

Les accidents vasculaires cérébraux : quel pronostic en Afrique aujourd'hui

Stroke: what prognosis in Africa today

Boua narcississe

Université Alassane Ouattara

Auteur correspondant : Boua narcississe . email : narcisse_boua@yahoo.fr

L'accident vasculaire cérébral (AVC), longtemps considéré comme rare en Afrique, est devenu un des principaux motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique dont l'estimation de l'impact réel reste difficile en raison de la rareté des données. Dans une méta-analyse, Adeloje et al. [1], en 2009, estimaient à 483 000 les nouveaux cas d'AVC en Afrique, soit un taux d'incidence de 81,2 (13,2-94,9)/100 000 années-personnes. Dans cette même étude, les auteurs évaluaient pour 2013, à 535 000 (87,0-625,3) les nouveaux cas d'AVC et à 2,09 millions (2,06-4,93) le nombre personnes atteintes d'AVC. La prévalence de l'AVC est généralement élevée en Afrique sub-saharienne, variant de 15 à 1300 pour 100000. Au Bénin la prévalence standardisée sur l'âge atteignait 3233 pour 100000 habitants dans la ville de Parakou en 2020 [2]. En milieu hospitalier, les AVC sont devenus la première cause d'hospitalisation dans les services de neurologie et de réanimation avec une mortalité importante. Dans son étude, Moalla et al [3] rapportaient une létalité de 19,9% en Tunisie, pays d'Afrique ayant une infrastructure hospitalière de meilleure qualité comparativement à ceux d'Afrique subsaharienne. En 2018, les décès dus à l'AVC hémorragique étaient de 35,6% à J30 dans la clinique neurologique de Dakar [4]. Au Burkina Faso et au Congo, la létalité était respectivement de 28,21% et 25% [5,6]. Pour Adoukonou et al, le taux de létalité d'AVC combiné à un mois était de 24,1% et de 33,2% à 1 an. À 3 et 5 ans, les taux de létalité étaient respectivement de 40,1% et 39,4%. L'AVC hémorragique était associé à un risque plus élevé de décès à un mois, mais l'AVC ischémique augmentait le risque de mortalité après 6 mois [7]. L'augmentation des AVC dans les pays africains et de sa létalité se situe dans le cadre de la « transition épidémiologique ». L'amélioration de l'espérance de vie résultant du contrôle des maladies infectieuses, de l'urbanisation et de l'innovation scientifique est la principale cause de la progression des maladies chroniques non transmissibles (HTA, diabète, cardiopathie, obésité, dyslipidémies...) qui font le lit des AVC. Sont également incriminés plusieurs changements dans les modes de vie tels que la sédentarité, le tabagisme et des habitudes

alimentaires défavorables, qui augmentent davantage l'incidence des maladies cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques. L'AVC est donc une réalité en Afrique subsaharienne. Il nous faut mettre en place un système de prévention mais également des structures de prise en charge. Pour la prévention, il est nécessaire de contrôler régulièrement la pression artérielle, le taux de cholestérol, d'arrêter de fumer de la cigarette, d'avoir une activité physique régulière et une alimentation saine (poissons, fruits). La mise en œuvre de ces mesures, simple en apparence, n'est pas toujours possible dans notre contexte. En effet en dehors des capitales, il est souvent difficile de réaliser une prise de tension correcte ou encore moins un contrôle du cholestérol. L'hypertension artérielle représente le facteur de risque le plus fréquent pour l'athérosclérose, qu'elle touche les coronaires ou les vaisseaux cérébraux. La présence d'une hypertension artérielle augmente le risque d'AVC d'un facteur de 6 à 8, cela de façon dépendante de l'élévation de pression artérielle. Chez plus de la moitié des hypertendus se surajoutent d'autres facteurs de risques comme le diabète, une dyslipidémie, une obésité ou un tabagisme, lesquels potentialisent le risque cardiovasculaire tel que l'ictus cérébral. La prévention des accidents secondaires est bien codifiée ailleurs et repose sur l'usage des antiagrégants plaquettaires. Les bienfaits de l'acide acétylsalicylique (AAS) dans ce cadre sont bien connus. La prise quotidienne d'AAS à faible dose réduit le risque d'événements vasculaires, y compris l'infarctus du myocarde, la récurrence d'AVC et les décès chez les patients victimes d'AVC. L'AAS (ASPIRINE®) est un anti-inflammatoire non stéroïdien ayant une activité antiagrégant plaquettaire. L'AAS inhibe la production de thromboxane A2 par les plaquettes, prévenant ainsi l'activation des plaquettes via leur récepteur GP IIb/IIIa et l'agrégation plaquettaire. Selon Hirt et al, la prise d'AAS dans les 48h suivant un AVC ischémique diminue le risque de récurrence de 2,3 à 1,6% ($p < 0,000001$) [8]. Il peut être associé à d'autres antiagrégants plaquettaires dont l'efficacité a été démontrée par différents travaux mais dont la disponibilité n'est pas garantie dans la plus part des

pays africains en développement. Une prise en charge efficace d'AVC nécessite une parfaite organisation autour de l'unité neurovasculaire, qui inclue des neurologues, des neurochirurgiens, des radiologues avec un équipement conséquent et des anesthésistes réanimateurs. Cette unité devrait pouvoir s'associer à d'autres prestataires comme les kinésithérapeutes et les orthophonistes afin d'optimiser le traitement des patients de l'AVC [9]. Il s'agit des structures organisées pour fournir des soins préventifs, thérapeutiques et de réadaptation à l'échelle institutionnelle, régionale ou nationale. Ces services ne sont disponibles que dans quelques pays en Afrique, particulièrement dans les capitales, et fonctionnent avec beaucoup de difficultés en raison du coût élevé des soins et de l'absence de système d'assurance maladie. La tomodensitométrie cérébrale, indispensable au diagnostic de cette affection reste difficile d'accès dans la plus part des états africains ou il est localisé le plus souvent dans la plus grande ville à un coût au-dessus des capacités financières de la majorité de la population. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'existe que dans certaines villes ne permettant pas une exploration approfondie de certains cas d'AVC. Au plan thérapeutique, le pronostic est étroitement lié à la rapidité d'intervention. Malheureusement, la plus part des études soulignent le fait que la prise en charge des patients atteints d'AVC en Afrique subsaharienne est tardif. Cela en raison du caractère

peu développé des services d'urgence hospitalière ou pré hospitalière dans la plus part des états africains. Dans une enquête récente, il a été montré que les services d'urgence existaient seulement dans un tiers des états africains [10]. Par ailleurs, très peu d'états dispose d'un service d'ambulance de type SAMU capable d'assurer convenablement une prise en charge adéquate des AVC en dehors de l'hôpital. Toutes ces difficultés associées à l'absence d'un système d'assurance maladie et à une méconnaissance de la maladie expliquent en partie les retards à l'hôpital. Selon Napon et al, les patients atteints d'AVC avaient un premier contact avec l'hôpital 6h 51 minutes après l'apparition des symptômes d'AVC et attendaient environ 22 heures avant la réalisation d'une TDM cérébrale [11]. Ces délais trop longs, ne permettent pas toujours la réalisation d'une thrombolyse. Le traitement par les thrombolytiques est très limité actuellement mais connaît un développement dans plusieurs pays africains [12]. Le principal obstacle à l'utilisation des thrombolytiques, en dehors de la prise en charge tardive, reste le coût élevé des molécules et le nombre insuffisant de praticiens (neurologues). En somme, l'AVC est un véritable problème de santé publique dont le pronostic reste encore sombre dans de nombreux pays subsahariens à cause du long délai de prise en charge, de l'insuffisance des infrastructures et du personnel spécialisés, du coût des médicaments spécifiques et de l'absence de système d'assurance maladie

References

1. **Adeloye D.** An estimate of the incidence and prevalence of stroke in Africa: a systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2014;9:e100724–e100724.
2. **Adoukonou T, Yahouédéou B, Agbétou M, Hountada H et al.** Prevalence of stroke survivors in Parakou in northern Benin: A door-to-door community survey. *Rev Neurol* 2020;176:839-45.
3. **Moalla KS, Damak M, Chakroun O, Farhat N, Sakka S, Hdiji O, et al.** Facteurs pronostiques de mortalité par accident vasculaire cérébral artériel à la phase aiguë dans une population nord-africaine. *Pan Afr Med J* 2020; 30:162-87.
4. **Abdourahaman NA, Diagne SN, Basse AM, Sow AD et al.** Pronostic de l'accident vasculaire cérébral hémorragique chez des patients hospitalisés à la clinique des neurosciences Ibrahima Pierre Ndiaye, Dakar, Senegal en 2018. *Afr J Neurol Sci* 2020;39:12-20.
5. **Ouedraogo PV, Savadogo AA, Samadoulougou S, Millogo A, Héma A.** Mortalité des accidents vasculaires cérébraux à la phase aiguë au centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou Bobo-Dioulasso; Burkina Faso. *Afr J Neurol Sci* 2019; 38: 22-9.
6. **Ossou-Nguiet PM, Gombet TR, Ossil-Ampion M, Ellenga MFB, Otiobanda GF et al.** Facteurs de mortalité des accidents vasculaires cérébraux au CHU de Brazzaville Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone. *saraf.net n.d.* <https://web-saraf.net/Facteurs-de-mortalite-des.html> (accessed October 26, 2022).
7. **Adoukonou T, Kossi O, Fotso Mefo P, Agbétou M, et al.** Stroke case fatality in sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke* 2021; 16: 902-16.
8. **Hirt L, Carrera E.** Antiagrégation plaquettaire en prévention secondaire de l'AVC ischémique. *Rev Med Suisse* 2017;13:907-10.
9. **Sykes L, Akpalu A, Gordon C, Fullbrook-Scanlon C, Johnson L** Developing stroke care services in west Africa. *Lancet Neurol* 2022; 21: 308-8.
10. **Mould-Millman N-K, Dixon JM, Sefa N, Yancey A, Hollong BG et al.** The State of Emergency Medical Services (EMS) Systems in Africa. *Prehospital Disaster Med* 2017; 32: 273-83..
11. **Napon C, Dabilgou A, Kyelem J, Bonkoungou P, Kaboré J.** Therapeutic route of patients at the acute phase of their stroke in Burkina Faso. *J Neurol Sci* 2017; 372: 75-7
12. **Roushdy T, Aref H, Kesraoui S, Temgoua M, Nono KP, Gebrewold MA, et al.** Stroke services in Africa: What is there and what is needed. *Int J Stroke* 2022; 17474930211066416-17474930211066416.