

## CLINICAL STUDIES / ETUDES CLINIQUES

## QUALITE DE VIE APRES UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AU SENEGAL: A PROPOS DE 50 CAS

## QUALITY OF LIFE AFTER STROKE IN SENEGAL: ABOUT 50 CASES

DADAH Samy Mohamed Lemine <sup>1</sup>  
 BASSE Anna Modji <sup>1</sup>  
 SENE Marième Soda <sup>1</sup>  
 BA El Hadji Makhtar <sup>1</sup>  
 SECK Lala Bouna <sup>1</sup>  
 SY Abdoul Bocar <sup>1</sup>  
 DIAGNE Side Ngor <sup>1</sup>  
 NDIAYE Moustapha <sup>1</sup>  
 TOURÉ Kamadore <sup>2</sup>  
 SOW Adjaratou Dièynaba <sup>1</sup>  
 DIOP Amadou Gallo <sup>1</sup>  
 NDIAYE Mouhamadou Mansour <sup>1</sup>

1. Service de Neurologie CHU de FANN, Dakar, Senegal
2. Service de médecine préventive et de santé publique de la FMPO de Dakar, Senegal

E-Mail Contact - DADAH Samy Mohamed Lemine : [samimedecin01 \(at\) yahoo \(dot\) fr](mailto:samimedecin01@yahoo.fr)

*Mots clés : AVC, qualité de vie, Sénégal*  
*Keywords: quality of life, stroke, Senegal*

## RESUME

**Introduction**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue une cause majeure de mortalité et de handicap chez les survivants. La qualité de vie dépend de la nature du handicap et de sa perception par le patient, son entourage et la communauté.

**Objectif**

Notre objectif était d'évaluer le handicap après un AVC et d'apprécier son retentissement sur la qualité de vie des patients victimes.

**Patients et Méthodes**

Nous avons mené une étude prospective, longitudinale de février 2008 à mai 2009, à la clinique neurologique de FANN. Les patients étaient vus à la phase initiale de l'AVC et 6 mois après et soumis à un questionnaire comportant plusieurs items relatifs à la nature de l'accident vasculaire cérébral, le vécu psychoaffectif et socioprofessionnel, l'index de Barthel a été utilisé chez tous les malades.

**Résultats**

Nous avons colligé 50 patients âgés de 15 à 82 ans, avec une sex-ratio de 1,27. L'accident était ischémique dans 70%, hémorragique dans 30% des cas. 66% des patients avaient un index de Barthel entre (60-100), 6% étaient entre (0-20). Le score était meilleur chez les jeunes (15ans-34ans) qui avait tous un index entre (60-100). Par ailleurs 50% des patients de la tranche supérieure à 75ans étaient dans l'intervalle (60-100). Les AVCH avaient des Meilleurs résultats avec 73,3% à un index entre (60-100). seul 12% ont été réinsérés, sur le plan professionnel. 54,05%, n'ont pas noté de changement dans leur vie conjugale. Sur le plan familial, 56% ne notaient aucun changement. Une grande partie de notre série 44% acceptaient bien leurs

déficits,. 70% ne faisaient plus d'activités de temps libre.

### Conclusion

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui incorpore outre la santé physique les aspects mentaux et sociaux de la maladie.

## ABSTRACT

### Introduction

Stroke is a major cause of mortality and disability in survivors. The quality of life depends on the nature of disability and its perception by the patient, his or her environment and community. The aim of this study was to assess disability after stroke and its impact on quality of life of patients (victims).

### Patients And Methods

We conducted a prospective, longitudinal study from February 2008 to May 2009, at the Neurological Clinic of Fann. Patients were seen at the initial phase of stroke and 6 months later and answered a questionnaire containing 13 items like nature of stroke disability psychological emotional and socioprofessional fields. The index of barthel was used at all the patient's.

### Results

We collected, were like this 50 patients aged 15-82 years with a sex ratio of 1.27. The accident was ischemic in 70% of cases, hemorrhagic in 30% of cases. 66% had a Barthel index between (60-100), 6% were between (0-20). The score was significantly better in young series (15-34), which all have a Barthel index between (60-100), more over 50% of patients in the portion above 75 years were in the range (60 - 100). Hemorrhagic stroke had the best results with 73.3% a Barthel index between (60-100). On a professional level, only 12% patients were rehabilitated. 54.05% didn't notice any change in their marital life. On the home front, 56% noted any change. A large part of our series 44% accepted although their deficits. 70% didn't have any more free time activities.

## INTRODUCTION

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est défini comme étant le développement rapide de signes cliniques de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24h, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire (14). Il constitue la 3ème cause de mortalité dans les pays industrialisés (14). La qualité de vie étant la perception d'un individu quant à la position qu'il occupe dans la vie, dans le contexte culturel et des valeurs qui régissent ses objectifs, ses attentes, son niveau de vie et ses inquiétudes (5).

Nos objectifs étaient d'évaluer la répercussion de l'AVC sur la qualité de vie, de façon générale. De façon plus spécifique, déterminer le score d'autonomie fonctionnelle grâce à l'index de Barthel (8), déterminer la qualité de vie des patients par rapport à la nature du handicap, et de préciser la qualité de vie sur la réinsertion socioprofessionnelle.

## METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale, réalisée à la clinique neurologique de FANN allant de février 2008 à mai 2009. Tous nos patients souffraient d'un AVC confirmé par une TDM cérébrale. Les patients étaient vus à la phase initiale de l'AVC et après 6 mois. Ils étaient soumis à un questionnaire de 13 questions sur 13 éléments étudiés : caractéristiques sociodémographiques, données cliniques, itinéraires thérapeutiques, nature de l'AVC et son mécanisme, antécédents et facteurs de risque, nature du handicap (type du déficit clinique séquellaire), traitement reçu, autonomie fonctionnelle selon l'index de Barthel, reprise des activités socioprofessionnelles, relation de la vie conjugale, et dans le milieu familial, comportement du malade par rapport à son handicap, et les activités du temps libre. L'index de Barthel (tableau I) étant constitué par une évaluation de 10 éléments avec un score total de 100, les résultats interpréter en 4 stades,

<http://ajns.paans.org>

une dépendance totale, avec score inférieur à 20, sévère si entre 20 et 40, modéré si 40 et 60, et léger supérieur à 60 (C). L'analyse de nos données a été réalisée grâce au logiciel SPSS 10.0.

## RESULTATS

Notre étude a porté sur 50 patients, qui étaient âgés de 15 à 82 ans avec une moyenne de 60 ans. Parmi notre cohorte, 54% étaient entre 55 et 74 ans, les plus jeunes (15 ans à 34 ans) représentaient 6% seulement. Le sexe masculin était à 56%, la sex ratio 1,27. 70% de nos patients étaient mariés, 66% non scolarisés, 14% étaient scolarisés au niveau du premier cycle secondaire, 20% étaient des ruraux, 80% urbains et semi-urbains, 52% sans emploi, 18% dans le secteur tertiaire.

Dans notre échantillon 54% ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée entre 6h et 24h, seuls 14% étaient vus dans les 3h. La prévalence de l'AVCI était de 70% celle de l'AVCH était de 30%.

66% des patients avaient un index de Barthel à 6 mois entre (60-100), 24% avaient un index entre (40-60), 6% étaient entre (0-20), 4% entre (20-40). Le score était significativement meilleur chez les jeunes de la série (15 ans-34 ans) qui avaient tous un index de Barthel entre (60-100), 71,43% de la tranche (35-54) avaient un index entre (60-100), et 62,96% de la tranche (55-74) étaient entre (60-100). Par ailleurs 50% des patients de la tranche supérieure à 75 ans étaient dans le même intervalle (60-100) (voir tableau II). Les sujets jeunes avaient un retentissement plus marqué (perte de travail et de revenu financier pour la famille, plus importante dépression et une plus grande difficulté d'insertion) sur la qualité de vie malgré un score de Barthel meilleur que chez les sujets âgés. Ce retentissement était plus marqué sur le plan professionnel, familial et économique. Il était plus important chez le sexe féminin avec un impact social plus lourd, une plus grande détérioration physique et cognitive, plus de dépression, plus de restriction dans les activités de la vie quotidienne.

Les AVCH avaient des meilleurs résultats avec 73,3% à un index de Barthel entre (60-100), contre 62,86% pour les AVCI dans le même intervalle (voir tableau III). Au plan professionnel, seuls 12% de nos patients ont été réinsérés ; 4% de façon totale et 8% partiellement. Dans leur vie conjugale, La majorité de nos patients n'ont pas noté de changement (54,05%), contre 5,41% de divorce, 21,62% de mal tolérance par le conjoint, et 18,92% d'affection excessive et de surprotection par leurs conjoints. Au plan familial, 56% ne notaient aucun changement, 26% recevaient une affection excessive et une surprotection, 12% vivaient avec une famille distante. Dans 6% des cas la famille était indifférente par rapport aux malades. Une grande partie de notre série 44% acceptaient bien leurs déficits, contre 34% qui acceptaient mal leurs déficits avec parfois une note dépressive, et 22% qui étaient indifférents. Alors que 70% ne faisaient plus d'activités de temps libre (sportives, culturelles, loisirs ou passe temps), 18% continuent à le faire de façon partielle, contre 12% qui ne notaient aucun changement sur ce plan.

## DISCUSSION

Dans notre étude, 66% des patients se situaient entre (60-100) à l'échelle de Barthel. Le statut fonctionnel était prédictif du retour à domicile. Dans la série de Grangère et al (8), il était de 60% avec un score de (5 à 40), 90% avec un score de (45-60), 96% selon un score de 65 à 100. Dans notre série, l'âge jeune est un élément de bon pronostic : 100% des patients 15 à 34 ans avaient un index de Barthel à 60-100 versus 50% pour ceux âgés de plus de 75 ans. Plusieurs études corroborent nos résultats (18). Les patients jeunes se réadaptent plus facilement (7). L'âge n'influencerait que les aspects relatifs aux activités de la vie quotidienne mais pas la récupération neurologique (9). Au Nigeria, dans l'étude portant sur la qualité de vie des survivants après un AVC, Akosile (1) n'avait pas retrouvé de différences significatives entre les deux sexes de même que Owolabi (12). Assogba et al (3) avaient relevé en utilisant le score de Rankin modifié, 38,6% de handicap léger, 31,6% de handicap moyen et 3,5% de handicap sévère. 73,33% des AVCH se situaient entre 60-100 de l'index de Barthel contre 62,86% pour les AVCI. Basse (4) notait les mêmes résultats, de même que Rapin (17) avec une récupération fonctionnelle plus favorable pour les AVCH. 12% de nos patients ont repris une activité professionnelle, un résultat inférieur à celui de Assi (2) où 32% avaient repris l'activité professionnelle chez une population suivie pendant un an, dont 24% de façon totale, et 7% de façon partielle. Chez Pradat et al (16) c'était à 60% de récupération professionnelle, après suivi et évaluation pendant 3 ans. En cas de séquelles sévères, une motivation très importante du patient est indispensable (15). Le retour à domicile seul devenir des patients atteints d'AVC constitue un support familial prépondérant à 34,36% (18). Dans notre étude, dans la majorité des cas, on ne notaient pas de changement de la vie conjugale (54,05%) ni de changement pour le milieu familial (56). Mayo et al (9) ont également observé des résultats comparables sur une population après 6 mois d'évolution. Niemi et al (11) rapportaient

une détérioration des relations familiales dans 54% des cas. Pour le comportement, 34% de nos patients acceptaient mal leurs handicaps contre 21,7% qui avaient une vision négative de leurs déficits chez Mayo et all (9), et 54% de dépression chez Gallien (6). Assogba et al. rapportaient un taux important de dépression et d'anxiété altérant la qualité de vie qui était diminué avec une moyenne au QOLIE de  $0,94 \pm 0,30$ . Cette altération intéressait les domaines de l'émotion, la concentration, la motivation, la motilité et la vie sociale. Elle serait de sévérité variable à l'échelle HRQOL en particulier dans les dimensions physiques, psychiques, cognitives et sociales comme rapporté par Owolabi (12). Parmi nos patients, 70% n'ont pas repris les activités de loisir. Même constat que dans la littérature, chez Petrilli (13) 19 sur 50 avaient repris leurs activités antérieure soit 38% des cas. Chez Niemi et all (10), 80% n'avaient pas repris les leurs au terme de 4 ans. Mayo et all (7), notaient un taux à 72% de difficultés à reprendre les activités de temps libre. Akosile (1) notaient que les meilleurs scores (SS-QOL), utilisé dans son étude, étaient observés dans les domaines de la vision, la pensée, l'humeur et le langage ; les plus mauvais score étaient relevés dans le domaine social. On peut constater que être victime d'un AVC a de fortes répercussions personnelles et communautaires et a un coût élevé pour la société et plus précisément la famille et ceci d'autant plus que le sujet atteint est jeune.

## CONCLUSION

L'AVC du sujet africain, garde ses particularités évolutives avec un pronostic plus réservé et une altération profonde de la qualité de vie n'épargnant aucun domaine de la vie. Il reste une cause importante d'handicap chez le sujet adulte tant sur le plan familial, social, qu'économique. L'absence de politique sanitaire adaptée aggrave le pronostic, et ne permettent pas la prise en charge nécessaire à cette pathologie.

Tableau I : index de Barthel

Item	Description	Score
<b>ALIMENTATION</b>	Indépendant/Capable de se servir des instruments nécessaires/Prend ses repas en un temps raisonnable	10
	A besoin d'une aide par exemple	5
<b>BAIN</b>	Possible sans aide	
<b>Se lave le visage SOINS PERSONNELS</b>	Se lave le visage; se coiffe se brosse les dents se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5
<b>HABILLEMENT</b>	Indépendant met ses chaussures et ses bretelles	10
	A besoin d'aide mais fait la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	5
<b>CONTINENCE RECTALE</b>	Aucun accident	10
	Accident occasionnel	5
<b>CONTINENCE URINAIRE</b>	Aucun accident	10
	Accident occasionnel	5
<b>TOILETTES</b>	Indépendant se sert du papier hygiénique; chasse d'eau	10
	A besoin d'aide pour l'équilibre; pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5
<b>TRANSFERT DU LIT AU FAUTEUIL</b>	Indépendant; y compris pour faire fonctionner une chaise roulante	15
	Surveillance ou aide minime	10
	Capable de s'asseoir; mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5
<b>DEPLACEMENTS</b>	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m avec aide /Eventuellement avec des cannes	15
	Peut faire 50 m avec aide	10
	Indépendant /Pour 50 m dans une chaise roulante; si incapable de marcher	5

Item	Description	Score
ESCALIERS	Indépendant. Peut se servir des cannes	10
	A besoin d aide pour son service	5

Tableau II : index de Barthel en fonction de l'âge

			Index de Barthel				
			(0 - 20)	(20 - 40)	(40 - 60)	(60 - 100)	TOTAL
Age	(15-34)	Effectif	0	0	0	3	3
		pourcentage(%)	0	0	0	100	100
	(35-45)	Effectif	0	0	4	10	14
		pourcentage(%)	0	0	28,57	71,43	100
	(55 -74)	Effectif	2	1	7	17	27
		pourcentage(%)	7,41	3,7	25,92	62,96	100
	(75 -94)	Effectif	1	1	1	3	6
		pourcentage(%)	16,67	16,67	16,67	50	100

Tableau III: index de Barthel en fonction de la nature de l'AVC

			Index de Barthel				
			(0 - 20)	(20 - 40)	(40 - 60)	(60 - 80)	(80 - 100)
Nature de l'AVC	Ischémique	Effectif	3	1	9	22	35
		pourcentage(%)	8,57	2,86	25,71	62,86	100
	Hémorragique	Effectif	0	1	3	11	15
		pourcentage(%)	0	6,67	20	73,33	100
	Total	Effectif	3	2	12	33	50
		pourcentage(%)	6	4	24	66	100

**BIBLIOGRAPHIE**

1. AKOSILE CO, ADEGOKE B, EZEIFE CA, MARUF FA, IBIKUNLE PO, JOHNSON OE, IHUDIEBUBE-SPLENDOR C, DADA OO. Quality of life and sex difference in south-eastern Nigerian stroke sample. *Af J NeuroSciences* 2013; 32:19-25.
2. ASSI B, DATIE AM, NANDJUI BM, SES E, MANOU B, SONAN-DOUAYOUA T, KOUASSI EB. Problèmes liés à la prise en charge rééducative des hémipariés vasculaires à Abidjan (Côte d'Ivoire) *Af J NeuroSciences* 2002; 21:15-20.
3. ASSOGBA K, BELO M, KOMBATE D, AGBOBLI A, APETSE K, KUMAKO V, GUINHOUYA KM, BALOGOU AAK, DJASSOA G, GRUNITZKY EK.. Qualité de vie, anxiété et dépression chez les survivants d'AVC au Togo. *AJNS* 2011 ; 30 .
4. BASSE A .M. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à Dakar. Thèse Med., Dakar, 2005; n°65.
5. DI CARLO A, LAUNER L J, BRETELER MM et al. Frequency in stroke in europe : A collaborative study of population-based cohort. ILSA Working Group and the neurologic diseases in the Elderly Research Group. *Italian Longitudinal Study on Aging. Neurology* 2000; 5: 28-33.
6. GALLIEN P, ADRIEN S, PETRILLI S, DURUFLE A, ROBINEAU S. Maintien à domicile et qualité de vie à distance d'un accident vasculaire cérébral. *Ann. Réadapt. Med. Phys.* 2005;48:225-230.
7. GOLDSTEIN LB, ADAMS R, BECKER. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for health care professionals from stroke council of the American heart Association. *Circulation.* 2001; 103:163-182.
8. GRANGER CV, DEWIS LS, PETERS NC, SHERWOOD CC, BARRETT J. Stroke rehabilitation: Analysis of repeat Barthel Index measures. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1979;1:14-17.
9. MAYO NE, WOOD-DAUPHINEE S, COTE R, DURCAN L, CARLTON J. Activity, participation and quality of life 6 months post stroke. *Arch. Phys. Med. Rehabil* 2002;83:1035-1042.
10. NAKAYAMA H, JORGENSEN HS, RAASCHOU HO, OLSEN TS. The frequency of age of stroke outcome. *The Copenhagen stroke study.* 1994;25:808- 813.
11. NIEMI ML, LAAKSONEN R, KOTILA M, WALTIMO O. quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 1988;19:1101-1107.
12. OWOLABI MO, OGUNNIYI A. Profile of health-related quality of life in Nigerian stroke survivors. *Euro J. Neurol.* 2009. 16: 54-62.
13. PETRILLI S, DURUFLE A, NICOLAS B, PINEL JF, KERDONCUF V, GALLIEN P. Hémipariés vasculaire et retour à domicile. *Ann. Readapt. Med phys.* 2002;45:69-76.
14. Place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral. ANAES Services recommandations professionnelles et service évaluation économique juillet 2002
15. PRADAT-DIEHL P, PESKINE A. La vie quotidienne après un infarctus cérébral. *Rev. Prat.*, 2006;56:1443-1451.
16. PRADAT-DIEHL P, TESSIER C, MAZEVET D. devenir professionnel de la personne aphasique. *Entretiens d'orthophonie*, 1998
17. RAPIN PA, FOLETTI GB, BOGOUSLAVSKY J. Evolution des accidents cérébro-vasculaires très sévères. *Rev. Neurol* 2002;158:1096-1101.
18. TSOUNA-HADJIS E, VEMMOS KN, ZAKOPOULOS N, STAMATELOPOULOS S. First-stroke recovery process: The role of family social support. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2000;81:881-887.