Rhumatologie Africaine Francophone

OPEN ACCESS

Article original

Utilisation des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens chez les personnes âgées en rhumatologie au CHR-Tsévié (Togo)

Use of Non-Steroïdal Anti-Inflammatory Drug in the elderly in rheumatology at CHR-Tsévié (Togo)

Koffi-Tessio Viwalé Etonam Sika[1], Fianyo Eyram[5], Diallo Mamadou Lamine[2], Oniankitan Sadat[3], Adjolou Alowgnim[2], Tagbor Komi Cyrill[6], Nouvedji Kodjo Anani[2], Ngakui Martial[2], Tsowou Abra[2], Deghela Cynthia[2], Kakpovi Kodjo[4], Houzou Prénam[3], Oniankitan Owonayo[2], Mijiyawa Moustafa[1]

[1]Service de Rhumatologie, CHR-Tsévié, Togo, rhumatologue
[2]Service de Rhumatologie, CHU Sylvanus Olympio, Togo
[3]Service de Rhumatologie, CHU de Kara, Togo
[4]Service de Rhumatologie, CHR Tomdè, Togo
[5]Service de Rhumatologie, CHR Kégué, Togo
[6]Service de Rhumatologie, Hôpital de Bè, Togo

*** Auteur correspondant :** Koffi-Tessio Viwalé Etonam Sika Email : annitess2005@gmail.com

Reçu le 22 Novembre 2024, accepté le 10 Janvier 2025 et mise en ligne le 26 Janvier 2025
Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr)

RESUME

Objectif : déterminer la place des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) chez les rhumatisants âgés au Centre Hospitalier Régional Tsévié.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective à visée descriptive et analytique a été menée de décembre 2022 à octobre 2023 portant sur des patients âgés (≥60 ans) ayant été traités par des anti-inflammatoires non stéroïdiens**.** En cas d'infection, les AINS ont été utilisés comme traitement adjuvant et à distance de l'antibiothérapie.

Résultats : Deux cent quarante- trois des 882 patients (27,6%) examinés au cours de la période d'étude et âgés d'au moins 60 ans avaient utilisé des AINS. Ils se répartissaient en 77 hommes (32%) et 166 femmes (68%). L'âge moyen était de 69 ans (extrêmes de 65 ans et 98 ans). L'hypertension artérielle était présente chez 118 patients (49%), une insuffisance rénale chez 6 (2,5%) et une hémorragie digestive chez 9 (3,7%). La pathologie dégénérative du rachis (137 cas, 56%), la gonarthrose (43 cas, 18%), les métastases osseuses (22 cas, 9%), les pathologies périarticulaires (23 cas, 9%), les pathologies microcristallines (4 cas, 1,6%), les rhumatismes inflammatoires (5 cas, 2%), l'algodystrophie (2 cas, 0,8%) et les infections (7 cas, 2,9%) ont été les affections ayant motivé l'usage d'AINS.
Les pathologies associées telles que : la pathologie dégénérative du rachis et gonarthrose (4,1%), la pathologie périarticulaire et la pathologie dégénérative du rachis (1,5%) étaient également retrouvées. Le traitement par AINS a été instauré à posologie minimale dans 64,7% des cas sur une durée inférieure à 10 jours dans 46% des cas. Les inhibiteurs de la pompe à proton ont été associés dans 20% des cas. Les inhibiteurs sélectifs de la cyclooxygénase 2 (coxibs) représentaient 49,8% des cas et les Arylacétates dans 28,4% des cas Vingt-sept patients souffraient d'Ulcère gastro duodénal (11,11%), Deux cents vingt-six patients étaient perdus de vue une fois le traitement entamé.

Conclusion : La prise en charge de la douleur et de l'inflammation chez les personnes âgées est nécessaire et passe parfois par des anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont l'une des causes de morbidités liées aux médicaments. Les prescriptions d'AINS chez cette population doivent répondre à leurs besoins spécifiques tout en améliorant non seulement les résultats thérapeutiques mais, surtout, minimisant le risque iatrogène.

Mots-clés : *Anti-inflammatoire non stéroïdien, Sujet âgé, Rhumatologie, CHR -Tsévié.*

ABSTRACT

Objective: to determine the place of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in elderly rheumatic patients at the Centre Hospitalier Régional Tsévié.

Patients and methods: a retrospective descriptive and analytical study was conducted from December 2022 to October 2023 on elderly patients (≥60 years) who had been treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs. In case of infection, NSAIDs were used as adjuvant therapy and at a distance from antibiotic therapy

Results: two hundred and forty-three of the 882 patients (27.6%) examined during the study period and aged 60 or over had used NSAIDs. They were divided into 77 men (32%) and 166 women (68%). The mean age was 69 (range 65-98). Arterial hypertension was present in 118 patients (49%), renal failure in 6 (2.5%) and digestive haemorrhage in 9 (3.7%). Degenerative pathology of the spine (137 cases, 56%), gonarthrosis (43 cases, 18%), bone metastases (22 cases, 9%), periarticular pathologies (23 cases, 9%), microcrystalline pathologies (4 cases, 1.6%), inflammatory rheumatism (5 cases, 2%), algodystrophy (2 cases, 0.8%) and infections (7 cases, 2.9%). Associated pathologies included degenerative pathology of the spine and gonarthrosis (4.1%), periarticular pathology and degenerative pathology of the spine (1.5%). Treatment with NSAIDs was started at minimum dosage in 64.7% of cases, and lasted less than 10 days in 46% of cases. Proton pump inhibitors were used in 20% of cases. Selective cyclooxygenase 2 inhibitors (coxibs) accounted for 49.8% of cases, and arylacetates for 28.4%. Twenty-seven patients suffered from peptic ulcer disease (11.11%), and 26 patients were lost to follow-up once treatment had begun.

Conclusion: the management of pain and inflammation in the elderly is necessary and sometimes requires non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), which are one of the causes of drug-related morbidity. NSAID prescriptions in this population must meet their specific needs while not only improving therapeutic outcomes but, above all, minimizing iatrogenic risk.

Keywords: *Non-steroidal anti-inflammatory drugs, Elderly subjects, Rheumatology, CHR -Tsévié.*

1. Introduction

La population mondiale est en nette augmentation dans tous les continents, dans toutes les tranches d'âge [1]. Les Nations unies prévoient d'ici 2050 le doublement du nombre de personnes âgées dans le monde [1]. Au Togo, la proportion des personnes âgées était de 3,8% en 2010, et devrait être de 4,5% en 2031 selon les projections [1]

A la transition démographique que connaît le continent africain, s'arrime une transition épidémiologique, aboutissant à un catalogue pathologique fait de maladies non transmissibles (en nette augmentation dans tous les pays africains), figurent l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les cancers, les maladies dégénératives et les maladies rhumatismales entraînant ainsi une incapacité et une dépendance. [2]

Les maladies rhumatismales entraînent une douleur et une inflammation dont la prise en charge nécessite parfois l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). [3-7] La grande majorité de cette population est âgée et, par conséquent, présente un risque plus élevé d'effets indésirables des AINS. Des études effectuées ont permis d'estimer une grande fréquence de la prescription des AINS chez les personnes âgées. [8,9,10]

Nous avons mené cette étude au CHR-Tsévié afin de déterminer la place des AINS dans la prise en charge de la douleur par les AINS chez les rhumatisants âgés.

2. Patients et méthodes

Nous avons mené une étude transversale rétrospective à visée descriptive et analytique durant neuf mois (décembre 2022 à octobre 2023) dans le service de rhumatologie au CHR-Tsévié (hôpital de niveau intermédiaire).

Cette étude a porté sur une population de personnes âgées ayant consulté au CHR de Tsévié dans le service de rhumatologie. Les données ont été collectés dans les dossiers d'observation médicale des patients. Ont été inclus dans l'étude les dossiers des sujets âgés de 60 ans et plus ayant consulté dans le service de rhumatologie au CHR de Tsévié et ayant été traités par AINS. N'ont pas été inclus les dossiers incomplets.

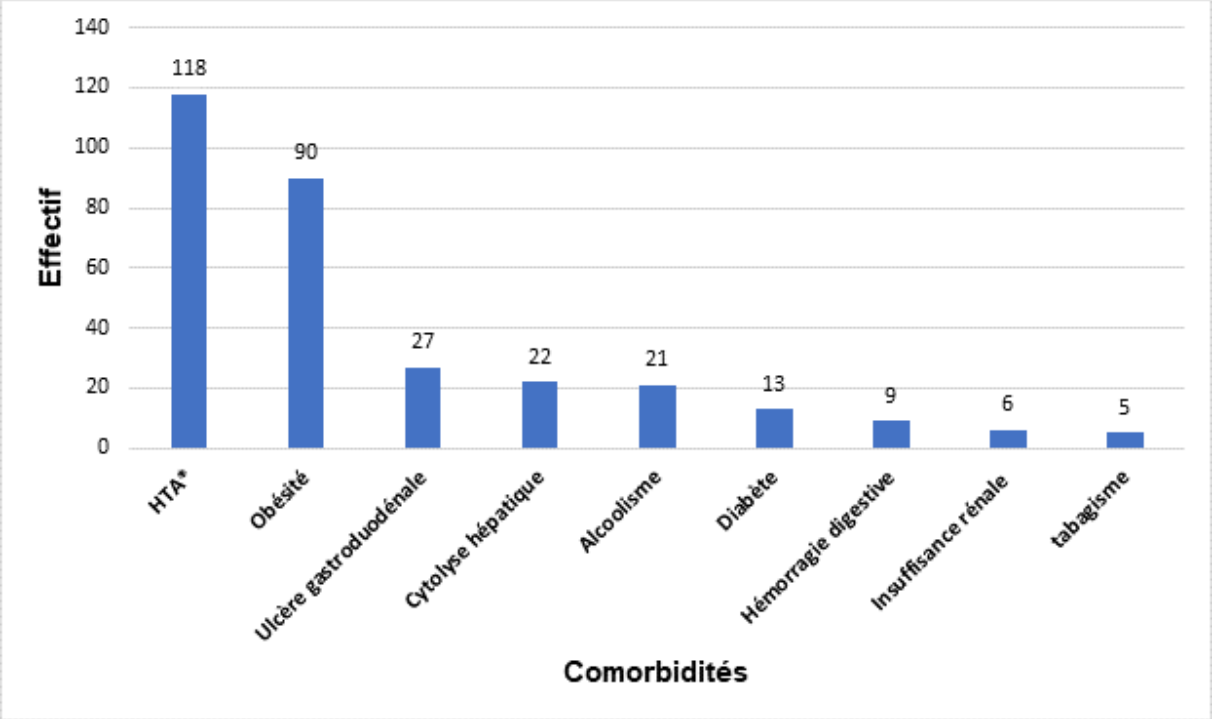
Les caractéristiques socio-démographiques des patients étudiées étaient l'âge, le sexe, et la profession. Les données cliniques évaluées étaient le motif de consultation, le traitement reçu avant l'admission, les antécédents personnels et familiaux, les constantes (poids, taille, indice de masse corporel (IMC), tension artérielle (TA)), l'examen général (état général, fièvre, œdème des membres inférieurs). Les données paracliniques étudiées étaient : hémogramme, vitesse de sédimentation (VS), glycémie, créatininémie, clairance rénale, transaminase, électrophorèse des protides sériques, triglycéridémie, cholestérolémie. De plus, nous avons noté le diagnostic retenu, le bilan pré-thérapeutique, les modalités de prescription des AINS et de suivi sous AINS.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie à partir des dossiers des patients. Le test de chi² ou le test exact de Fischer a permis d'étudier le rapport entre les facteurs sociodémographiques et la tendance à l'automédication.
Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epi Data version 3.1 et analysées avec SPSS version 21. Le niveau de signification de 0,05 a été utilisé.

3. Résultats

- **Données sociodémographiques**

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 243 patients sur 882 patients, soit une fréquence de 27,6%. L'âge des patients variait de 60-98 ans, avec une moyenne d'âge de 69,33 ans et un écart-type de 6,64. La tranche d'âge de 60-70 ans était la plus représentée avec un effectif de 156 patients. Le sexe féminin représentait 68,3 % des patient soit un sex-ratio égal à 0,4. Les cultivateurs étaient les plus représentés dans 30% des cas suivis des fonctionnaires d'état à la retraite dans 28,5% des cas et des commerçants/revendeurs dans 22,2% des cas.



*hypertension artérielle

Figure 1: Représentation des comorbidités des patients

- **Motif de consultation**

La rachialgie était le principal motif de consultation dans 73,3% des cas suivie de la gonalgie dans 19,3% des cas. Le tableau 1 montre la répartition des patients selon le motif de consultation.

Tableau 1: répartition des patients selon le motif de consultation

	Effectif	Pourcentage
Rachialgie	178	73,3
Gonalgie	47	19,3
Douleurs de l'aine	7	2,9
Douleurs de l'épaule	4	1,6
Douleurs du poignet	4	1,6
Paresthésie	3	1,3

Les pathologies mécaniques occupaient la première place et étaient dominées par la pathologie dégénérative du rachis dans 56,4% des cas ; les arthroses périphériques représentaient 17,7% des cas et les pathologies périarticulaires 9,5% des cas. Le tableau 2 montre la répartition des patients selon le diagnostic retenu.

Tableau 2: répartition des patients selon le diagnostic retenu

	Effectif	**Pourcentage**
Pathologie dégénérative du rachis	137	56,4
Arthroses périphériques	43	17,7
Pathologies périarticulaires	23	9,5
Pathologie tumorale ostéoarticulaire	22	9
Pathologie infectieuse ostéoarticulaire	7	2,9
Rhumatisme inflammatoire chronique	5	2
Pathologie microcristalline ostéoarticulaire	4	1,6
Algodystrophie	2	0,9

La pathologie dégénérative du rachis, la gonarthrose et l'association de l'arthrose du rachis et des genoux ont conduit à l'utilisation des AINS. Le tableau 3 montre la répartition des patients en fonction des pathologies et de la prise d'AINS

Tableau 3: Répartition des patients en fonction des pathologies et de la prise d'AINS

Pathologies	**Patients**		**AINS (%)**
	N	**%**	
Pathologie dégénérative du rachis	135	50,8	100
Gonarthrose	35	13,2	100
Pathologies tumorales ostéoarticulaires	22	8,3	77,3
Pathologies périarticulaires	21	7,9	100
Pathologie dégénérative du rachis + Gonarthrose	11	4,1	100
Pathologies infectieuses ostéoarticulaires	7	2,6	43,8
Pathologies périarticulaires + Pathologie dégénérative du rachis	4	1,5	100
Pathologies microcristallines	4	1,5	75
Pathologies inflammatoires chroniques	5	1,8	100
Algodystrophie	2	0,8	50

- **Variables d'études avant la mise en route du traitement**

Le bilan pré-thérapeutique a permis de noter le risque cardiovasculaire dans 56,8% des cas répertoriés. Hormis l'âge avancé, les facteurs de risque cardiovasculaire étaient l'hypertension artérielle (HTA) non contrôlée, l'obésité et les antécédents d'accident thrombo-embolique. L'automédication était importante avec 90,9% des cas. Le risque rénal était notifié dans 11,5% des cas. Le tableau 4 représente les variables considérées avant la mise en route du traitement.

Tableau 4: représentation des variables considérées avant la mise en route du traitement

	Effectif	**Pourcentage**
Notion d'automédication	221	91
Médicaments modernes	198	81,5
Médicaments traditionnels	23	9,5
Risque digestif	36	14,8
UGD*	27	11,1
Hémorragie digestive	9	3,7
Perforation digestive	0	0
Risque cardiovasculaire	138	56,8
HTA non contrôlée	60	24,7
Notion d'AVCI**	13	5,3
Facteurs de risque cardiovasculaire	138	56,8
Risque rénal	28	11,5
Insuffisance rénale	6	2,5
Traitement par IEC***/ARAII****/Diurétique	24	9,9

*Ulcère Gastroduodénal **Accident vasculaire cérébral ischémique ***Inhibiteur de l'Enzyme de conversion ****Antagoniste des récepteurs de l'Angiotensine

A l'analyse bi variée, il n'y avait pas de différence significative entre les tranches d'âge des patients et leur tendance à l'automédication (p =0,9). De plus, il n'y avait pas de différence significative entre le sexe des patients et leur tendance à l'automédication (p =0,224). Cependant, il y avait une différence significative entre les professions des patients et la tendance à l'automédication (p =0,018). Le tableau 5 montre l'analyse bi variée entre facteurs sociodémographiques et automédication.

Tableau 5: analyse bi variée entre facteurs sociodémographiques et automédication

	Automédication		
	Oui (%)	**Non (%)**	**p-value**
Sexe			
Masculin	32	1,6	0,9
Féminin	58,8	2	
Age			
[65-70 ans [	56,8	3,2	
[70-75 ans [	20,2	0,4	
[75-80 ans [	7,8	0	0,224
[80-85 ans [	2,5	0	
≥85 ans	3,7	0	
Profession			
Chauffeurs	2	0	
Cultivateurs	30,9	6,2	
Ménagères	12,8	0	0,018
Retraite	18,9	1,2	
Revendeurs	24,3	1,6	
Autres	1,6	0,4	

- **Modalités du traitement par AINS**

Concernant la durée du traitement par les AINS, elle n'a pas été renseignée dans 65 dossiers correspondant à un pourcentage de 27%. Dans 46% des cas, elle était inférieure à 10 jours et supérieure à 10 jours dans 27% des cas. Le traitement a été initié à posologie minimale dans 64,7% des cas. Dans 35,3% des cas, la posologie était supérieure à la minimale.

Les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) ont été prescrits systématiquement dans 20% des cas. Dans les autres cas (80%), aucun IPP n'a été associé aux anti-inflammatoires.

Sur le plan des classes d'AINS utilisées, les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (COXIB) étaient les plus prescrits dans une proportion de 49,8% des cas. Puis, venaient en deuxième position, les arylacétates étaient utilisés dans 28,4% des cas. La figure 2 montre la répartition des classes d'AINS prescrits.

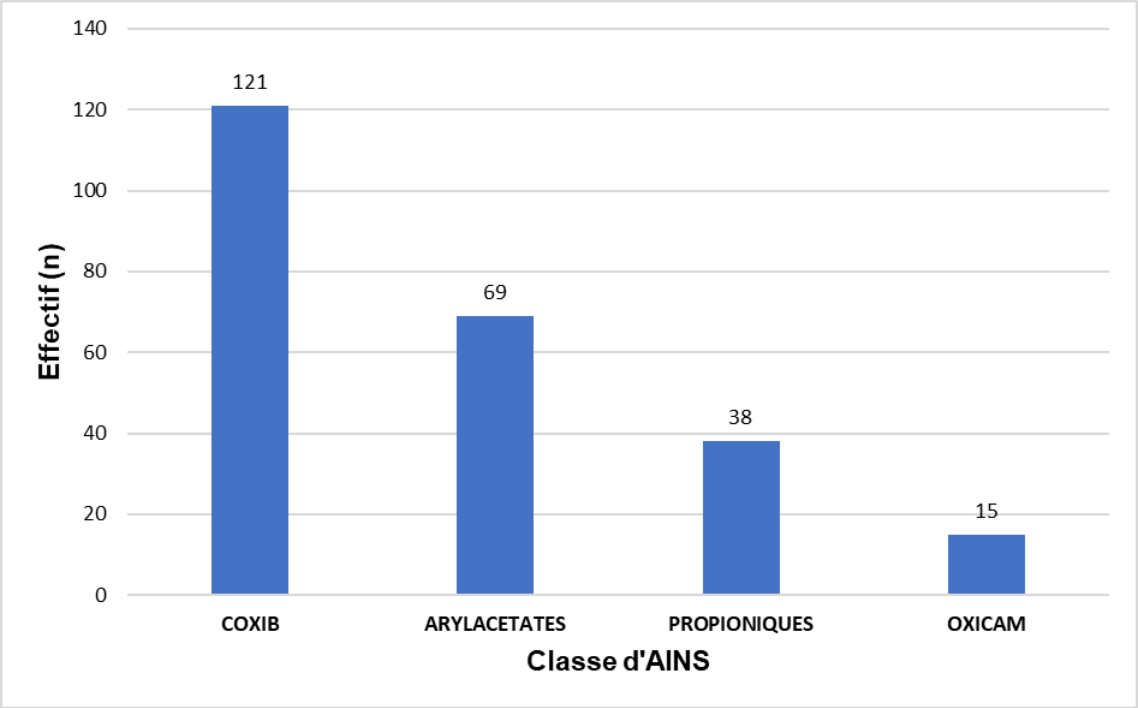


Figure 2: représentation des classes d'AINS prescrits

Au cours du suivi, 93% des patients étaient perdus de vue une fois le traitement initié. Néanmoins les effets indésirables notifiés étaient dominés par les complications digestives à type d'épigastralgie et d'ulcère gastroduodénal (15%) ; le risque cardiovasculaire (57%) ; et le risque rénal (2,5%). Le contrôle biologique trois semaines après le début du traitement n'a été honoré que chez un seul patient (0,4%).

4. Discussion

L'utilisation des AINS dans la prise en charge de la douleur chez les rhumatisants âgés est parfois nécessaire. La fréquence de consultation des sujets de ⩾ 60ans était de 27,6% dans l'étude. Notre résultat est supérieur à celui de KAKPOVI et al. qui avaient retrouvé une fréquence de 11,13 % à Lomé [4]. Cette différence de la fréquence peut s'expliquer par la création d'un nouveau service de rhumatologie en périphérie où la population est essentiellement agricole (73,3%), similitude retrouvée dans l'étude de KAKPOVI et al, BATA et al, ainsi que DIOMANDE et al. [4,8,11].

Parmi les pathologies rencontrées chez les sujets âgés dans notre étude, la pathologie dégénérative du rachis était au premier rang avec une fréquence de 56,4%. KAKPOVI et al à Lomé, BATA au Burkina Faso, DIAMONDE en Côte d'Ivoire avaient retrouvé la même prédominance de la pathologie dégénérative du rachis chez la personne âgée. [4,8,11] La similitude entre ces résultats montre la fréquence relativement élevée des pathologies dégénératives et mécaniques chez le sujet âgé en Afrique. La fréquence considérable de ces pathologies dégénératives et mécaniques au sein de la population des sujets âgés est liée à l'hyper-sollicitude des articulations et l'usure des cartilages due aux contraintes dans nos milieux. Cette fréquence peut également être liée à une mauvaise hygiène du dos. La plupart des maladies rhumatologiques sont dominées par la douleur, les médicaments les plus couramment utilisés sont les anti-inflammatoires ; ces AINS avant la mise en route du traitement doivent suivre des recommandations [12].

Dans notre étude, le traitement a été instauré à posologie minimale dans 64,7% des cas. L'association des IPP avaient été associés aux AINS systématiquement dans 20% des cas. Ce résultat était bien inférieur à celui rapporté par GUNGORMEZ, ce qui est contraire aux recommandations. [13] L'explication possible de la variation des résultats peut être les différentes habitudes de prescription entre les pays. [12]

Les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (COXIB) étaient les plus prescrits avec une fréquence de 49,8% puis les Arylcarboxyliques avec chef de file le diclofénac dans 44% des cas. Par contre Yavo en France [12] avait retrouvé une prédominance des Arylcarboxyliques dans les prescriptions dans 37,8% puis les Oxicams dans 33,3% des cas. [14] Sighoko au Mali a retrouvé que 62,6% des AINS prescrits étaient des Arylcarboxyliques et 28,3% des dérivés indoliques.[15] Pour DIOMANDE et al. [15] les Arylcarboxyliques prédominaient à 80,6% puis les Coxibs à 24,

Les effets indésirables n'ont été recherchés que chez 17 patients sur les 243 correspondant à une fréquence de 7%. Parmi les effets retrouvés, 1,7% était digestif et 0,4% cardiovasculaire. Aucun effet indésirable chez 4,9% des patients. La plupart (93%) des patients n'ont pas honoré le rendez-vous contrôle. GUNGORMEZ [12] a notifié que les effets indésirables ont été recherchés chez 54% des patients parmi lesquels les effets indésirables se présentent comme suit : 43,5% d'effets digestifs ; 12% d'effets cardiovasculaires, 21% d'effets cutanés et 18% de complications infectieuses. [12]
Un patient sur 243 avait honoré le contrôle biologique après la mise en route du traitement. GUNGORMEZ a retrouvé un contrôle biologique chez 12% des patients.[12]
Le suivi des patients de notre étude est faible. Cela pourrait s'expliquer par un défaut d'éducation thérapeutique, et/ou de la méconnaissance par les patients du danger du non suivi médical même en cas de bonne évolution clinique.
Les AINS constituent un arsenal précieux en médecine clinique, mais une reconnaissance appropriée des cas à haut risque, la sélection d'un agent spécifique, le choix de la prophylaxie des ulcères et une surveillance après le traitement sont nécessaires pour minimiser le risque d'événements indésirables.

5. Conclusion

Les AINS, d'utilisation courante chez le rhumatisant âgé, exposent à des effets secondaires, notamment digestifs et cardiovasculaire. Le typage et la prise en charge de ces effets secondaires nécessitent un suivi que doivent faciliter un meilleur accès aux soins et l'éducation des patients.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

1. Golaz V, Nowik L, Sajoux M, l'Afrique, un continent jeune face au défi du vieillissement : population et société ; n° 491, ined juillet 2012
2. Witko A, Mijiyawa M. Editorial Glossa 140. Glossa, 2024, no 140, 2-5.
3. Houzou P, Oniankitan O, Kak ovi K, Koffi-Tessio VE, Tagbor KC, Fianyo E, et al. Profil des affections rheumatismales chez 13517 patients ouest africains. Tunis Med. 2013 ; 91(1) : 16-20.
4. Kakpovi K, Koffi-Tessio VES, Houzou P, Agbevide K, Fianyo E, Tagbor KC, et al. Affections rhumatologiques du sujet âgé en consultation rhumatologique à Lome (Togo). J Rech Sci L'Université Lomé. 2017 ; 19 (1) :267-74
5. Ouédraogo DD, Zabsonré JW, Zongo E, et al. Prévalence et facteurs associés à l'automédication en rhumatologie en Afrique subsaharienne. Revue européenne de rhumatologie, 2015 ;2(2) : 52
6. Abdu N, Mosazghi A, Teweldemedhin S, Asfaha L, Teshale M, Kibreab M, et al. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) : Usage and co-prescription with other potentially interacting drugs in elderly : A cross-sectional study. PLoS ONE (2020)15(10)
7. Kean W F, & Buchanan, W W. The use of NSAIDs in rheumatic disorders 2005 : a global perspective. Inflammopharmacology, 13(4) : 343-370
8. Bata B. Aspects épidémiologiques des affections chez les personnes âgées en consultation de
9. Pilotto A, Sancarlo D, Addante F, Scarcelli C, Franceschi M. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in the elderly. Surg Oncol. 2010 Sep ;19(3) :167-72.
10. Johnson, A.G., Day, R.O. The Problems and Pitfalls of NSAID Therapy in the Elderly (PartI). Drugs & Aging 1991 ; 1, 130–143
11. Diomande M. Eti E. Ouali B. Kouakou E S. Ouattara M Y. Kouassi J M D et al. Profil des affections ostéoarticulaires des sujets âgés noirs africains : à propos de 157 cas vus à Abidjan. Tunis Med. 2015 ; 93 : 312-5.
12. Szeto C-C, Sugano KW, Ji-Guang, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) therapy in patients with hypertension, cardiovascular, renal or gastrointestinal comorbidities: joint APAGE/APLAR/APSDE/APSH/APSN/PoA recommendations. Gut, 2020. 4(69) : 617-629.
13. Gungormez E. Evaluation de la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez le sujet âgé. Thèse de médecine. Université Paris Diderot. 2015. 205.
14. Yavo B. Anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les personnes âgées en médecine de ville. Enquête sur le suivi des recommandations en Côte d'or et en Lorraine [Thèse de Médecine]. Université Henry Poincarré, Nancy I ; 2005 :138.
15. Sighoko N. La prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans le service de rhumatologie de l'Hôpital National du Point G [PhD Thesis]. Université de Bamako ; 2008 :143.

16. Diomandé M, Ouali B, Eti E, Kouakou E, Brou K, Gbané-Koné M, Djaha K, Ouattara B, Kouakou MN. Indications, efficacité et tolérance des anti-inflammatoires non stéroïdiens : à propos de 602 prescriptions au service de rhumatologie du CHU Cocody d'Abidjan, Rev. CAMES SANTE 2013 ; 1(2) : 93-98.

.