



Article original

Insuffisance cardiaque à l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry

Porphyria cutanea tarda : when skin reports liver

M Beavogui*¹, MD Balde¹, EY Balde¹, MA Balde¹, D Koivogui¹, M Conde¹

Résumé

Introduction : L'insuffisance cardiaque (IC) est fréquente et invalidante dans notre pays. L'objectif de notre travail était de déterminer le profil clinique et étiologique de l'IC en milieu cardiologique en Guinée.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude prospective de type descriptif d'une durée de 06 mois allant du 1er décembre 2015 au 30 mai 2016. Etaient inclus dans l'étude tous les patients hospitalisés au service de Cardiologie de l'Hôpital National I.DEEN pour une insuffisance cardiaque.

Résultats Nous avons recensé 230 malades hospitalisés durant la période d'étude dont 152 étaient en IC soit 66%. L'âge moyen des patients était de 55 ans. Les hommes étaient les plus touchés avec 52%. Les valvulopathies étaient l'étiologie la plus fréquente, la mortalité était de 10% et la durée moyenne de séjour des patients était de 13 jours.

Mots-clés : Insuffisance cardiaque, clinique, étiologie.

Abstract

Introduction: Heart failure (CI) is common and disabling in our country. The objective of our work was to determine the clinical and etiological profile of IC in the cardiological environment in Guinea.

Methodology: We carried out a descriptive type prospective study lasting 06 months from December 1, 2015 to May 30, 2016. All patients hospitalized in the Cardiology department of the I.DEEN National Hospital were included in the study. for heart failure. **Results** We identified 230 patients hospitalized during the study period, of which 152 were in IC or 66%. The average age of the patients was 55 years. Men were the most affected with 52%. Valvular heart disease was the most common etiology, mortality was 10% and the average length of stay for patients was 13 days.

Keywords: Heart failure: clinical, etiology.

Introduction

L'insuffisance cardiaque (IC) est fréquente et invalidante dans notre pays. L'objectif de notre travail était de déterminer le profil clinique et étiologique de l'IC en milieu cardiologique guinéen. Cette pathologie est fréquente (2%) dans la population mondiale. Sa prévalence augmente avec l'âge 10% à partir de 80 ans [1]. Aux USA près de 5 millions de personnes sont atteintes d'IC avec une incidence annuelle de 500 000 [2]. Dans les pays occidentaux l'IC est un problème important de la santé publique de par sa fréquence et

ses conséquences en termes de morbidité et mortalité et par son impact sur le système de soin [3]. En France les dépenses engagées pour l'IC représentent 1% des dépenses de santé [4]. En Afrique les travaux portant sur l'IC sont rares, elle est considérée comme la complication majeure de l'hypertension artérielle et la première cause d'admission des patients hypertendus en milieu cardiologique [5, 6]. Au Mali, l'IC représentait le premier motif d'admission dans le service de cardiologie soit 41,3% de l'ensemble des atteintes cardiaques [7]. Le pronostic des patients est souvent plus grave que celui des patients atteints de cancer [8]. Dans l'étude de Framingham, la médiane de survie est de 1,66 an chez les hommes et de 3,2 ans

chez la femme, soit une survie à 5 ans de 25% chez l'homme et de 38% chez la femme [9].

Méthodologie

L'étude a porté sur 152 patients hospitalisés entre le 01/12/2015 et le 31/05/2016 dans le service de cardiologie de l'hôpital national IGNACE DEEN CHU de CONAKRY pour une insuffisance cardiaque.

Le diagnostic d'IC a été retenu devant la présence des signes cliniques et échographiques. Les étiologies de l'IC ont été recherchées chez tous les patients.

Résultats

Tableau I : Profil clinique des patients en insuffisance cardiaque

Paramètres	Effectif	%
ÂGE		
10-20	9	6
21-30	15	10
31-40	18	12
41-50	18	12
≥ 50	92	60
SEXE		
Hommes	79	52
Femmes	73	48
SIGNES FONCTIONNELS		
Dyspnée	150	99
Toux	97	64
Palpitations	70	46
Douleurs thoraciques	39	27
Asthénie physique	20	13
Céphalées	21	14
Hépatalgie	12	8
Anorexie	9	6
Vertiges	8	5
Hémoptysie	4	2
Fièvre	2	1
SIGNES PHYSIQUES		
Râles crépitant	106	69
Œdèmes aux membres inférieurs	103	68
Hépatomégalie	69	45
Souffles cardiaques	39	27
Ascite	34	22
Bruit de Galop	5	4
Roulement diastolique	3	2
Turgescence jugulaire	3	2
Cyanose	3	2

Frémissement cataire	1	1
<hr/>		
Stade de l'IC (NYHA)		
III	111	73
IV	19	12
<hr/>		
SIGNES ECG		
Tachycardie sinusale	45	30
Hypertrophie ventriculaire gauche	44	29
Fibrillation auriculaire	32	21
Extrasystolie ventriculaire	28	18
<hr/>		
Hypertrophie auriculaire gauche	12	8
Bloc de branche droit	9	5
Bloc de branche gauche	8	5
Hypertrophie ventriculaire droite	4	3
Hypertrophie auriculaire droite	4	3
Flutter auriculaire	2	1
<hr/>		
Bloc Auriculo-ventriculaire 3 ^{ème} degrés	1	1
<hr/>		
SIGNES ECHOCARDIOGRAPHIQUES		
Fraction d'éjection du VG effondrée	111	81
Dilatation des cavités cardiaques gauches	74	62
Insuffisance mitrale	31	20
Elévation des pressions de remplissage du VG	24	16
HTA pulmonaire	23	15
Insuffisance aortique	23	15
Thrombus intra VG	20	13
Dysfonction systolique du VD	8	5
Maladie mitrale	6	4
<hr/>		
Insuffisance tricuspidiène	4	2
Rétrécissement mitral	3	2
Maladie aortique	1	1
Rétrécissement aortique	1	1
<hr/>		

Tableau II : Répartition des patients selon les étiologies de l'IC.

Etiologies	Effectif	%
Valvulopathies	72	48
Cardiomyopathies dilatées	33	18
Cardiopathie hypertensive	28	16
Cardiopathie ischémique	20	14
Cœur pulmonaire chronique	12	5
Autres*	5	3
Endocardite	3	2

* : tétralogie de Fallot, communication inter ventriculaire.

Discussion

La prévalence de l'IC était de 66% dans notre série. L'âge moyen de nos patients était de 55 ans avec des extrêmes de 10 et 70 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle de 50-70 ans soit 60%

Le sexe masculin était le plus touché 52% avec un sexe ratio de 0,92.

Outre l'âge et le sexe, l'HTA était le FRCV le plus retrouvé avec une fréquence de 37% suivi du tabagisme 14%. Nanakan N'guissa [10] à Bamako en 2010 qui avait trouvé outre l'âge et le sexe une prédominance de l'HTA comme FRCV avec une fréquence de 37,8% suivi du tabagisme avec 32,5%. On sait que l'hypertension artérielle surtout lorsqu'elle est associée à des signes électrocardiographiques d'hypertrophie du ventricule gauche multiplie le risque de développer une IC [11].

L'HTA était classée au premier rang des antécédents pathologiques avec une fréquence de 40% suivie des valvulopathies 21%. Traoré. Sékou [12] et Nanakan N'guissa [10] à Bamako en 2010 qui avaient trouvé une prédominance de l'HTA avec une fréquence respective de 37,8% et 45%.

La majorité des patients hospitalisés pour IC provenait de la zone urbaine de Conakry avec une fréquence de 69% contre 31% de la zone rurale. Ceci serait probablement dû au fait que cette étude a été réalisée au service de cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen situé en milieu urbain.

Plus de la moitié des patients 89 soit 59% étaient admis pour une ré-hospitalisation parmi lesquels 47 patients soit 53% pour une première ré-hospitalisation et 21 patients soit 24% pour une deuxième ré-hospitalisation. La rupture thérapeutique a été la cause de ré-hospitalisation la plus retrouvée chez les patients dans 35% des cas, suivi du non-respect du régime hyposodé avec une fréquence de 26%. Ceci pourrait être lié au bas niveau économique des patients ne leur permettant pas d'assurer correctement leur prise en charge

La dyspnée constituait le premier signe fonctionnel retrouvé 99% des cas suivie de la toux avec une

fréquence de 97%.

Durant cette étude la majorité des patients ont été admis au stade III de la NYHA avec une fréquence de 73%. Sur les 16 patients hospitalisés pour IDM en IC, 13 patients soit 81% étaient au stade II de Killip.

Du point de vue radiologique la cardiomégalie était retrouvée 80% dans des cas avec ICT moyen de 0,59. Cette fréquence élevée des Cardiomégalies pourraient témoigner du caractère évolutif chronique de l'IC

A l'ECG La tachycardie sinusale était l'anomalie électrocardiographique la plus rencontrée avec une fréquence de 30% suivie de l'ACFA 21%. Il faut noter que Pio et coll [13] avaient trouvé à Lomé 39% de tachycardie sinusale et 19% d'ACFA.

La FEVG était effondrée chez 111 patients soit 81%, la dilatation des cavités cardiaques observée chez 74 des patients soit 62%.

Les valvulopathies ont été les pathologies sous-jacentes les plus représentées avec une fréquence de 48% suivies des cardiomyopathies dilatées à 18%.

Par contre M. Pio [13] dans son étude réalisée sur les IC au CHU Sylvanus Olympio de Lomé avait trouvé la cardiopathie hypertensive comme la pathologie sous-jacente la plus fréquente avec une fréquence de 64,6%. La prévalence des valvulopathies pourrait être due au fait que les cardiopathies rhumatismales restent encore fréquentes et d'évolution souvent grave dans de nombreux pays en voie de développement alors que leur prévention est facile, sûre et peu coûteuse [9].

Au point de vue thérapeutique les diurétiques de l'anse associés aux spironolactones ont été utilisés dans respectivement 100% et 93%. Nos résultats sont comparables à celui de Traoré. Sékou [12] à Bamako en 2011 qui avait noté l'utilisation de ces diurétiques dans 100% des cas.

La majorité de nos malades sont sortis améliorés 68%. La mortalité était de 10%.

S. Kingue et coll à Yaoundé [14] notait un taux de mortalité de 9,03 % et pour BA et coll au Sénégal [5] ce taux de mortalité était de 12,32% . L'insuffisance cardiaque reste la principale complication des pathologies cardio-vasculaires en Afrique et par

conséquent une des premières causes de décès [15].

La durée moyenne de séjour hospitalier des patients était de 13 jours avec des extrêmes de 5 à 25 jours.

Sur les 152 patients recrutés durant notre période d'étude seuls 2 ont pu réaliser le taux de BNP et NT-Bnp soit 1%. Il faut noter que le cout de cet examen reste très élevé dans notre contexte à un bas niveau économique des patients mais aussi par le sous équipement du plateau technique de l'hôpital.

Conclusion

L'insuffisance cardiaque est un véritable problème de santé publique et la première cause d'hospitalisation au service de cardiologie de l'hôpital national IGNACE DENN. Dans notre pays à ressources limitées, un accent particulier devrait être mis sur la prévention des pathologies cardiovasculaires à travers le programme national de lutte contre les maladies cardiovasculaires.

*Correspondance

Beavogui Mariama

beavoguimariama7@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Novembre 2020

1 : Service de Cardiologie Hôpital National Ignace Deen de Conakry, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Swynghedauw B. L'insuffisance cardiaque chronique de l'adulte. 2eed.Ellipses; 2004.
- [2] Delahaye F, de Gevigney G. Épidémiologie de l'insuffisance

cardiaque. *Ann Cardiol Angeiol* 2001;50(1):6–11.

- [3] Gillum RF. Epidemiology of heart failure in the United States. *Am Heart J* 2000 ; 126: 1042-1047
- [4] Delahaye F, Roth O, Aupetit JF, de Gevigney G, Epedemiology and prognosis of cardiac insufficiency, *Arch Mal cœur vaiss*, 2001; 94 :1393-1403.
- [5] Ba SA, Diop IB, Kane A, Barry F, Saar M, Diouf SM. Pathologie myocardique non rhumatismale au Sénégal. Aspects épidémiologiques. A propos de 152 observations. The fifth Congress of PASCAR. Preventive cardiology in Africa. 4-7/04/1993.
- [6] Keita M, Boitrin TI, Dombouya N, Touré BM, Agbo-Panzo D, Magassouba DF, et al. L'insuffisance cardiaque d'origine hypertensive étude multicentrique comparative et pronostic à partir de 73 cas à Conakry. *Guinée Médicale* 2002; (N°35 janvier-février-mars).
- [7] Diallo B, Sanogo K, Diakité S, Diarra M.B, Touré M.K, l'insuffisance cardiaque au service du CHU POINT G, Mali Médical, 2004, 2, 15-17.
- [8] Delahaye F, Roth O, Aupetit JF, de Gevigney G, Epedemiology and prognosis of cardiac insufficiency, *Arch Mal cœur vaiss*, 2001; 94 :1393-1403.
- [9] Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22 (suppl A): 6A-13A
- [10] Nanakan N'Guissan: Insuffisance cardiaque et troubles du rythme chez le sujet agé Universté de Bamako 2012.
- [11] Mancini DM, Eisen H, Kussmaul W, Mull R, Edmunds LH Jr, Wilson JR. Value of peak exercise oxygen consumption for optimal timing of cardiac transplantation in ambulatory patients with heart failure. *Circulation* 1991; 83: 778-786
- [12] Sékou Traoré: Etude épidémiologique, étiologique, et thérapeutide des insuffisances cardiaques en milieu rural Université de Bamako 2012.
- [13] M.PIO, E.GOHE, Y.Afassinou et al. Insuffisance cardiaque du sujet jeune: Aspect Épidémiologique, Clinique, et thérapeutique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé :*Ann. Cardiol. Angiol.* 2014 ;240-241
- [14] S, KINGUE, A.DZUDIE, A. MENAGA et al. Nouveau regard sur l'insuffisance cardiaque chronique de l'adulte en Afrique a l'ère de de l'échocardiographie Doppler : Expérience de l'hopital general de Yaoundé. *Ann. Cardiol etd'angiol.* 54.2005.276-283

- [15] Cohen-Solal A, Logeart D, Ennezat PV, Alonso C.
Insuffisance Cardiaque. In : Cohen A, Belmatoug N, editors.
Cœur et Médecine interne. Editions ESTEM ; 2002. P. 785-
803.

Pour citer cet article :

M Beavogui, MD Balde, EY Balde, MA Balde, D Koivogui, M
Conde. Insuffisance cardiaque à l'Hôpital National Ignace Deen
de Conakry. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 173-178