

CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES EN CARDIOLOGIE A BAMAKO (A Propos de 162 cas)

M.B. DIARRA*, A. DIARRA*, K.M. SANOGO**, S. DIAKITE*, N.C.TCHINTCHUI*, I.B. DIALL***, B.A. DIALLO*** et M.K.TOURE*

* Service de Cardiologie A Hôpital du Point G. Bamako Mali ; ** Service de Cardiologie Hôpital Gabriel Touré Bamako Mali ; *** Service de Cardiologie B Hôpital du Point G. Bamako Mali

Résumé : La détermination des facteurs de risque permet d'empêcher sinon de retarder l'apparition de certaines maladies. Notre étude menée dans le service de Cardiologie A du CHU du Point G. avait pour but de déterminer les principaux facteurs de risque des cardiopathies ischémiques parmi 162 malades. Il apparaît que tous les facteurs classiques (HTA, Diabète, Obésité, Tabagisme, Sédentarité, Ménopause, Contraceptif, Dyslipidémie) sont présents. Mais les facteurs évitables comme l'intoxication tabagique des jeunes hommes, la sédentarité et l'obésité jouent un rôle important, ce qui permet d'envisager une politique efficace de prévention.

Mots clés : Cardiopathies Ischémiques- Prévention primaire

Abstract : The determination of risk factors allow to prevent or to delay the apparition of certain diseases. Our study put out in Cardiology A of Hôpital du Point G. had to determine the main risk factors of ischemic heart diseases between 162 patients. It appears that all classical risk factors (HBP, Diabetes, obesity, tobacco use, sedentary, menopause, contraceptives, dyslipemia) were found among patients. It appears particularly that avoidable risk factors such tobacco use among young men, sedentary and obesity play important role in the beginning. So it is possible to deploy an efficient prevention politic

Key words : Ischemic Heart Diseases – Primary Prevention

Introduction : Les affections cardiovasculaires dont l'HTA et les cardiopathies ischémiques seront les principales causes des maladies non transmissibles (MNT) dans les pays en voie de développement dans les prochaines décennies selon l'O.M.S (1-2).

Il ressort du guide de Passeron (3) que l'étude de Framingham, a permis de déterminer les facteurs corrélés de la survenue de la maladie coronaire dans les pays développés tels les USA.

Il était permis de se demander si ces mêmes facteurs intervenaient dans les pays comme le Mali.

Dès lors il était intéressant de s'en préoccuper et de déterminer la place des principaux facteurs de risque connus dans la survenue des cardiopathies ischémiques au Mali afin de pouvoir dresser une politique de prévention efficace.

Le but de notre travail était d'étudier les cardiopathies ischémiques dans le service de Cardiologie A du CHU du Point G, d'évaluer l'importance du tabagisme parmi les facteurs de risques ainsi que celle des autres facteurs maîtrisables

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de janvier 1990 à décembre 2003 et d'une étude prospective de janvier 2004 à décembre 2004.

Elle portait sur tous les patients des deux sexes, de tout âge, hospitalisés dans le service de Cardiologie A du CHU du Point G, présentant les signes cliniques et électriques de pathologie coronarienne pendant la période concernée.

N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients non hospitalisés ou aux dossiers incomplets.

Nous avons constamment fait appel à la clinique et à l'électrocardiographie pour étudier notre diagnostic. Selon les cas, nous nous sommes aidés de la radiographie thoracique de face, de l'échographie, de l'écho doppler artériel et veineux, du lipidogramme, de la glycémie et du dosage des enzymes cardiaques.

Les facteurs de risque dans leurs définitions admises de nos jours : HTA, intoxication tabagique, diabète, obésité, inactivité physique ont été étudiés en général, mais particulièrement chez les patients de sexe masculin. Nos données ont été saisies sur le logiciel SPSS 11.0 et Microsoft Excel. Le test statistique utilisé était le KHI carré, et le calcul du risque relatif.

Résultats : Compte tenu de nos critères d'inclusion, nous avons retenu pour la période 162 observations de cardiopathies ischémiques parmi les 6.293 malades dans le service soit une prévalence de 2,6%.

Tableau 1 : Répartition selon le sexe et l'âge

Tranche d'âge	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
30-39 ans	7	4.3	0	0	7	4.3
40-49 ans	19	11.7	8	4.9	27	16.6
50-59 ans	50	30.9	11	6.8	61	37.7
60-69 ans	36	22.5	9	5.6	45	28
70-79 ans	12	7.4	5	3.1	17	10.5
Plus de 80 ans	5	3.1	0	0	5	3
Total	129	79.6	33	20.4	162	100

Khi² = 6.582 P = 0.255

Le sexe masculin représentait 4/5 de la population totale de nos cardiopathies ischémiques. Les âges extrêmes étaient de 32 et 85 ans, l'âge moyen des patients était de 57,6 ans.

Chez les femmes, les âges extrêmes allaient de 41 à 79 ans alors qu'ils étaient de 32 et 85 ans chez les hommes. L'âge moyen des femmes était de 59,6 ans. Celui des hommes était plus bas 55,7 ans.

Tableau 2 : Répartition selon les facteurs de risque et le sexe.

Facteurs de risque	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
HTA	66	40.7	18	11.1	84	51.8
Tabagisme	82	50.6	0	0	82	50.6
Sédentarité	60	37.1	17	10.4	77	47.5
Obésité	26	16	12	7.4	38	23.4
Ménopause	0	0	24	14.9	24	14.9
Diabète	18	11.1	7	3.1	23	14.2
Alcoolisme	17	10.5	0	0	17	10.5
Dyslipo-démie	12	7.4	3	1.9	15	9.3
Contraceptif oral	0	0	7	4.3	7	4.3

Khi² = 77.35 P = 0.00001

Tous les facteurs de risque classique étaient retrouvés avec une prédominance nette pour

l'HTA (51.8%), et pour l'intoxication tabagique (50,6%).

Les autres facteurs de risque (la sédentarité, l'obésité, la ménopause, le diabète, l'alcoolisme, la dylipidémie et la contraception orale) étaient retrouvés à un degré moindre.

Pour les femmes, la ménopause, l'HTA et la sédentarité représentaient les principaux facteurs de risque rencontrés alors qu'ils étaient dominés chez l'homme par le tabagisme avec 63.6% suivi de loin par l'HTA avec 51.2%.

Tableau 3 : Répartition des patients selon le cumul des facteurs de risque (FDR).

Nombre de FDR	Effectifs	Pourcentage
Sans FDR	11	6.8
1	38	23.4
2	59	36.4
3	39	24.1
4 et plus	15	9.3
Total	162	100

Les bi factoriels et les tri factoriels étaient les plus nombreux car ils représentaient respectivement 36.4 et 24.1% de l'ensemble de l'effectif.

Les personnes qui présentaient au moins un FDR couraient 13,7 (151/11) fois plus de risque de faire une cardiopathie ischémique.

Tableau 4 : Age, Tabagisme et Cardiopathies ischémiques chez l'homme.

Tranche d'âge	Non fumeurs		Fumeurs		Total	
	N	%	N	%	N	%
30-39 ans	1	14.3	6	85.7	7	100
40-49 ans	3	15.8	16	84.2	19	100
50-59 ans	17	34	33	66	50	100
60-69 ans	16	45.5	20	55.5	36	100
70-79 ans	6	50	6	50	12	100
Plus de 80 ans	4	80	1	20	5	100

La majorité des patients victimes de cardiopathies ischémiques de sexe masculin était des fumeurs.

Presque la quasi-totalité des patients des tranches d'âge 30-39 ans et 40-49 ans était des fumeurs.

L'âge a été un facteur de risque important de survenue des cardiopathies ischémiques à partir de 60 ans.

Discussions : Les cardiopathies ischémiques, même si elles n'occupent pas une place importante au sein des affections cardiovasculaires, deviendront dans un avenir proche une préoccupation de santé publique comme dans les pays développés.

Elles représentent 2.6% de nos 6 293 hospitalisations entre janvier 1990 à décembre 2004.

Cette prévalence est inférieure aux 3.5% de Théra (4) notée dans le même service en 1989, voisine des 2,4% de Kimbally (5) au Congo Brazaville, mais supérieure au 0,48% de Kingue (6) retrouvée au Cameroun en 2000.

Comme dans la plupart des études, le sexe masculin et l'âge sont des facteurs prédisposant. Les hommes représentent 79,6% du groupe et l'âge moyen du groupe est de 57,6 ans.

Cette représentation masculine et cet âge moyen sont bien voisins de ceux fournis par Thiam (7) dans son étude sur les cardiopathies ischémiques en Afrique alors que ceux de Kimbally-Kaky (5) sont plus éloignés avec 61,7% de représentation masculine et un âge moyen de 58 ± 12 ans.

Les facteurs de risque sont dominés par l'HTA retrouvée chez 51,8% de nos patients avec une légère prédominance chez les femmes (54,5%) contre (51,2%) chez les hommes.

L'étude CORONAFRIC (8) confirme la prévalence de l'HTA retrouvée chez 55,3% des patients ainsi que sa prédominance féminine à 68,4%.

En occident, la domination de l'hypertension artérielle est différemment appréciée selon les études.

Si Bordier (9) ne la situe qu'à 43% en 1998, elle passe à 56% pour le groupe RICO (10) en France en 2001.

L'HTA représente donc dans notre contexte comme dans beaucoup de pays un des principaux facteurs de risque des cardiopathies ischémiques.

Le Tabagisme occupe le deuxième rang après l'HTA. Il est présent chez 50,6% de nos patients. Cette prévalence voisine de celle

notée par COROAFRIC (50%) est supérieure à celle de Théra au Mali

(37,7%) aux 43,5% chez le Noir Africain de ANZOUAN KAKOU (11) et aux 36% de KINGUE au Cameroun. Elle reste nettement inférieure à celle de Ferrières (12) qui évalue à 71%.

Le tabagisme est uniquement masculin dans notre étude. Il représente le premier facteur de risque au sein de cette population. Il est retrouvé chez 63,6% de nos patients de sexe masculin alors que l'HTA qui vient en 2^{ème} rang n'est présente que chez 51,2%.

L'exclusivité de l'intoxication tabagique masculine est confirmée par Anzouan Kakou (11) chez le noir africain pendant que chez le Caucasien et l'arabe, elle est retrouvée chez 4,2% de femmes.

Nos patients jeunes des tranches d'âge 30-39 ans et 40-49 ans victimes de cardiopathies sont des fumeurs dans des proportions respectives de 85,7% et 84,2%.

Ce résultat avait déjà été observé selon Passeron (3) par Framingham qui a montré une corrélation entre le tabagisme et la survenue d'insuffisance coronaire avec un risque général augmenté, mais beaucoup plus prédominant chez les sujets jeunes.

Les effets bénéfiques de l'activité physique modérée sur la longévité cardiovasculaire sont bien connus. La vie moderne n'incite guère à la pratique sportive, d'où une tendance à la **sédentarité** que nous retrouvons chez 47,5% de nos patients. La sédentarité est moins présente chez CORONAFRIC (8) avec 41% et surtout chez Ndongo (13) à Dakar avec 28%.

L'obésité est rencontrée chez 23,4% de nos patients alors qu'elle est observée chez 80% des patients de Kingue (6).

L'obésité est plus marquée chez les femmes que chez les hommes dans notre étude. Elle est présente chez 34,4% des femmes contre 20,2% pour les hommes. C'est une tendance des sociétés africaines où l'obésité est considérée comme un signe d'opulence alors qu'elle constitue dans les pays industrialisés un problème majeur de santé publique.

Indépendamment des facteurs propres au sexe, il n'y avait pas de différence significative pour les facteurs communs aux deux sexes.

Les personnes qui présentaient au moins un FDR couraient 13,7 fois plus de risque de faire une cardiopathie ischémique.

La ménopause spécifique à la femme est retrouvée chez 72,7% de nos patientes. Elle est présente ainsi le principale facteur de risque, comme chez Camara et N'Getta (14-15) avec 79,1% contre 60% chez Ndongo (13). Elle est suivie de très loin par l'HTA avec 54,5% et la sédentarité avec 51,5%.

Le diabète sucré (14,2%), les dyslipidémies (9,3%) l'alcoolisme (10,5%), la contraception orale (21,1%) : facteurs de risque classiques sont bien retrouvés dans notre étude. Leurs prévalence réelles sont difficilement appréciables dans notre contexte, soit par manque de moyens d'exploitation, soit du fait de la religion, soit de la sous utilisation des moyens contraceptifs.

Conclusion : La mortalité des cardiopathies ischémiques est bien établie dans les pays occidentaux développés. Dans nos pays où nos moyens sont très limités, et où les cardiopathies ischémiques vont devenir de plus en plus présents, il est indispensable de ralentir le plus leur survenue en identifiant les principaux facteurs de risque et en mettant en place une politique de prévention primaire efficace.

Notre étude nous a permis de situer la place des principaux facteurs de risque évitables (Tabagisme chez les hommes, la sédentarité et l'obésité dans l'ensemble de la population étudiée) dont l'éviction sans bourse déliée, nous permettra le ralentissement de la survenue de cette pathologie que nous ne pouvons maîtriser pour le moment.

Une politique de lutte efficace contre le tabagisme surtout en milieu juvénile (éducation, sensibilisation) doit être menée. Des lois répressives contre les publicités mensongères agressives doivent être votées et effectivement appliquées.

Quant à l'obésité et l'inactivité physique, une éducation nutritionnelle et comportementale devrait être instituée à tous les niveaux de formation de la jeunesse pour limiter les tendances déviationnistes.

Références :

- 1 WHO Regional Office Africa. Non communicable diseases – A strategy for African Region AFR/RC 50/10
- 2 WHO, Harvard school of Public Health, World Bank. The Global Burden of Disease Harvard school of Public Health 1996.

- 3 JEAN PASSERON. Guide pratique des facteurs de risque cardiovasculaire Collection Médi-guides Masson Paris 1999
- 4 THERA A. Cardiopathie ischémiques : Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs A propos de 30 cas observés à l'Hôpital du Point G. Thèse, Méd, Bamako, 1989 ; 36.
- 5 G. KIMBALLY-KAKY, C. BOURAMOUE. Profil et avenir des patients congolais atteints d'insuffisance coronarienne – A propos de 743 cas. Méd. Afrique Noire 2000 ; 47: 197-203
- 6 KINGUE S., BIMAN F., BAONGA Ba SF., OUANKOU MD., MOUNA WFT. La maladie coronaire au Cameroun. Aspects épidémiologiques et cliniques. Cardiologie Trop 2000 ; 36 : 7-11.
- 7 M. THIAM, G. CLOATRE, F. FALL, X. THEOBALD, J.L. PERRET. Cardiopathies ischémiques en Afrique : Expérience de l'hôpital Principal de Dakar. Méd. Afrique Noire 2000 ; 47 (6) : 281-284.
- 8 P. TICOLAT, Ed. BERTAND. Aspects épidémiologiques de la maladie coronaire chez le Noir Africain : A propos de 103 cas. Résultats de l'enquête multicentrique prospective CORONAFRIC. Cardiologie Trop 1991; 17 No Spécial : 6-18
- 9 BORDIER P., COMIANT I., ROBERT F., TOUCHARD P. Prise en charge de l'IDM dans un Centre Hospitalier équipé. Edit. Elsevier Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 2002 ; 51 : 181-187
- 10 J.C. BEER, G. DENTAN, L. JANIN-MAGNFICAT, M. ZELLER, M. COHEN. Délais de prise en charge des patients présentant un infarctus du myocarde. Données de RICO (Observatoire des Infarctus de la Côte d'Or). Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 2002 ; 51 : 8-1
- 11 J.B. ANZOUAN-KAKOU, M. BASSA, C. ABOUA – EBOULE, I. COULIBALY, K.E. KRAMOH, K.F AEVOUELIE, and all. Epidémiologie de l'angine de poitrine chez le Noir Africain. Cardiologie Tropicale 2002 ; 28 (112) : 73-74
- 12 RRIERES J., TARASZKIEWIEZ D., RIODAVETS JB., ET COLL. Prévalence et prise en charge des facteurs de risques majeurs chez 500 hommes présentant une maladie coronaire stable. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 1998 ; 47 : 543-548
- 13 DONGO PAULE Y. Les infarctus du myocarde thrombolysés : A propos de 36 cas dans le service de réanimation de l'hôpital Principal de Dakar. Thèse Méd. Bamako, Mali 2004
- 14 CAMARA Y. Cardiopathie ischémique chez la femme. Thèse, Méd, Bamako, 1999 ; 3
- 15 R. NGETTA, A.M. ADOH, J.B. ANZOUAN-KAKOU, F. ; KOUASSI-YAPO Evolution de l'infarctus du myocarde chez la femme noire africaine. Cardiologie Tropicale 2003 ; 29 : 51 -54