



Article original

Particularités de la fibrillation atriale en gériatrie au Sénégal

Particularities of atrial fibrillation in geriatrics in Senegal

BA Massamba*^{1,2}, M-J Ntsama Essomba^{3,4}, A Sall¹, CI Ngom¹, R Djajhete¹, D Ba¹,
NN Diop¹, AA Sarr¹, A Faye^{1,2}, M Coume^{1,2}

Résumé

Introduction : La fibrillation atriale (FA) constitue le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent chez la personne âgée. Elle se caractérise par sa gravité liée à ses complications notamment thrombo-emboliques pouvant engager le pronostic vital. L'objectif de notre étude était de décrire les particularités de la fibrillation atriale chez les patients âgés hospitalisés en milieu gériatrique.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 3 ans (2020-2023) menée sur une population de personnes âgées de 65 ans et plus hospitalisées au service de gériatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de FANN. Etaient inclus tous les dossiers de patients présentant une fibrillation atriale.

Résultats : Sur 738 patients hospitalisés, 51 présentaient une fibrillation atriale, soit une prévalence hospitalière de 6,9%. L'âge moyen des patients était de 79 ans \pm 3 (extrêmes 65 et 100 ans). Une prédominance féminine (69%) était retrouvée (sex-ratio 0,4). Les principales comorbidités étaient l'hypertension artérielle 69%, les cardiopathies 41

% et le diabète 33%. Les syndromes gériatriques les plus fréquemment retrouvés étaient la fragilité 33% des patients, la perte d'autonomie fonctionnelle 23% et la dénutrition 23 %.

Chez 37% des patients la FA était connue de longue date et chez 31% elle était paroxystique. A l'électrocardiogramme, la FA était rapide chez 57% des patients et à petite maille chez 77%. L'étiologie était principalement cardiaque (92%), dominée par les cardiomyopathies hypertensive (51%) et mixte (20%).

Sur le plan thérapeutique l'évaluation des risques thrombo-emboliques retrouvait un risque thrombogène élevé chez 96% des patients alors que seuls 72% étaient sous traitement anticoagulant dont 62% sous anticoagulant direct. Vingt-deux pour cent (22%) des patients était sous aspirine et 6% n'avaient aucun traitement. Le risque hémorragique était très élevé chez 78% des patients. Concernant le contrôle du rythme cardiaque, 62% étaient sous bêtabloquant, 20% sous digoxine et 12% sous antiarythmique de classe III. L'accident vasculaire cérébral ischémique était la complication la plus fréquente (53%) des

patients. Une létalité de 5,9 % était retrouvée.

Conclusion : La fibrillation atriale reste une pathologie sous diagnostiquée et grave chez la personne âgée. Les directives devraient être plus axées sur le respect des recommandations thérapeutiques chez les praticiens.

Mots-clés : Fibrillation atriale, Personnes âgées, Dakar-Sénégal.

Abstract

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is the most common heart rhythm disorder in older people. It is characterised by its severity, linked to complications, particularly thromboembolic complications, which can be life-threatening. The aim of our study was to describe the specific characteristics of atrial fibrillation in older patients hospitalised in geriatric wards.

Methodology: This was a retrospective, descriptive study covering a period of three years (2020-2023) conducted on a population of people aged 65 and over hospitalised in the geriatric department of the FANN National University Hospital Centre. All patient records presenting atrial fibrillation were included.

Results: Of 738 hospitalised patients, 51 had atrial fibrillation, representing a hospital prevalence of 6.9%. The mean age of patients was 79 ± 3 years (range 65 to 100 years). There was a predominance of women (69%) (sex ratio 0.4).

The main comorbidities were high blood pressure (69%), heart disease (41%) and diabetes (33%). The most common geriatric syndromes were frailty (33% of patients), loss of functional autonomy (23%) and malnutrition (23%).

In 37% of patients, AF was long-standing and in 31% it was paroxysmal. On electrocardiogram, AF was rapid in 57% of patients and small-mesh in 77%. The main etiology was cardiac (92%), dominated by hypertensive cardiomyopathy (51%) and mixed cardiomyopathy (20%).

In terms of treatment, the assessment of thromboembolic risks revealed a high thrombogenic risk in 96% of patients, while only 72% were receiving anticoagulant therapy, 62% of whom were receiving direct anticoagulants. Twenty-two percent (22%) of

patients were on aspirin and 6% were not receiving any treatment. The risk of haemorrhage was very high in 78% of patients. With regard to heart rate control, 62% were on beta-blockers, 20% on digoxin and 12% on class III antiarrhythmics. Ischemic stroke was the most common complication (53%) among patients. The mortality rate was 5.9%.

Conclusion: Atrial fibrillation remains an underdiagnosed and serious condition in the elderly. Guidelines should focus more on compliance with treatment recommendations among practitioners.

Keywords : Atrial fibrillation; Elderly people; Dakar, Senegal.

Introduction

Le vieillissement de la population mondiale est une réalité. Selon les données des Nations Unies, une personne sur onze avait 65 ans ou plus en 2019 (9 %), ce ratio devrait atteindre une sur six en 2050 (16 %) et près d'une personne sur quatre en 2100 (23 %) [1]. Cette dynamique est également observée au Sénégal avec une croissance de la population âgée plus rapide que celle de la population générale [2].

Cette transition démographique rapide en Afrique s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques non transmissibles, dont la fibrillation atriale (FA). La FA est une arythmie supra-ventriculaire caractérisée par une activité électrique atriale anarchique et chaotique à l'origine d'une altération de la fonction mécanique des oreillettes [3]. Elle constitue le trouble du rythme le plus fréquent chez la personne âgée. Son incidence augmente avec l'avancée en âge et l'accumulation des comorbidités, notamment l'hypertension artérielle, le diabète et les cardiopathies. À cela s'ajoutent l'impact des syndromes gériatriques, tels que la fragilité, la dénutrition, la polymédication et la dépendance fonctionnelle, qui conditionnent le pronostic sur ce terrain [4].

La FA se caractérise également par sa gravité, liée à ses complications, en particulier thromboemboliques,

pouvant engager le pronostic vital. Elle représente une cause majeure d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique, avec un impact important sur la qualité de vie et le devenir fonctionnel [5].

Plusieurs études sur la FA [6 ; 7] ont été réalisées en milieu cardiologique, mais elles ne prennent pas suffisamment en compte les dimensions gériatriques qui conditionnent la présentation clinique, les décisions thérapeutiques et le pronostic. Dans ce contexte, nous avons mené ce travail dans le premier service de gériatrie hospitalo-universitaire du Sénégal, afin de mieux cerner ses spécificités. L'objectif était de déterminer les particularités épidémiologiques notamment la prévalence, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de la fibrillation atriale sur une population de patients âgés hospitalisés au service de gériatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de FANN.

Méthodologie

• Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gériatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU de Fann). Ce dernier est un hôpital de référence de niveau III au sommet de la pyramide sanitaire du Sénégal. Il a une vocation de soins médicaux, de recherche et de formation médicale. Plusieurs spécialités y sont représentées. Il dispose aussi d'un centre de diagnostic et d'imagerie médicale et d'une pharmacie centrale.

Le service a été créé en 2015 mais il n'a disposé de ses propres locaux qu'en 2019. Il offre à ce jour une capacité d'accueil de 15 lits en hospitalisation de court séjour gériatrique. En plus des hospitalisations, d'autres activités sont menées. Il s'agit de consultations, d'avis gériatriques dans les différents services de l'hôpital, de visites à domicile pour le suivi des patients en perte d'autonomie et d'activités pédagogiques d'encadrement des étudiants.

Un nouveau bâtiment d'une capacité de 60 lits entièrement rénové respectant les normes internationales de prise en charge hospitalière des

personnes âgées est en cours de finition. Ce bâtiment abritera le nouveau service de gériatrie avec des unités d'hospitalisation de court séjour, d'hospitalisation de jour, de réanimation, de soins médicaux et de réadaptation, d'hospitalisation en médecine interne, de consultation externe et un bloc administratif.

Le service est sous la direction d'un Professeur titulaire en gériatrie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD). C'est le premier Maître de Conférences agrégé du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) dans la discipline en Afrique. Il dirige une équipe composée d'un Professeur agrégé en médecine interne spécialiste en gériatrie, d'un Maître-assistant en gériatrie, de trois médecins gériatres anciens internes des hôpitaux, de trois médecins gériatres, de médecins en spécialisation, d'un personnel paramédical (infirmiers, assistant social et aide-soignant) et de personnel administratif.

• Patients et Méthode

Nous avons effectué une étude transversale, à visée descriptive et à recueil rétrospectif sur une période de trois (3) ans allant du 21 mai 2020 au 20 avril 2023 sur des dossiers de patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés au service de gériatrie du CHNU de FANN.

Etaient inclus tous les dossiers des patients âgés de 65 ans et plus, admis dans le service durant la période d'étude et qui présentaient une FA connue ou découverte en cours d'hospitalisation confirmée par un ECG avec 12 dérivations. Les dossiers incomplets ou inexploitable n'ont pas été inclus.

• Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête. Les variables suivantes ont été étudiées : les données épidémiologiques dont la prévalence hospitalière; les antécédents, comorbidités et traitements habituels ; les données cliniques et de l'évaluation gériatrique standardisée ; les particularités diagnostiques de la FA ; les données thérapeutiques et évolutives.

• Définition de variables

- Le poids des comorbidités a été évalué par le Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics

(CIRS-G) [8] qui est un outil d'évaluation globale de la morbidité chez les personnes âgées. Il permet d'estimer la charge globale des comorbidités en tenant compte de leur nombre et de leur sévérité, réparties par systèmes organiques.

Les syndromes gériatriques ont été objectivés par une évaluation gériatrique multidimensionnelle utilisant des échelles validées chez les personnes âgées. Les domaines évalués étaient :

- l'autonomie : échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz [9].
- la fragilité : critères de Rockwood [10].
- la dénutrition : Mini Nutritional Assessment (MNA) [11].
- le syndrome confusionnel : Confusion Assessment Method (CAM). [12].
- le risque de chute : test de l'appui unipodal chez les patients capables de se tenir debout sans aide, dans des conditions de sécurité [13].
- le syndrome d'immobilisation : recherche de complications associées (hypotension orthostatique, maladie thrombo-embolique, escarres, infections, constipation, anorexie, amaigrissement, douleur, etc.).

Le type de FA a été défini selon la classification de l'European Society of Cardiology (ESC) [14] :

- FA de premier diagnostic : FA non diagnostiquée auparavant, quelle que soit sa durée ou la présence/la gravité des symptômes liés à la FA.
- FA paroxystique : FA qui se termine spontanément ou avec intervention dans les 7 jours suivant son apparition.
- FA persistante : FA persistante au-delà de 7 jours, y compris les épisodes terminés par cardioversion (médicamenteuse ou électrique) après plus de 7 jours.
- FA de longue date persistante (chronique) : FA continue d'une durée > 12 mois lorsqu'il a été décidé d'adopter une stratégie de contrôle du rythme.
- FA permanente : FA acceptée par le patient et le médecin, et aucune autre tentative de rétablissement/maintien du rythme sinusal ne

sera entreprise

Le risque thrombotique a été évalué par le score CHA₂DS₂-VASc [15] et le risque hémorragique par le score HAS-BLED [16], permettant d'identifier les patients à risque de saignement et de corriger les facteurs modifiables..

• **Saisie et analyse des données**

Les données collectées ont été saisies et analysées grâce au logiciel Epi info version 7.2.6.0 pour Windows. Dans l'étude descriptive les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec l'écart type. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage.

• **Considérations éthiques**

Cette étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique. Nous avons eu le consentement du chef de service pour le recueil des données. La confidentialité des données et l'anonymat ont été respectés.

Résultats

• **Caractéristiques épidémiologiques**

Durant la période d'étude sur 738 patients hospitalisés, 51 présentaient une fibrillation atriale soit une prévalence hospitalière de 6,91%.

L'âge moyen des patients était de 79 ans ± 3 avec des extrêmes de 65 ans à 100 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle comprise entre 70 et 75 ans (24%) (figure 1). Une prédominance féminine était notée (69%) avec un sexe-ratio de 0,4. Près des trois quarts (74%) des patients admis provenaient du service d'accueil des urgences, 18% de la consultation externe et 8% directement du domicile suite à une visite de l'équipe mobile du service.

• **Antécédents, comorbidités et traitements habituels**

L'accident vasculaire cérébral ischémique était le principal antécédent, retrouvé chez le tiers (33,3%) des patients. Les chutes à répétition (11,76%) et la maladie veineuse thrombo-embolique (6%) étaient aussi retrouvées.

Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle 69%, les cardiopathies 41% et le diabète 33% (Tableau I). L'évaluation du poids

global des comorbidités selon le CIRS-G montrait que plus de la moitié des patients (58%) n'avaient aucun problème. Seuls 9% des patients avaient un problème sévère et 3% un problème très sévère. (Figure 1). L'analyse plus fine montrait que l'appareil cardiovasculaire était plus touché avec une atteinte cardiaque sévère à grave dans 51% des cas et une hypertension artérielle sévère à grave dans 20% des cas. Suivaient les appareils neurologique, rénal et endocrino-métabolique avec des atteintes sévères à très sévères respectives de 35,3%, 21,4% et 11,8% (Figure 2).

Les classes médicamenteuses les plus utilisées étaient les antihypertenseurs, représentant 41,4% des traitements, suivis des anticoagulants 15,9% et des antiagrégants plaquettaires 11,7%. Les bêtabloquants, les diurétiques et l'acide acétyl salicylique, étaient les médicaments les plus utilisés dans la même proportion (29,4%) (Tableau I).

• *Manifestations cliniques*

Les motifs d'hospitalisation avec symptomatologie cardiaque étaient la dyspnée (14%) et les précordialgies (8%). Les autres motifs d'hospitalisation étaient les déficits neurologiques aigus (35%), le refus de s'alimenter (29%), la perte d'autonomie aiguë (24%) et le syndrome confusionnel (10%).

Les signes généraux 40% et physiques 37% étaient prédominants. Les signes fonctionnels (23%) les plus fréquents étaient les palpitations 33,3%, la dyspnée 23,5% et l'angoisse 23,5%. Les principaux signes généraux étaient : l'altération de l'état général 64,7%, la déshydratation 35,3% et la tachycardie 35,3%. Le déficit neurologique aigu 47%, l'arythmie cardiaque 47% et le syndrome de condensation pulmonaire 35% étaient les signes physiques les plus retrouvés (Tableau II).

La fragilité était le syndrome gériatrique le plus fréquent avec 33%. Les autres syndromes gériatriques étaient par ordre de fréquence la dénutrition 23% des cas, la perte d'autonomie fonctionnelle 23%, le syndrome d'immobilisation 15% et le risque de chute 3%.

• *Caractéristiques diagnostiques*

La FA était diagnostiquée de novo (lors de l'hospitalisation) chez 12% des patients. Chez 37% la FA était connue de longue date (> 12 mois), chez 31% elle était paroxystique et chez 16% permanente (Tableau III).

A l'électrocardiogramme la FA était rapide chez 53% des patients et très rapide chez 4%. Les fibrillations atriales à petites mailles représentaient 76% des cas et les troubles conductifs associés étaient dominés par les extrasystoles ventriculaires dans 8% des cas (Tableau III).

La quasi-totalité des étiologies était d'origine cardiaque 92%, dominées par les cardiomyopathies hypertensives 51% et mixtes (ischémique et hypertensive) dans 20% des cas (Tableau III).

l'échographie cardiaque rapportait une altération de la fonction systolique du ventricule gauche chez 16% des patients.

• *Caractéristiques thérapeutiques et évolutives*

La quasi-totalité des patients (96%) avaient un risque thrombogène élevé (score CHA₂DS₂-VASc \geq 2). Le risque hémorragique était très élevé (score HAS-BLED \geq 3) chez 78% des patients. (Tableau VI)

Seuls 72% des patients étaient sous traitement anticoagulant dont 33% sous anticoagulant oral direct, 29% sous héparine de bas poids moléculaire et 10% sous antivitamine K. L'aspirine seule était utilisée chez 22% des patients. Six pour cent (6%) n'avaient aucun traitement antithrombotique. (Tableau VI)

Les bêtabloquants étaient le traitement le plus utilisé pour le contrôle de la fréquence cardiaque, 62% des patients. Vingt pour cent (20%) des patients étaient sous digoxine et 12% sous antiarythmiques de classe III (amiodarone ou sotalol). (Tableau VI)

Les complications étaient principalement les AVC ischémiques diagnostiqués chez 53% des patients et les états de choc et collapsus cardiovasculaire retrouvés chez 16%. (Tableau VI)

Le taux de décès était de 5,9%.

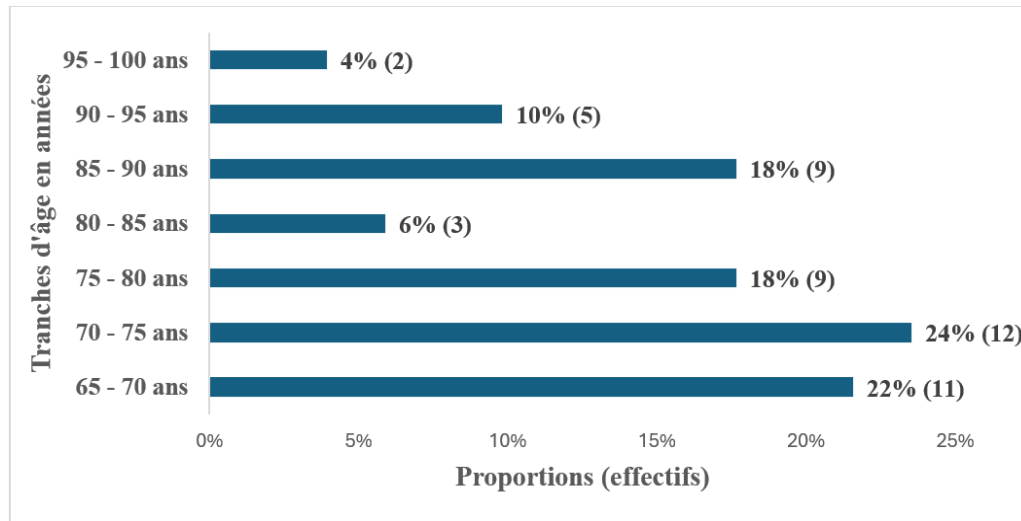


Figure 1 : Répartition de la population selon la tranche d'âge

Tableau I : Répartition des patients selon les comorbidités et les traitements habituels

Variables	Effectifs (n=51)	Pour cent (%)		
Comorbidités	Hypertension artérielle	35	68,6	
	Cardiopathies	21	41,2	
	Diabète type 2	17	33,3	
	Troubles neurosensorielles	12	23,5	
	Pathologies ostéo-articulaires	8	15,7	
	Pathologies digestives	8	15,7	
	Maladie rénale chronique	7	13,7	
	Troubles neurocognitifs majeurs	6	11,7	
	Dyslipidémie	5	9,8	
	Pathologies respiratoires	4	7,8	
	Artériopathie membre inférieur	3	5,9	
	Hyperthyroïdie	2	3,9	
	Myélome multiple	2	3,92	
	Pathologies prostatiques	2	3,92	
Traitements habituels *	Béta bloquants	15	29,4	
	Antihypertenseurs (41,4%)	Diurétiques	15	29,4
		Inhibiteurs SRAA	13	25,5
		Inhibiteurs calciques	10	19,6
		Autres anti HTA	7	13,7
	Anticoagulants (15,9%)	Anticoagulants directs	11	21,5
		Antivitamine K	7	13,7
	Anti-agrégants plaquet- taires (11,7%)	Enoxaparine	5	9,8
		Aspirine	15	29,4
		Clopidogrel	2	3,9
	Hypolipémians (9%)	Statines	13	25,4
		Metformine	9	17,6
	Anti-diabétiques (7,6%)	Glimépiride	2	3,9
Autres traitements		14	27,5	

* NB : Chaque patients disposaient d'au moins deux médicaments.

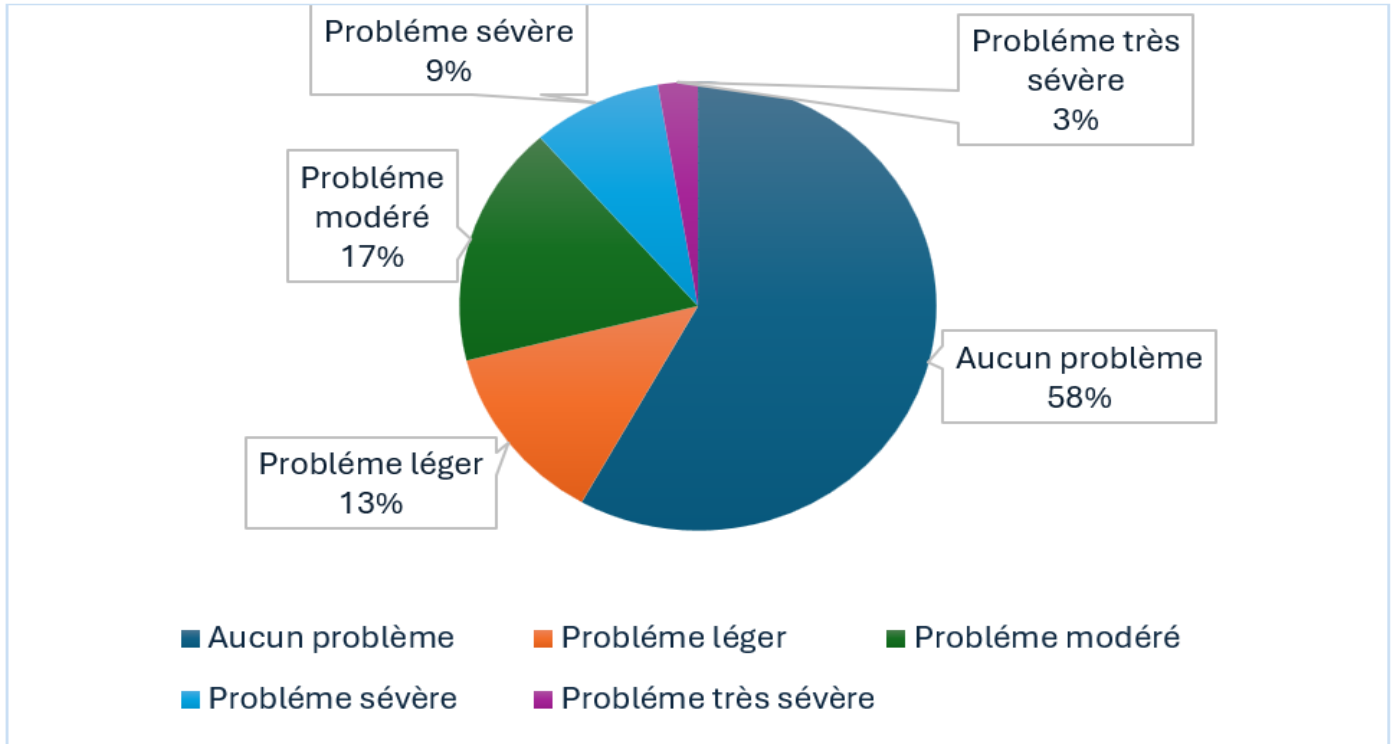


Figure 2 : Poids global des comorbidités selon score CIRSG

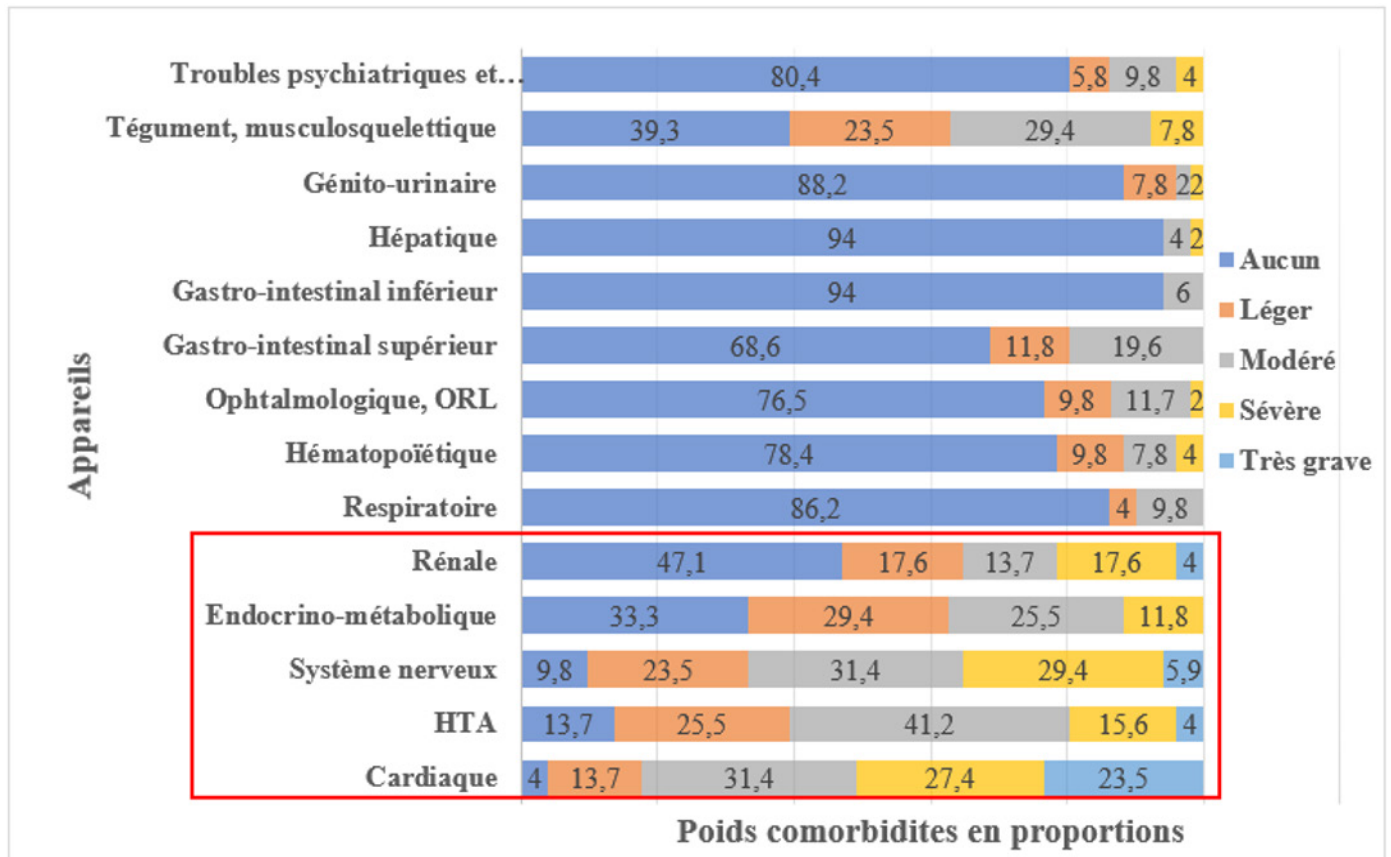


Figure 3 : Poids des comorbidités par appareil selon le score du CIRSG

Tableau II : Répartition des patients selon les manifestations cliniques

Manifestations cliniques	Effectifs N=51	Pourcentage (%)	
Signes fonctionnels N=65 ; (23%)	Palpitations	17	33,3
	Angoisse	12	23,5
	Dyspnée	12	23,5
	Vertiges	10	19,6
	Précordialgies	6	11,8
	Céphalées	5	9,8
	Syncopes	3	5,9
Signes généraux N=112 ; (40%)	Altération état général	33	64,7
	Déshydratation	18	35,3
	Tachycardie	18	35,3
	Hypotension	14	27,5
	Poussée hypertension artérielle	12	23,5
	Hyperglycémie	10	19,6
	Hypothermie	5	9,8
Bradycardie	2	3,9	
Signes physiques N=102 ; (37%)	Déficit neurologique aigu	24	47,1
	Arythmie cardiaque	24	47,1
	Sd de condensation pulmonaire	18	35,3
	Sd anémique	10	19,6
	Paresthésie	10	19,6
	Sd confusionnel	7	13,7
	Fécalome	5	9,8
Détresse respiratoire	4	7,8	

Tableau III : Répartition selon caractéristiques diagnostiques de la FA

Caractéristiques diagnostiques de la FA		Effectif (N=51) ; Pourcentage (%)	
Type selon caractère évolutif	Premier diagnostic	6 (11,7)	
	Paroxystique	16 (31,4)	
	Persistante	2 (3,9)	
	Longue date	19 (37,3)	
	Permanente	8 (15,7)	
Fréquence cardiaque	FA non rapide	22 (43,1)	
	FA rapide	27 (52,9)	
	FA très rapide	2 (3,9)	
Cartères à l'électro-cardiogramme	Taille des mailles	Petite maille 39(76,5)	
		Grande maille 9(17,6)	
Troubles conductifs associés	Extrasystole ventriculaire	4(7,8)	
	Bloc de branche complet	3(5,9)	
	QT long	2(3,9)	
	Hemibloc antérieur	2(3,9)	
Etiologies	Cardiaques (N=47 ;P 92%)	Cadiopathie hypertensive	26 (50,9)
		Cadiopathie mixte *	10(19,6)
		Cardiopathie ischémique	8(15,7)
		Cadiopathie restrictive	2(3,9)
		Rétrécissement mitral	1(1,9)
	Extra cardiaques (N=4 ; P 8%)	Hyperthyroïdie	2(3,9)
	Embolie pulmonaire	2(3,9)	

Mixte* : désigne ischémique et hypertensive

Discussion

• *Epidémiologie*

Dans notre série, la prévalence de la fibrillation atriale chez les sujets âgés était de 6,9 %. Cette prévalence est comparable à celle rapportée par Diop et al. en 2017 dans une étude multicentrique dans trois services de cardiologie au Sénégal, qui retrouvaient une fréquence de 5,9% chez des patients hospitalisés [7]. Au Burkina Faso Mandi et al [17] rapportaient aussi une prévalence de 5,9% chez des patients. Dans

les pays développés cette prévalence est beaucoup plus importante atteignant 15% après 85 ans [14 ; 18]. Ceci est lié à un vieillissement de la population plus important, ainsi qu'à une meilleure performance des outils diagnostiques, tels que l'Holter ECG de longue durée ou les enregistreurs implantables [19]. L'âge moyen de nos patients était de 79 ans ± 3. Plusieurs études ont montré que la prévalence de la FA augmente de manière exponentielle avec l'âge, notamment après 75 ans [18]. Ce constat est appuyé par les données de la cohorte Vital-Af, qui a montré

une augmentation significative de la détection de la FA chez les personnes âgées de 65 ans et plus [46]. Dans les études de Diop au Sénégal [7] et de Mandi au Burkina [17] réalisées dans des services de cardiologie incluant les adultes l'âge moyen des patients était plus bas respectivement de 63 ans et 66 ans. Avec le vieillissement, le tissu myocardique subit une perte de myocytes remplacée par une fibrose tissulaire altérant les propriétés électrophysiologiques du tissu nodal avec désorganisation de l'activité électrique favorisant la survenue de la FA [20 ; 21].

Une prédominance féminine (69%) était retrouvée (ratio de 0,4). Ce résultat est aussi en phase avec plusieurs études de Diop [7] et Mandi [17]. L'espérance de vie plus élevée des femmes au Sénégal [2] et la grande fréquence de certains facteurs de risque comme l'hypertension et l'hyperthyroïdie pourraient expliquer ce constat [6].

• *Antécédents, comorbidités et traitements habituels*

L'hypertension artérielle (69 %) représentait la comorbidité la plus fréquente, suivie des cardiopathies (41 %) et du diabète (33 %). Nos patients étaient à risque cardiovasculaire, le tiers (33,3%) avait un antécédent d'accident vasculaire cérébral, témoignant d'un risque thrombo-embolique élevé. Ces données reflètent le profil typique du sujet âgé présentant une fibrillation atriale (FA) ; elles sont en concordance avec celles retrouvées dans d'autres études menées au Sénégal par Diop et al [7], en Afrique du sud par Sliwa K et al [22], au Nigéria par Jacobs et al [23].

L'évaluation du poids des comorbidités montrait que plus de la moitié (58 %) des patients n'avaient aucun problème. Cependant le système cardiovasculaire était touché de façon importante avec une atteinte cardiaque sévère à grave dans 51% des cas et une hypertension artérielle sévère à grave dans 20% des cas. Ceci traduit un risque cardiovasculaire important chez nos patients. D'autres appareils étaient aussi sévèrement touchés, notamment le système neurologique (35% des cas) et le système rénal (21% des cas). Ce profil comorbide est associé à un risque important de complications et de mortalité [6].

Les classes médicamenteuses les plus utilisées chez nos patients étaient les antihypertenseurs représentant 41% des traitements, ce qui est en adéquation avec le fait que l'hypertension artérielle touchait 69% des patients. Les anticoagulants n'étaient utilisés que chez 16% des patients. La FA est une pathologie hautement thrombogène, c'est la première cause d'AVC ischémique chez la personne âgée [14]. Sa prise en charge médicamenteuse impose un contrôle de la fréquence cardiaque mais aussi du risque thrombogène. Lorsque ce risque est élevé (score CHA₂DS₂-VASc \geq 2) un traitement anticoagulant efficace est indiqué. Même en présence d'un risque hémorragique élevé le traitement doit être envisagé en l'absence de risque immédiat sur le pronostic vital. La crainte d'un saignement ne doit pas primer sur le risque thromboembolique bien plus redoutable [14 ; 24].

• *Manifestations cliniques*

Sur le plan clinique, les manifestations étaient non spécifiques dominées par les signes généraux 40% et physiques 37%. Chez la personne âgée, la symptomatologie générale est souvent au premier plan et les signes fonctionnels sont peu évocateurs. L'examen clinique doit être rigoureux et méthodique, il sera complété par l'évaluation gériatrique multidimensionnelle. Chez les patients âgés, à fortiori ceux à haut risque cardiovasculaire, des signes comme les palpitations 33% dans notre série, la tachycardie 35%, l'arythmie auscultatoire 47% ou encore un déficit neurologique aigu 47% doivent alerter et amener à la réalisation urgente d'un électrocardiogramme (ECG) qui peut poser le diagnostic. Du fait de cette symptomatologie souvent pauvre chez les sujets âgés, plusieurs auteurs comme Guenancia [25] et Vital-Af [26], soulignent l'intérêt d'un dépistage systématique par ECG.

La fragilité était le syndrome gériatrique le plus fréquent, identifiée chez un tiers de nos patients. Elle était suivie de la dénutrition 23% des cas, de la perte d'autonomie fonctionnelle 23% et du syndrome d'immobilisation 15%.

Dans notre série, la fragilité 33%, la dénutrition 23% et la perte d'autonomie fonctionnelle 23% étaient les syndromes gériatriques les plus fréquents. La dénutrition est un des déterminants de la fragilité, ces deux syndromes étroitement liés conditionnent souvent le pronostic chez la personne âgée hospitalisée [27]. L'évaluation gériatrique standardisée, méthode de diagnostic multidimensionnel interdisciplinaire, permet de cerner ces grandes fonctions qui conditionnent la prise en charge et le pronostic chez la personne âgée fragile. Elle est incontournable en gériatrie [27].

• *Caractéristiques diagnostiques*

Seuls 12% des patients étaient diagnostiqués de novo. Parmi les cas connus, 37% étaient de longue durée (> 12 mois), 31% paroxystiques et 16% permanentes. Cette distribution reflète la complexité évolutive de la FA chez le sujet âgé, avec une progression fréquente vers des formes chroniques. Ces résultats concordent avec les données du registre européen Euro Observational Research Programme [14], dans lequel, les formes de longue durée et permanentes prédominaient chez les patients âgés de plus de 75 ans, représentant plus de 60 % des cas. Ces données suggèrent l'importance de stratégies diagnostiques renforcées, en particulier le dépistage par Holter ou ECG prolongé chez les sujets âgés à risque, afin de détecter précocement les formes paroxystiques.

Plus des $\frac{3}{4}$ des patients (76 %) présentaient à l'électrocardiogramme une fibrillation atriale à petites mailles. Ces formes sont classiquement associées à une mauvaise tolérance, notamment sur le plan hémodynamique, surtout chez des sujets âgés porteurs de cardiopathie ou d'atteinte de la fonction systolique. Seize pour cent (16%) de nos patients avaient une altération de la fonction systolique du ventricule gauche à l'échographie cardiaque.

La quasi-totalité des étiologies étaient d'origine cardiaque 92%, dominées par les cardiomyopathies hypertensives 51% et mixtes (ischémique et hypertensive) 20% des cas. Ces résultats sont en concordance avec ceux de la série de Diop [7] au

Sénégal qui rapportaient aussi une prédominance des cardiopathies hypertensives (41 %) et ischémiques (20 %) et ceux de Mandi [48] au Burkina Fasso qui concluaient que 52 % des cas de FA étaient associés à une cardiopathie hypertensive (25 %). Dans les pays du nord, l'étiologie ischémique est plus fréquemment rapportée. Benjamin et al [28], dans la Framingham Study, mettaient en évidence une forte association entre maladie coronarienne et survenue de FA chez les personnes âgées.

• *Caractéristiques thérapeutiques et évolutives*

La quasi-totalité des patients (96%) avaient un risque thrombogène élevé (score CHA₂DS₂VASc ≥ 2). Cela indiquait une anticoagulation selon les recommandations internationales [14]. Seuls 6% des patients n'avaient reçu aucun traitement antithrombotique. Parallèlement, le risque hémorragique était très élevé (score HASBLED ≥ 3) chez plus de trois quarts (78%) des patients. Cependant un risque hémorragique élevé ne constitue pas une contre-indication à l'anticoagulation, mais un appel à la prudence dans les prescriptions, l'administration de médicaments et la surveillance clinique. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la sous-utilisation des anticoagulants chez les personnes âgées. La crainte d'événements hémorragiques constitue l'un des principaux freins, d'autant plus qu'elle est accentuée par la polypathologie fréquente et le risque accru de chutes [29]. En Afrique, cette utilisation non optimale est également favorisée par le coût élevé de certains traitements comme les anticoagulants oraux directs.

Les anticoagulants oraux directs étaient les traitements antithrombotiques les plus prescrits, 33% des patients. Ce choix s'explique en partie par leur disponibilité sous forme orale, leur simplicité d'utilisation (pas de surveillance biologique), leur efficacité et leur moindre risque hémorragique comparé aux antivitaminiques K [5]. Cependant, leur coût encore élevé constitue un frein majeur à leur accessibilité dans les systèmes de santé africains. Toutefois, le recours à l'aspirine seule dans 22 % des cas illustre une persistance des pratiques sous-optimales, car

l'aspirine n'apporte qu'une efficacité marginale en prévention des accidents emboliques de la FA, tout en comportant un risque hémorragique comparable aux anticoagulants [30].

Les bêtabloquants étaient le traitement le plus utilisé pour le contrôle de la fréquence cardiaque, 62% des patients. Cette approche, recommandée chez les patients âgés fragiles, repose sur une stratégie plus réaliste que celle du contrôle strict du rythme, qui est souvent difficile à maintenir dans cette population [14]. La digoxine, utilisée chez 20% des patients, doit être prescrite avec prudence, en raison de sa marge thérapeutique étroite et de son élimination rénale, la fonction rénale étant souvent altérée chez les patients âgés. Le recours à l'amiodarone (8 %) et au sotalol (4 %), bien que limité, reste problématique en gériatrie. L'amiodarone, prise au long cours, est associée à un risque d'effets secondaires notamment au niveau pulmonaire, thyroïdien, rénal, ou encore cardiaque. Alors que le sotalol comme beaucoup d'autres antiarythmiques est pro-arythmogène [17]. Leur utilisation doit donc être strictement encadrée, avec une surveillance rapprochée, surtout en présence d'un terrain fragile.

Chez nos patients 53% ont présenté une complication à type d'AVC ischémique. La FA constitue la cause d'environ 15 à 20 % des AVC ischémiques dans la population générale et cette proportion augmente nettement chez les sujets âgés [19]. Le taux de décès était de 6%. Ces résultats montrent toute la gravité de la FA chez le sujet âgé.

Conclusion

La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme cardiaque le plus fréquent chez la personne âgée. Dans notre cohorte, sa prévalence, estimée à près de 7 %, pourrait toutefois être sous-estimée, en raison de moyens diagnostiques encore limités dans notre contexte. L'âge avancé, associé au poids des comorbidités cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète, cardiopathies) et aux syndromes gériatriques (fragilité, dénutrition), contribue à

l'augmentation de son incidence et conditionne largement le pronostic.

Nos résultats suggèrent une présentation clinique souvent atypique, avec une proportion élevée de formes chroniques « à petites mailles », réputées d'une moins bonne tolérance. Les étiologies demeurent principalement dominées par l'hypertension artérielle et la maladie coronarienne. La fréquence des complications thrombo-emboliques souligne la gravité de la FA dans cette population. Malgré un risque thrombo-embolique élevé, le recours aux anticoagulants reste insuffisant, mettant en évidence la nécessité de renforcer l'adhésion aux recommandations et d'améliorer les pratiques de prescription.

En définitive, la prise en charge de la FA chez les personnes âgées doit être consolidée par une approche multidimensionnelle et personnalisée, intégrant l'évaluation gériatrique, le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires et une stratégie antithrombotique adaptée. Une telle démarche permettrait de réduire l'incidence des accidents vasculaires cérébraux ischémiques. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact du dépistage précoce et des interventions thérapeutiques sur les résultats cliniques à long terme.

*Correspondance

Massamba BA

maseyba@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2026

- 1 : Service de gériatrie, Centre hospitalo-universitaire Fann/Dakar (Sénégal)
- 2 : Faculté de médecine pharmacie et d'odontostomatologie, université Cheikh Anta DIOP Dakar, Sénégal
- 3 : Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun)
- 4 : Faculté de médecine et des sciences biomédicale,

université de Yaoundé I Cameroun

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sandron F. Vieillesse et développement. Paris: CEPED; 2020 Aug. (Working Paper du Ceped #47). p. 25. [cited 2024 Dec 4].
- [2] Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). SENEGAL – Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage 2013 [Internet]. [cited 2024 Nov 7]. Available from: <https://anads.ansd.sn/index.php/catalog/51>
- [3] Da Costa A, Roméyer-Bouchard C, Bisch L, Khris L, Isaaz K. Fibrillation atriale : enjeux épidémiologiques, définition, nosologie, médico-économie. *Ann Cardiol Angéiologie*. 2009;58:S3-S5.
- [4] Vogel T, Geny B, Kaltenbach G, Lang P-O. L'anticoagulation dans la fibrillation atriale du sujet âgé : point de vue du gériatre avec un focus sur les anticoagulants oraux directs. *Rev Médecine Interne*. 2015;36(1):22.
- [5] Césari O. Fibrillation atriale : qui anticoaguler ? *Presse Médicale*. 2010;39(6):669.
- [6] Mbaye A, Pessinala S, Bodian M, Ndiaye MB, Mbaye F, Kane A, et al. La fibrillation atriale: fréquence, facteurs étiologiques, évolution et traitement dans un service de cardiologie de Dakar, Sénégal. *Pan Afr Med J*. 2011; 6(1).
- [7] Diop KR, Samb CAB, Kane A, Mingou JS, Beye SM, Diouf Y, et al. Atrial fibrillation in three cardiological reference centers in Dakar: Senegal data from the AFRICA register survey. *Pan Afr Med J*. 2022.
- [8] Miller MD, Paradis CF, Houck PR, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*. 1992;41(3):237-248
- [9] Katz S. Assessing self-maintenance : Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983 Dec;31(12):721-7.
- [10] Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. «A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people.» *CMAJ*, 2005; 173(5): 489-495
- [11] Vellas B, Guigoz Y, Garry P. J. et al. «The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients». *Nutrition* 1999; 15: 116-122
- [12] Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*. 1990;113(12):941–948
- [13] Vellas B. J, Wayne S. J, Romero L, et al. «One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons.» *Journal of the American Geriatrics Society, J Am Geriatr Soc*. 1997 Jun ; 45(6):735-8
- [14] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2021;42(5):373.
- [15] Lip GYH, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJGM. Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based Approach: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest*. 2010;137(2):263.
- [16] Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138(5):1093-1100
- [17] Mandi DG, Bamouni J, Naïbé DT, Yaméogo RA, Kaboré E, Kambiré Y, et al. *Epidemiology and*

long-term prognosis of atrial fibrillation in rural African patients. *Egypt Heart J.* 2019;71(1):6.

- [18] Khurshid S, Ashburner JM, Ellinor PT, McManus DD, Atlas SJ, Singer DE, et al. Prevalence and Incidence of Atrial Fibrillation Among Older Primary Care Patients. *JAMA Netw Open.* 2023;6(2):e2255838.
- [19] Halimi F, Sabouret P, Huberman JP, Ouazana L, Guedj D, Djouadi K, et al. Atrial fibrillation detection with long-term continuous Holter ECG recording in patients with high cardiovascular risk and clinical palpitations: the prospective after study. *Clin Res Cardio.* 2023;112(6):807.
- [20] Leenhardt A, Messali A, Moubarak G, Extramiana F. Physiopathologie de la fibrillation atriale : applications à la thérapeutique. *Ann Cardiol Angéiologie.* 2009;58:S6
- [21] Mialet-Perez J, Douin-Echinard V, Cussac D, Bril A, Parini A. Vieillesse - Une question de cœur ? *médecine/sciences.* 2015;31(11):1006.
- [22] Sliwa K, Carrington MJ, Klug E, Opie L, Lee G, Ball J, et al. Predisposing factors and incidence of newly diagnosed atrial fibrillation in an urban African community: insights from the Heart of Soweto Study. 2010 ; 96 (23) <https://heart.bmj.com/content/96/23/1878.short>
- [23] Jacobs MS, Van Hulst M, Adeoye AM, Tieleman RG, Postma MJ, Owolabi MO. Atrial Fibrillation in Africa—An Under-Reported and Unrecognized Risk Factor for Stroke: A Systematic Review. *Glob Heart.* 2019;14(3):269.
- [24] Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GYH. Underuse of Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *Am J Med.* 2010;123(7):638 e4.
- [25] Guenancia C, Garnier F, Mouhat B, Béjot Y, Maillot N, Fichot M, et al. Dépistage et implications cliniques de la fibrillation atriale silencieuse. *Rev Médecine Interne.* 2018;39(7):574.
- [26] Lubitz SA, Atlas SJ, Brûleur de cendres JM, Lipsanopoulos ATT, Borowsky LH, Guan W, et al. Screening for Atrial Fibrillation in Older Adults at Primary Care Visits: VITAL-AF Randomized Controlled Trial. *Circulation.* 2022;145(13):946.
- [27] Hanon O, Assayag P, Belmin J, Collet J, Emeriau J, Fauchier L, et al. Expert consensus of the French society of geriatrics and gerontology and the French society of cardiology on the management of atrial fibrillation in elderly people. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2013;11:117.
- [28] Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent Risk Factors for Atrial Fibrillation in a Population-Based Cohort. *Jama.* 1994;271;(11):840-844.
- [29] Bin Bashir M, Dhevenbu J, Wang Z.Q. Bridging the gap: Addressing anticoagulation underutilization in elderly atrial fibrillation patients post-fall. *cardioclinics ;sept 2025.* 60(3) :185-192.
- [30] Zhao X-Y, Li J-X, Tang X-F, Xu J-J, Song Y, Jiang L, et al. Validation of Predictive Value of Patterns of Nonadherence to Antiplatelet Regimen in Stented Patients Thrombotic Risk Score in Chinese Population Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Prospective Observational Study. *Chin Med J (Engl).* 2018;131(22):2699.

Pour citer cet article :

BA Massamba, M-J Ntsama Essomba, A Sall, CI Ngom, R Djajhete, D Ba et al. Particularités de la fibrillation atriale en gériatrie au Sénégal. *Jaccr Africa* 2026; 10(1): 83-96

<https://doi.org/10.70065/26101.jaccrAfri.002L013003>