

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (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 Ag. 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 Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

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

SECRETARE 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

EDITORIAL

1. **Regard d'un interniste sur la lèpre, MTN (Maladie Tropicale Négligée) simulatrice de maladie auto-immune systémique** 7-10
Diop MM, Diédhiou D, Kane BS, Faye FA, Diop A, Dioussé P, Djiba B, Ndao AC, Faye A, Dia AD, Dia DG, Diagne N, Dieng M, Ndour MA, Fall BC, Berthé A, Touré PS, KA MM

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Prévalence des maladies systémiques au CHU de Conakry, 2022** 11-15
Sylla D, Kaké A, Wann TA, Bah MLY, Bah MM, Koba AL, Keita MC, Diakhaby M
3. **Etiologies des cytopénies : Résultats d'un département de médecine interne au Mali** 16-20
Traoré D, Sy D, Sawadogo N, Nyanke NR, NDong F-L, Keita K, Landouré S, Sow DS, Koné N, Sangaré M, Diarra A, Mallé M, Dembélé IA, Cissoko M, Koné Y, Soukho AK
4. **Troubles sexuels chez les femmes diabétiques à Porto-Novo (Bénin)** 21-27
Wanvoegbe FA, Ogoudjobi OM, Agbodande KA, Arrawo Jd'A, Alassani A, Dovonou A, Azon Kouanou A, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
5. **Fréquence et sensibilité aux antibiotiques des souches d'Escherichia coli uropathogènes à l'Hôpital Militaire d'Ouakam** 28-35
Guèye PAT, Aïdara S, Ba MD, Engoa PE, Faye C, Mbow M, Seck MC
6. **Dysglycémies et troubles ioniques chez des patients atteints de la COVID-19 : Expérience de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)** 36-42
Bagbila WPAH, Ollo D, Sourabié A, Placide CAAD, Yempabou S, Ouedraogo V, Some N, Sylla B, Guibla I, Poda A, Zoungrana J, Tougouma J-B, Ouédraogo P, Diallo F, Rainatou B, Drabo L, Traoré I, Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo SM
7. **Facteurs de mortalité de l'accident vasculaire cérébral hémorragique aigu du sujet âgé aux urgences médicales du chu de Bouake (côte d'ivoire)** 43-48
Yapa GSK, Koné S, Kouassi L, Touré KH, Koné F, Kouamé KGR, Acho JK, Sako K, Gboko L, Ramde E, Gonan AY, Koffi RM, Kpan J, Koffi KJ, Botti RP, Traoré D, Traoré A, Touré L, Bourhaima B
8. **Profil clinique et évolutif des urgences hyperglycémiques au centre hospitalier universitaire de Bouaké, Côte d'Ivoire** 49-53
Koné F, Touré KH, Kouassi L, Koné S, Ndour MA, Acho JK, Yapa GSK, Kouamé KGR, Gboko KKL, Sako K, Diédhiou D, Bourhaima B
9. **Les orchépididymites tuberculeuses : à propos de 14 cas pris en charge en milieu urologique** 54-60
Sarr A, Sow O, Thiam A, Ndiath A, Gaye AM, Ndour NS, Djoufang Meffeja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diao B, Fall PA, Ndoye AK
10. **Hyponatrémie : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques dans un service de médecine interne au Niger** 61-67
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Saidou A, Hamadou A, Moussa Souna H, Andia DKA, Akehossi E
11. **Évaluation gériatrique standardisée du sujet âgé cancéreux à Abidjan - Côte d'Ivoire** 68-73
Acko UV, Konan NM, Koné S, Kouamé G, Bamba A, Toure A, Binan Y
12. **Manifestations rhumatologiques au cours du diabète sucré au service de rhumatologie de l'Hôpital National Ignace Deen** 74-80
Condé K, Barry A, Adjakou F, Touré M, Kamissoko AB, Baldé NM
13. **Panorama des activités et pathologies ORL au centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel sur 12 mois** 81-88
Faty A, Loum B, Dème MDB, Sy A, Diallo OA, Diallo BK
14. **L'ulcère de Mooren chez le mélanoderme sénégalais à l'Hôpital Principal de Dakar : à propos de 19 cas** 89-95
Wade B, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

CAS CLINIQUE

15. **Pneumothorax au cours de la polyarthrite rhumatoïde : manifestation de novo ou rare complication induite par le méthotrexate : à propos d'une observation clinique et revue de la littérature** 96-99
Traoré AD, Kouakou EC, Touré KH, Yao KJ-C, Koffi EJ, Goua JJ, Daboiko FJ-C



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. *An internist's view on leprosy, a neglected tropical disease which could mimic systemic autoimmune diseases* 7-10
Diop MM, Diédhiou D, Kane BS, Faye FA, Diop A, Dioussé P, Djiba B, Ndao AC, Faye A, Dia AD, Dia DG, Diagne N, Dieng M, Ndour MA, Fall BC, Berthé A, Touré PS, KA MM

ARTICLES ORIGINAUX

2. *Frequency of systemic diseases at Conakry CHU, 2022* 11-15
Sylla D, Kaké A, Wann TA, Bah MLY, Bah MM, Koba AL, Keita MC, Diakhaby M
3. *Etiologies of cytopenias: results from a department of internal medicine in Mali* 16-20
Traoré D, Sy D, Sawadogo N, Nyanke NR, NDong F-L, Keita K, Landouré S, Sow DS, Koné N, Sangaré M, Diarra A, Mallé M, Dembélé IA, Cissoko M, Koné Y, Soukho AK
4. *Sexual disorders in diabetic women in Porto-Novo (Benin)* 21-27
Wanvoegbe FA, Ogoudjobi OM, Agbodande KA, Arrawo Jd'A, Alassani A, Dovonou A, Azon Kouanou A, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
5. *Frequency and Antibiotic Susceptibility Pattern of Uropathogenic Escherichia coli strains at Hôpital Militaire de Ouakam* 28-35
Guèye PAT, Aïdara S, Ba MD, Engoa PE, Faye C, Mbow M, Seck MC
6. *Dysglycemia and ionic disorders on COVID-19: Experience of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)* 36-42
Bagbila WPAH, Ollo D, Sourabié A, Placide CAAD, Yempabou S, Ouedraogo V, Some N, Sylla B, Guibla I, Poda A, Zoungrana J, Tougouma J-B, Ouedraogo P, Diallo F, Rainatou B, Drabo L, Traoré I, Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouedraogo SM
7. *Mortality factors for acute hemorrhagic stroke in the elderly in medical emergencies at Bouaké University Hospital (Ivory Coast)* 43-48
Yapa GSK, Koné S, Kouassi L, Touré KH, Koné F, Kouamé KGR, Acho JK, Sako K, Gboko L, Ramde E, Gonan AY, Koffi RM, Kpan J, Koffi KJ, Botti RP, Traoré D, Traoré A, Touré L, Bourhaima B
8. *Clinical and evolving profile of hyperglycemic emergencies at centre hospitalier universitaire de Bouaké, Côte d'Ivoire* 49-53
Koné F, Touré KH, Kouassi L, Koné S, Ndour MA, Acho JK, Yapa GSK, Kouamé KGR, Gboko KKL, Sako K, Diédhiou D, Bourhaima B
9. *Tubercular orchiepididymitis: apropos of 14 cases treated in urology* 54-60
Sarr A, Sow O, Thiam A, Ndiath A, Gaye AM, Ndour NS, Djoufang Meffeja R, Ndiaye M, Sine B, Ondo CZ, Thiam I, Diao B, Fall PA, Ndoye AK
10. *Hyponatremia: epidemiological, clinical and etiological aspects in an Internal Medicine Department in Niger* 61-67
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Saidou A, Hamadou A, Moussa Souna H, Andia DKA, Adehossi E
11. *Standardized geriatric assessment of elderly cancer patients in Abidjan - Côte d'Ivoire* 68-73
Acko UV, Konan NM, Koné S, Kouamé G, Bamba A, Toure A, Binan Y
12. *Rheumatological manifestations during diabetes mellitus in the rheumatology department of the Ignace Deen National Hospital* 74-80
Condé K, Barry A, Adjakou F, Touré M, Kamissoko AB, Baldé NM
13. *Overview of ENT activities and pathologies at Diourbel Heinrich Lübke Regional Hospital in over 12 Months* 81-88
Faty A, Loum B, Dème MDB, Sy A, Diallo OA, Diallo BK
14. *Mooren's ulcer in senegalese melanoderma at Hôpital Principal de Dakar: about 19 cases* 89-95
Wade B, Ndiaye Sow MN, Diédhiou F, Diakhaté M, Seck SM, Guèye NN

CLINICAL CASE

15. *Occurrence of pneumothorax during a course of rheumatoid arthritis: wondering about manifestation of novo or a case induced by methotrexate* 96-99
Traoré AD, Kouakou EC, Touré KH, Yao KJ-C, Koffi EJ, Goua JJ, Daboiko FJ-C



Évaluation gériatrique standardisée du sujet âgé cancéreux à Abidjan - Côte d'Ivoire
Standardized geriatric assessment of elderly cancer patients in Abidjan - Côte d'Ivoire

Acko UV¹, Konan NM², Koné S³, Kouamé G³, Bamba A¹, Toure A¹, Binan Y¹

1. Service de Médecine Interne et de Gériatrie, CHU - Angré, Abidjan (RCI) ;
2. Service de Médecine Interne, CHU-Treichville, (RCI) ;
3. Service de Médecine Interne, CHU - Bouaké, (RCI) ;

Auteur correspondant : Dr Ubrich Venceslas ACKO

Résumé

Contexte et justification : En Côte d'Ivoire, le cancer du sujet âgé constitue un enjeu public majeur, en raison, de l'hétérogénéité de l'état de santé de cette population.

Objectif : Montrer l'intérêt d'une évaluation gériatrique chez le cancéreux âgé.

Patients et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique, sur deux (02) ans allant du 01 janvier 2021 au 31 décembre 2022, réalisée au sein du service de médecine interne et de gériatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Angré (Côte d'Ivoire).

Était été inclu tout patient âgé (PA) de 65 ans et plus (critères OMS), souffrant d'un cancer et reçu en consultation gériatrique.

Les données socio-démographiques, cliniques, et paracliniques étudiées ont permis de stratifier les patients âgés cancéreux en 3 groupes et de faire des propositions thérapeutiques.

Résultats : nous avons retenu 274 patients. L'âge moyen de nos patients était de 68,06±2,15 ans [65 -95 ans] et une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,54. La majorité de nos patients vivaient au domicile de leur aidant naturel (49,3%) et avaient un bas niveau d'instruction (71,9%). Le principal antécédent médical était l'hypertension artérielle (66,23%). Le cancer colorectal était le plus fréquent (20,1%), suivi du cancer du sein (16,7%) et du poumon (14,6%). Les facteurs de risque de fragilité, les plus retrouvés étaient la malnutrition (84,7%), la perte d'indépendance fonctionnelle (75%), la dépression (74,3%), le déficit cognitif (77,4%), l'incapacité de mener une activité (91,7%) et la chute (86,8%). Il n'existait pas de corrélation entre les tests gériatriques et l'évolution de la maladie cancéreuse. Les PA ont été classés en 3 groupes à l'issue de l'EGS : 2% de robustes ; 20,7% fragiles et 77,3% dépendants. L'abstention thérapeutique a été proposée chez 73,3% des cas.

Conclusion : L'isolement, le veuvage, la malnutrition, la dépression, le déclin cognitif, la perte d'autonomie et la chute ont été dépistés chez nos patients âgés de plus de 65 ans cancéreux. Une simple évaluation gériatrique pourrait être gage d'une prise en charge optimale du sujet âgé cancéreux.

Mots-clés : évaluation gériatrique standardisée - sujet âgé - Cancer - Abidjan (RCI).

Summary

Context and justification: In Côte d'Ivoire, cancer in the elderly is a major public issue, due to the heterogeneity of the state of health of this population.

Objective: To show the interest of a geriatric evaluation in elderly cancer patients.

Patients and method: This was a retrospective, monocentric study over two (02) years from January 01, 2021 to December 31, 2022, carried out within the internal medicine and geriatrics department of the Center Hospitalier et Universitaire de Angré (Côte d'Ivoire). Were included all elderly patients (AP) of 65 years and over (WHO criteria), suffering from cancer and received in geriatric consultation. The socio-demographic, clinical and paraclinical data studied made it possible to stratify elderly cancer patients into 3 groups and to make therapeutic proposals.

Results: We retained 274 patients. The average age of our patients was 68.06 ± 2.15 years [65-95 years] and a female predominance with a sex ratio of 0.54. The majority of our patients lived in the home of their caregiver (49.3%) and had a low level of education (71.9%). The main medical history was arterial hypertension (66.23%). Colorectal cancer was the most common (20.1%), followed by breast (16.7%) and lung (14.6%) cancer. Geriatric tests found a risk of malnutrition (84.7%), a loss of functional independence (75%), a risk of depression (74.3%), a cognitive deficit (77.4%), a disability to carry out an activity (91.7%) and a risk of falling (86.8%). PAs were classified into 3 groups at the end of the EGS: 2% robust; 20.7% fragile and 77.3% dependent. Therapeutic abstention was proposed in 73.3% of cases.

Conclusion: Isolation, widowhood, malnutrition, depression, cognitive decline, loss of autonomy and falls were detected in our cancer patients over 65 years old. A simple geriatric assessment could be a guarantee of optimal management of the elderly cancer patient.

Keywords: standardized geriatric assessment - Elderly patient - Cancer - Abidjan (RCI).



Introduction

Les avancées de la médecine et l'amélioration de la qualité de vie impliquent un allongement de l'espérance de vie, avec comme corollaire l'augmentation de la population vieillissante. Il en résulte une apparition ou recrudescence des affections aiguës ou chroniques tel le cancer, les troubles cognitifs, etc. Le cancer, particulièrement chez la personne âgée, quel que soit le pays de résidence, doit être considéré différemment par rapport à celui du sujet jeune [3]. En effet, le vieillissement est marqué par des difficultés progressives de l'adaptation de l'organisme au stress, un déclin progressif, une prévalence élevée de comorbidités, entraînant une perte progressive de l'autonomie [3, 4]. Ces différents aspects imposent donc une attention particulière, une stratégie globale et une anticipation de questions essentielles avec une place centrale pour l'évaluation adaptée à la personne âgée cancéreuse, avant toute décision thérapeutique. En Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, cette particularité gériatrique, est peu rapportée. L'objectif de ce travail était de montrer l'intérêt d'une évaluation gériatrique chez le cancéreux âgé.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique. Elle a eu comme cadre le service de médecine interne gériatrique du centre hospitalier d'Angré (Côte d'Ivoire), pour une durée de 24 mois allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022.

Nous avons inclus, tous les patients âgés de 65 ans et plus (Critères OMS), souffrant d'un cancer et reçu en consultation gériatrique.

Les patients âgés de 65 ans et plus, ayant un cancer déjà en cours de traitement, n'ont pas été inclus.

Les paramètres étudiés portaient sur :

- Les données sociodémographiques notamment l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, la présence ou non d'activité ;
- les données cliniques : les antécédents, la localisation du cancer ;
- les paramètres gériatriques tels que Mini Nutritional Assessment (MNA), Échelle d'Autonomie de Katz (ADL), Échelle Gériatrique de Dépression (GDS), Mini Mental State Examination (MMSE) , Indice de Karnofski, Le test ou score de Tinetti ;
- Stratification des PA cancéreux et traitement proposé.

Analyse des données

Les variables continues sont exprimées en moyenne \pm déviation standard et les variables discontinues en valeur absolue et pourcentage. Le traitement des données a été effectué à l'aide du logiciel Epi data version 3.1.

Résultats

Données socio-démographiques et cliniques

Deux cent soixante-quatorze patients (274) ont été retenus sur un total de 1245 durant la la période d'étude (Soit une prévalence de 22%). La moyenne d'âge était de $68,06 \pm 2,15$ ans [65-95 ans]. On notait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,54. La plupart de nos patients veufs vivaient au domicile de leur aidant naturel (49,3%) et avaient un bas niveau d'instruction (71,9%). Un antécédent d'intervention chirurgicale était objectivé chez 71,4% des patients. Le tableau I illustre la répartition des PA cancéreux en fonction de leurs antécédents. L'hypertension artérielle (HTA) et le syndrome anxiodépressif étaient les antécédents médicaux, les plus rapportés.

Tableau I : répartition des 274 patients selon les antécédents.

Antécédents	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Interventions chirurgicales	103	71,4
HTA	95	66,2
Syndrome anxio-dépressif	88	61,0
Digestif	65	45,4
Diabète	60	41,5
Tabac	56	38,9
Troubles Neurocognitifs (TNC)	52	36,4
Insuffisance rénale chronique (IRC)	26	18,2
Affection hématologique	24	16,9
Rhumatologique	17	11,7
Autres	2	1,3



S'agissant de la localisation du cancer, le tableau II illustre les cancers rencontrés. Les principaux cancers identifiés étaient les cancers colorectaux (20,1%), mammaires (16,7%) et pulmonaires (13,2%).

Tableau II : répartition des 274 patients selon le sexe et la localisation du cancer.

Localisation du cancer	H* (n)	F*(n)	Pourcentage (%)
Cancer colorectal	30	26	20,1
Cancer du sein	1	45	16,7
Cancer pulmonaire	25	15	14,6
Cancer de la prostate	29	-	10,4
Cancer hématologique	3	20	8,3
Cancer de l'œsophage/estomac	2	15	6,2
Cancer du pancréas	1	15	6,2
Cancer dermatologique	1	11	4,8
Cancer de la sphère ORL	1	8	3,5
Cancer rénal	1	8	3,5
Cancer de l'endomètre	3	4	2,8
Cancer de la vessie	-	4	1,4
Cancer des ovaires	-	4	1,4
Cancer cérébral	-	2	0,1
Total	97	177	100,0

H*= Homme ; F*= femme

Paramètres gériatriques

Dans le **tableau III**, nous exposons les paramètres gériatriques étudiés. Le risque de malnutrition était relevé chez 84,7% de nos patients. La perte d'indépendance fonctionnelle était objectivée chez 75% des patients. Plus de 41,7% de nos patients avaient un risque léger de

dépression et 32,6% présentaient un risque sévère de dépression. Le déficit cognitif léger était retrouvé chez près de la moitié des patients (46,2%). Moins de 9 % des patients était capable de mener une activité normale. Un risque de chute était identifié chez 86,8 % des patients.

Tableau III : répartition des 223 patients selon les tests gériatriques.

Tests gériatriques	Scores	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Mini Nutritional Assessment (MNA)	<17= Majeur	34	15,3
	[17-23,5]= Léger	155	69,4
	>23,5= Aucun	34	15,3
Activities of Daily Living (ADL)	6= Normal	56	25,0
	[4 à 5]= Leger	100	45,1
	[0 à 3]= Total	67	29,9
Échelle de dépression gériatrique (GDS)	[0-5]= Aucun	57	25,7
	[6-11]= Mineur	93	41,7
	[12 - 15]= Majeur	73	32,6
Mini-Mental State Examination (MMSE)	[26-30]= Aucun	50	22,2
] 26-20]= Mineur	103	46,2
] 20-10[= Majeur	70	31,2
Indice Karnofsky	[100%-80%]= Aucun	19	8,3
	[70%-40%]= partielle	121	54,2
	[30 - 10%]= Moribond	83	37,5
Score Tinetti	28= Aucun	29	13,2
	[27-24]= peu élevé	38	16,7
	[23-20]= élevé	96	43,0
	Moins de 20= Très élevé	60	27,1



Stratification des PA cancéreux et traitement proposé

Selon le **tableau IV**, les PA ont été classés en 3 groupes, à l'issue de l'EGS : 2% de robustes ;

20,7% fragiles et 77,3% dépendants. L'abstention thérapeutique a été proposée chez 73,3% des patients et une chimiothérapie adjuvante chez 26,7%.

Tableau IV : répartition des 274 patients selon le groupe de l'EGS.

Groupe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Robuste	6	2
Fragile	57	20,7
Dépendant	211	77,3
Total	274	100

Discussion

Cette étude, réalisée dans le service de médecine interne gériatrique du centre hospitalier et universitaire d'Angré, avait pour objectif de montrer l'intérêt d'une évaluation gériatrique chez le cancéreux âgé.

Données socio-démographiques

Dans notre étude, l'âge moyen était 68,06±2,15 ans [65-95 ans]. Les essais cliniques UNICANCER, PACAN ont permis de rappeler que l'âge était un facteur de risque carcinogène, cardio-vasculaire et démentiel [7, 8]. Cet âge moyen était proche de celui de l'Institut national de Cancer en France (âge médian au moment du diagnostic était de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme) [9]. Par contre, cet âge était différent de l'âge moyen rapporté par l'alliance des ligues francophones africaines et méditerranéennes contre le cancer (50 ans ± 5) [10]. Cette différence au niveau de l'âge de découverte du cancer pourrait être due à la sélection de nos patients. En effet, la plupart de nos patients étaient orientés vers un gériatre, après un oncodage G8 réalisé par un oncologue. Cet outil de dépistage utilisé en pratique par l'oncologue a permis de filtrer les patients en amont [10]. Toutefois, le cancer peut apparaître à tout âge et le risque croît avec le vieillissement qui implique des changements complexes cellulaires (sénescence), moléculaires (mutations d'ADN) et physiologiques (diminution de la capacité à réagir face aux stress environnementaux et génétiques), favorisant ainsi la carcinogenèse et l'apparition du cancer [11-13]. Le risque de développer un cancer au cours de la vie, diffère selon le sexe. Ce risque est plus élevé chez l'homme par rapport à la femme (un tiers contre 1 sur 4) [14]. Ce constat n'a pas été observé dans notre étude. En effet, la prédominance féminine a été observée dans notre cas. L'espérance de vie des hommes, plus basse

que celle des femmes, pourrait confirmer ce constat [15].

Sur le plan social, nos patients veufs vivaient majoritairement au domicile de leur aidant naturel. Cela met en exergue, le rôle que joue l'aidant naturel (descendance) dans le système africain, particulièrement ivoirien [18]. L'isolement principalement dû au veuvage retrouvé dans notre étude, fréquemment observé chez les personnes âgées pourrait expliquer également leur présence chez leur aidant naturel [19, 20]. A côté de cet aspect social, le nombre réduit de gériatres pour la population croissante de PA, pourrait expliquer cette migration. Cet aspect pourrait jouer un rôle dans la survenue de troubles cognitifs et dépressifs retrouvés dans notre étude.

Quel que soit le sexe et l'âge, le cancer colorectal dominait dans notre série d'étude. Il était suivi du cancer du sein, du cancer pulmonaire et prostatique respectivement dans 16,7%, 14,6% et 10,4%. Cet ordre n'était pas différent de l'ordre mondial, et, selon le sexe, le cancer le plus fréquent, est le cancer de la prostate (1,6 millions de cas en 2015) chez l'homme, et chez la femme, le cancer du sein (2,4 millions de cas en 2015) [18].

Profil gériatrique

Notre travail a retrouvé un déficit cognitif léger à sévère associé à un risque de dépression mineur à majeur chez plus de 70% de nos patients. Dans une méta analyse de 43 études regroupant 3 492 patients âgés de 65 ans et plus, la médiane annuelle du MMSE était de 22,3 ± 2 points [21]. Ce qui se rapprochait du nôtre. Simultanément aux troubles cognitifs, la dépression devrait être évaluée chez les grands séniors [22]. Guillaud-Bataille [23] en France, et Parker [24] aux États-Unis, retrouvaient respectivement une dépression chez la personne âgée dans 47% et 62%. Selon ces auteurs, les personnes âgées atteintes de cancer avaient des difficultés émotionnelles, des



troubles de l'adaptation, des troubles du sommeil, de l'anxiété voire une humeur triste. Toujours selon ces mêmes auteurs, la réaction dépressive est retrouvée fréquemment lors du cancer [23, 24]. L'isolement, les troubles cognitifs et dépressifs ont probablement impactés la dépendance pour les activités instrumentales de nos patients. Plus de 50% de nos patients étaient vulnérables et dépendants pour les activités instrumentales avec ou sans comorbidités sérieuses dans notre étude. En 2008, selon une enquête portant sur le handicap-santé, 25 à 50% des sujets de plus de 75 ans étaient considérés comme vulnérables dans les cohortes nord-américaines de Good RA et coll [25] ; Delporte M et coll. [26] ou européennes de Doat S et coll. [27] dont les résultats étaient similaires aux nôtres. Selon Houlès M [28], la diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme marquée par la baisse de la force musculaire, des résistances mécaniques des os, l'amincissement du cartilage articulaire et une altération de ses propriétés mécaniques sont intriqués dans cette vulnérabilité. Il démontre aussi que la dépendance à la vie quotidienne, la perte d'autonomie et l'existence d'un déficit cognitif sont liées aussi à cette vulnérabilité [28].

La limitation des activités ou l'incapacité d'en mener peut donc avoir un retentissement sur la qualité de vie. D'autre part, le retentissement de la pathologie cancéreuse sur la vie quotidienne et la limitation des activités en lien avec les symptômes du cancer pourraient expliquer nos résultats. La vulnérabilité est associée à un risque élevé de la perte d'indépendance [29]. Elle peut être parfois à l'origine d'une perte d'équilibre et même d'une chute.

Conclusion

En définitive, l'isolement, le veuvage, la malnutrition, la dépression, le déclin cognitif, la perte d'autonomie et la chute ont été dépistés chez nos patients âgés de plus de 65 ans cancéreux. Des tests gériatriques, devraient être réalisés en Afrique au sud du Sahara, à toutes les personnes âgées atteintes de cancer afin de dépister leurs fragilités sociale et médicale. Une simple évaluation gériatrique pourrait être gage d'une prise en charge optimale du sujet âgé cancéreux.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

- **Conception** : ACKO Ubrich Venceslas.

- **Collecte de données et analyses statistiques** : ACKO Ubrich, KONAN N'guessan, KONÉ Salifou et BINAN Yves.

- **Interprétation des résultats et rédaction** : ACKO Ubrich Venceslas et KOUAMÉ Gilles, BAMBA Aichata et TOURE Angèle.

- **Révision du manuscrit** : ACKO Ubrich V et KONAN N'guessan.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

REFERENCES

1. Peel NM. **Epidémiology of falls in older age.** *Can J Aging* 2011; 30(1): 7-19
2. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E et al. **Estimations nationales de l'Incidence et de la mortalité par le cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Registre de l'étude à partir des registres du réseau Francin 2019 ; 1 : 17-29**
3. Balducci L, Extermann M. **Management of cancer in the older person: a practical approach.** *Oncologist* 2000; 5: 224-37
4. Extermann M, Overcash J, Lyman GH et al. **Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients.** *J Clin Oncol* 1998 ; 16 : 1582-7
5. Avenin D, Selle F, Gligorov J et al. **Chimiothérapie chez le sujet âgé : quelles modalités ? quelles implications ?** *Bull Cancer* 2008 ; 95 : 28-36
6. Aaldriks AA, Maartense E, le Cessie S et al. **Predictive value of geriatric assessment for patients older than 70 years, treated with chemotherapy.** *Crit Rev Oncol Hematol* Aug 2011; 79: 205-12
7. Grivaux M, Westeel V, Milleron B, Magnier R. **Essai clinique et sujet âgé. Rev des maladies respiratoires** Nov 2011 ; 3(3) : 245-56
8. Paillaud E, Soubeyran P, Caillet P, Cudennec T et al. **Multidisciplinary development of the Geriatric Core Dataset for clinical research in older patients with cancer: A French initiative with international survey.** *European Journal of Cancer* Sep 2018, 103: 61-8



9. Institut national du cancer (INCa). Les cancers en France en 2015. Rapport technique 2015 ; 35-39
10. Alliance des ligues francophones Africaines et Méditerranéens. Ligue contre le cancer 2017 ; 15 - 16
11. Paillaud E, Cudennec T, Caillet P, Bellera C et al. Clinical trials and elderly patients with cancer, the Geriatric Core Dataset (G-Code) tool. *Soins-Gerontologie* 2019, 24(137): 35-7
12. Frasca M, Sabathé C, Delaloge S, Galvin A. Palliative care delivery according to age in 12,000 women with metastatic breast cancer: Analysis in the multicentre ESME-MBC cohort 2008-2016. *Eur. J. Cancer* 2020; 137: 240-9
13. Wazières B. Le vieillissement du système immunitaire. *Ann. Biol. Clin* 2001 ; 59(4) : 461-4
14. Lowy I. Le genre du cancer. *Genre, Histoire* 2013 ; 65-83
15. Hill C, Doyon F. La fréquence des cancers en France en 2000 et son évolution depuis 1950. *Bull Cancer* 2005 ; 92(1) : 7-11
16. Cowppli-Boni A, Colonna M, Ligier K, Jooste V et al. Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. *Bull du cancer* 2019 ; 106 (7-8) : 617-34
17. Hill C, Doyon F. La fréquence des cancers en France en 2000 et son évolution depuis 1950. *Bull Cancer* 2005 ; 92(1) : 7-11
18. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Programme OMS de lutte contre le cancer. <https://www.who.int/cancer/fr>
19. Rapport petits frères des pauvres. Solitude et isolement des personnes âgées en France. Quels liens avec les territoires ? 2019 : 13-25
20. Hanson L, Muss H. Cancer in the oldest old: making better treatment decisions. *J Clin Oncol* 2010; 28(12): 1975-6
21. Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2033-40
22. Duc S, Rainfray M, Soubeyran P et al. Predictive factors of depressive symptoms of elderly patients with cancer receiving first-line chemotherapy. *Psycho-oncology* 2017; 26(1): 15-21
23. Guillaud-Bataille JM, Gausset MF, Terra J et al. Study of the unidimensionality of the geriatric depression scale. Comparison between classical methods and Rasch's model. *Encephale* 1992; 18(5): 537-44
24. Parker PA, Baile WF, De Moor Cd and Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-oncology* 2003; 12(2): 183-93
25. Delporte M, Chamahian. Le vieillissement des personnes en situation de handicap. *Expériences inédites et plurielles Gerontol. Soc* 2019 ; 41 (159) : 9-20
26. Doat S, Thiébaud A, Samson S, Ricordeau P, Guillemot D, Mitry E. Elderly patients with colorectal cancer : treatment modalities and survival in France. National data from the cohort study. *Eur J Cancer* 2014; 50: 1276-83
27. Houlès M. Étude randomisée d'un programme multidisciplinaire ciblant les syndromes gériatriques chez les sujets âgés vulnérables vivant à domicile. *Cah. de l'Année Gerontol* 2010 ; 2 : 166-8
28. Champagne AL, Brunault P, Huguet G et al. Personality disorders, but not cancer severity or treatment type, are risk factors for later generalised anxiety disorder and major depressive disorder in non-metastatic breast cancer patients. *Psychiatry Res* 2016; 28: 64 -70
29. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-70