

PATHOLOGIES CARDIAQUES DU SUJET AGE OBSERVEES A L' INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN (ICA)

CARDIAC DISEASE IN THE ELDERLY OBSERVED IN INSTITUTE OF CARDIOLOGY OF ABIDJAN

COULIBALY IKLO

Service de Médecine de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan

Correspondance: COULIBALY Iklo, Service de Médecine de l'ICA, BP V 206 Abidjan

E.mail : iklo_coulibaly@hotmail.com/ Tél: (+225) 07 25 39 56

Rubrique proposée : Article original

RÉSUMÉ

Objectif : Etudier la prévalence et la nature des 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 admis au service de médecine de l'Institut de cardiologie d'Abidjan. Les aspects sociodémographiques, les antécédents pathologiques, les motifs d'admission, les signes d'examen et les résultats des explorations paracliniques ont été analysés.

Résultats : 1619 patients ont été hospitalisés pendant la période d'étude révélant une prévalence de 6,1%. 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 (21%) 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 (4%) de blocs auriculo-ventriculaires complets. Conclusion : Les pathologies cardiaques du sujet âgé sont une réalité dans notre environnement de travail et une attention accrue mérite de leur être portée afin d'en assurer un diagnostic et une prise en charge adéquats.

Mots-clés : Sujet âgé, myocardiopathies dilatées, valvulopathies dégénératives, Afrique subsaharienne

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to assess the prevalence and the nature of heart disease in the elderly in our setting.

Patients and Methods: We though carried out a retrospective study over a one year period of 100 charts of patients over 65 years admitted in the medicine department of Institute of Cardiology of Abidjan. Every chart was analyzed regarding the history of cardiovascular disease, the symptoms, the physical signs, and the results of paraclinic explorations such as chest radiograph, electrocardiogram, and echocardiography.

Results: All patients included in this study displayed heart failure mainly left heart failure in 48%. Dilated Cardiomyopathies (29%) and degenerative valve disease (mitral and aortic regurgitation each rated at 21 %) were the principal pathologies encountered in this set of patients. Atrial fibrillation (19%) and premature ventricular contraction were the main dysrhythmias in this study. Serious conduction disturbances represented by complete heart block were seldom and seen in only 4%.

Conclusion: Heart disease in the elderly is a reality in our environment. Patients are mostly admitted displaying heart failure. Principal etiologies consisted in Dilated Cardiomyopathies and degenerative valve disease. More attention has to be focused on this subgroup of patients whose number is due to increase in the coming years and whose diagnosis and treatment need some particular utilities.

Key-words: Elderly African, Dilated Cardiomyopathies, Degenerative valve disease, Subsaharan Africa

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population mondiale est indéniable s'accompagne d'une modification du paysage pathologique avec une réduction des maladies infectieuses et de la malnutrition et une émergence des pathologies non transmissibles telles que les pathologies cardiovasculaires^{1,2}. L'Afrique apparaît comme le continent où ce phénomène est le plus rapide³. En Côte d'Ivoire la population âgée de plus de 65 ans a connu une croissance de 16%⁴ 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 tribut¹. 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, ailleurs constituent la première cause de mortalité dans cette frange de la population⁵.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective sur l'année 2009 portant sur 100 dossiers de patients âgés d'au moins 65 ans hospitalisés dans le service de médecine de l'ICA pour pathologie cardiovasculaire. 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 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 identifiable⁶. La cardiopathie hypertensive était définie chez un patient hypertendu par la présence de signes échocardiographiques d'hypertrophie ventriculaire gauche⁷ 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 observée au cours des cardiomyopathies dilatées.

Nous avons exclu tous les dossiers incomplets.

Les dossiers retenus ont été analysés aux plans :

- sociodémographique,
- clinique avec les motifs d'admission, les antécédents cardiovasculaires et les signes d'examen.
- paraclinique avec l'examen de la radiographie thoracique, l'électrocardiogramme, l'échodoppler cardiaque

Analyse statistique :

Elle a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info version 6.04. L'Analyse des variables qualitatives a été faite avec le test de Chi 2 de Pearson avec correction de Yates éventuelle. En cas d'effectifs calculés inférieurs à 5, le test de Chi 2 était remplacé par le test exact de Fisher qui permettait de calculer la probabilité p.

Nous avons retenu une valeur de $p < 0,05$ comme étant significative (seuil de probabilité retenu).

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.

RÉSULTATS

Les résultats ont été répertoriés dans les tableaux ci-après

Tableau I: Caractéristiques cliniques des patients

FDR	N	(%)
HTA	51	51
Tabagisme	35	35
Diabète	18	18
Obésité	11	11
Motifs d'admission		
Dyspnée (II, III, IV)	60	60
TDR	8	8
ANGOR	8	8
OMI	6	6
Lipothymie/ Syncope	7	7
Examen clinique		
IVG	48	48
IVD	30	30
IC globale	22	22

FDR= Facteurs de risque ; HTA= Hypertension Artérielle ; TDR= Trouble du Rythme ; OMI= Œdème des Membres Inférieurs ; IVG= Insuffisance Ventriculaire Gauche ; IVD= Insuffisance Ventriculaire Droite ; IC Globale= Insuffisance Cardiaque Globale

Tableau II : Données Paracliniques

Explorations	N	(%)
<i>Rx Thoracique</i>	100	100
RCT		
≤ 0,5	34	34
>0,5	66	66
ECG		
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
Atteintes myocardiques		
CMD	29	29
CDH	9	9
CMI	5	5
Valv.(Dégén./ Rhum.)		
IM	7/4	7/4
IAo	5/3	5/3
RAo	2	2

CMD= Cardiomyopathie Dilatée ; CDH= Cardiopathie Hypertensive ; CMI= Cardiomyopathie Ischémique ; Valv.=Valvulopathies ; Dégén.= Dégénérative ; Rhum.=Rhumatismale. ; IM= Insuffisance Mitrale ; IAo= Insuffisance Aortique ; RAo= Rétrécissement Aortique.

Pendant la période d'étude 1619 patients ont été hospitalisés dans le service soit une prévalence de 6,1%. Il s'agissait de 57 hommes (57%) et 47 femmes (47%) soit un sex ratio de 1,3. L'âge moyen était de 72 ans ± 5,9 avec des extrêmes de 65 et 89 ans. Celui des hommes de 73 ans ± 5,4 ans tandis que celui des femmes était de 72 ans ± 6,4 sans différence significative. Les facteurs de risque cardiovasculaires les plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (51%) et le tabagisme (35%) (Tableau I). Au plan clinique, 60 patients présentaient à l'admission une dyspnée d'effort dont 49 patients (49%) en stade III-IV de la NYHA. Tous les patients étaient en insuffisance cardiaque dont 48 (48%) en insuffisance ventriculaire gauche (IVG). Au plan paraclinique, 66 patients (66%) avaient une cardiomégalie (RCT>0,5). À l'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 (54%) avaient un ventricule gauche dilaté (DVG >56 mm), la fraction d'éjection était conservée (FEVG>0,60) dans 35 (35%) cas et effondrée (FEVG<30%) dans 20 % des cas. La myocardiopathie dilatée (29%) et les valvulopathies mitrales et aortiques (21%) étaient les plus fréquentes.

DISCUSSION

Tous les patients inclus étaient en insuffisance cardiaque dont la majorité en insuffisance ventriculaire gauche. Cette observation venait corroborer celle selon lesquelles l'insuffisance cardiaque constituait la première cause d'hospitalisation des sujets de plus de 65 ans [8,9]; la différence se situant au niveau des étiologies. Les principales causes d'insuffisance cardiaque du sujet âgé en occident étaient représentées par les coronaropathies^{10,11,12}. En Afrique, elles étaient dominées par les myocardiopathies dilatées, la cardiopathie hypertensive et les valvulopathies^{6,13,14}. Les cardiopathies ischémiques étaient rares dans notre série. Même si des difficultés diagnostiques pouvaient expliquer une éventuelle sous-estimation des cardiopathies ischémiques, elles étaient reconnues pour être rares chez le sujet noir en comparaison au caucasien^{13,15}. 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 était très fréquente chez le sujet âgé¹⁵. Des études ultérieures avec l'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 avait par ailleurs révélé la place importante des valvulopathies dégénératives dans la pathologie cardiaque du sujet âgé¹². À la différence des séries occidentales les régurgitations mitrale et aortique semblaient prédominer dans notre travail sur la sténose aortique qui constituait la première valvulopathie du sujet âgé en occident¹². 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 était l'apanage du sujet âgé même en absence de cardiopathie sous-jacente¹⁵ et les extrasystoles traduisaient volontiers une hyperexcitabilité myocardique fréquente dans les cardiopathies dilatées. Quant aux troubles conductifs du premier degré, ils ne dérogeaient pas à la règle. Ils étaient fréquents chez le sujet âgé même sur cœur sain et traduisaient un allongement physiologique de la conduction auriculo-ventriculaire. L'existence d'un BAV de 1^{er} degré était alors difficile à relier à une pathologie quelconque. Quant aux blocs intraventriculaires et les blocs de haut degré, leur existence traduisait bien l'existence d'une pathologie sous-jacente et constituait des facteurs de risque d'événements cardiovasculaires. Ils exigeaient 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 myocardopathies 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 1,6% 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

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