the results of paraclinic explorations such as chest radiograph, electrocardiogram, and echocardiography.

Results: All patients included in this study displayed heart failure and 48% of whom had left ventricle failure. Dilated Cardiomyopathies (29%) and degenerative valve disease (mitral and aortic regurgitation each rated at 21 %) were the main pathologies encountered in this set of patients. Atrial fibrillation (19%) and premature ventricular contraction (17%) were the most frequent dysrhythmias in this study. Serious conduction disturbances represented by complete heart block were rare and seen in only 4% of the cases. Conclusion: Heart disease in the elderly is a reality in our environment and this merits more attention in order to ensure adequate diagnosis and care. some particular utilities.

Key-words: Elderly African, Dilated myocardial disease, Degenerative valve disease, Sub-Saharan Africa

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population mondiale est indéniable et s'accompagne d'une modification du paysage pathologique avec d'une part, une réduction des maladies infectieuses et de la malnutrition et d'autre part, une émergence des pathologies non transmissibles telles que les pathologies cardiovasculaires [Lopez 2006, Omran 1971]. L'Afrique apparaît comme le continent où ce phénomène est le plus rapide [Smith 2003]. En Côte d'Ivoire la population âgée de plus de 65 ans a connu une croissance de 16% [US Census Bureau 2011] en une décennie, pourtant les politiques de santé demeurent orientées comme dans la plupart des pays en développement vers les maladies infantiles auxquelles ils payent un lourd tribut [Lopez 2006]. Au moment où la Côte d'Ivoire doit repenser son système de santé, il nous a paru opportun d'analyser la prévalence et le type de pathologies cardiovasculaires qui, dans les pays industrialisés constituent la première cause de mortalité dans cette frange de la population [Riegel 2009].

I- PATIENTS ET MÉTHODES

Au cours de l'année 2009, 1619 patients ont été hospitalisés dans le service de médecine de l'ICA. Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 100 dossiers de patients âgés d'au moins 65 ans hospitalisés pour pathologie cardiovasculaire, soit 6,1% de l'ensemble. Ont été retenus les dossiers qui comportaient au moins un électrocardiogramme lisible, une échocardiographie en modes temps (TM) et bidimensionnel associée à une étude Doppler et une radiographie thoracique de face.

Le diagnostic d'hypertension artérielle (HTA) a été retenu chez tout patient rapportant une histoire d'HTA (PA \geq 140/90 mm Hg) traitée ou non, et chez les patients traités par antihypertenseur au moment de l'hospitalisation. La cardiomyopathie dilatée a été diagnostiquée devant une insuffisance cardiaque et une dilatation ventriculaire gauche en l'absence de toute cause identifiable [Sliwa 2005]. La cardiopathie hypertensive était définie chez un patient hypertendu par la présence de signes échocardiographiques d'hypertrophie ventriculaire gauche [Devereux 1977] et/ou d'insuffisance ventriculaire gauche. Le diagnostic de cardiopathie ischémique était retenu soit devant un antécédent d'infarctus du myocarde ou de procédure de revascularisation ou devant des signes actuels (cliniques, électriques et biologiques) d'infarctus du myocarde avec des signes échocardiographiques d'altération segmentaire de la contractilité. Les valvulopathies ont été diagnostiquées à l'échodoppler cardiaque ; les étiologies rhumatismale et dégénérative ont été retenues sur des arguments anamnestiques et sur l'aspect échographique des appareils valvulaires et sous-valvulaires. Nous n'avons pas comptabilisé les cas d'insuffisance mitrale fonctionnelle qui ont été observés au cours des cardiomyopathies dilatées

Nous n'avons pas inclus dans notre étude tous les dossiers incomplets.

Les dossiers retenus ont été analysés aux plans démographique, clinique (motifs admission, antécédents cardio-vasculaires, signes d'examen) et paraclinique (examen de la radiographie thoracique, électrocardiogramme, échodoppler cardiaque).

Analyse statistique

Elle a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info version 6.04.

L'analyse des variables quantitatives a été effectuée avec le test de l'analyse de variance (ANOVA). L'homogénéité des variances a été testée au préalable avec le test de Bartlett. En cas de non homogénéité des variances, l'on utilisait un test non paramétrique : le test de Mann-Whitney. Nous avons retenu une valeur de $p < 0,05$ comme étant significative (seuil de probabilité retenu).

II- RÉSULTATS :

Les patients de l'étude se répartissaient en 57 hommes et 43 femmes soit un sex ratio de 1,3. L'âge moyen était de 72 ans \pm 5,9 avec des extrêmes de 65 et 89 ans. Celui des hommes de 73 ans \pm 5,4 ans tandis que celui des femmes était de 72 ans \pm 6,4 ; sans différence significative. Les facteurs de risque cardiovasculaires les plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (51%) et le tabagisme (35%) (Tableau I).

Tableau I: Caractéristiques cliniques des patients à l'admission

	n	(%)
<i>Facteur de Risque</i>		
Hypertension Artérielle	51	51
Tabagisme	35	35
Diabète	18	18
Obésité	11	11
<i>Motifs d'admission</i>		
Dyspnée (II, III, IV)	60	60
Trouble Du Rythme	8	8
Angor	8	8
Oedème des Membres Inférieurs	6	6
Lipothymie/ Syncope	7	7
<i>Examen clinique</i>		
Insuffisance Ventriculaire Gauche	48	48
Insuffisance Ventriculaire Droite	30	30
Insuffisance Cardiaque Globale	22	22

Au plan clinique, 60 patients présentaient à l'admission une dyspnée d'effort dont 49 patients en stade III-IV de la NYHA. Tous les patients étaient en insuffisance cardiaque dont 48 en insuffisance ventriculaire gauche (IVG). Au plan paraclinique, 66 patients avaient une cardiomégalie (Rapport Cardio-Thoracique $> 0,5$). À l'électrocardiogramme (ECG), la fibrillation auriculaire (24%), les extrasystoles auriculaires (19%) les extrasystoles ventriculaires (17%) étaient les arythmies les plus fréquentes. Les troubles conductifs intraventriculaires étaient dominés par le bloc de branche droit (17%). À l'échocardiographie 54 patients avaient un ventricule gauche dilaté (DVG > 56 mm), la fraction d'éjection était conservée (FEVG $> 0,60$) dans 35 cas et effondrée (FEVG $< 0,30$)

dans 20 % des cas. La myocardiopathie dilatée (29%) et les valvulopathies mitrales et aortiques (21%) étaient les pathologies les plus fréquentes (tableau II).

Tableau II : Données paracliniques et nosologiques

	n	%
<i>Radiographie Thoracique</i>	100	100
Rapport Cardio-Thoracique		
≤ 0,5 (normal)	34	34
>0,5 (cardiomégalie)	66	66
<i>Electrocardiographie (ECG)</i>		
FA	24	24
ESV	17	17
ESA	20	20
BBD	17	17
BBG	16	16
BAV 1	12	12
BAV 3	4	4
<i>Echodoppler Cardiaque</i>		
Diamètre Diast. Ventr. (mm)		
>56	54	54
<56	46	46
FEVG		
< 0,4	20	20
0,4-0,6	45	45
>0,6	35	35
<i>Atteintes myocardiques</i>		
Cardiomyopathie Dilatée	29	29
Cardiopathie Hypertensive	9	9
Cardiomyopathie Ischémique	5	5
<i>Valvulopathies (Dégénérative / Rhumatismale)</i>		
Insuffisance Mitrale	7/4	7/4
Insuffisance Aortique	5/3	5/3
Rétrécissement Aortique	2	2

III- DISCUSSION

Tous les patients inclus dans notre étude étaient en insuffisance cardiaque dont la majorité en insuffisance ventriculaire gauche. Les résultats de notre étude se rapprochent de ceux d'autres travaux qui indiquent que l'insuffisance cardiaque constitue la première cause d'hospitalisation des sujets de plus de 65 ans [Mitchell 1995, Lloyd-Jones 2009]; la différence se situant au niveau des étiologies. Alors qu'en occident les principales causes d'insuffisance cardiaque du sujet âgé sont représentées par les coronaropathies [Clark 2004, Mendez 2001, Nadjafi 2007], en Afrique, elles sont dominées par les myocardiopathies dilatées, la cardiopathie hypertensive et les valvulopathies [Stewart 2008, Sliwa 2005, Damasceno 2007]. La rareté des cardiopathies ischémiques dans notre série probablement en rapport avec les difficultés diagnostiques qui peuvent expliquer une éventuelle sous-estimation de ces affections cardiaques, est tout de même une réalité, puisque celles-ci sont reconnues pour être rares chez le sujet noir en comparaison au caucasien [Stewart 2008, Mitchell 2011]. Par ailleurs, 35% de nos patients présentaient une fraction d'éjection conservée constituant probablement le groupe de patients souffrant d'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée qui est très fréquente chez le sujet âgé [Aronow 2006, ESC Guidelines 2005].

Des études ultérieures avec analyse échographique de la fonction diastolique dans l'insuffisance cardiaque s'avèrent indispensables dans notre contexte afin d'en évaluer la véritable occurrence et le profil de ces patients.

Notre série a, par ailleurs, révélé la place importante des valvulopathies dégénératives dans la pathologie cardiaque du sujet âgé comme l'a rappelé Aronow [2006]. À la différence des séries occidentales, les régurgitations mitrale et aortique semblent prédominer dans notre travail sur la sténose aortique qui constitue actuellement la première valvulopathie du sujet âgé en occident [Aronow 2006]. Dans un environnement où le rhumatisme articulaire aigu sévit encore à l'état endémique, l'on devrait craindre une éventuelle association de lésions rhumatismales et dégénératives chez des patients de plus en plus âgés.

La fibrillation auriculaire et les extrasystoles ont été les arythmies les plus fréquentes. La fibrillation auriculaire est, en effet, l'apanage du sujet âgé même en absence de cardiopathie sous-jacente [Schwartz Janice, 1999] et les extrasystoles traduisent volontiers une hyperexcitabilité myocardique fréquente dans les cardiopathies dilatées.

Quant aux troubles conductifs du premier degré, ils ne dérogeaient pas à la règle. Ils sont en effet fréquents chez le sujet âgé même sur cœur sain et traduisent un allongement physiologique de la conduction auriculo-ventriculaire. L'existence d'un BAV de 1^{er} degré est alors difficile à relier à une pathologie quelconque. Quant aux blocs intraventriculaires et les blocs de haut degré, leur existence traduit bien l'existence d'une pathologie sous-jacente et constitue des facteurs de risque d'événements cardiovasculaires. Ils exigent alors une attention accrue.

CONCLUSION

Les pathologies cardiaques du sujet âgé constituent une réalité à l'institut de cardiologie où elles ont représenté sur une année 6 % des admissions. Ces pathologies sont dominées par les myocardiopathies et les valvulopathies dégénératives et leur présentation se

fait volontiers sous la forme d'une insuffisance ventriculaire gauche. Dans un pays où l'accroissement de la population âgée de plus de 65 ans est estimé à 2,5 % par an, il est urgent que nos politiques de santé se penchent sur cette catégorie de patients fragiles dont la prise en charge nécessite des compétences et des structures particulières.

RÉFÉRENCES

- Aronow W S. (2006) Epidemiology, Pathophysiology, Prognosis and Treatment of systolic and diastolic heart failure. *Cardiology in Review*; 108-24
- Clark RA, Mc Lenman S, Dawson A et al. (2004) Uncovering a hidden epidemic: a study of the current burden of heart failure in Australia. *Heart Lung Circ*; 13:266-73
- Devereux RB, Reichek N. (1977) Echocardiographic determination of the left ventricular mass. Anatomic variation of the method. *Circulation*; 55:613-8
- Damasceno A, Cotter G, Dzudie A, Sliwa K, Mayosi BM. (2007) Heart failure in Sub-Saharan Africa: Time for action. *JACC*; 50:1688-93
- ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur H J* 2005; 26:115-40
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M et al. (2006) In Global burden of disease and risk factors(eds) . New York. : Oxford University Press for the World Bank
- Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M et al. (2009) Heart disease and stroke statistics 2009 Update. A report from the American Heart Association Statistics Committee Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*; 119:e21-e181
- Mitchell W R, Valerie B, Carol W and al. (1995) A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *NEJM*; 2:1190-5
- Mendez GF, Cowie MR. (2001) The epidemiological features of heart failure in developing countries: a review of the literature. *Int J Cardiol*; 80:213-9
- Mitchell EJ, Ferdinand KC, Watson KE et al. (2011) Treatment of heart failure in African -Americans. A call for action. *J Natl Med Assoc.*; 103:86-98
- Nadjaf F, Dobson AJ, Jamrozik K. (2007) Recent changes in heart failure hospitalizations in Australia. *Eur J Heart Fail*; 9:2258-33
- Omran AR. (1971) The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial fund quarterly*; 49:509-38
- Riegel B, Driscoll A, Suwanno J et al. (2009) Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of Cardiac Failure*; 6: 508-16
- Schwartz B J. (1999) Cardiovascular function and disease in the Elderly. disponible sur *galter .northwestern.edu*. Visité le 29 /12/ 2011
- Smith S, Mensah A G. (2003) Population Aging and Implications for epidemic Cardiovascular Disease in Sub-Saharan Africa. *Ethnicity and Disease*; 13:77-80
- Sliwa K, Damasceno A, Mayosi B. (2005) Epidemiology and Etiology of cardiomyopathy in Africa. *Circulation*; 112:377-83
- Stewart S, Wilkinson D, Hansen C et al. (2008) A predominance of heart failure in the heart of Soweto Cohort: Emerging challenges for urban communities. *Circulation*; 118:2360-7
- US Census bureau disponible sur <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/pays/CIV/fr.html>. Visité le 4 / 01/ 2012.