



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Overview and specific features of lower respiratory diseases in elderly patients hospitalized in the pneumology department of the Sylvanus Olympio University Hospital, Lomé

Panorama et particularités des affections respiratoires basses des sujets âgés hospitalisés dans le service de pneumologie CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Adambounou T.A.S^{1,2}, Gbeasor-Komlanvi F.A^{1,3}, Ako A.M.E², Aziagbé K.A^{1,2}, Biaou D.M⁴, Sanni R¹, Adjoh K.S^{1,2}

¹Faculté des sciences de la santé, Université de Lomé, Togo

²Service de Pneumologie, CHU Sylvanus OLYMPIO, Lomé, Togo

³Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et en Santé Publique, Lomé, Togo

⁴Service de Pneumologie, CHU de Kara, Togo

ABSTRACT

Introduction : Lower respiratory diseases (LRDs), including pneumonia, exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and tuberculosis, are major causes of morbidity and mortality among elderly individuals, particularly in sub-Saharan Africa. In Togo, data on this vulnerable population remain scarce. This study aims to provide an overview of LRDs in elderly patients hospitalized at Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé, describing their clinical and evolutionary characteristics.

Methods : This retrospective, descriptive, and analytical study was conducted over two years (2020–2021) among 441 patients hospitalized in the pneumology department. Patients were divided into two groups: elderly patients (≥ 65 years) and younger patients (< 65 years). Sociodemographic, clinical, paraclinical, and evolutionary data were collected and analyzed.

Results : Elderly patients accounted for 13.4% of the sample (59 patients), with a mean age of 76 ± 8.2 years. The main comorbidities included hypertension (25.4%) and diabetes (11.9%). The most common pathologies were bacterial pneumonia (16.9%), neoplastic pleurisy (16.9%), and pulmonary tuberculosis (11.8%). The average hospitalization duration was longer in elderly patients (15.63 ± 11 days vs. 12.32 ± 9 days for younger patients). The lethality rate was 18.6%.

Conclusion : LRDs represent a major challenge for elderly patients due to their comorbidities and frailty. The etiologies are both infectious and neoplastic, with elderly patients being particularly vulnerable to LRDs.

KEYWORDS: respiratory diseases, elderly, pneumonia, tuberculosis, comorbidities, Togo

RÉSUMÉ

Introduction : Les affections respiratoires basses (ARB), incluant les pneumonies, exacerbations de la BPCO et la tuberculose, constituent une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les sujets âgés, particulièrement en Afrique subsaharienne. Au Togo, les données concernant cette population vulnérable sont rares. Cette étude vise à dresser un panorama des ARB chez les sujets âgés hospitalisés au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, en décrivant leurs caractéristiques cliniques et évolutives.

Méthodes : Étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur deux ans (2020-2021) auprès de 441 patients hospitalisés en pneumologie. Les patients ont été répartis en deux groupes : sujets âgés (≥ 65 ans) et sujets jeunes (< 65 ans). Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et évolutives ont été collectées et analysées.

Résultats : Les sujets âgés représentaient 13,4 % de l'échantillon (59 patients) avec une moyenne d'âge de $76 \pm 8,2$ ans. Les principales comorbidités incluaient l'hypertension artérielle (25,4 %) et le diabète (11,9 %). Les pathologies les plus fréquentes étaient la pneumopathie aiguë bactérienne (16,9 %), la pleurésie néoplasique (16,9 %) et la tuberculose pulmonaire (11,8 %). La durée moyenne d'hospitalisation était plus longue chez les sujets âgés ($15,63 \pm 11$ jours contre $12,32 \pm 9$ jours). Le taux de létalité était de 18,6 %.

Conclusion : Les ARB représentent un défi majeur pour les sujets âgés en raison de leurs comorbidités et de leur fragilité. Les étiologies sont aussi bien infectieuses que néoplasiques. Les sujets âgés sont plus vulnérables aux ARB.

MOTS CLÉS: affections respiratoires, sujets âgés, pneumopathie, tuberculose, comorbidités, Togo

Corresponding author: ADAMBOUNOU Stéphane

Mail: amentos@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les affections respiratoires basses, incluant les pneumonies, bronchites aiguës, exacerbations de pathologies chroniques telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), et la tuberculose (TB), constituent un problème majeur de santé publique. Ces pathologies, qui englobent des causes infectieuses et non infectieuses, sont responsables de millions de décès chaque année à travers le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elles représentaient environ 2,6 millions de décès en 2019, ce qui en fait la quatrième cause de mortalité globale [1]. En raison de la fragilité accrue associée au vieillissement, les sujets âgés sont particulièrement vulnérables, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès aux soins est limité et les comorbidités fréquentes [2].

En Afrique subsaharienne, où la transition démographique progresse lentement, les besoins spécifiques des sujets âgés sont souvent négligés. Les études disponibles indiquent que les affections respiratoires basses représentent jusqu'à 20 % des admissions hospitalières chez les plus de 60 ans [3]. Cependant, la littérature scientifique régionale reste fragmentée, et peu d'études se sont penchées sur les caractéristiques cliniques et évolutives spécifiques à cette population. Au Togo, les données disponibles concernent principalement les populations jeunes et pédiatriques, laissant un vide important dans la compréhension des particularités des sujets âgés [4]. Pourtant, les sujets âgés représentaient près de 20 % des patients hospitalisés dans le service de pneumologie du centre hospitalier universitaire (CHU) Sylvanus OLYMPIO (SO) de Lomé [5].

Face à ces lacunes, cette étude a été menée afin de décrire le panorama des affections respiratoires basses chez les sujets âgés hospitalisés dans ledit service, décrire leurs présentations cliniques et les modalités évolutives.

MÉTHODES

Type, période et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique et à collecte rétrospective qui a été menée dans le service de pneumologie du centre hospitalier universitaire (CHU) Sylvanus Olympio (SO) de Lomé, au Togo. L'étude a consisté à comparer les patients âgés d'au moins 65 ans (groupe A) aux patients âgés de moins de 65 ans (groupe J) qui ont été hospitalisés dans ledit service entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, soit une durée de deux années.

Population d'étude

Était inclus dans cette étude, le dossier de tout patient âgé d'au moins 18 ans, sans distinction de sexe, ayant été hospitalisé dans le service de pneumologie au cours de la période définie.

A été exclu de l'étude, tout patient dont le dossier médical était incomplet, mal renseigné ou inexploitable.

Déroulement de l'étude et collecte des données

La collecte de données a duré 5 mois (du 02 mai au 28 septembre 2023). Le recueil des informations dans le dossier médical de chaque patient a été fait à l'aide d'un questionnaire préétabli et dont les principaux items étaient les suivants :

- données épidémiologiques et sociodémographiques : âge, sexe, situation matrimoniale, profession, mode d'admission, type d'assurance maladie ;
- données cliniques (symptômes respiratoires, signes généraux) ;
- données para cliniques (biologie, actes posés et imagerie) ;
- diagnostic retenu : diagnostic principal, pathologie(s) associée(s) ;
- aspect évolutif : durée d'hospitalisation, mode de sortie.

Analyse statistique des données

Les données ont été initialement recueillies sur une fiche d'enquête pré-testée, standardisée puis saisies dans le logiciel Epi Data. Les données ont été analysées par le logiciel R version 4.1.0. Nous avons procédé à une analyse descriptive puis analytique. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de fréquences respectifs. Les variables quantitatives sous forme de moyenne, écart-type et extrêmes. Une association statistiquement significative était recherchée. Les tests statistiques utilisés étaient le test Chi-deux de Pearson et le test de Fisher. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation de la direction du CHU SO et l'accord du Chef du service de pneumologie pour avoir accès aux dossiers médicaux archivés. L'anonymat des patients a été préservé ainsi que la confidentialité des résultats par la codification des fiches d'enquête.

RÉSULTATS

Taille de l'échantillon

Au cours de notre période d'étude, sur un total de 450 dossiers d'hospitalisation dépouillés dans le service de pneumologie du CHU SO, 98 % des dossiers (soit un effectif de 441) étaient exploitables.

Aspects sociodémographiques

Les patients étaient âgés en moyenne de $47,1 \pm 16,5$ ans avec des extrêmes de 18 et 99 ans. Les sujets du groupe A, âgés en moyenne de $76 \pm 8,2$ ans, étaient au nombre de 59, soit 13,4 % de l'échantillon. Le groupe J était composé de 382 (86,6 %) patients âgés en moyenne de $37,2 \pm 5$ ans.

Globalement, le sex ratio était de 1,22. On notait 243 patients de sexe masculin (55,1 %) dont 36 dans le

groupe A; et 198 de sexe féminin (44,9 %) dont 23 dans le groupe A.

Autres caractéristiques sociodémographiques

Sur les 441 patients, 345 patients (78,2 %) étaient mariés. Les célibataires étaient au nombre de 71 (16,1 %). Une proportion de 94,3 % des patients n'avait pas d'assurance maladie. Une proportion de 5,8 % des sujets jeunes et 5,1 % des sujets âgés avaient une assurance maladie. Le **tableau I** présente la répartition des patients en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques.

Aspects cliniques

Mode d'admission dans le service de pneumologie

En comparant les sujets du groupe A aux sujets du groupe J, le mode d'admission était le service des urgences médicales (44,1% vs 63,6%), l'unité de consultation pneumologique (30,5% vs 21%), le transfert d'un autre service du CHU SO (15,2% vs 8,3%) ou la référence d'un autre hôpital (10,2% vs 7,1%).

Mode d'installation des symptômes

Le mode de début des symptômes était progressif chez 89% des sujets du groupe J contre 91,5% des sujets du groupe A. Il était brutal chez 11% des sujets du groupe J contre 8,5% des sujets du groupe A. Le délai moyen d'évolution des symptômes était de 34,7±9,4 jours avec des extrêmes de 1 et 90 jours.

Antécédents médicaux et co-morbidités

Les patients présentaient un antécédent respiratoire dans 17,2 % des cas. Parmi les patients présentant un antécédent respiratoire, 53 (12 %) avaient eu la TB. L'asthme avait été notifié chez 16 patients (3,6 %) et la dilatation des bronches était retrouvée chez trois patients (0,7 %). Les comorbidités, HTA et diabète, étaient retrouvées chez les sujets du groupe A respectivement dans 25,4% et 11,9%. Une infection à VIH était présente chez 15% des sujets du groupe J.

Le **tableau II** montre la répartition des patients en fonction des antécédents respiratoires et des comorbidités.

Signes fonctionnels

Les sujets du groupe A manifestaient une toux (79,7%) ou une dyspnée (86,4%). On notait une fièvre (42,4%) ou un amaigrissement (44,1%) dans le groupe A. Le **Tableau III** présente la répartition des patients en fonction des signes fonctionnels et généraux.

Aspects diagnostiques

En comparant les sujets du groupe A au sujets du groupe J, les organes atteints étaient les poumons (54,2% vs 70,1% ; $p=0,095$), la plèvre (40,7% vs 35,3% ; $p=0,112$), les bronches (13,6% vs 4,2% ; $p=0,004$), le médiastin (1,7% vs 0,2% ; $p=0,112$) ou les vaisseaux (5,1% vs 1,6% ; $p=0,085$).

La pleurésie néoplasique (16,9 %) et la pneumopathie aigue bactérienne (16,9 %) étaient les pathologies les plus diagnostiquées chez les sujets âgés, suivies respectivement de la pleurésie bactérienne (15,2 %) et la TB pulmonaire (11,8 %). Le **tableau IV** présente la répartition des patients en fonction du diagnostic d'aff

Tableau I	répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale, assurance maladie et l'activité professionnelle			P value
	N (%)	Groupe J n (%)	Groupe A n (%)	
Situation matrimoniale				0,082
Célibataire	71 (16,1)	71 (18,6)	0(0)	
Marié (e)	345 (78,2)	294 (76,9)	51 (86,4)	
Divorcé (e)	6 (1,4)	6 (1,7)	0 (0)	
Veuf (ve)	19 (4,3)	11 (2,8)	8 (13,6)	
Assurance maladie				0,921
INAM*	24 (5,4)	21 (5,5)	3 (5,1)	
Privée	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0)	
Aucune	416 (94,3)	360 (94,2)	56 (94,9)	
Activité professionnelle				0,078
Elève	11 (2,5)	11 (2,9)	0 (0)	
Etudiant (e)	11 (2,5)	11 (2,9)	0 (0)	
Fonctionnaire	30 (6,8)	28 (7,3)	2 (3,4)	
Retraité(e)	38 (8,6)	20 (5,2)	23 (39)	
Secteur informel	327 (74,1)	293 (76,7)	34 (57,6)	
Aucune	24 (5,4)	19 (5)	0 (0)	

fection.

Séjour en USIR

Parmi les patients hospitalisés, 72 (16,3 %) patients avaient effectué un séjour en unité de soins intensifs respiratoires (USIR), pendant une durée moyenne de 11,79±7,8 jours avec des extrêmes de 1 et 60 jours. Il s'était agi de 15% patients du groupe J et 25,42% patients du groupe A ($p = 0,037$).

Aspects évolutifs

La durée d'hospitalisation était en moyenne de 12,76±4 jours avec des extrêmes de 1 et 99 jours. Les sujets jeunes étaient hospitalisés en moyenne pendant 12,32±9 jours avec des extrêmes de 4 et 85 jours et la durée moyenne d'hospitalisation des patients du groupe A était de 15,63±11 jours avec des extrêmes de 7 et 99 jours ($p=0,354$). En comparant l'évolution de la maladie chez les sujets du groupe A à ceux du groupe J, on notait une amélioration (81,3% vs 83,8%) ou un décès (18,7% vs 14,9%).

Mode de sortie

Le mode de sortie des sujets du groupe A était le retour à domicile (69,5% vs 75,1% ; $p=0,220$), une sortie contre avis médical (8,5% vs 7,3% ; $p=0,294$), un transfert dans un autre service (3,4% vs 2,6% ; $p=0,554$) ou

décès (18,7% vs 14,9% ; $p=0,308$). Il n'existait pas de différence de survie intrahospitalière entre les deux groupes (Figure 1).

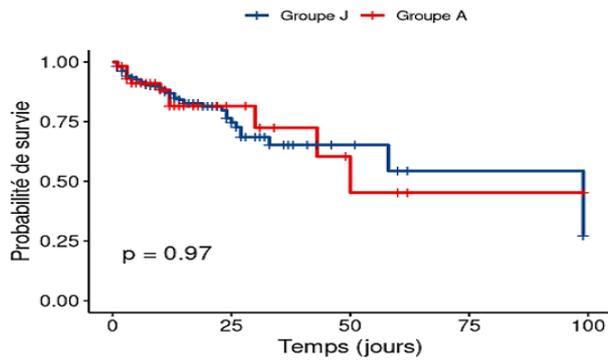


FIGURE 1 : courbe de survie intra-hospitalière des deux groupes de patients

TABLEAU II	Répartition des patients en fonction des antécédents respiratoires			
	N (%)	Groupe J n (%)	Groupe A n (%)	P-value
Antécédents médicaux				
Tuberculose	53 (12)	46 (12)	7 (11,8)	0,585
Asthme	16 (3,6)	12 (3)	4 (6,8)	0,152
Pleurésie néoplasique	5 (1,1)	1 (0,3)	4 (6,8)	0,251
Dilatation des bronches	3 (0,7)	1 (0,3)	2 (3,4)	0,048
Pneumopathie interstitielle	2 (0,4)	1 (0,3)	1 (1,7)	0,204
Pneumopathie bactérienne	2 (0,4)	1 (0,3)	1 (1,7)	0,204
Pleurésie idiopathique	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0)	0,482
Embolie pulmonaire	1 (0,2)	0 (0)	1 (1,7)	0,264
Cancer broncho-pulmonaire	1 (0,2)	0 (0)	1 (1,7)	0,397
Aucun	356 (81)	319 (83,5)	37 (62,7)	0,578
Comorbidités				
Infection à VIH	59 (13,4)	57 (15)	2 (3,4)	0,007
Hypertension artérielle	52 (11,8)	37 (9,7)	15 (25,4)	0,001
Diabète	25 (5,7)	18 (4,7)	7 (11,9)	0,036
Insuffisance rénale	6 (1,4)	6 (1,6)	0 (0)	0,518
Hépatite	5 (1,1)	5 (1,3)	0 (0)	0,518
Drépanocytose	4 (0,9)	4 (1)	0 (0)	0,823
Insuffisance cardiaque	3 (0,7)	1 (0,2)	2 (3,4)	0,040
Cardiopathie	1 (0,2)	0 (0)	1 (1,7)	0,316
Aucun	286 (64,8)	254 (66,5)	32 (54,2)	0,265

TABLEAU III	Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels et généraux			
	N (%)	Groupe J n (%)	Groupe A n (%)	p-value
Signes fonctionnels respiratoires				
Toux	370 (83,9)	323 (84,5)	47 (79,7)	0,219
Dyspnée	337 (76,4)	286 (74,9)	51 (86,4)	0,032
Hémoptysie	32 (7,3)	31 (8,1)	1 (1,7)	0,053
Douleur thoracique	249 (56,5)	220 (57,6)	29 (49,1)	0,141
Expectoration	259 (58,7)	228 (59,7)	31 (52,5)	0,185
Signes généraux				
Fièvre	216 (49)	191 (50)	25 (42,4)	0,170
Anorexie	246 (55,8)	213 (55,7)	33 (56)	0,547
Amaigrissement	191 (43,3)	165 (43,2)	26 (44,1)	0,504
Syndrome anémique	63 (14,3)	57 (14,9)	6 (10,2)	0,224
Cedème des membres inférieurs	25 (5,7)	21 (5,5)	4 (6,8)	0,436

DISCUSSION

Limites

Cette étude, bien que pertinente, présente plusieurs limites et biais. Le caractère rétrospectif a affecté la qualité des observations cliniques, avec des informations manquantes dans certains dossiers. De plus, son cadre monocentrique limite la généralisation des résultats à toute la population togolaise. Cependant, cette étude se distingue comme la première à fournir un panorama des affections respiratoires basses des sujets âgés au Togo, menée dans le service de référence en pneumologie.

Notion de sujet âgé

L'organisation mondiale de la santé a défini l'âge de 65 ans comme celui de la transition. Les sujets dépassant cet âge faisant désormais partie de la catégorie dite 'âgée' de la population [6]. Nous avons retenu un âge supérieur ou égal à 65 ans conformément à la définition du sujet âgé selon l'OMS. Cet âge fut retenu par d'autres auteurs notamment : Kombaté et al. [7] en 2014 au Togo, Bemba et al. [8] en 2018 au Congo.

TABLEAU IV	Répartition des patients en fonction du diagnostic d'affection		
	Groupe J	Groupe A	p-value
Tuberculose	123 (32,1)	9 (15,2)	0,011
Tuberculose pulmonaire commune	101 (26,4)	7 (11,8)	0,015
Miliaire tuberculeuse	5 (1,3)	0 (0)	>0,9
Pleurésie tuberculeuse	17 (4,4)	2 (3,4)	0,7
Infections non tuberculeuses	176 (46,1)	22 (37,2)	0,3
Pneumopathie aiguë bactérienne	90 (23,6)	10 (16,9)	0,3
Pneumocystose	13 (3,4)	0 (0)	0,2
Pleurésie d'origine bactérienne	53 (13,8)	9 (15,2)	0,8
Pyopneumothorax bactérienne	20 (5,2)	3 (5,1)	>0,9
Pneumopathie inflammatoire chronique	7 (1,8)	3 (5,1)	0,14
PID* chronique	3 (0,8)	1 (1,7)	0,4
Sarcoïdose	4 (1)	2 (3,4)	0,2
Pathologie chronique des bronches	14 (3,6)	8 (13,6)	0,005
Asthme bronchique	12 (3,1)	4 (6,8)	0,2
BPCO**	0 (0)	3 (5,1)	0,002
Dilatation des bronches	2 (0,5)	1 (1,7)	0,4
Pathologie tumorale	46 (12)	13 (22)	0,068
Cancers broncho-pulmonaires	13 (3,4)	3 (5,1)	>0,9
Pleurésie néoplasique	33 (8,6)	10 (16,9)	0,045
Pathologie vasculaire pulmonaire	6 (1,6)	5 (8,5)	0,014
Embolie pulmonaire	6 (1,6)	2 (3,4)	0,3
Oedème aigu du poumon	0 (0)	2 (3,4)	0,018
Hypertension pulmonaire	0 (0)	1 (1,7)	0,13

En Europe, des études scientifiques ont fixé l'âge limite d'un sujet âgé à 80 ans [9]. L'espérance de vie est bien plus élevée en Europe qu'en Afrique du fait des avancées en matière de santé.

Aspects sociodémographiques

Dans notre étude, on avait 86,6 % de sujets jeunes contre 13,4 % de sujets âgés. La population togolaise est jeune, justifiant la prédominance des sujets jeunes dans notre échantillon. La proportion des sujets âgés était de 13,4 %, supérieure à celle observée dans la

population togolaise générale qui était de 3,4 % [10]. Cela pourrait s'expliquer par l'importance des affections respiratoires chez les sujets du 3^{ème} âge. Notre résultat était similaire à celui de Bemba et al. [8] qui avaient retrouvé en 2018 au Congo une proportion de 12,4 % de sujets âgés. En revanche, Ahmed et al. [11] en 2021 avaient rapporté une proportion élevée (36,6 %) de sujets âgés en Algérie. Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, la population est plus jeune que dans les pays du Maghreb.

Couverture sociale

Plus de neuf personnes âgées sur dix dans notre échantillon n'avaient pas d'assurance maladie. Le système d'assurance maladie publique au Togo n'a été mis en place qu'en 2011 et couvre que les fonctionnaires et leurs ayants droits. Dans le souci d'une meilleure couverture sanitaire et pour faciliter l'accès et l'accessibilité aux soins de santé. Le gouvernement togolais a institué un régime d'assurance maladie obligatoire qui visait à protéger également les professions du secteur informel [12, 13].

Aspects cliniques

Mode d'admission

La fréquence d'admission par le service des urgences médicales était de l'ordre de 44,1 % chez les sujets âgés. Sossey et al. [14] au Maroc en 2017 avaient aussi noté une forte proportion d'admission en pneumologie par le service des urgences médicales (73 %). De même, Adambounou et al. [5] dans une étude au Togo en 2016 rapportaient une fréquence d'admission de 47,7 % par le service des urgences médicales.

D'une part, il n'existe pas véritablement de médecin de famille pouvant orienter les patients dans un circuit de soins adaptés. D'autre part, l'admission dans les centres de santé ne survient que devant l'aggravation des symptômes ou l'inefficacité de la médecine traditionnelle et de l'automédication ; d'où le retard au recours des soins médicaux spécialisés expliquant l'admission aux urgences.

Mode d'installation des symptômes

Le mode d'installation des symptômes était progressif dans 91,5 % chez les sujets âgés contrairement au mode d'installation brutale (11 %) chez les sujets jeunes au cours de notre étude. L'atténuation physiologique de la réaction inflammatoire chez le sujet âgé, explique le caractère insidieux des symptômes.

Antécédents médicaux

Le principal antécédent respiratoire était la TB dans 11,8 % de cas chez les sujets âgés contre 12 % de cas chez les sujets jeunes dans notre étude. Le fait que le Togo se trouve en zone d'endémie tuberculeuse, expliquerait la présence de la TB dans les deux groupes. L'HTA et le diabète étaient les principales comorbidités retrouvées chez les sujets âgés, contrairement à l'infection au VIH qui était plus retrouvée chez les sujets jeunes L'HTA et diabète sont des affections qui se révèlent le plus souvent chez les sujets du 3^{ème} âge

Le diabète de type II favorise d'une part les pathologies infectieuses et d'autre part les pathologies respiratoires d'origine vasculaire. Dans le service de médecine interne, on retrouvait jusqu'à 74,2 % d'HTA et 25,9 % de diabète chez les sujets âgés [15, 16]. Ces affections pourraient être sous diagnostiquées dans notre service, ce qui expliquerait ce faible taux dans notre échantillon.

L'infection à VIH est une affection qui était plus diagnostiquée chez les sujets jeunes car ils sont sexuellement plus actifs, et s'adonneraient plus à des pratiques à risque.

Signes fonctionnels

Au cours de notre étude, c'est la dyspnée et la toux qui étaient les signes fonctionnels majeurs chez les sujets âgés. Tandis que la toux et l'expectoration étaient plus fréquentes chez des sujets jeunes.

Cela pourrait s'expliquer par la fréquence des affections respiratoires d'origine vasculaire chez les sujets âgés qui sont souvent dyspnéiques [9] et par la fréquence des affections infectieuses chez les sujets jeunes qui sont marquées par les signes fonctionnels que sont la toux et l'expectoration [17].

Aspects diagnostiques

Parmi les pathologies rencontrées chez les sujets âgés, les pathologies infectieuses non tuberculeuses étaient au premier rang ; suivies respectivement des pathologies tumorales, des diverses formes de TB active, des pathologies chroniques des bronches, des pathologies vasculaires pulmonaires et des pathologies inflammatoires chroniques.

Pathologies infectieuses non tuberculeuses

La PAB était diagnostiquée chez 16,9 % de sujets âgés. Bemba et al. [8] au Congo en 2018 et Soumaré et al. [18] en 2021 au Mali avaient rapporté la PAB respectivement chez 41,7 % et 47,7 % de sujets âgés. Le vieillissement de l'appareil respiratoire, la dégradation du système immunitaire, l'existence de comorbidités avérées, la survenue des troubles neurologiques associés à des troubles de la déglutition sont autant de facteurs qui peuvent favoriser les infections bactériennes chez le sujet âgé.

Pathologies tuberculeuses

La localisation pulmonaire de la TB était la plus retrouvée dans notre échantillon.

Elle représentait 11,8 % des pathologies diagnostiquées chez les sujets âgés contre 26,4 % chez les sujets jeunes. La localisation pulmonaire de la TB était la plus prédominante dans les deux populations car la TB pulmonaire est la forme clinique la plus rencontrée dans nos milieux.

La TB pulmonaire était diagnostiquée chez 11,8 % de sujets âgés. Ce résultat était similaire à celui de Wachinou et al. [19] au Bénin en 2018 qui avaient rapporté la TB chez 9,2 % de sujets âgés. En revanche, Bemba et al. [8] au Congo en 2018 et Jagdish et al. [17] en 2008 en Inde avaient retrouvé une fréquence supérieure à la nôtre respectivement 23,8 % et 36,2 %.

La circulation du germe sur le mode endémique au Togo explique la fréquence de la primo-infection tuberculeuse latente. En effet, une forte proportion de la population héberge dans les poumons des bacilles tuberculeux. Avec l'augmentation de l'âge, on assiste à une baisse physiologique du système immunitaire qui favorise la réactivation du germe et la survenue d'une TB active. D'autre part, l'âge avancé est connu comme un facteur de risque de la TB [20].

En ce qui concerne la localisation extra pulmonaire, la pleurésie tuberculeuse était retrouvée chez 3,4 % de sujets âgés et 4,4 % de sujets jeunes au cours de notre étude. Il ressort que la plèvre est la localisation extra pulmonaire la plus fréquente aussi bien chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. Dans une étude d'Adambounou et al.

[21] en 2015 au Togo, la TB était retrouvée comme étiologie dans 17,5 % des pleurésies du sujet âgé. La TB est une affection qui survient à tout âge et sous toutes les formes.

Pathologies néoplasiques

La plèvre était la localisation tumorale la plus diagnostiquée au cours de notre étude. La pleurésie néoplasique était retrouvée chez 16,9 % de sujets âgés et 8,6 % de sujets jeunes. Les pathologies néoplasiques sont surtout des affections des sujets âgés. La pleurésie néoplasique était diagnostiquée chez 16,9 % de sujets âgés. Bemba et al. [8] au Congo en 2018 avaient rapporté une prévalence inférieure à la nôtre, qui était de 6,7 %.

La plèvre est la première localisation secondaire des cancers gynéco-mammaires chez les femmes et des cancers broncho-pulmonaires chez les hommes. Adambounou et al. [21] en 2015 au Togo avaient rapporté 26 % de pleurésies néoplasiques dues aux cancers gynéco-mammaires ; et 14 % de pleurésies néoplasiques liées aux cancers broncho-pulmonaires. En effet, les cancers gynéco-mammaires sont à l'origine de 70,8 % des pleurésies néoplasiques de la femme avec une nette prédominance du cancer du sein (76,5 %). Le cancer broncho-pulmonaire est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme après le cancer de la prostate. Cela est lié à l'envahissement rétrograde des plexus lymphatiques sous pleuraux par des cellules néoplasiques à partir des adénopathies médiastinales et mammaires internes.

La prévalence du cancer broncho-pulmonaire dans notre échantillon était de l'ordre de 5,1 %. Nos résultats sont similaires à ceux de Bemba et al. [8] au Congo en 2018 qui avaient rapporté le cancer broncho-pulmonaire chez 5,3 % de sujets âgés. Tetchi et al. [22] en 2012 en Côte d'Ivoire rapportaient une prévalence supérieure à la nôtre qui était de 8,1 %.

D'une part, le cancer broncho-pulmonaire est surtout une maladie du sujet âgé. Son incidence augmente de façon exponentielle avec l'âge pour atteindre un pic entre 70 et 74 ans [23]. Ce phénomène est lié au fait que la cancérisation est un processus progressif.

De plus, le vieillissement rend les cellules des personnes âgées plus sensibles aux carcinogènes. D'autre part, la survenue du cancer broncho-pulmonaire est liée à une exposition longue et progressive à la fumée du tabac, aux facteurs environnementaux (herbicides, pesticides, insecticides), à l'effet de la biomasse et aux facteurs professionnels (rayons ionisants, amiante).

Pathologies chroniques des bronches

La BPCO était la pathologie chronique des bronches la plus diagnostiquée au cours de notre étude. Elle était de l'ordre de 5,1 % chez les sujets âgés. Bemba et al. [8] en 2018 au Congo avaient retrouvé une prévalence de 1,9 %. Ahmed et al. [11] en 2021 en Algérie avaient rapporté plutôt 20,7 % de BPCO chez les sujets âgés.

Cette forte proportion de la BPCO dans les pays du Maghreb pourrait s'expliquer par le fort taux de consommation du tabac dans ces pays [24, 25]. Il s'agit d'une affection du sujet âgé car les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la BPCO s'installent lentement et progressivement.

Pathologies pulmonaires d'origine cardiovasculaire

L'embolie pulmonaire (EP) et l'œdème aigu du poumon (OAP) étaient les étiologies les plus rencontrées au cours de notre étude. L'EP était diagnostiquée chez 3,4 % de sujets âgés et chez 1,6 % de sujets jeunes. Avec l'augmentation de l'âge, les sujets âgés deviennent sédentaires. D'autre part, ils sont à risque de développer des pathologies néoplasiques qui sont fortement emboligènes ; ce qui expliquerait cette forte proportion chez les sujets âgés.

L'EP était de l'ordre de 3,4 % chez les sujets du groupe A dans notre échantillon. Adambounou et al. [5] en 2016 au Togo, avaient rapporté l'EP chez 0,5 % dans la population adulte en pneumologie. Pessinaba et al. [26] en 2017 au Togo avaient aussi rapporté l'EP chez 3,1 % de la population adulte en cardiologie. En effet, l'EP est une affection au carrefour de deux spécialités que sont la pneumologie et la cardiologie.

En France, en 2017 Bordage et al. [9] avaient rapporté une prévalence bien supérieure à la nôtre qui était de 34,4 %. Son sujet concernait les personnes âgées de plus de 80 ans qui étaient la plupart sédentaires. La sédentarité est reconnue comme un facteur de risque de survenu d'EP. D'autre part, le taux élevé de tabagisme dans les pays développés est à l'origine de la survenue des cancers, en particulier broncho-pulmonaires qui sont emboligènes. Il est possible que l'EP soit sous diagnostiquée dans nos milieux en raison de l'inaccessibilité financière et géographique des examens diagnostiques. Dans notre contexte, les coûts directs inhérents à l'hospitalisation sont à la charge du patient et de son entourage.

A l'instar de l'EP, l'œdème aigu du poumon a été diagnostiqué chez 3,4 % de sujets âgés dans notre étude. Il s'agit d'une urgence respiratoire marquée par une dyspnée qui amène les médecins du service des urgences à admettre les patients dans le service de pneumologie seulement en absence de place dans le service

de cardiologie.

Séjour à l'USIR

Au cours de notre étude, 25,4 % des sujets âgés et 14,9 % des sujets jeunes avaient séjourné à l'USIR. Le retard de recours aux soins de santé et la fragilité du terrain font que les sujets âgés arrivent souvent dans un état d'insuffisance respiratoire aiguë nécessitant le plus, les soins d'urgence.

Aspect évolutif

Dans notre étude, la durée d'hospitalisation était en moyenne de deux semaines pour les sujets âgés et une douzaine de jours chez les sujets jeunes. La différence n'était pas statistiquement significative du fait de la présence de comorbidités dans chaque population.

Le taux de létalité était de 18,6 % au cours de notre étude. Koné et al. [27] avaient retrouvé un taux de létalité inférieur au nôtre (13,2 %) en Côte d'Ivoire en 2015. En revanche, Bemba et al. [8] au Congo en 2018 avaient rapporté un taux de létalité plus élevé qui était de 23,7 %. Ce pronostic péjoratif des pathologies respiratoires du sujet âgé rapporté par plusieurs auteurs [8, 29] serait dû à plusieurs facteurs. En effet, la polypathologie et la sémiologie atypique de toutes ces affections pourraient être à l'origine de la sévérité de ces affections, d'un retard diagnostique et thérapeutique.

CONCLUSION

Cette étude descriptive et analytique a permis de dresser un panorama des affections respiratoires basses chez les sujets âgés hospitalisés au service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio à Lomé. Les résultats mettent en évidence des spécificités cliniques, diagnostiques et évolutives propres à cette population. Les pathologies infectieuses non tuberculeuses, dominées par la pneumopathie aiguë bactérienne, ainsi que les pathologies néoplasiques, représentées principalement par la pleurésie néoplasique, occupent une place prépondérante. La prévalence significative des comorbidités telles que l'hypertension artérielle et le diabète souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge des patients âgés.

Le taux de létalité élevé, associé à une durée d'hospitalisation prolongée, met en lumière la vulnérabilité accrue de ces patients et les défis liés à leur prise en charge. Les résultats de cette étude soulignent la nécessité d'améliorer l'accès aux soins, notamment par une couverture sociale élargie, et de renforcer les capacités des professionnels de santé pour mieux répondre aux besoins spécifiques des sujets âgés.

CONFLICT OF INTEREST

Non.

REFERENCES

1. **World Health Organization.** Global Health Estimates: Leading causes of death. WHO; 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
2. **GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators.** Global burden of respiratory diseases: 1990-2019. *Lancet Respir Med.* 2020;8(6):585-96. doi:10.1016/S2213-2600(20)30081-8.
3. **Ouédraogo A, Koné D, Traoré M, Diallo A, Diarra T, Coulibaly S.** Respiratory infections among older adults in Sub-Saharan Africa: A hospital-based study. *Afr J Respir Med.* 2021;16(1):24-9. doi:10.4314/ajrm.v16i1.4.
4. **Agbodjan AF, Tchounga B, Kouma M, Akakpo S, Atakouma DY, Amegboh H.** Trends in respiratory diseases in Togo: A ten-year review. *Int J Public Health Res.* 2020;8(3):45-52. doi:10.1016/j.ijphr.2020.06.001.
5. **Adambounou TAS, Gbadamassi AG, Efalou P, Aziagbé KA, Metchendje N, Soklou Y, et al.** Panorama des pathologies respiratoires en hospitalisation dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. *Rev Pneumol Trop.* 2020;34:3-9.
6. **Organisation mondiale de la santé.** La santé des personnes âgées. Rapport d'un comité d'experts. Genève; 1989 (document non publié).
7. **Kombaté K, Saka B, Mouhari-Toure A, Barruet RK, Gnassingbé W, Akakpo S, et al.** Pathologie cutanée du sujet âgé en dermatologie à Lomé, Togo: étude de 325 cas. *Pan Afr Med J.* 2014;18:2-4.
8. **Bemba ELP.** Profil des affections respiratoires du sujet âgé au service de pneumologie du CHU de Brazzaville. *Ann Sci Santé.* 2018;18:19-27.
9. **Bordage M, Miranda S, Le Besnerais M, Cailleux-Talbot N, Benhamou Y, Lévesque H, et al.** Embolie pulmonaire chez le patient âgé de plus de 80 ans : quelles spécificités ? *JMV-J Médecine Vasc.* 2017;42:99-106.
10. **Démographie du Togo** [en ligne]. c2020 [mis à jour le 21 décembre 2020; Consulté le 28 février 2023]. Wikipédia. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Démographie_du_Togo&oldid.
11. **Ahmed Azi M, Keriou F, Moumeni A.** Profil de la pathologie respiratoire du sujet âgé dans le service de pneumologie de Sétif. *Rev Mal Respir Actual.* 2021;13:158-9.
12. **Institut National d'Assurance Maladie du Togo.** L'INAM devient l'organe de gestion de l'Assurance-Maladie Universelle [en ligne]. c2022 [Consulté le 25 février 2023]. Disponible sur : <https://www.inam.tg/uncategorized>.
13. **Togo presse.** La loi instituant l'assurance maladie universelle au Togo votée par l'Assemblée nationale [en ligne]. c2021 [Consulté le 22 janvier 2023]. Disponible sur : <https://togopresse.tg/la-loi-instituant-lassurance-maladie-universelle-au-togo-votee-par-lassemblee-nationale/>.
14. **Sossey Alaoui J.** Profil des hospitalisations en unité de soins intensifs de pneumologie du CHU Hassan II de Fès. *Rev Mal Respir.* 2017;34:A140-1.
15. **Tchala AB, Djagadou KA, Tchamdja T, Nemi KD, Tambourou EK, Balaka A, et al.** Accidents vasculaires cérébraux chez le sujet âgé au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. *J Rech Sci UL.* 2019;21:313-9.
16. **Djagadou KA, Balaka A, Tchamdja T, Nemi KD, Dadjo S, Tambourou E, et al.** Diabète chez le sujet âgé au Togo. *J Rech Sci UL.* 2017;19:363-7.
17. **Jagdish R, Girish S, Ruchi J.** Clinico-radiological profile of new smear-positive pulmonary tuberculosis cases among young adult and elderly people in a tertiary care hospital at Deheradun. *Indian J Tuberc.* 2008;5:85-90.
18. **Soumare DDN, Ouattara K, Kanoute T, Baya B, Guindo I, Sidibe F, et al.** Pneumopathie aiguë bactérienne du sujet âgé africain : À propos de 85 cas. *Rev Mal Respir Actual.* 2021;13:162-3.
19. **Wachinou AP, Agodokpessi G, Agbodande A, Affolabi D, Esse M, Adjibode O, et al.** La tuberculose du sujet âgé en milieu africain : particularités épidémiologiques diagnostiques et évolutives au Bénin. *Rev Pneumol Clin.* 2018;74:444-51.
20. **Koné Z, Daix ATJ, Binan YA, Bakayoko AS, Konan M, Koné S, et al.** Spectre des maladies respiratoires du sujet âgé noir africain en milieu pneumologique. *Rev Mal Respir.* 2015;32:A162.
21. **El-Solh AA, Sikka P, Ramadan F, Davies J.** Etiology of severe pneumonia in the very elderly. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:645-51.
22. **Tetchi Y, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Pete Y, Meyo S.** Profil des affections du sujet âgé africain aux urgences médicales du CHU de Cocody - Abidjan - (Côte d'Ivoire). *J Eur Urgences Réanimation.* 2012;25:147-51.
23. **Chottenfeld D.** Epidemiology of lung cancer. In: Pass HI, Mitchell JB, Johnson DH, Turrisi AT, editors. *Lung cancer: principles and practice.* Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 305-21.
24. **World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean.** Journée d'étude sur le tabagisme [en ligne]. Ville: Rabat; c2016 [Consulté le 26 janvier 2023]. Disponible sur : <http://www.emro.who.int/fr/mor/morocco-infocus/journee-detude-sur-le-tabagisme-a-rabat.html>.
25. **Nadir S, Tarfani Y, Nadir D, Touami S.** Épidémiologie du tabagisme en Algérie [en ligne]. c2020 [Consulté le 26 janvier 2023]. *Tobacco Prevention & Cessation.* Disponible sur : <http://www.tobaccopreventioncessation.com/Epidemiologie-du-tabagisme-en-Algerie,128559,0,2.html>.
26. **Pessinaba S, Atti YDM, Baragou S, Pio M, Afassinou Y, Kpélaïa M, et al.** L'embolie pulmonaire au centre hospitalier universitaire Campus de Lomé (Togo): étude rétrospective à propos de 51 cas. *Pan Afr Med J.* 2017;27:2-9.
27. **Koné Z, Daix ATJ, Binan YA, Bakayoko AS, Konan M, Koné S, et al.** Spectre des maladies respiratoires du sujet âgé noir africain en milieu pneumologique. *Rev Mal Respir.* 2015;32:A162.
28. **El-Solh AA, Sikka P, Ramadan F, Davies J.** Etiology of severe pneumonia in the very elderly. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:645-51.
29. **Sinoff G, Clarfield AM, Bergman H, Beaudet M.** A two-year follow-up of geriatric consults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:716-20.