

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Université de Bamako  
Faculté de Médecine,  
de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2007 - 2008

Thèse N°.....

PATHOLOGIES DES PERSONNES AGEES EN  
REANIMATION POLYVALENTE DU CHU DU  
POINT-G : Profils épidémio-cliniques et évolutifs

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le..... / .... / 2008 à.....Heures  
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-  
Stomatologie du Mali par : Monsieur **BOUNA SANOGO** pour  
obtenir le grade de **Docteur en MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

**Jury**

**Président** : Pr SIDIBE Assa TRAORE

**Membre** : Dr Seydou TOGO

**Co-directeur** : Dr Mohamed KEITA

**Directeur de Thèse** : Pr Youssouf COULIBALY

# DEDICACES

## **Dieu**

*Je remercie le Bon Dieu, le Créateur Suprême, le Clément, le Très Miséricordieux de m'avoir donné la vie et d'y veiller, la santé et le courage nécessaires pour la réalisation de ce travail.*

## **A mon papa Amadou SANOGO**

*En bon père, vous vous êtes toujours battu pour l'avenir de vos enfants, leur bien-être et le bonheur de la famille. En tant qu'être humain, vous avez toujours cherché à rendre votre entourage heureux. Ce travail est le résultat de tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi. Soyez assuré de mon profond attachement.*

## **A ma maman Ami DIOP**

*Depuis l'enfance, vous avez guidé mes pas dans ce monde, me donnant le meilleur de vous et vos conseils multiples pour surmonter cette épreuve de la vie .Merci pour vos soutiens qui ne m'ont pas fait défaut pour la réalisation de ce travail, qui est le vôtre.*

## **A mes frères et soeurs**

*Ousmane SANOGO, Awa SANOGO dite Batoma, Boubacar SANOGO, Sanata SANOGO, Mariam SANOGO, Fanta SANOGO, Awa SANOGO dite Mama. Vous avez été toujours à côté de moi ; merci, ce travail est aussi le vôtre.*

## **A mes oncles et tantes**

*Dr Seydou COULIBALY, Dr Bourama COULIBALY, Sanata COULIBALY, Sali COULIBALY, Awa SANOGO, Moctar DIOP, Dimba DIOP, Oumou DIOP, Sali DIOP, Maïmouna DIOP, Moussa KONE, Sékou SAMPANA, Sékou COULIBALY.*

*Vos soutiens ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le fruit de votre sagesse. Puissiez-vous trouver à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude.*

## **A feu Abdoul Karim SANOGO**

*Je ne vous oublierai jamais. Ce travail est le vôtre. Que votre âme ait la paix éternelle du Seigneur (Amen).*

## **Aux familles GUINDO et MAIGA à Kalaban-Coura ACI**

*Djèneba DRAME, Ramata DRAME dite Lobel, Bayima GUINDO, Fadima GUINDO, Fanta GUINDO, Bana MAIGA, Mouna MAIGA, Hawa MAIGA. Merci de votre bon voisinage. Ce travail est également le vôtre.*

# **REMERCIEMENTS**

## **Au Professeur Youssouf COULIBALY**

*Cher maître ! Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. Ayant accepté de nous transmettre cette richesse infinie, nous ne saurions trouver les mots exacts pour vous exprimer notre reconnaissance.*

## **Au Dr Mohamed KEITA et au Dr Djénéba DOUMBIA**

*Merci pour tous vos conseils, votre rigueur scientifique, votre sens du travail bien accompli, mais surtout votre grand sens d'écoute et de sagesse, indispensable pour notre carrière.*

*Veillez, Chers maîtres croire, en l'expression de notre profonde gratitude. Soyez assurés de notre immense admiration et de tout notre respect.*

## **A mes Camarades du Service**

*Dr Sadio DEMBELE, Dr Félix SANOGO, Dr Fatoumata KONATE, Dr Youssouf DIAKITE, Dr Oumou SAMAKE, Dr Dramane DIARRA, Dr Elisé THERA, Dr Hamda SALIFOU, Dr Davy Rolland AGUIDI, Dr Mademba KOITE, Dr Moussa G. DEMBELE, Kaka SOUKOUNA, Alassane FAROTA, Moussa DIALLO, Hassane SOULEYMANE, Assane DIALLO. Merci pour votre grand sens de respect.*

## **A mes Cadets du Service**

*Géraud AMOUSSOU, Patrice HOUNJE, Mamoutou S. TRAORE, Aramatou KONE, Nana CAMARA, Ousmane NIENTAO, Cristella IROUME, Salif BERTHE, Mohamed Sékou SIMPARA, Moussa TRAORE. Sauvegardez les acquis, et bon courage.*

## **A tout le personnel de la Réanimation**

*Major Aliou KABORE, Mme FOMBA Bintou SOUKHO, Mme SANOGO Fanta MAIGA, Oumou CISSE, Moussa DIARRA, Jérôme DIARRA, Issa TRAORE, Mme TRAORE Adam SOUCKO, Oumou SIDIBE, François DEMBELE, Mme TRAORE Kadia NIENTAO, Mme TRORE Awa DEMBELE, Nassira DIARRA, Aïssata COULIBALY, merci de m'avoir appris les gestes élémentaires de la pratique courante de la médecine moderne.*

***A Seydou Amory GUINDO, Sambou MANGANE et Maître DABA DIALLO***

*Merci de m'avoir accepté malgré mes défauts, et surtout de m'avoir aidé à la réalisation de ce travail. Les mots me manquent pour vous dire merci ; que dieu vous récompense pour tout ce que vous avez fait pour les enfants d'autrui.*

***A Mes amis***

*Sambou DIARRA, Djalla SISSOKO, Hamidou TRAORE, Salif Alou MALLE, Adama KONE, Mohamed ZOUBOYE, Daté ZOUBOYE, Mory COULIBALY, Abdoulaye MAIGA, Ousmane SISSOKO, Cheick Oumar GUINDO, Moussa DIARRA, Djouldé MAIGA, Kani DAMBA, Djénéba MAIGA, en souvenir pour la marque de notre amitié.*

***A mes cousins et cousines***

*Boubacar DIOP, Dramane SANOGO, Bako SAMAKE, Salimata SAMAKE, Habibatou DIALLO, Kadidiatou DIALLO, Boubacar DIALLO, Nassoun DIALLO.*

***Enfin, merci à tous ce qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce travail.***

***HOMMAGES***  
***AUX***  
***MEMBRES DU JURY***

**A notre maître et président du jury**

**Professeur SIDIBE Assa TRAORE**

- **Maître de conférence agrégé en endocrinologie à la FMPOS**
- **Médecin hospitalo-universitaire en fonction au CHU du Point-G**

*Cher maître,*

*Nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.*

*Vos qualités humaines et scientifiques ont suscité en nous une grande admiration.*

*Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et votre capacité de transmettre vos connaissances font de vous un maître exemplaire.*

*Soyez assuré de notre profonde gratitude.*

**A notre maître et membre du jury**

**Docteur Seydou TOGO**

- **Spécialiste en chirurgie thoracique**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point-G**

*Cher maître,*

*Nous vous sommes très reconnaissant pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de ce jury.*

*Votre contact facile et votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.*

*Recevez ici, Cher maître, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Youssouf COULIBALY**

- **Maître de conférence agrégé en Anesthésie-Réanimation**
- **Chef du Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences du  
CHU du Point-G**

*Cher maître,*

*Vous nous avez honoré en acceptant de diriger ce travail.*

*Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été impressionné par votre simplicité, votre grande disponibilité, et votre amour du travail bien fait.*

*Nous avons été également comblé par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés.*

*Vos qualités humaines et vos connaissances larges, et toujours d'actualité, font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.*

*Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.*

**A notre maître et co-directeur de thèse**

**Docteur Mohamed B. KEITA**

- **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en  
Sciences de la Santé**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point-G**

*Cher maître,*

*Vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail.*

*Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forcé l'admiration de tous.*

*Cher maître, soyez assuré de notre profonde gratitude.*

# ABREVIATIONS

**ATP** : Adénosine triphosphate.

**AVC** : Accident vasculaire cérébral.

**AVCH** : Accident vasculaire cérébral hémorragique.

**AVCIC** : Accident vasculaire cérébral ischémique constitué.

**AVCIT** : Accident vasculaire cérébral ischémique transitoire.

**AVK** : Anti-vitamine-K.

**CAT** : Conduite à tenir.

**CES** : Certificat d'Etudes de Spécialisation.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.

**CIVD** : Coagulation intra veineuse disséminé

**CPT** : Capacité pulmonaire totale.

**CV** : Capacité vitale

**FMPOS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**g/l** : Gramme par litre.

**HTA** : Hypertension artérielle.

**IHC** : Insuffisance hépatocellulaire.

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

**INFTS** : Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux.

**IRA** : Insuffisance rénale aiguë.

**mmol/l** : Millimole par litre.

**mmhg** : Millimètre de mercure.

**mn** : Minute.

**OAP** : Oedème aigu des poumons.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**SPO2** : Saturation périphérique en oxygène.

**TBC** : Tronc brachio-céphalique.

**VR** : Volume résiduel.

# SOMMAIRE

<b>1-INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>2- GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
<b>3- METHODOLOGIE.....</b>	<b>34</b>
<b>4- RESULTATS.....</b>	<b>38</b>
<b>5- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCES ET ANNEXES.....</b>	<b>65</b>

# *INTRODUCTION*

## **1-INTRODUCTION**

Il n'est pas aisé de donner une définition unique qui pourrait être satisfaisante en tout point de vue au terme de personnes âgées, car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, sociaux et économiques varient énormément d'un pays à un autre. D'où, de nombreuses tentatives de définition parmi lesquelles, nous retiendrons celle de l'OMS qui désigne par personnes âgées, les personnes âgées de 65 ans et plus [1].

Le vieillissement est un processus évolutif inéluctable qui peut avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie individuelle, sociale et sanitaire. Les problèmes liés au 3<sup>ème</sup> âge sont plus difficiles à maîtriser du fait du vieillissement des organes, surtout quand la personne perd son autonomie.

Cependant, un grand nombre de personnes âgées vivent en effet avec des maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, la cardiopathie, le diabète, le processus tumoral [2].

Les modifications physiologiques induites par la vieillesse peuvent être décompensées, le sujet âgé devient ainsi vulnérable aux détresses vitales d'origines médicale, chirurgicale ou traumatique. La vieillesse représente alors un facteur de pronostic défavorable [2] [3].

Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente

Ainsi, le sujet âgé est potentiellement fragile, avec des capacités limitées pour affronter les situations d'urgence [2].

En France en 1996, CHAHWAKILIAN ET Coll. [11] ont montré, à travers leur étude, que l'âge n'était pas un facteur déterminant dans la survenue des affections aiguës en service de gériatrie, mais que les hommes avaient une mortalité plus élevée que les femmes.

KAO [29], en 1991 dans « Gériatrie et Gériatrie au Sénégal : émergence des problèmes et recherche des solutions », a étudié les affections des personnes âgées dans différents services de médecine générale et spécialisée. Les pathologies uro-génitales étaient surreprésentées dans son étude.

Tog-yeum NAGOR, au Mali : Thèse de médecine en 1999, a étudié exclusivement les pathologies chirurgicales des personnes âgées à l'Hôpital National du Point-G [4]. L'urologie avait 50,97% des hospitalisations.

Dans les pays en développement en général et en Afrique en particulier, les travaux réservés à cette classe d'âge sont rares.

La rareté des études sur les pathologies chez les personnes âgées nous amène à réaliser le présent travail sur les pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU du Point-G avec les objectifs suivants.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Analyser les caractéristiques épidémio-cliniques et évolutives des pathologies chez les personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU du Point-G.

### **Objectifs spécifiques**

- déterminer les motifs d'admission des personnes âgées à la réanimation polyvalente du Point-G ;
- déterminer la prévalence des pathologies chez les personnes âgées en réanimation polyvalente du Point-G ;
- identifier les facteurs de risque et le taux de mortalité des pathologies chez les personnes âgées.

# ***GENERALITES***

## **2- GENERALITES**

### **2-1DEFINITIONS**

#### **✓ Définition de la pathologie**

La pathologie est une étude scientifique systématique des maladies, des modifications de l'état physiologique, un ensemble de signes morbides par lesquels une maladie se manifeste [6].

#### **✓ Définitions d'une personne âgée**

Il n'est pas aisé de donner une définition unique qui pourrait être satisfaisante, à tout point de vue, au terme de « personne âgée » car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, sociaux et économiques varient d'un domaine à un autre.

Au Mali, à la Maison des Aînés, l'âge à partir duquel on est considéré comme une personne âgée est 60 ans.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un sujet âgé est une personne dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans.

Selon les gériatres américains, il y a trois (3) catégories de personnes âgées :

- **1<sup>ère</sup> catégorie** : personnes dont l'âge est compris entre 65 et 74 ans, appelées « Young-old » (Jeunes vieux) ;
- **2<sup>ème</sup> catégorie** : personnes dont l'âge est compris entre 75 et 84 ans, appelées « Middle-old » (Vieux moyens) ;
- **3<sup>ème</sup> catégorie** : personnes dont l'âge est supérieur ou égal à 85 ans, appelées « Old-old » (Vieillards) [6].

## **2-2 RAPPELS DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-SANITAIRE**

### **2-2-1 Approches démographiques**

Selon le Plan d'action national pour la promotion des personnes âgées au Mali, le taux d'accroissement naturel de la population était de 2,9% en 1998, et l'espérance de vie estimée à 61,6 ans en 2001.

Les personnes âgées de 60 ans, ou plus représentaient 5,99% de la population en 1987 et 6,08% en 1998. Le taux d'accroissement moyen des personnes âgées, entre 1998 et 2004, était de 4,3% par an, de loin supérieur au taux d'accroissement naturel de l'ensemble de la population, qui est de 2,9%.

Si leur importance numérique n'est pas négligeable en 1998 (6,08% de la population), l'accroissement de leur nombre dans les années à venir, comme l'indiquent les chiffres de 2004, est visible en raison des progrès de la médecine, et surtout grâce aux progrès de l'hygiène qui conditionnent la diminution de la mortalité générale et l'allongement de l'espérance de vie (Etude de Gaoussou TRAORE, Projet de plan d'action national pour la promotion des personnes âgées au Mali, Draft du 1<sup>er</sup> juin 2005 P-7).

### **2-2-2 Approches de l'autonomie et dimension sociale**

Le vieillissement est un processus évolutif inéluctable qui a des répercussions sur la vie individuelle et sociale.

Plus que l'âge, la connaissance de la qualité de vie antérieure est une information fondamentale dans la prise en charge d'une personne âgée.

D'après les données de l'INSEE, en 1999 en France, près de 80% des personnes de plus de 80 ans vivaient encore à domicile, tandis que 13% vivaient en maison de retraite et 3% en foyer-logement [13].

Le degré d'autonomie, les incapacités, l'état de dépendance, et les handicaps seront des éléments à prendre en compte à la recherche d'un cumul de pathologies pour se faire une idée des perspectives en termes d'autonomie, lorsque la pathologie aiguë est précisée, et pour décider de la conduite thérapeutique [2] [3].

Chaque cas doit être examiné avec soins en fonction de l'état physiologique du patient, et actuellement aucune justification n'existe pour une abstention thérapeutique liée à l'âge seul.

### **2-2-3 Approches de santé**

L'amélioration des conditions d'hygiène de vie, une alimentation mieux équilibrée et les progrès scientifiques réalisés dans le domaine sanitaire ces dernières années, ont comme corollaire la baisse du taux de mortalité et une augmentation de l'espérance de vie. Ceci a pour conséquence logique le vieillissement de la population se traduisant par une croissance numérique des personnes âgées [1].

Ainsi, les services d'urgence sont de plus en plus amenés à prendre en charge les personnes âgées. Compte tenu des altérations des fonctions physiologiques induites par la vieillesse, la personne âgée devient alors potentiellement fragile, et perd son autonomie avec l'âge [2].

Pris isolément, l'âge n'est pas une pathologie ; ce n'est pas non plus un critère d'admission en réanimation sans une détresse vitale.

## **2-3 MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES INDUITES PAR LA VIEILLESSE**

Le vieillissement, qui affecte tous les organes, est un facteur de risque potentiel de la situation pathologique ; il peut diminuer la performance de certains organes et en modifier la présentation clinique.

Certaines conséquences de la vieillesse, moins apparentes, doivent être connues telles que les modifications induites par la vieillesse sur l'appareil cardio-vasculaire, le système nerveux, l'appareil respiratoire, le métabolisme de certaines substances, l'appareil urinaire, et le système immunitaire ..., car elles sont impliquées dans le maintien des fonctions vitales [2][3].

### **2-3-1 Modifications cardiaques**

Le vieillissement du myocarde associe des plages de fibrose, une raréfaction des myosites, ainsi qu'un épaissement de la paroi ventriculaire. Sur le plan qualitatif, les modifications du métabolisme calcique intracellulaire entraînent un défaut de relaxation des interactions myosine actine, tandis que le dépôt de résidus glucidiques sur les fibrilles collagènes entraîne quant à lui une rigidification de la paroi myocardique [11].

Ces deux derniers éléments sont les mécanismes essentiels de l'apparition de la dysfonction diastolique, qui témoigne un défaut de relaxation diastolique et de remplissage ventriculaire. Le corollaire en est l'importance de la systole auriculaire, dont la contribution au remplissage ventriculaire augmente avec l'âge, passant de 15% chez le sujet jeune à près de 50% chez le grand vieillard [11][12].

Lors d'un événement aigu, la diminution de la systole auriculaire peut être source d'une décompensation cardiaque. L'insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée représente près de la moitié des cas d'insuffisance cardiaque au delà de 80 ans [7].

En précisant les critères diastoliques de l'insuffisance cardiaque, VASAN et LEVY soulignent l'importance des facteurs précipitants comme la fibrillation atriale ou le remplissage excessif [8].

La fibrillation atriale est un autre bon exemple des liens étroits entretenus entre le vieillissement et la pathologie. En raison d'une fibrose collagène auriculaire et d'une raréfaction des cellules du nœud sinusal, elle peut précipiter une insuffisance cardiaque, un syndrome confusionnel, un accident vasculaire cérébral, une chute chez le sujet âgé [8][9].

### **2-3-2 Modifications vasculaires**

L'âge tend à diminuer la compliance artérielle par surcharge de la paroi en dépôt lipidique, collagène et de calcium, indépendamment de l'artériosclérose qui est une sénescence vasculaire [10].

Les pressions artérielles systolique et moyenne augmentent, entraînant une hypertension artérielle et un accroissement de la post-charge ventriculaire responsable de l'hypertrophie cardiaque, qui à la longue va entraîner un œdème aigu des poumons [10].

Aux altérations de la paroi artérielle, s'associe une altération du barorécepteur qui accroît le risque d'hypotension orthostatique chez le sujet âgé [9].

Les liens entre l'artériosclérose (vieillesse cardio-vasculaire) et l'athérosclérose (processus pathologique) sont étroits même s'ils sont indépendants.

L'âge représente le plus puissant facteur de risque cardio-vasculaire, et la pathologie cardio-vasculaire est la première cause de mortalité dans le grand âge [11].

### **2-3-3 Modifications respiratoires**

La vieillesse entraîne une modification des fibres d'élastine et de la collagène, augmente la compliance pulmonaire, tandis que la compliance thoracique est diminuée par la cyphoscoliose, les calcifications intercostales et l'arthrose costo-vertébrale [11] [12].

La conséquence en est une diminution de la compliance de l'appareil respiratoire, augmentant le travail du diaphragme dont la force diminue avec l'âge.

Ces phénomènes concourent à une diminution de la force des muscles expiratoires avec une moindre efficacité de l'expiration forcée et de la toux [14]. La capacité pulmonaire totale (CPT) reste constante avec une diminution de la capacité vitale (CV), liée aux modifications des propriétés élastiques, et à une augmentation du volume résiduel (VR) [15] [16]. La dyspnée garde donc toute sa valeur sémiologique.

### **2-3-4 Modifications rénales**

A partir de 40 ans, la masse rénale, le débit sanguin rénal, la filtration glomérulaire diminuent progressivement pour être abaissés d'environ 50% à 80 ans, altérant ainsi la clairance de la créatinine [17].

Cependant, la créatinémie reste stable compte tenu de la baisse de la masse musculaire du fait de la vieillesse. L'eau totale corporelle est diminuée au profit de la masse adipeuse surtout chez la femme [18] ; en revanche, la natrémie, la kaliémie, les ions H<sup>+</sup> et le volume extracellulaire ne sont pas affectés par la vieillesse.

Le sujet âgé est plus sensible aux troubles métaboliques en cas d'agression. La baisse de la filtration glomérulaire expose au risque d'hyperkaliémie et diminue l'adaptation à la charge sodée.

Avec l'âge, elle expose également aux risques d'intoxication médicamenteuse plus élevés avec l'administration de dose normale de l'adulte, tels que les AVK [19].

### **2-3-5 Modifications hépato-digestives**

A partir de 60 ans, les ulcères gastroduodénaux, les lithiases vésiculaires pigmentaires, les cholécystites alithiasiques sont plus fréquentes [20].

L'altération du tissu collagène, la diminution de la force des muscles lisses de la paroi colique exposent le sujet âgé au risque de diverticulose [20]. Les angiomes vasculaires de la paroi digestive sont plus fréquents.

Au niveau hépatique, il semble exister une diminution quantitative de la fonction hépatique sans altération qualitative, les taux des transaminases et les phosphates alcalines restant inchangés [21] [22] [23].

### **2-3-6 Modifications neurologiques**

Le vieillissement neurologique entraîne très souvent un retentissement sur la vie quotidienne du sujet âgé.

Les survenues d'un syndrome confusionnel, de troubles de la mémoire, du travail, des fonctions visuospatiales ainsi que des capacités d'attention sont plus fréquentes avec l'âge croissant. Ces atteintes sont liées à une dégénérescence nerveuse [24].

A 80 ans, la masse neuronale est en moyenne diminuée de 30% avec une diminution de la synthèse des neurotransmetteurs, sans corrélation avec les performances mnésiques mais expliquant la plus grande susceptibilité aux psychotropes [51].

Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente

Le débit sanguin cérébral de repos n'est pas altéré ; cependant, sa régulation est moins efficace, rendant fragile la personne âgée aux variations de débit sanguin cérébral [52] [53].

Les syndromes démentiels augmentent avec l'âge à cause de la dégénérescence nerveuse. L'élément déterminant la prise en compte des handicaps sensoriels, tels que la surdité et la cécité, doit inciter à récupérer au plus tôt les lunettes et les prothèses auditives mettant ainsi fin à un isolement sensoriel parfois invalidant, et qui est constamment anxiogène. Sinon, le sujet perd très souvent son autonomie [26].

Les troubles cognitifs s'inscrivent le plus souvent dans le cadre d'un syndrome confusionnel dont les facteurs déclenchants sont très nombreux dans le grand âge. Ce qui nécessite une recherche active de nombreuses pathologies dont certaines impliquent le pronostic vital, après une prise en charge du facteur déclenchant, la probabilité de régression des éléments confusionnels est dépendante de la cause. Le diagnostic de la confusion doit toujours être évoqué en premier lieu devant les troubles cognitifs ou du comportement dans le cas de l'urgence [24] [25].

La maladie d'ALZHEIMER, première cause de démence neurovégétative chez les sujets âgés, représente 60 à 70% des cas, et est caractérisé par une perte de la mémoire. En plus de la dégénérescence nerveuse, l'âge est un facteur de risque du fait de l'isolement social, du stress, de l'hypertension artérielle, de la cardiopathie, du trouble métabolique, induits par la vieillesse [26].

Toutefois, le syndrome déficitaire neurologique focalisé est rattaché à un accident vasculaire cérébral qui peut être :

- soit l'accident ischémique transitoire ou accident ischémique, constitué par une obstruction partielle ou totale, temporaire ou permanente, d'un réseau artériel du cerveau ;
- soit l'accident hémorragique intra parenchymateux ou méningé.

Devant un syndrome déficitaire brutal neurologique, il faut toujours penser à une hypoglycémie ou à une comitialité partielle comme diagnostic différentiel d'un accident vasculaire cérébral.

### **2-3-7 Système immunitaire**

Avec l'âge, apparaît une diminution de l'efficacité des différentes cellules impliquées dans la réponse immunitaire : lymphocytes, macrophages et granulocytes [25].

Cette diminution de l'immunité, notamment des lymphocytes, des macrophages, des granulocytes, explique le risque accru des infections chez le sujet âgé [25].

### **2-3-8 Modifications cutanées**

La sénescence altère les propriétés de la peau avec une diminution des sécrétions cutanées, des facultés de cicatrisation ; le rôle de protection de la peau est alors diminué. Ainsi, la peau se fragilise face aux agressions. La présence des plis cutanés suite à la perte de l'élasticité cutanée entraîne un problème de diagnostic différentiel de la déshydratation chez le sujet âgé avec la présence des rides cutanées.

Le vieillissement cutané participe à une plus grande susceptibilité du sujet aux infections [29].

### **2-3-9 Modifications sur le métabolisme**

Certaines modifications liées à l'âge ont des conséquences cliniques. La diminution de l'eau totale et de la masse musculaire augmente le risque de surdosage des médicaments hydrosolubles chez le sujet âgé. L'augmentation du tissu adipeux majore le risque d'accumulation des médicaments liposolubles et prolonge ainsi leur action avec une augmentation de risque d'intoxication [30].

La diminution protéique (albumine basse) augmente le risque de surdosage des médicaments dont le site de fixation se trouve sur l'albumine.

Le métabolisme hépatique est globalement diminué avec l'âge, mais c'est surtout la diminution de la fonction rénale avec l'âge, principalement la filtration glomérulaire, qui peut avoir des conséquences délétères [30].

## **2-4 PRINCIPALES DETRESSES EN REANIMATION**

### **2-4-1 Coma**

Le coma est un trouble primitif de la vigilance, caractérisé par une absence de parole, d'ouverture des yeux et des mouvements volontaires.

Cette atteinte peut être en relation avec une lésion cérébrale focale ou une souffrance cérébrale diffuse [30].

Selon l'étiologie, on peut distinguer cinq (5) groupes de coma.

#### **2-4-1-1 Comas vasculaires**

Les accidents vasculaires cérébraux regroupent toutes les atteintes cérébrales liées à un processus pathologique affectant les vaisseaux à destination cérébrale.

En pratique, il est nécessaire de distinguer deux types d'AVC : les AVC hémorragiques et les AVC ischémiques.

Quatre étiologies sont le plus fréquemment retrouvées :

- Athérosclérose des artères à destination cérébrale ;
- Cardiopathies emboligènes ;
- Hypertension artérielle ;
- Malformation artérielle ou artério-veineuse.

Les critères de diagnostic d'un AVC sont essentiellement au nombre quatre (4) :

- le mode d'installation brutale et ou rapide en quelques secondes, minutes ou heures, l'évolution vers la stabilisation ou la régression ;
- la mise en évidence d'un déficit neurologique focal ;

- le groupement des signes neurologiques en syndromes particuliers ;
  - la présence de facteur de risque : âge, HTA, cardiopathie.
- La reconnaissance de ces critères permet d'envisager le diagnostic d'AVC [30].

#### **2-4-1-2 Comas métaboliques**

On note une absence de déficit neurologique focale. En pratique, il est nécessaire de connaître les principales étiologies de ces comas métaboliques.

##### **✓ Coma hypoglycémique**

La glycémie  $< 2,78$  mmol /l définit une hypoglycémie. Le coma hypoglycémique est le coma auquel il faut avoir le réflexe de penser d'abord, surtout chez les diabétiques en traitement (surdosage éventuel des médicaments antidiabétiques).

Toutefois, les situations de réduction des apports alimentaires ou de l'absorption intestinale par une gastro-parésie ou d'entéropathie, certaines tumeurs du pancréas, le décalage des ingestions habituelles par rapport à l'horaire de l'insulinothérapie, favorisent une hypoglycémie.

Les altérations du métabolisme et de l'élimination des médicaments antidiabétiques par une défaillance hépatique ou rénale exposent le

sujet âgé à un risque d'hypoglycémie avec l'administration de la dose normale de l'adulte [21].

Le pronostic est mauvais en l'absence de correction rapide de l'hypoglycémie (avec l'installation de séquelles neurologiques définitives ou même la mort).

### ✓ Coma acido-cétosique

C'est une carence en insuline avec une hyperglycémie de plus de 3 g/l, une glycosurie et une cétonurie. L'évolution se fait en deux phases.

**Pré coma diabétique :** il peut durer un temps plus ou moins long, marqué par :

- une asthénie intense, physique et psychique ;
- des signes digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales et surtout épigastriques, constipation, diarrhée ;
- une polypnée, polyurie, polydipsie, polyphagie ;
- un amaigrissement ;
- une odeur cétonique de l'haleine ;
- des troubles neurologiques : céphalées, état d'obnubilation, vertiges.

**Phase comateuse :** c'est un coma profond calme, sans signe neurologique de localisation, avec une polypnée [21].

✓ **Coma hyper-osmolaire**

C'est en règle générale l'apanage du sujet âgé, aux alentours de la soixantaine, dont le diabète est souvent méconnu ou négligé.

On observe souvent les éléments déclenchants ci-après : diarrhée, sueurs profuses, vomissements, prise de diurétique.

C'est un coma vigilant, stuporeux, sans signe neurologique de localisation ; le signe dominant est une déshydratation intense et globale, une tachycardie ; on note une absence de dyspnée.

On retrouve une glycémie très élevée  $> 5\text{g/l}$ , une glycosurie, sans acétonurie.

Son pronostic est mauvais [21].

✓ **Coma par acidose lactique**

Il est défini par une lactucarium  $> 7\text{mmol/l}$ . Il est d'une grande rareté. On a accusé à l'origine de sa survenue le rôle des biguanides.

C'est un coma à début rapide, de type acidotique, avec une polypnée, peut-être vigilant ou carus.

Il survient souvent en cas de collapsus cardio-vasculaire ou d'anoxie, quelle qu'en soit la cause.

Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente

Son diagnostic est biologique par la présence dans le sang d'une dose élevée d'acide lactique.

Son pronostic est redoutable : collapsus, anurie, troubles du rythme cardiaque.

- ✓ **Autres comas métaboliques** : hypoxémie, hyper-urécémie, coma hépatique.

**2-4-1-3 : Comas traumatiques**

Ils surviennent généralement après un traumatisme crânien lors d'un accident de la voie publique ou par coups et blessures volontaires.

**2-4-1-4 : Comas neurogènes**

L'atteinte du système nerveux central se manifeste sous les formes ci-après :

- ✓ **Abcès du cerveau**

L'abcès du cerveau est une collection purulente d'origine infectieuse développée au sein du tissu cérébral.

Cette collection purulente se comporte comme un processus expansif dont la traduction clinique associe un syndrome d'hypertension intracranienne (céphalées, vomissement en jeu, œdème papillaire) et un syndrome neurologique focal.

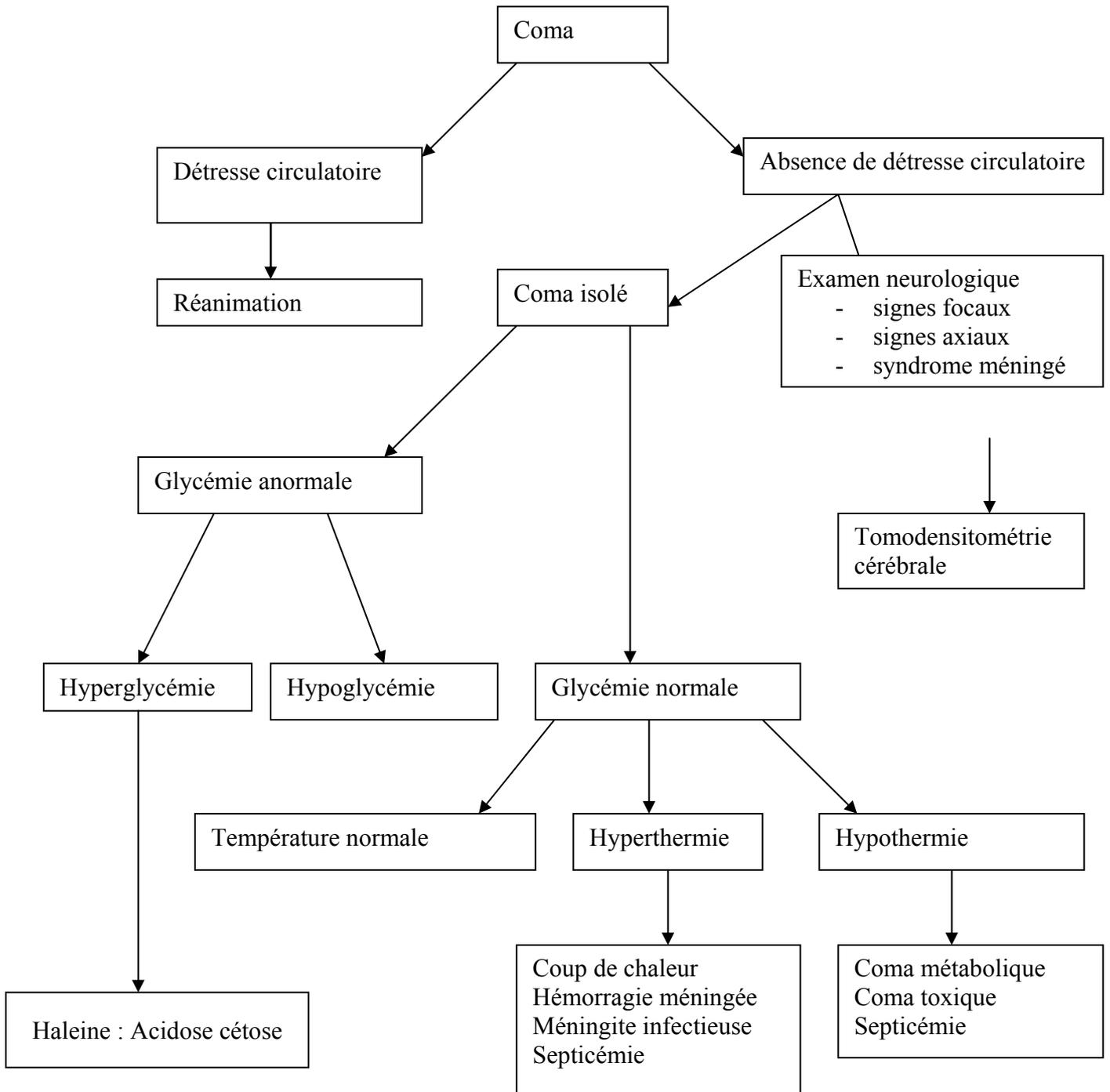
✓ **Tumeur cérébrale**

L'absence d'un syndrome infectieux et/ou d'un syndrome méningé permet de distinguer l'abcès cérébral de la tumeur cérébrale proprement dite.

**2-4-1-5 : Coma toxique**

C'est l'ingestion d'une dose toxique de médicament, soit dans un but d'autolyse, soit par l'administration d'une dose normale de l'adulte chez un sujet âgé à fonctions hépatique et rénale défaillantes [30].

### CAT devant un coma (arbre décisionnel)



## **2-4-2 Etat de choc**

C'est une insuffisance circulatoire aiguë se traduisant par une insuffisance de perfusion tissulaire quelle qu'en soit la cause.

L'équilibre cardio-circulatoire de l'organisme met en jeu trois facteurs :

- le volume circulant (contenu) ;
- le cœur avec son débit (pompe) ;
- le lit vasculaire (contenant).

L'état de choc est une désadaptation du rapport cardio-circulatoire (contenant-contenu-pompe) [22].

Cette désadaptation provoque une anoxie de la cellule qui entraîne le métabolisme tissulaire vers l'anaérobiose au cours duquel le catabolisme d'une molécule de glucose ne produit que 2ATP mais aussi des lactates.

On observe donc une carence énergétique et une accumulation d'acide fort dans le milieu intérieur. L'état de choc est une urgence absolue [11].

Selon l'étiologie, de multiples cas de figures sont envisagés, rendant toute standardisation difficile.

On distingue quatre (4) causes principales de l'état de choc.

#### **2-4-2-1 Choc hypovolemique**

Après une perte du volume sanguin de 20 à 25 %, suite à une hémorragie ou une perte liquidienne abondante, l'altération du baroréflexe va aggraver la chute tensionnelle [9].

#### **2-4-2-2 Choc cardiogénique**

Très souvent, il y a une notion de douleur thoracique. Les principales cause sont : tamponnade, infarctus du myocarde, dissection aortique, embolie pulmonaire [21].

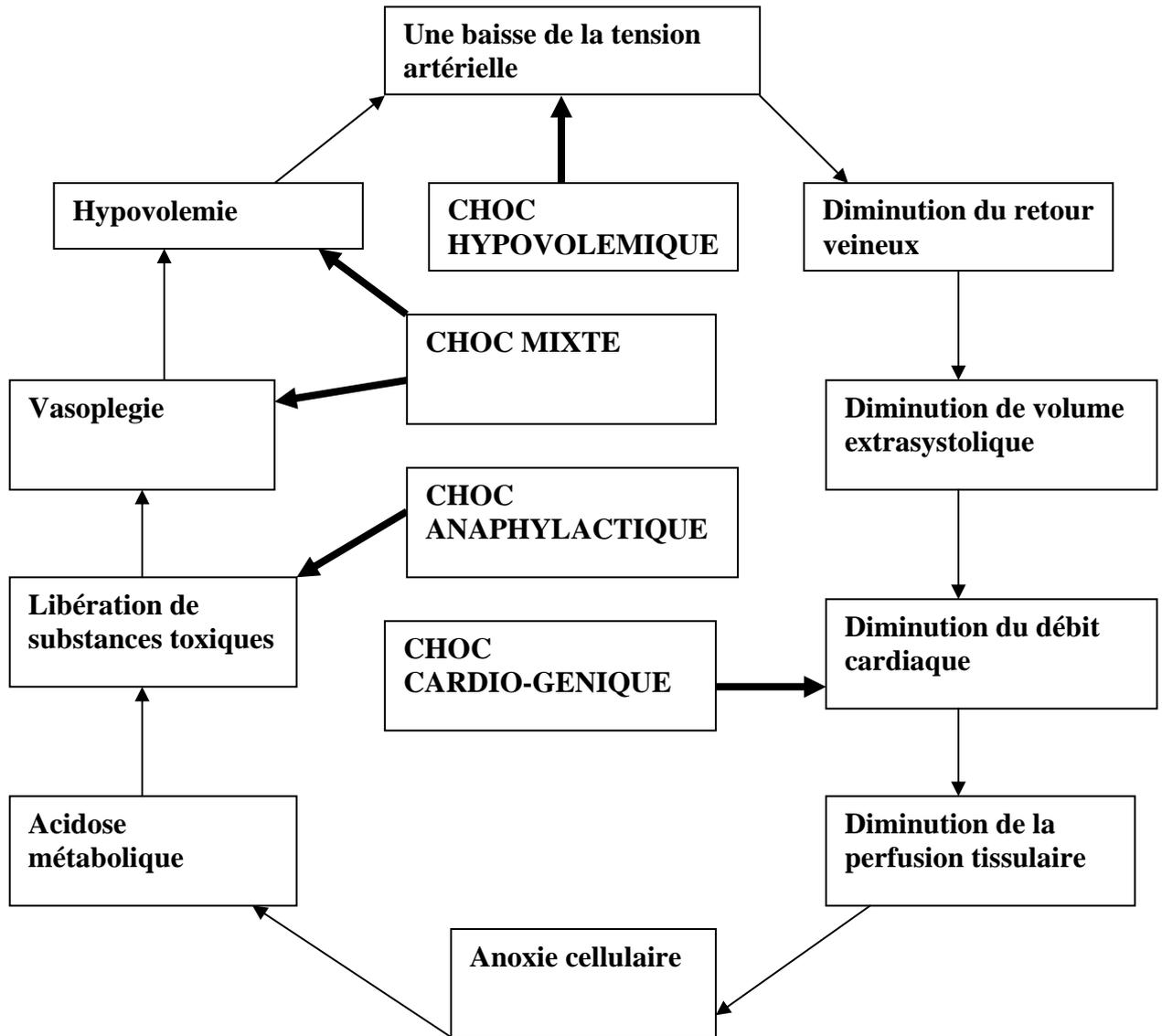
#### **2-4-2-3 Choc septique**

Il survient généralement au cours d'une infection sévère.

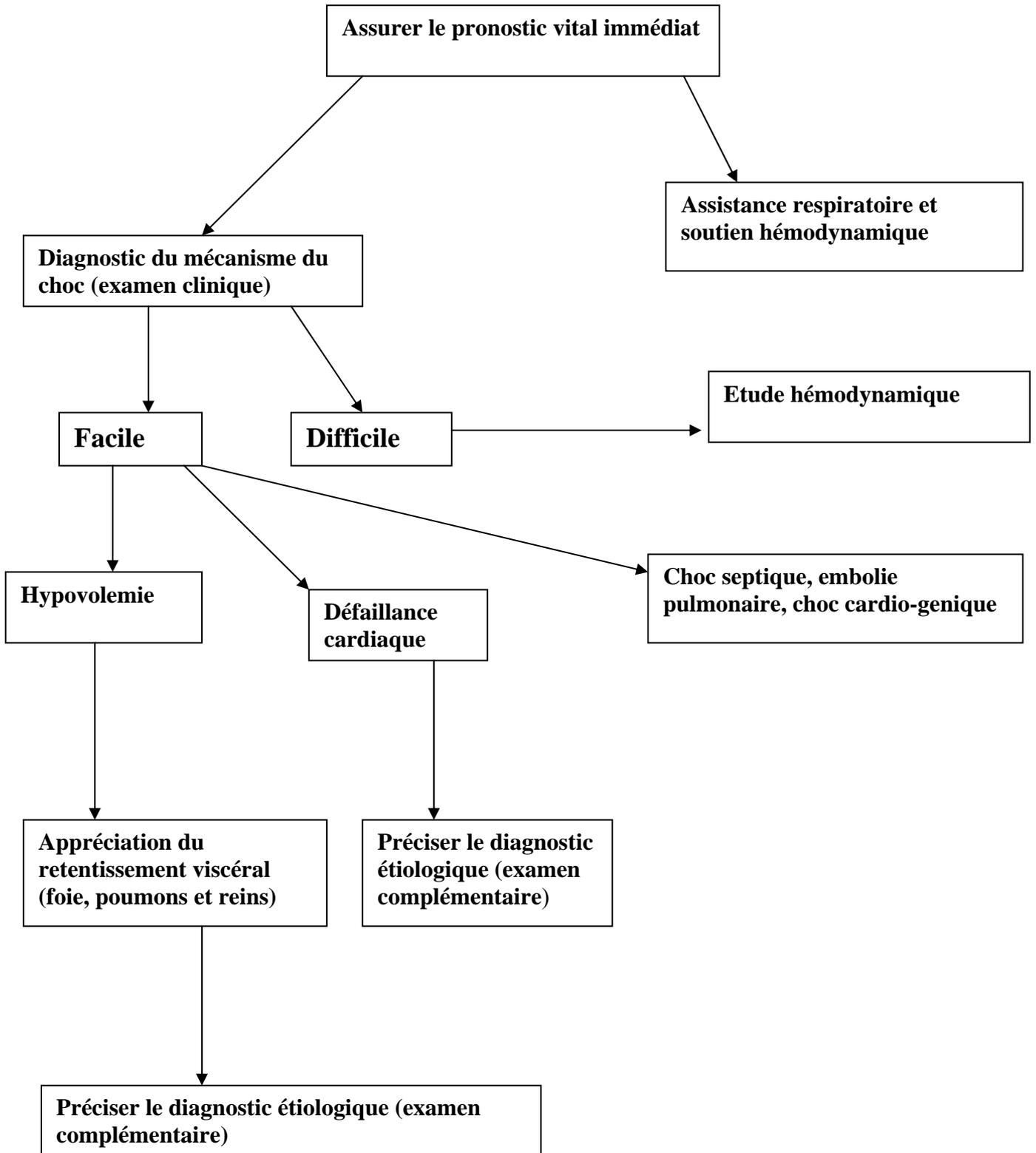
#### **2-4-2-4 Choc anaphylactique**

C'est une hyper réaction immédiate à un produit après son injection dans l'organisme qui se manifeste par une vaso-plégie avec une chute brutale de la pression artérielle.

Etat de choc : CYCLE DE MOORE



CAT devant un état de choc



### **2-4-3 Collapsus cardio-vasculaire**

C'est une chute brutale ou progressive de la pression artérielle, non réversible spontanément, entraînant une hypoxie tissulaire en mettant en jeu à très court terme, le pronostic vital, d'une part, et d'autre part le pronostic fonctionnel notamment rénal et cérébral.

On parle de collapsus cardio-vasculaire lorsque la tension systolique est inférieure à 8 mmhg ; il y a ischémie d'organes vitaux, dont souffrent principalement le rein, le foie, le myocarde et le cerveau [31].

Le collapsus sera le plus souvent rangé dans un des grands cadres suivants.

#### **2-4-3-1 Collapsus par une perte sanguine**

Il survient au détour d'une hémorragie importante extériorisée ou interne entraînant une hypovolemie [9].

#### **2-4-3-2 Collapsus d'origine cardiaque**

La pompe cardiaque est inefficace. Les principales causes en sont généralement l'infarctus du myocarde, la tamponnade péricardique, l'embolie pulmonaire...

### **2-4-3-3 Collapsus d'origine infectieuse**

C'est une complication sévère d'une septicémie qui peut être accompagné d'une hyperthermie ou d'une hypothermie [24].

Plus rarement, on aura affaire à un collapsus par choc hémolytique, anaphylactique, endocrinien ou par intoxication.

La survenue d'un collapsus impose de la part du médecin, d'une part, la réflexion pour en découvrir la cause ou du moins le mécanisme, d'autre part, la rapidité de la prise en charge, car le collapsus cardiovasculaire reste encore une cause fréquente de mort, souvent par erreur thérapeutique.

### **2-4-4 Détresses respiratoires aiguës**

Il s'agit des troubles de la respiration aiguë, se manifestant par une sensation d'étouffement pouvant aller jusqu'à l'asphyxie. Leur prise en charge est une urgence absolue, et parfois en milieu de soins intensifs [12].

#### **2-4-4-1 Polypnées superficielles**

C'est une accélération anormale du rythme respiratoire ; la durée du cycle respiratoire est courte [32].

#### **2-4-4-2 Bradypnées inspiratoires**

L'inspiration est anormalement longue, souvent bruyante, avec tirage sus sternal.

#### **2-4-4-3 Bradypnées expiratoires**

L'expiration est anormalement longue. On note souvent un sifflement à l'auscultation parfois à distance.

Cette classification de la dyspnée est capitale pour diagnostiquer l'étiologie probable de la détresse respiratoire.

#### **2-4-4-4 Signes de gravité d'une détresse respiratoire**

Ils ne sont pas présents dans toutes les dyspnées, mais lorsqu'ils existent, ils appellent des mesures d'extrême urgence [32]. Ce sont :

- **les signes d'asphyxie** : cyanose, sueurs profuse, tachycardie supérieure à 120/mn, agitation, SPO<sub>2</sub><90% ;
- **la pâleur des muqueuses** ;
- **un trouble de la conscience.**

#### **2-4-4-5 Signes d'alarme d'une détresse respiratoire**

Ce sont :

- **un silence auscultatoire ;**
- **une pause respiratoire ;**
- **un collapsus cardiovasculaire ;**
- **une obnubilation, parfois même un coma.**

#### **2-4-4-6 Diagnostics étiologiques**

##### **2-4-4-6-1 Dyspnées hémodynamiques**

Elles sont secondaires à une élévation de la pression dans la veine pulmonaire, avec une inondation du tissu interstitiel puis des alvéoles pulmonaires par la sérosité sanguine (transsudat ou exsudat) réalisant un œdème aigu des poumons avec une asphyxie soudaine nécessitant une thérapeutique d'urgence [10].

Les aspects étiologiques de l'OAP sont :

- **l'OAP hémodynamique** : cet accident apparaît surtout chez un cardiopathe connu (insuffisance ventriculaire gauche, valvulopathie mitral, infarctus du myocarde, surtout l'HTA) ou non [6] ;

- **l'OAP lésionnel** : cet accident apparaît en cas d'infection pulmonaire sévère, de brûlure très étendue, de noyade, de syndrome de MENDELSON (inhalation du contenu gastrique) ;
- **l'embolie pulmonaire** : c'est une obstruction des artères pulmonaires par un thrombus provenant d'une thrombose veineuse [30].

Elle survient surtout dans un contexte de phlébite, de chirurgie du petit bassin, d'un alitement prolongé, d'une hyperlipidémie...

Elle se manifeste par une sensation dyspnéisante à début brutal, et s'accompagne d'une chute tensionnelle, d'une douleur thoracique.

#### **2-4-4-6-2 Dyspnées parenchymateuses**

Ce sont les pneumopathies et les broncho-pneumopathies aiguës ; surtout lors des infections bactériennes sévères, parfois extensives.

La forme clinique extrême en est un œdème lésionnel des parenchymes pulmonaires [32].

#### **2-4-4-6-3 Dyspnées bronchiques**

L'asthme est une pathologie bronchique chronique. Il s'agit d'un syndrome caractérisé par une obstruction bronchique spontanément réversible, en rapport avec hyperréactivité bronchique en réponse à des stimuli divers [17].

Le bronchospasme, l'œdème et l'hypersécrétion bronchique vont être à la base de la formation d'un bouchon muqueux provoquant une obstruction bronchique responsable d'une détresse respiratoire aiguë. L'asthme aigu grave est une crise d'asthme inhabituelle qui, par sa gravité, met en jeu le pronostic vital à court terme. Il s'agit de l'une des causes les plus fréquentes de détresse respiratoire aiguë [17].

#### **2-4-4-6-4 Causes générales**

Les anémies aiguës sont les plus fréquentes ; elles réalisent un collapsus cardiovasculaire hypovolemique ou une polypnée superficielle chez un malade non fatigué, non choqué (pâleur des téguments et des muqueuses, souffle systolique n'irradiant pas, pouls rapide, hypotension) [17].

#### **2-4-5 Insuffisance rénale aiguë**

C'est une altération rapide, voire brutale de la fonction rénale, caractérisée par une élévation du taux sanguin de l'urée et de la créatinine [28].

Le pronostic vital de l'IRA reste sombre du fait de la gravité de la pathologie initiale et d'une défaillance poly-viscérale associée.

La physiopathologie d'une insuffisance rénale aiguë reconnaît trois (3) mécanismes de survenue : une hypoperfusion, une atteinte du parenchyme rénal et une obstruction sur les voies excrétrices. Ces mécanismes permettent de définir trois (3) types d'insuffisance rénale aiguë [28].

### **2-4-5-1 IRA pré-rénale**

Elle est due à la baisse du débit sanguin rénal entraînant une chute du débit de filtration glomérulaire. Elle est la conséquence d'une sous-perfusion (une hypovolemie vraie, une insuffisance cardiaque, etc.) [28].

### **2-4-5-2 IRA post-rénale**

Elle est due à une obstruction des voies excrétrices par un caillot de sang, un calcul, une tumeur, un rétrécissement . . .

### **2-4-5-3 IRA intrinsèque**

C'est une atteinte organique ; elle peut être d'origines vasculaire (angéite), glomérulaire (glomérulonéphrite aiguë), interstitielle (toxique ou infectieuse) ou tubulaire (secondaire à une précipitation tubulaire de débris de nécrose tubulaire) [28].

# ***METHODOLOGIE***

### **3 - METHODOLOGIE**

#### **3-1 Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective, exhaustive, non randomisée.

#### **3-2 Période d'étude**

Notre étude a été réalisée sur une période de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2007.

#### **3-3 Cadre d'étude**

L'étude a été réalisée dans le Service de Réanimation Polyvalente du CHU du Point-G.

Le CHU du Point-G est situé à 8 km du centre-ville de Bamako, et regroupe 18 Services dont le Service de Réanimation Polyvalente, qui comporte :

- neuf (9) lits équipés chacun d'un moniteur fixes, d'un moniteur mobile multifonctionnel ; les moniteurs fixes sont reliés à un moniteur central avec imprimante ;
- du matériel d'aspiration de mucosécrétions ;
- un (1) électrochoc, défibrillateur ;
- du matériel d'assistance ventilatoire ;
- des seringues électriques.

Le personnel de la Réanimation Polyvalente est composé de :

- un (1) Professeur agrégé anesthésiste réanimateur, Chef de service ;
- deux (2) médecins anesthésistes réanimateurs ;
- un (1) assistant médical ;
- deux (2) techniciens supérieurs ;
- deux (2) aides-soignants ;
- deux (2) techniciens de surface ;
- des stagiaires (étudiants de la FMPOS et de l'INFTS).

### **3-4 Population d'étude**

Notre population d'étude a été tous les patients hospitalisés dans le Service de Réanimation Polyvalente du CHU du Point G, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2007, quelle que soit la pathologie.

#### **3-4-1 Critères d'inclusion**

Étaient inclus dans l'étude tous les patients dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans, admis dans ledit Service en 2007, quels que soient le sexe et la pathologie.

#### **3-4-2 Critères de non inclusion**

Ont été exclus de l'étude tous les patients dont l'âge n'a pas pu être déterminé, et ceux âgés de moins de 65 ans.

### **3-5 Méthodes**

Le recrutement des patients était réalisé dans la Réanimation Polyvalente du CHU du Point-G ; les patients inclus dans notre étude ont fait l'objet d'une évaluation clinique complète et d'examen paracliniques.

Le registre d'hospitalisation nous a permis d'avoir l'effectif des patients admis durant la période d'étude.

Un dossier médical a été réalisé pour chaque malade admis, et dans lequel étaient consignés l'identité du patient, le motif d'admission, les paramètres cliniques, le diagnostic, le traitement et l'évolution.

Une fiche de collecte de données nous permettait de recueillir, pour chaque patient inclus dans l'étude, les variables nécessaires, à savoir :

- données sociodémographiques : âge, sexe ;
- antécédents ;
- motif d'admission ;
- troubles neurologiques ;
- troubles hémodynamiques ;
- troubles respiratoires ;
- diagnostic ;
- facteurs de risque ;
- évolution.

### **3-6 Gestion et analyse des données**

Le traitement et la saisie du texte ont été réalisés grâce au logiciel Word XP 2003.

L'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS 11.

Le graphique a été réalisé à partir du logiciel Excel.

# ***RESULTATS***

## **4 - RESULTATS**

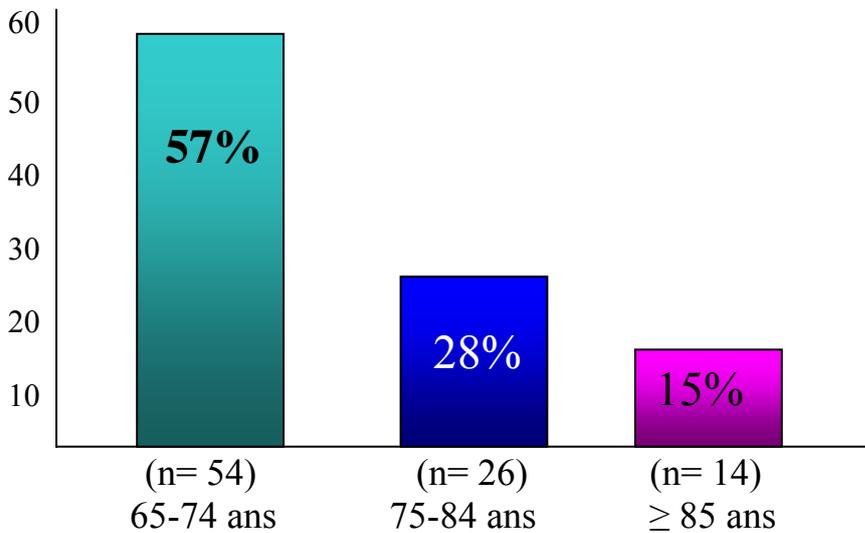
### **4-1 Fréquence globale**

Sur une période de 12 mois, nous avons colligé 94 personnes âgées sur 484 patients admis en Réanimation Polyvalente du Point-G., soit une fréquence globale de 19,42% de personnes âgées.

Les pathologies diagnostiquées étaient médicales dans 78,72% (n=74) des cas et chirurgicales dans 21,28% (n=20).

### **4-2 Etude descriptive**

#### **4-2-1 Caractéristiques sociodémographiques**



La tranche d'âge de 65-74 ans était prédominante avec 57%, soit 54 patients.

La moyenne d'âge était de 74,68 ans avec des extrêmes de 65 ans et 95 ans.

**Figure 1** : Tranche d'âge

**Tableau I** : Répartition des patients en fonction du sexe

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	41	44
<b>Féminin</b>	<b>53</b>	<b>56</b>
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

56% de nos patients étaient de sexe féminin, soit 53 patients sur 94, avec un sex-ratio de 1,2.

#### **4-2-2 Caractéristiques cliniques de la population**

**Tableau II** : Répartition des patients en fonction des antécédents

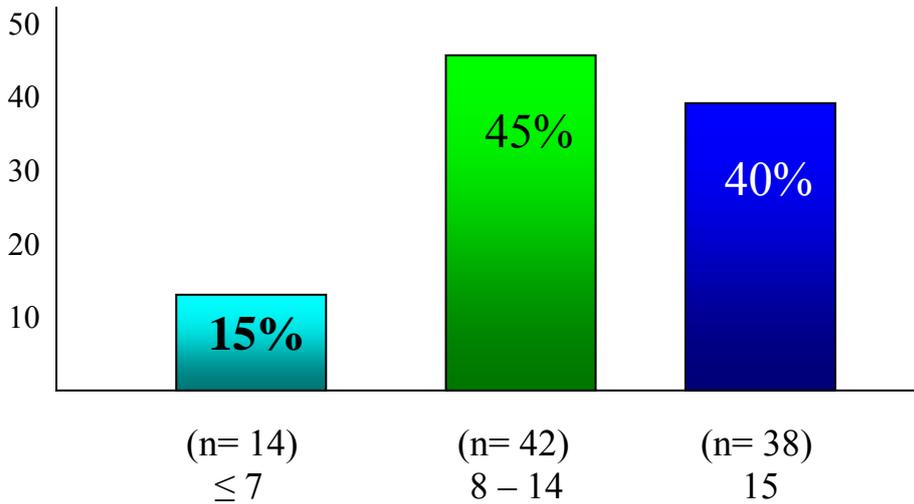
<b>Antécédents</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>HTA</b>	<b>51</b>	<b>54</b>
Diabète	13	14
Asthme	2	2
Cardiopathie	5	5
Ulcère gastrique	15	15
Chirurgicaux	6	6
Autres	2	2
Sans antécédents	10	11

Un patient pouvait avoir plusieurs antécédents.

**Tableau III** : Distribution des motifs d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Altération de la conscience</b>	<b>49</b>	<b>52</b>
Altération de l'état général	10	11
Détresse respiratoire	8	9
Collapsus cardiovasculaire	4	4
Pathologies chirurgicales	20	21
Brûlure thermique	2	2
Morsure de serpent	1	1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

L'altération de la conscience était le motif d'admission de 52% de nos patients, soit 49 patients sur 94.



15% de nos patients avaient un Glasgow inférieur ou égal à 7, soit 14 patients sur 94.

**Figure 2** : Score de Glasgow à l'admission

**Tableau IV** : Répartition des patients en fonction de la pression artérielle

<b>Pression artérielle (en mmhg)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normale < 140/90	34	36,17
Hypotension : moins de 20%	10	10,64
<b>Hypertension <math>\geq</math> 140/90</b>	<b>50</b>	<b>53,19</b>
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

53,19% des patients à l'admission avaient une hypertension artérielle, soit 50 sur 94 patients.

10,64% étaient en hypotension, soit 10 sur 94 patients.

**Tableau V** : Répartition des patients en fonction de la température corporelle

<b>Température corporelle (en degré celsius)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normo thermie [35°6-37°8]	75	79,79
Hypothermie $\leq$ 35°6	6	6,38
Hyperthermie $\geq$ 37°8	<b>13</b>	<b>13,83</b>
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

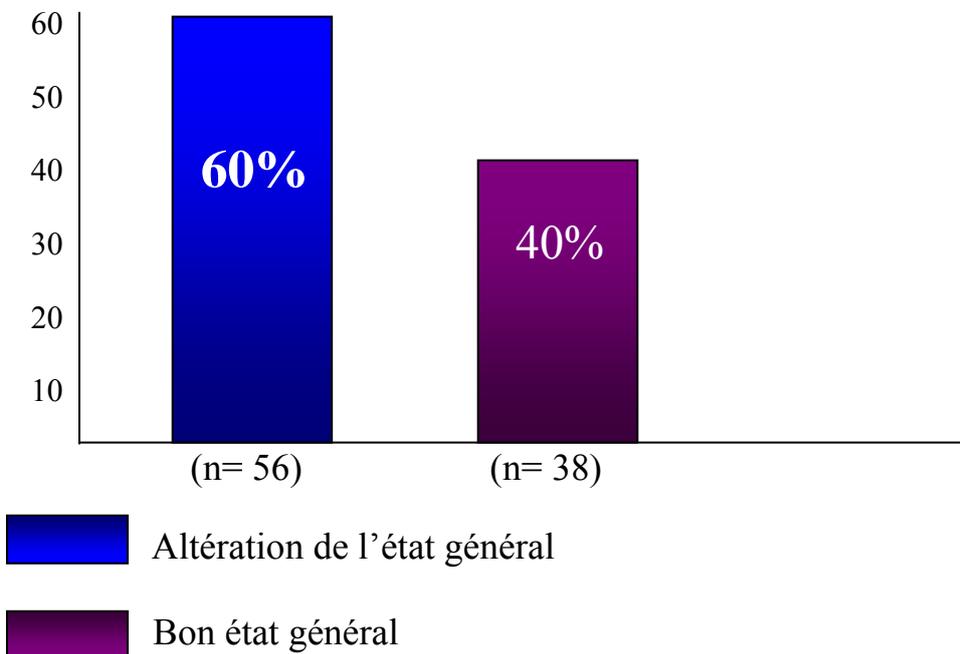
Dans notre série, 13,83% des patients avaient une hyperthermie à l'admission, soit 13 patients sur 94.

6,38% des patients étaient en hypothermie, soit 6 patients sur 94.

**Tableau VI** : Répartition des patients en fonction de la diurèse

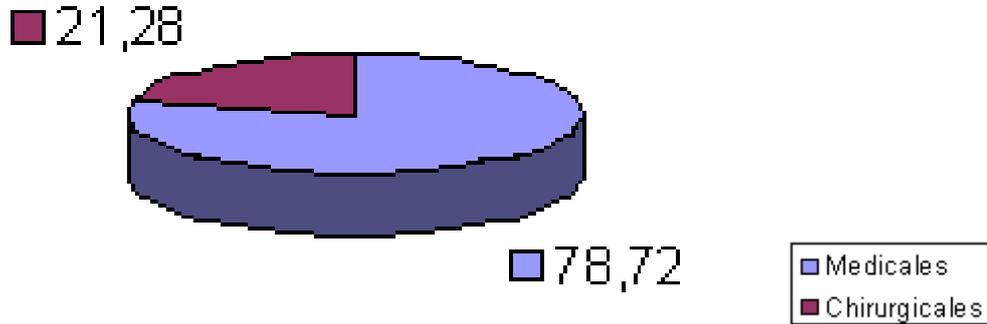
Diurèse (cc/kg/H)	Effectif	Pourcentage
Normale 0,5-1,5 cc/kg/H	42	45
Polyurie > 1,5 cc/kg/H	12	13
Oligurie < 0,5 cc/kg/H	38	40
Anurie < 200 cc/24 H	2	2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Dans la série, 2% des patients étaient en anurie, 40% en oligurie, et 13% en polyurie ; soit respectivement 2,38 et 12 patients sur 94.



60% de nos patients avaient une altération de l'état général, soit 56 patients sur 94.

**Figure 3** : Etat général des patients



Les pathologies médicales représentaient 78,72% des indications, soit 74 patients sur 94.

**Figure 4** : Indication des pathologies

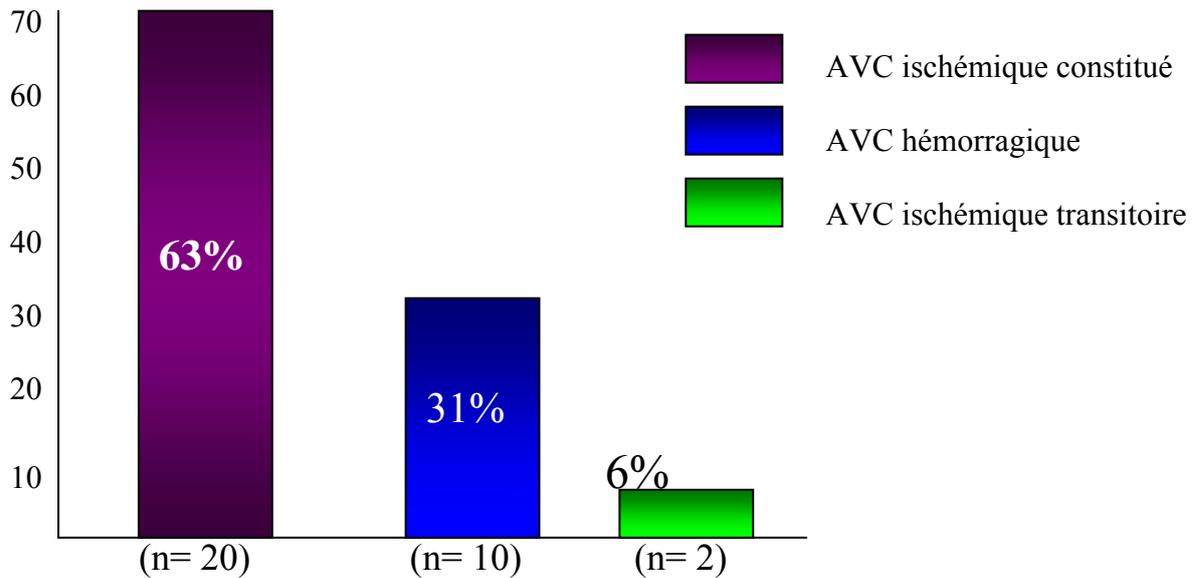
#### **4-2-3 Diagnostics, facteurs de risque et évolution**

**Tableau VII** : Répartition des patients avec une altération de la conscience selon les pathologies

<b>Pathologies</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Accident vasculaire cérébral</b>	<b>32</b>	<b>65</b>
Déséquilibre glycémique	14	29
Méningites	1	2
Traumatisme crânien	1	2
Tumeur cérébrale	1	2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

65% de nos patients avec une altération de la conscience avaient une atteinte vasculaire cérébrale, soit 32 patients sur 49.

*Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente*



63% des AVC étaient ischémiques constitués soit 20 patients sur 32 cas.  
31% étaient hémorragiques, soit 10 patients.

**Figure 5** : Type d'accident vasculaire cérébral

**Tableau VIII** : Facteurs de risque d'atteinte vasculaire cérébrale ischémique

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
<b>Plaque d'athérome du TBC</b>	<b>6</b>	<b>27</b>
Hyperlipidémie	5	23
HTA	4	18
Diabète	2	9
Cardiopathie emboligène	2	9
Hypercholestérolémie	2	9
CIVD	1	5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

27% des patients avec un AVC ischémique avaient une thrombose du TBC comme facteur de risque, soit 6 patients sur 22 cas d'AVC ischémique. 23% avaient une hyperlipidémie, soit 5 patients.

**Tableau IX** : Facteurs de risque d'atteinte vasculaire cérébrale hémorragique

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>HTA</b>	<b>9</b>	<b>90</b>
Malformation artério-veineuse	0	0
Anévrisme artériel cérébral	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

L'hypertension artérielle était le facteur de risque chez 90% de nos patients avec une atteinte vasculaire cérébrale hémorragique, soit 9 patients sur 10 cas.

**Tableau X** : Evolution des accidents vasculaires cérébraux

<b>Evolution</b> <b>Type de l'AVC</b>	<b>Favorable</b>		<b>Décès</b>		<b>Total</b>	
	<b>Eff.</b>	<b>%</b>	<b>Eff.</b>	<b>%</b>	<b>Eff.</b>	<b>%</b>
AVCIC	4	13	16	50	20	63
AVCIT	2	6	0	0	2	6
AVCH	2	6	8	25	10	31
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>75</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

75% des patients avec une atteinte vasculaire cérébrale sont décédés, soit 24 sur 32 cas d'AVC.

**Tableau XI :** Répartition des patients diabétiques en fonction des complications aiguës

Type de complication aiguë	Effectif	Pourcentage
Coma hyper-osmolaire	8	57
Coma acido-cétosique	4	29
Coma hypoglycémique	2	14
Coma acidose lactique	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Le coma hyper-osmolaire représentait 57% des complications aiguës du diabète, soit 8 patients sur les 14 cas.

**Tableau XII :** Répartition des complications aiguës du diabète selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
<b>Suivi irrégulier</b>	<b>8</b>	<b>57,14</b>
Corticothérapie	2	14,29
Antidiabétiques hypoglycémifiants	1	7,14
Tumeur du pancréas	1	7,14
Infections bactériennes	2	14,29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

57,14% des patients avec une complication aiguë du diabète étaient irrégulièrement suivis, soit 8 patients sur les 14 cas.

**Tableau XIII** : Répartition des patients diabétiques en fonction des complications aiguës et de l'évolution

<b>Evolution</b> <b>Complication aiguë</b>	<b>Favorable</b>		<b>Décès</b>		<b>Total</b>	
	<b>Eff.</b>	<b>%</b>	<b>Eff.</b>	<b>%</b>	<b>Eff.</b>	<b>%</b>
<b>Coma hyper-osmolaire</b>	2	14	6	<b>43</b>	8	57
Coma acido-cétosique	3	22	1	7	4	29
Coma hypoglycémique	2	14	0	0	2	14
Coma acido-lactique	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>50</b>	<b>7</b>	<b>50</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

50% des patients avec une complication aiguë du diabète sont décédés, soit 7 patients sur 14 cas. Le coma hyper-osmolaire avait le plus grand taux de mortalité 43%, soit 6 patients sur 14.

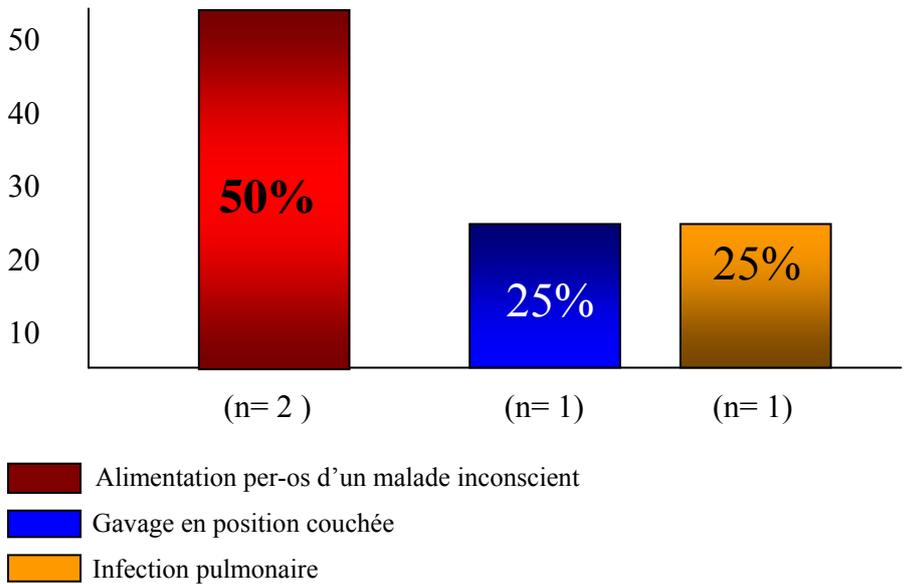
**Tableau XIV** : Répartition des patients en détresses respiratoires aiguës en fonction de l'étiologie

<b>Diagnostic</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Œdème aigu des poumons	2	25
<b>Pneumopathie lésionnelle</b>	<b>4</b>	<b>50</b>
Asthme aigu grave	1	12,5
Tumeur médiastinale	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

50% des patients en détresse respiratoire avaient une pneumopathie lésionnelle, soit 4 patients sur 8.

L'œdème aigu des poumons représentait 25% des détresses respiratoires, soit 2 patients sur 8.

*Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente*



50% des patients avec une pneumopathie lésionnelle, inconscients, étaient alimentés par la bouche par les accompagnants, soit 2 patients sur 4.

**Figure 6** : Facteurs de risque de pneumopathies lésionnelles

**Tableau XV** : Répartition des patients avec un OAP selon l'étiologie

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Insuffisance mitrale	1	50
Rétrécissement aortique	1	50
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Le rétrécissement aortique et l'insuffisance mitrale avaient causé chacun 50% des OAP, soit 1 patient sur 2 cas d'OAP.

**Tableau XVI** : Evolution des détresses respiratoires aiguës

Evolution Diagnostic	Favorable		Décès		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Pneumopathie lésionnelle	1	12,5	3	37,5	4	50
OAP	1	12,5	1	12,5	2	25
Asthme	1	12,5	0	0	1	12,5
Tumeur médiastinale	0	0	1	12,5	1	12,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>37,5</b>	<b>5</b>	<b>62,5</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

62,5% des patients en détresse respiratoire sont décédés, soit 5 patients sur 8.

37,5% des décès étaient des pneumopathies lésionnelles, soit 3 patients.

**Tableau XVII** : Répartition des complications de l'insuffisance hémodynamique

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Etat de choc hypovolemique	2	50
Etat de choc cardiogénique	1	25
Etat de choc septique	1	25
Etat de choc anaphylactique	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

L'état de choc hypovolemique représentait 50% des complications de l'insuffisance hémodynamique, soit 2 patients sur 4 cas.

**Tableau XVIII** : Répartition des patients avec une insuffisance hémodynamique en fonction de l'étiologie

<b>Etiologie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hypovolemie	2	50
Septicémie	1	25
Insuffisance cardiaque gauche	1	25
Contact avec un allergène	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

50% des insuffisances hémodynamiques étaient dues à une hypovolemie, soit 2 cas sur 4.

**Tableau XIX** : Evolution des insuffisances hémodynamiques

<b>Evolution</b> <b>Diagnostic</b>	<b>Favorable</b>		<b>Décès</b>		<b>Total</b>	
	<b>Eff.</b>	<b>%</b>	<b>Eff.</b>	<b>%</b>	<b>Eff.</b>	<b>%</b>
Etat de choc hypovolemique	2	50	0	0	2	50
Etat de choc cardiogénique	0	0	1	25	1	25
Etat de choc septique	0	0	1	25	1	25
Etat de choc anaphylactique	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

50% des patients avec une insuffisance hémodynamique sont décédés, soit 2 sur 4 cas.

Les états de chocs cardiogénique et septique avaient le plus grand taux de mortalité, soit 25% chacun.

**Tableau XX** : Répartition des patients des patients avec une pathologie chirurgicale

Indication opératoire	Effectif	Pourcentage
Tumeur gastrique	<b>10</b>	<b>50</b>
Péritonite par perforation gastrique	3	15
Sténose de l'oesophage	2	10
Goitre nodulaire	1	5
Occlusion intestinale	3	15
Cancer de la prostate	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La gastrectomie présentait 50% des pathologies chirurgicales, soit 10 sur 20 cas.

**Tableau XXI** : Evolution des pathologies chirurgicales

Evolution Pathologies	Favorable		Décès		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Tumeur gastrique	7	35	3	15	10	50
Péritonite par perforation gastrique	3	15	0	0	3	15
Sténose de l'oesophage	0	0	2	10	2	10
Goitre nodulaire	1	5	0	0	1	5
Occlusion intestinale	2	10	1	5	3	15
Cancer de la prostate	0	0	1	5	1	5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

35% des patients admis pour une pathologie chirurgicale sont décédés, soit 7 patients sur 20 cas.

**Tableau XXII** : Taux de mortalité

<b>Evolution</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Favorable	42	44,68%
<b>Décédé</b>	<b>52</b>	<b>55,32%</b>
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Le taux de mortalité globale était de 55,32%, soit 52 sur 94 patients.

*COMMENTAIRES*  
*ET*  
*DISCUSSIONS*

## **6- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **6-1 Méthodologie**

Les 94 patients de notre étude prospective de 12 mois, ont été colligés dans le Service de Réanimation du CHU du Point-G. Ils ont tous été suivis du premier jour de leur hospitalisation jusqu'à la fin de leur séjour en réanimation.

Notre étude avait des limites : l'indisponibilité de certains examens complémentaires en urgence, le manque de moyens financiers.

### **6-2 Fréquence des hospitalisations gériatriques**

Durant 12 mois, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2007, nous avons colligé 94 dossiers de personnes âgées sur 484 patients admis en Réanimation du CHU du Point-G, soit une fréquence globale de 19,42%.

### **6-3 Données sociodémographiques**

#### **6-3-1 Age**

Nous avons observé une prédominance de la tranche d'âge de 65-74 ans. L'âge moyen était de 74,68 ans, avec des extrêmes de 65 et de 95 ans. Aucun centenaire n'a été observé dans notre série. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Tog-yeum NAGOR à savoir 74 ans comme âge moyen [4].

La morbidité et la mortalité augmentent avec l'âge [35]. Pourtant, les taux de morbidité et de mortalité ne sont pas plus élevés chez les octogénaires en bonne condition physique que chez les adultes jeunes,

devant bénéficier du même type d'intervention chirurgicale. Il est habituel d'affirmer que, plus que l'âge chronologique, c'est l'âge physiologique, et donc l'état de santé antérieur, qu'il faut prendre en compte [36].

### **6-3-2 Sexe**

Dans notre étude, le sexe féminin était prédominant, soit 56% avec un sexe-ratio de 1,2.

Cette prédominance féminine s'oppose aux résultats de DAOU B. [33] et de Tog-yeum NAGOR [4] qui ont trouvé respectivement 87,5% et 61% de sexe masculin.

Cette différence s'explique par la fréquence élevée de l'adénome de la prostate dans ces deux études.

### **6-4 Facteurs de risque**

Environ 40,43% de nos patients étaient poly pathologiques chroniques. DAOU B. [33] avait une tendance similaire avec 62% de patients poly pathologiques.

Dans la littérature, l'âge représente le plus puissant facteur de risque cardio-vasculaire, et la pathologie cardio-vasculaire est la première cause de mortalité dans le grand âge [11]. Les accidents vasculaires cérébraux regroupent toutes les atteintes cérébrales liées à un processus pathologique affectant les vaisseaux à destinée cérébrale [30]. En pratique, il est nécessaire de distinguer deux types d'AVC : les AVC hémorragiques et les AVC ischémiques.

Quatre étiologies sont le plus fréquemment retrouvées :

- Athérosclérose des artères à destinée cérébrale ;
- Cardiopathies emboligènes ;
- Hypertension artérielle ;
- Malformation artérielle ou artério-veineuse [30].

Notre étude n'a pas fait exception ; l'hypertension artérielle était le facteur de risque le plus fréquent, soit 90% des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques. Une plaque d'athérome du tronc brachio-céphalique était le facteur de risque le plus fréquent chez nos patients avec un AVC ischémique, soit 27%.

Le coma hyper-osmolaire est en règle générale l'apanage du sujet âgé, aux alentours de la soixantaine, dont le diabète est souvent méconnu ou négligé [21]. Dans notre étude, 57% des complications aiguës du diabète étaient le coma hyper-osmolaire ; 57,14% de ces patients étaient irrégulièrement suivis.

L'OAP apparaît surtout chez un cardiopathe connu (insuffisance ventriculaire gauche, rétrécissement aortique...) [6]. Dans notre étude, 100% des OAP étaient des attentions cardiaques gauches.

A partir de 60 ans, les ulcères gastro-duodénaux sont plus fréquents, et il y a une diminution de la force des muscles lisses de la paroi colique qui expose le sujet âgé à une diverticulose [20]. Notre étude qui ne fait pas exception à cette règle, avait une fréquence élevée de tumeur gastrique et d'occlusion intestinale, soit respectivement 50% et 15%

des pathologies chirurgicales. Ce résultat est différent de celui de CISSOUMA M. [34], qui avait une pathologie urologique prédominante avec 61%, dont l'adénome de la prostate était la pathologie urologique prédominante avec 73,6%.

### **6-5 Motif d'admission**

52% des patients étaient admis pour une altération de la conscience, 21% pour une pathologie chirurgicale.

Dans l'étude de CISSOUMA M. [34], 61% étaient admis pour une rétention d'urine.

Le motif d'admission varie selon les spécialités.

### **6-6 Gestes de réanimation**

Dans la série, 21% de nos patients avaient un GLASGOW $\leq$ 9, et ont bénéficié d'une intubation nasotrachéale ; 4% ont bénéficié d'une voie veineuse centrale, 2% ont été mis sous assistance respiratoire, et 2% ont été dialysés.

### **6-7 Pathologies**

L'âge tend à diminuer la compliance artérielle par surcharge de la paroi en dépôt lipidique, collagène et de calcium, indépendamment de l'artériosclérose qui est une sénescence vasculaire [10]. L'âge représente le plus puissant facteur de risque cardio-vasculaire, et la pathologie cardio-vasculaire est la première cause de mortalité dans le grand âge [11]. Ce qui est vérifié dans notre étude, avec une prédominance de pathologies cardiovasculaires, soit 40,43%.

Ce résultat est différent de celui de CISSOUMA M. [34], qui avait une prédominance de l'adénome de la prostate de 73,6%.

Les AVC étaient plus fréquents, soit 84,21% ; suivi par le collapsus cardiovasculaire avec 10,53% et l'OAP avec 5,26%.

A partir de 40 ans, la masse rénale, le débit sanguin rénal et la filtration glomérulaire diminuent progressivement pour être abaissés d'environ 50% à 80 ans, altérant ainsi la clairance de la créatinine [17].

Dans notre série, 40% étaient en oligurie, et 2% en anurie.

Le coma hyper-osmolaire est en règle générale l'apanage du sujet âgé, aux alentours de la soixantaine, dont le diabète est souvent méconnu ou négligé [21].

Notre étude ne fait pas exception, car 57% des complications aiguës du diabète étaient le coma hyper-osmolaire.

A partir de 60 ans, les ulcères gastro-duodénaux sont plus fréquents avec toutes leurs complications [20]. Dans notre série, 50% des pathologies chirurgicales étaient la tumeur gastrique.

## **6-8 Evénements indésirables**

### **6-8-1 Complications**

Au cours de notre étude, nous avons eu à noter certaines complications à savoir les escarres, une pneumopathie d'inhalation, une thrombose veineuse, une complication hémorragique et une fistule digestive.

### **6-8-2 Mortalité**

Nous avons observé 52 cas de décès, soit 55,32%. Tog-yeum NAGOR [4] dans le même hôpital a trouvé 25 cas de décès, soit 6,94%.

Cette différence s'explique par le fait que nos patients avaient une détresse vitale sur un terrain déjà fragilisé par l'âge.

Les accidents vasculaires cérébraux avaient le plus grand taux de mortalité, soit 46,15, suivis par le diabète avec 13,46%.

*CONCLUSION  
ET  
RECOMMANDATIONS*

## CONCLUSION

Sur une période de 12 mois, 94 personnes âgées ont été hospitalisées dans le Service de Réanimation Polyvalente du CHU du Point-G.

Les pathologies médicales étaient plus fréquentes avec 78,72%.

L'altération de la conscience était le motif d'admission le plus fréquent, avec une incidence de 52%. Cette altération avait comme cause une atteinte vasculaire cérébrale dans 65% des cas et une complication aiguë du diabète dans 29%.

Les facteurs de risque étaient l'HTA, le diabète, les cardiopathies, les ulcères gastro-duodénaux et l'âge.

Les événements indésirables étaient les escarres, une pneumopathie d'inhalation, une thrombose veineuse, une complication hémorragique et une fistule digestive. Le taux de mortalité était élevé, soit 55,32%.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations ci-après :

### **Aux personnels de la santé**

- prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes âgées,
- évacuation rapide et adéquate des patients en détresses dans un service de soins intensif ;

### **A la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)**

- organisation de sessions de formation médicale continue des personnels de la réanimation,
- rédaction d'un manuel de BONNES PRATIQUES DE REANIMATION,
- élaboration de normes standard d'équipement de la réanimation ;

### **Aux Autorités sanitaires**

- instauration d'un carnet de suivi des personnes âgées,
- approvisionnement des services de réanimation en produits et matériels consommables,
- formation de gériatres et création d'un service de gériatrie.

*REFERENCES*  
*ET*  
*ANNEXES*

**1- Brutel O C.**

Projections de population à l'horizon 2005. Un vieillissement inéluctable. Insee première 2001. 762 : 1 - 4

**2- Kitzman D W, Scholtz D G, Ilstrup DM et al.**

Age-related changes in normal human hearts during the first ten decades of life. Part II (maturity) : a quantitative anatomic study of 765 specimens from Subjects 20 to 99 years old.

Mayo Clin Proc 1988 ; 63 : 137-46

**3- David M G, Starzec C.**

Aisance à 60 ans dépendance et isolement à 80 ans. Insee première 1996 ; 447 :1-4.

**4- Tog-yeum Nagor.**

Les pathologies chirurgicales des personnes âgées à l'Hôpital du Point-G.

Thèse médecine ; Bamako ; 1999-67 : P.N°10

**5- Orme J, Jr .Romney J S, Hopkins R O, et al.**

Pulmonary function and health-related quality in survivors of acute respiratory distress syndrome.

Am J Respir Crit Care Med 2003 ; 167: 690.

**6- Senni M, Tribouilloy C M, Rodeheffer R J, Jacobsen SJ, Evans J M, Bailey K R, Redfield M M.**

Congestive heart failure in the Community : a study of all incident cases in Olmsted

County, Minnesota, in 1991, Circulation 1998 ; 98 : 2282-9

**7- Castzlli W P.**

Risk factor in the elderly : a view from Framingham Am J Geriatr Cardiol 1993 ; 2 : 8-19

**8- Wei J Y, Gersh B J.**

Heart disease in the elderly. In : O'Rourke RA, Crawford M H, Eds current problems in cardiology.

Chicago : Year Book Medical Publishers ; 1987. p. 7 -65

**9- Weiss A, Grossman E, Beloosesky Y, Grinblat J.**

Orthostatic Hypotension in acute geriatric ward : is it a consistent finding?

Arch Intern med 2002 ; 162 ; 2369 - 74

**10- Anversa P, Hiler B, Guideri G.**

All Myocyte cell loss and Myocyte hypertrophy in the aging rat.

J Amer coll cardiol 1984 ; 8 : 1441-8

**11- Davies M J.**

Pathologie of the conduction system. In : carird F L, Dalle JLC, Kennedy RD. Cardiology in old age. New york : Plenum Press ; 1976 -P. 57-9

**12- Adenet F, Le Toumelin PH, Le Berre A, et al.**

In-hospital and long-term Prognosis of elderly patient requiring endotracheal intubation for life- threatening Presentation of cardiologic pulmonary oedema. crit care Med 2001 ; 29 : 891 -5

**13- Courson JP, Madinier C.**

Recensement de la population 1999. La France continue de vieillir. Insee Première 2000 ; 746 : 1-4.

**14- Ogawa T, Spina RJ, Martin WH, et al.**

Effects of aging, sex and Physical training on cardio-vascular reponse to exercice Circulation 1992 ; 86 : 504-12

**15- Mays PK, Bishop JE, Laurent GJ.**

Age related changes in the Proportion of types I and types III collagen. Mech Ageing Dev 1988 ; 45 : 203-12

**16- Turner JM, Mead J, Wohl ME.**

Elasticity of human lungs in Relation to age. J Appl Physiol 1968 ; 25 : 664-71

**17- Smith TC.**

Repiratory affects of faging. Seminars AnesthesiaAnd reanimation 1986 ; 5 : 14-22

**18- Chan ED, Wesh CH.**

Geriatric respiratory medecine. Chest 1998 ; 114 : 1704 - 33

**19- Shamburek RD, Farrar JT.**

Disorders of the digestive system in the elderly. Nengl J Med 1990 ; 332 : 438 - 43

**20- Atkinson J, Lartaud I, Cap Deville, Atkinson C.**

Débit sanguin cérébral. Evolution de la régulation avec l'age. Presse méd. 1992 ; 21 : 1227-30

**21- Somme O, Maillet JM, Fagon JY.**

Particularités physiologiques du sujet âgé en réanimation. In : Collège national des Enseignements de réanimation médicale de Paris : Masson ; 2001 .P . 213 -8

**22- La Collection de la SFAR.**

Société Française d'anesthésie et de réanimation. 45<sup>ème</sup> Congrès national.  
Médecine d'urgence 2003.

**23- Rao DV, Watson K, Jones GL.**

Age-related attenuation in the expression of the Heat shock proteins in human peripheral lymphocytes.  
Mech Ageing Dev 1999 ; 107 : 105-18

**24- Verbeke, For major J, Clark BFC, et al.**

Heat shock response and aging mechanisms and applications.  
Cell Biol Intern 2001; 25 : 845-57

**25- Wick G, Jansen-Durr, Berger P, et al.**

Diseases of aging vaccine 2000 ; 18 : 1567 -83

**26- Mckhann G, Drachman D, Folstein M , Katzman R, Price, Stadlan EM.**

Clinical diagnosis of Alzheimer 351: 1032-3

**27- Somme O, Maillet JM, Fagon JY.**

Particularités physiologiques du sujet âgé en réanimation. In : Collège national des enseignements de réanimation médicale.  
Paris : Masson ; 2001 . P. 213-8

**28- KAO**

Gérontologie et gériatrie au Sénégal : Emergence des problèmes et recherche des solutions.  
Thèse méd. Dakar, 1991, N°5

**29- White HD.**

Trombotic Therapy in the Eldely. Lancet 2000; 356:2028-30

**30- Les limitations et arrêts de thérapeutique (s) active (s) en réanimation**

**adulte** : recommandation de la société de réanimation en langue française 2002.  
Réanimation 2002 ; 11 : 442-9

**31- Santoli F, De Jonghe J, et al.**

Mechanical ventilation in patients With acute ischemic Stroke : Survival and outcome at one year.  
Intensive care Med 2001 ; 27: 1141 – 6

**32- Spung CL, Geber D, Eidelman, et al.**

Evaluation of triade decisions for intensive care admission. Crit care Med 1999 ; 27 : 2351-7

**33- Daou (Boubacar)**

Complication des anesthésies rachidiennes à l'HPG

Thèse : méd : FMPOS de Bamako 2001; n°103 : p.100

**34- Cissouma M.**

Place de la rachianesthésie dans les services de chirurgie de l'HNPG

(A propos de 200 cas)

Thèse : méd : FMPOS de Bamako 1999 ; 85-M-99 : p. 135

**35- Klopfenstein C.E., Herrmann F.R., Michel J.P. Clergue F., Foster A.**

The influence of an aging surgical population on the anesthesia worklod: a ten-year survey. *Anest. Analg*; 1998, 86 (6), 1165-1170

**36- Haton F, Tiret L, Maujol L, N'Doye P, Vourc'h G, Desmont JM, et al.**

Enquête épidémiologique sur les accidents d'anesthésie. Premiers résultats. *Ann Fr Anesth Réanim* 1983 ; 2 : 333-85)

**Fiche signalétique**

**Nom :** SANOGO

**Prénom :** Bouna

**Année de soutenance :** 2007 – 2008

**Ville de soutenance :** Bamako

**Titre de la thèse :** Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU du Point-G : Profils épidémiocliniques et évolutifs

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Réanimation, Géro-geriatrie.

**Résumé**

Il s'agissait d'une étude prospective non exhaustive sur une période de 12 mois, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2006.

L'intérêt de l'étude porte sur les pathologies des personnes âgées dans le Service de Réanimation du CHU du Point-G.

Le but de l'étude était de déterminer les caractéristiques épidémiocliniques des pathologies chez les personnes âgées en réanimation du CHU du Point-G.

Nous avons colligé 94 personnes âgées sur 484 patients admis, soit 19,42%.

Le sexe féminin était prédominant, soit 56% de même que la tranche d'âge de 65-74 ans, soit 57%.

Les pathologies cardio-vasculaires étaient les plus fréquentes, soit 40,43%.

Les facteurs de risque étaient l'HTA, le diabète, les cardiopathies, les ulcères gastro-duodénaux et l'âge.

Nous avons observé 52 cas de décès, soit 55,32%. Les accidents vasculaires cérébraux avaient le plus grand taux de mortalité, soit 46,15%, suivis par le diabète avec 13,46%.

**Mots-clés** : Personnes âgées, pathologies.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.*

*Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le secret absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**JE LE JURE**

## FICHE DE COLLECTE DES DONNEES Pathologies des Personnes Agées en milieu de réanimation

N° : .....

### Identification du Patient

Nom : ..... Prénoms : .....

**Q1. Age** .....

- 1. 65 à 69 ans
- 2. 70 à 74 ans
- 3. 75 à 80 ans
- 4. Plus de 80 ans

**Q 2. Sexe**  (1. Masculin ; 2. Féminin)

**Q 3. Antécédents du Patient**

(1. Hypertension artérielle ; 2. Hyperglycémie permanente (Diabète) ;  
3. Asthme ; 4. Cardiopathie ; 5. Neuropathie ; 6. Néphropathie ; 7.  
Pathologie hépato-digestive ; 8. Tumoral ; 9. Chirurgicaux ; 10.  
Autres : .....) )

**Q 4. Motif (s) d'admission :** .....  
.....

### Evaluation clinique

**Q 5. Etat général**  (1. Bon ; 2. Altéré)

**Q 6. Conjonctives**  (1. Colorées ; 2. Pâles)

**Q 7. Etat de la conscience**

- 1. Glasgow > 8
- 2. Glasgow < 7

Q 8. Trouble de la mémoire  (1. Oui ; 2. Non)

Q 9. Température corporelle : .....

Q 10. Pressions artérielles

1. Pression systolique : .....mmHg

2. Pression diastolique : .....mmHg

Q 11. Fréquence cardiaque : ...../mn

Q 12. Fréquence respiratoire : .....cycles /mn

Q 13. Saturation périphérique en oxygène : .....%

Q 14. Diurèse : .....cc/heure

1. Normale (0,5–1,5 cc/kg/heure)

2. Polyurie (>1,5 cc/Kg/heure)

3. Oligurie (<0,5 cc/Kg/heure)

4. Anurie

### Evaluation paraclinique

#### Biologie

Q 15. Glycémie : .....mmol/l

Q 16. Créatininémie : .....umol/l

Q 17. Goutte épaisse  (1. Positif ; 2. Négatif)

Q 18. Taux d'hématocrite : .....%

Q 19. Taux d'hémoglobine : .....g/dl

Q 20. Autres examens biologiques : .....

.....

**Imagerie**

Q 21. Radiographie : .....

Q 22. Echographie : .....

Q 23. Electrocardiogramme  (1. Oui ; 2. Non)

Q 24. Scanner : .....

Q 25. Diagnostic retenu : .....

.....

.....

Q 26. Complications 

--	--	--	--	--	--

(1. Intubation difficile ; 2. Pneumopathie d'inhalation ; 3. Complications thrombo-emboliques ; 4. Escarres ; 5. Autres)

Q 27. Evolution du malade  (1. Favorable ; 2. Décès)

Q 28. Durée d'hospitalisation : .....