

PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE A L'HOPITAL DE SEGOU (MALI)

Bèye SA¹, Mallé KK¹, Wade KA², Djibo MD³, Landrover R J¹, Dembélé D¹, Coulibaly Y⁴.

1-Service Anesthésie réanimation Urgence Centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou ; 2-Service réanimation Hôpital Principal de Dakar ; 3-Service d'Accueil des urgences Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré ; 4-Service Anesthésie réanimation Urgence Centre hospitalier universitaire du Point G

Correspondance : Docteur Bèye Seydina Alioune Service anesthésie réanimation. Centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou (Mali), Tel : 0022375402539 ; Email : sey dina2772@yahoo.fr ; BP : 169

RESUME

Introduction : L'infarctus du myocarde est une urgence majeure mettant en jeu le pronostic vital en absence de traitement adapté. Le but de ce travail était d'analyser la problématique de la prise en charge de l'IDM dans un hôpital de seconde référence au Mali.

Malades et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur une période de six mois de Janvier à Juin 2010. Elle concernait tous les patients admis pour IDM en réanimation. Le diagnostic était évoqué devant une douleur thoracique ou la survenue de complications (OAP, choc cardiogénique) et les signes électrocardioscopiques sur au moins deux dérivations précordiales. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le motif d'admission, les facteurs de risque, les paramètres hémodynamiques, le délai de réalisation de l'ECG, la topographie des lésions électriques et l'évolution dans les 15 jours.

Résultats : Une prédominance masculine était retrouvée avec un âge moyen de 54,62 ans.

La douleur thoracique était le principal motif d'admission (6 cas) suivi du choc cardiogénique (1 cas) et l'œdème aigu du poumon (1 cas).

L'électrocardiogramme était réalisé chez 7 patients plus de 24 heures après l'admission. Le territoire antérieur était le plus atteint. A l'admission 3 patients avaient une tension systolique inférieure à 90 mmHg. L'évolution était marquée par la survenue d'une insuffisance cardiaque (3 cas) et un décès (2 cas).

Conclusion : L'absence de moyens diagnostiques et thérapeutiques au sein de notre structure sanitaire contribue à augmenter la morbi-mortalité liée à l'infarctus du myocarde.

Mots clés : Infarctus du myocarde / Problématique / Prise en charge/ Ségou.

ABSTRACT

Introduction: Myocardial infarction is a major emergency involving life-threatening in the absence of appropriate treatment. The aim of this study was to analyze the problem of management of myocardial infarction in a second reference hospital in Mali.

Patients and methods : This was a prospective descriptive study over a period of six months from January to June 2010. It concerned all patients admitted for myocardial infarction in intensive care. The diagnosis was suspected in chest pain or the occurrence of complications (PAO, cardiogenic shock) and electrocardiogram signs on at least two precordial leads. The parameters studied were: age, reason for admission, risk factors, hemodynamic parameters, the deadline for completion of the ECG, the topography of lesions and electrical changes within 15 days.

Results: A male was found with a mean age of 54.62 years. Chest pain was the main reason for admission (6 cases) followed by cardiogenic shock (1 case) and acute pulmonar edema (1 case). The electrocardiogram was performed in 7 patients more than 24 hours after admission. The anterior territory was the most affected. On admission three patients had a systolic pressure below 90 mmHg. The evolution was marked by occurred heart failure (3 cases) and death (2 cases).

Conclusion: The lack of diagnostic and therapeutic method in our health facility helps to increase morbidity and mortality associated with myocardial infarction.

Keywords: Myocardial infarction / problem / support / Segou.

INTRODUCTION

L'infarctus du myocarde (IDM) à la phase aiguë est une urgence cardiologique majeure observée partout dans le monde avec une forte incidence dans les pays développés [1]. Autrement inconnue en Afrique subsaharienne, il devient de plus en plus fréquent avec une incidence de 2,1 à 5 pour 100.000 habitants largement inférieure au chiffre européen de 25 à 640 pour 100 000 habitants [2, 3, 4]. L'existence de moyens

diagnostiques de plus en plus performants et le changement de mode de vie pourraient expliquer cette recrudescence de la pathologie coronarienne dans nos pays [4, 5]. Dans les pays en développement, le pronostic de l'IDM reste sombre à court et à moyen terme du fait de l'insuffisance des moyens de diagnostic, de prise en charge et de surveillance dans plusieurs centres hospitaliers. Le but de notre travail était d'analyser la problématique de la prise en charge des IDM dans un centre

hospitalier de 2ème référence à Ségou (Mali) avec des moyens souvent limités.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur une période de six mois de janvier à Juin 2010. Elle concernait tous les patients admis au centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou pour IDM. Il s'agit d'un hôpital non équipé pour la prise en charge des urgences cardiologiques (absence de salle de déchoquage, d'électrocardiogramme en urgence, de personnels qualifiés, de possibilité de dosage des marqueurs biologiques et de moyens de reperfusion coronaire notamment par thrombolyse).

Le diagnostic d'infarctus du myocarde était évoqué sur l'existence d'une douleur thoracique typique ou sur la survenue de complications à type d'œdème aigu du poumon. Des signes électro cardiographiques (ECG) à type de sus-décalage persistant du segment ST sur au moins 2 dérivations précordiales contiguës ou de plus de 1 mm dans 2 dérivations bipolaires, ou d'une onde Q de nécrose étaient systématiquement recherchés.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le motif d'admission, les facteurs de risque, les paramètres hémodynamiques (pression artérielle systolique, fréquence cardiaque), le délai de réalisation de l'ECG, la topographie des lésions électriques et l'évolution dans les 15 jours.

Le recueil des données était possible grâce aux dossiers d'hospitalisations et de questionnaires préétablis, l'analyse était faite par Epi info 3.3.2.

RESULTATS

Durant la période de notre étude, 8 patients étaient hospitalisés pour infarctus du myocarde (IDM) pour 110 hospitalisations (7,27%). Tous étaient de sexe masculin avec une moyenne d'âge de $54,62 \pm 5,85$ ans [48-65 ans]. La douleur thoracique typique était le principal motif d'admission retrouvé chez 6 patients (75 %), suivie du choc cardiogénique (12,5%) et l'œdème aigu du poumon (OAP) chez 12,5% des patients.

Les facteurs de risque retrouvés étaient: une hypertension artérielle dans 62,5 % des cas, un tabagisme dans 37,5 des cas, un diabète dans 25% des cas et un alcoolisme dans 25% des cas.

L'ECG a été réalisé chez 7 patients (87,5 %) plus de 24 h après leur admission.

La localisation des signes électro cardiographiques de l'IDM était antérieure étendue chez 6 patients (75 %), inférieure dans 1 cas (12,5 %) et latérale dans 1 cas (12,5 %). A l'admission 3 patients (37,5 %) avaient une complication hémodynamique avec une tension systolique inférieure 90 mm Hg. Au cours de

l'évolution 3 malades avaient présenté une insuffisance cardiaque gauche et 2 étaient décédés dans un tableau de choc cardiogénique. La durée moyenne du séjour était 10 jours.

DISCUSSION

Cette étude n'était pas représentative de la population de la région de Ségou, en effet l'incidence de l'IDM pourrait être sous estimée au centre hospitalier Nianankoro Fomba du fait qu'une bonne partie de la population se limite à l'automédication à cause de leur faible revenu. Même pour ceux qui viennent à l'hôpital, l'insuffisance des moyens diagnostiques contribue beaucoup à la sous-estimation du nombre de cas. La taille de notre échantillon, l'absence de données biologiques et l'absence d'exhaustivité des facteurs de risque (antécédent familial de maladie coronaire, d'hypercholestérolémie, de diabète,...) constituent d'autres points de faiblesse de cette étude.

Peu de données existent sur les urgences cardiovasculaires dans les pays en voie de développement. Leur prévalence en milieu hospitalier était estimée entre 5 à 8 % en Afrique subsaharienne [3, 5].

Notre population d'étude était essentiellement masculine avec un âge moyen de 54,62 ans similaire à celle retrouvée à Dakar [1, 5] et dans certains pays d'Afrique [3,4].

Les facteurs de risque cardiovasculaires classiques étaient retrouvés dans notre étude, avec une forte proportion de l'hypertension artérielle, du tabac et de l'alcool. Ces facteurs de risque, en plus du diabète étaient retrouvés dans plusieurs pays en développement [2, 6]. Leur prédominance serait le fait de l'urbanisation qui entraînerait une modification du mode de vie des populations.

Le principal motif d'admission était la douleur angineuse contrairement à une défaillance hémodynamique rapportée à Dakar [5].

Le territoire antérieur était le plus atteint comme dans plusieurs études faites en Afrique [1, 4, 5] et dans le monde [6, 7]. Le retard de réalisation de l'ECG, au-delà de la 24^{ème} heure chez 87,5 % des patients était du à l'absence d'appareil aux urgences et au service de réanimation qui reçoivent les malades en premier lieu.

Le diagnostic était le plus souvent fondé sur la clinique et les données de l'ECG même si cette dernière était réalisée avec du retard comme dans les deux études multicentriques réalisées en Afrique subsaharienne [1,2]. Le retard diagnostique, l'impossibilité de conforter l'hypothèse par la biologie [8] et la quasi inexistence des moyens de reperfusion en particulier la thrombolyse pourraient expliquer qu'au cours de l'évolution 37,5 % avaient présenté une insuffisance cardiaque gauche et

25,5 % étaient décédés. Le choc cardiogénique témoigne de l'extension de la nécrose. La particularité thérapeutique de cette situation réside dans le fait que la réperfusion myocardique complète et rapide est la seule méthode permettant de sauver le malade [7].

CONCLUSION

La prise en charge de l'infarctus du myocarde constitue un problème de santé publique avec une morbidité élevée dans notre région. L'absence d'électrocardiogramme au niveau des structures d'accueil des urgences contribue au retard de prise en charge dans nos pays. La réduction de la morbidité de cette affection passe par la rapidité et la disponibilité des moyens diagnostics et thérapeutiques efficaces.

REFERENCES

- 1- **Thiam M, Cloatre G, Fall F, Theobald X, Perret JL.** Cardiopathies ischémiques en Afrique : expérience de l'hôpital Principal de Dakar. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 281-4.
- 2- **Ticolat P, Bertrand E.** Aspects épidémiologiques de la maladie coronaire chez le noir africain, à propos de 103 cas : Résultats de l'enquête multicentrique prospective. *Coronafic Cardiol Trop* 1991 ; 17 : 7-20.
- 3- **Bertrand E** Évolution épidémiologique des maladies cardiovasculaires dans les pays en développement. *ArchMal Coeur Vaiss* 1997 ; 90 : 981-5.
- 4- **Bertrand E, Muna WFT, Diouf SM, Ekra A.** Urgences cardiovasculaires en Afrique subsaharienne. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2006; 99:1159-65.
- 5- **Seck M, Diouf I, Acouetey L, Wade K.A, Thiam M, Diatta B.** Profil des patients admis pour infarctus du myocarde au service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de Dakar. *Med Trop* 2007; 67: 569-572
- 6- **Abdallah MH, Arnaout S, Karrowni W, Dakik HA.** The management of acute myocardial infarction in developing countries. *Int J Cardiol.* 2006 Aug 10; 111(2):189 - 94.
- 7- **Bonnet JL, Domergue R, Martin C et le groupe d'experts en médecine d'urgence du Sud-Est.** Prise en charge préhospitalière de l'infarctus du myocarde évolutif. 2^{ème} conférence d'experts en médecine d'urgence de la région Sud-Est. *Ann Fr Anesth Réanim* 1997; 16: 541-8.
- 8- **Berroëta C, Provenchère S, Mongredien A, Lasocki S, Benessiano J, Dehoux M, Philip I.** Dosage des isoformes cardiaques des troponines T ou I: intérêt en cardiologie et en anesthésie réanimation. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006 ; 25 : 1053-1063.