

INFARCTUS DU MYOCARDE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE AU CNHU DE COTONOU

SACCA VEHOUNKPE J*., HOUENASSI M*., TCHABI Y*., DOSSOU-YOVO AKINDES R*., ADE A.,
MASSOUGBODJI d'ALMEIDA M*., AGBOTON H*.

*Unité de Soins d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie du CNHU de COTONOU

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif et analytique sur l'infarctus du myocarde, sur une période de 8 ans 8 mois (juin 1995 à mars 2004) au CNHU de Cotonou. Elle a porté sur 80 cas avec une prévalence de 13,7 % ; la prédominance masculine était nette (75 %) ; l'âge de survenue était de 50 ans et plus dans 67,7 % des cas avec une moyenne d'âge des hommes (54 ans \pm 10,4) inférieure à celle des femmes (62,5 ans \pm 13,4 avec $p = 0,04$).

Les facteurs de risque identifiés étaient l'HTA dans 58,8 % des cas, puis le tabagisme uniquement chez les hommes (25,3 %) et l'obésité chez les sujets jeunes entre 28 et 49 ans dans une proportion de 23,8 %.

Les symptômes avaient débuté dans la matinée entre 5 heures et 13 heures pour 41,8 % des patients et en saison sèche chez plus de la moitié (60,8 %) ; la douleur typique avait été notée dans 76 % des cas. La localisation inférieure semblait la plus concernée (44,4 %).

Mots clés : *Infarctus du myocarde, épidémiologie, clinique, Afrique Sub Saharienne.*

ABSTRACT

It is a retrospective study about myocardial infarction during 8 years 8 months at CNHU of Cotonou.

The study identified 80 subjects : the myocardial infarction rate is 13,7 % : the predomination of the men in this disease was evident (75 %) : the age at the beginning of the disease was 50 years and more than that in 67,7 % of the patients and the average age of men 54 years \pm 10,4 is less than women's age (62,5 years \pm 13,4 ; $p = 0,004$).

The factors of risk which we identified, was : the hypertension in 58,8 % of cases, the nicotine addiction only with men in 25,3 % and obesity of youngs patients between 28 and 29 year in 23,8 % of cases.

The symptoms betun in the morning between 5 hours and 13 hours in 41,8 % of cases and during the hot season in more than half of the patients (60,8%) ; the typical pain was identified in 76 % of cases.

The lower localization was the most identified (44,4 %).

Key words : *myocardial infarction, epidemiology, clinic, Sub-Saharan Africa.*

INTRODUCTION

L'infarctus du myocarde (IDM) est une complication fréquente et grave de l'athérosclérose coronaire qui résulte de l'obstruction d'un ou plusieurs des troncs coronaires. C'est une maladie de l'adulte dont la fréquence augmente avec l'âge et prédomine chez l'homme pour devenir égale dans les deux sexes après 70 ans [1].

Les facteurs de risque identifiés sont l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'obésité et le stress.

La triade qui permet de faire le diagnostic est la douleur angineuse spontanée, prolongée, associée à des modifications électriques et enzymatiques [2].

Nous avons entrepris cette étude dans le but de contribuer à une meilleure connaissance épidémiologique et clinique de cette affection dans notre milieu.

Les objectifs que nous nous sommes fixés sont :

- déterminer la fréquence de l'IDM selon l'âge et le sexe.
- rechercher les facteurs de risque impliqués

- évaluer la proportion de douleur typique et la localisation dominante
- rechercher l'influence du rythme circadien et de la saison climatique sur la survenue de la maladie.

I- MÉTHODOLOGIE

Cette étude transversale, descriptive et analytique a porté sur les patients suivis à l'Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie (USERC) du CNHU de Cotonou pendant une période allant de juin 1995 à mars 2004.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le tabagisme, la contraception orale, l'obésité, l'heure de survenue des symptômes, la saison climatique (nous avons choisis de retenir 2 grandes catégories climatiques : saison sèche : grande saison sèche sub-équatoriale et saison sèche tropicale ; saison pluvieuse : grande saison pluvieuse sub-équatoriale et saison pluvieuse tropicale), le délai de consultation, la douleur typique (rétrosternale, intense, prolongée, résistant à la trinitrine), le siège de l'infarctus à l'électrocardiogramme (sus-décalage ou sous décalage du segment ST, ischémie sous endocardique

ou sous épigardique et onde Q de nécrose), les signes échocardiographiques (akinésie pariétale, thrombus intracavitairé, épanchement péricardique), les données biologiques (élévation des enzymes cardiaques, découverte d'un diabète ou d'une dyslipémie).

II- RÉSULTATS

Nous avons retenus 80 dossiers de patients âgés de 28 à 85 ans.

2-1- Caractéristiques socio-démographiques

2-1-1 Le sexe

Le tableau n°1 montre la répartition selon le sexe.

Tableau I : Répartition selon le sexe

	Fréquence	Proportion (%)
M	60	75
F	20	25
Total	80	100

2-1-2 L'âge

L'âge des patients variait entre 28 ans et 85 ans avec une moyenne de 56,1 ± 11,7 ans.

Tableau II : Répartition par tranche d'âge

	Fréquence	Proportion
28 à 49 ans	25	31,3
50 à 59 ans	21	26,2
60 à 85 ans	34	42,5
Total	80	100,0

2-2- Facteurs de risque

Nous avons retenu comme facteurs de risque essentiel : l'HTA, le diabète, l'angor instable, les dyslipidémies, l'obésité, le tabagisme ; puis comme facteurs de risque secondaires : le niveau socio-économique, les facteurs psychosociaux, la sédentarité, la contraception orale chez la femme (Tableau n°3).

Tableau III : Répartition des facteurs de risque

	Fréquence	Proportions (%)
HTA	47	58,8
Diabète type 1	1	1,3
Diabète type 2	12	15
Angor instable	13	16,3
Dyslipidémies	6	7,5
Obésité	19	23,8
Tabagisme	20	25,3

2-3- Caractéristiques cliniques

2-3-1 Heure de début des symptômes

Tableau IV : Répartition des patients selon l'heure de survenue des symptômes

	Fréquence	Proportions
Matinée 05H – 13H	33	41,8
Soirée 14H – 22H	27	34,1
Nuit 23H – 04H	20	24,1
Total	80	100,0

2-3-2 Saison climatique et début des symptômes

Tableau V : Répartition selon la saison

	Fréquence	Proportion (%)
Saison sèche	48	60,7
Saison pluvieuse	32	39,3
Total	80	100,0

2-3-3 Délai de consultation

Cette notion a été précisée chez 79 patients. Le délai minimum est de 1 heure après le début des symptômes et le maximum est de 317 heures (13 jours) : 50 % des patients ont consulté dans un délai de 17 heures.

2-3-4 Signes cliniques

La douleur a été le signe majeur dans 93,8 % des cas (75 patients sur 80) ; elle est précordiale pour 74 patients (98,7 %) et de localisation abdominale chez un patient (1,3 %). L'irradiation est ascendante chez 53 patients sur les 74 (85,1 %) et la douleur est survenue au repos pour 66 patients (89,2 %). La durée de la douleur a été précisée chez 47 patients et varie de 30 minutes à 12 heures avec une durée d'une heure chez 18 patients (38,3 %) et deux heures chez 12 patients (25,5 %).

Tableau V : Durée de la douleur

	Fréquence	Proportion (%)
OH 30	02	4,3
1 H	18	38,3
1 H 30	01	2,1
2 H	12	25,5
3 H	03	4,4
6 H	05	10,4
7 H	01	2,2
12 H	05	10,2
Total	47	100,0

Les autres signes d'accompagnement sont : la dyspnée retrouvée chez 28 patients sur 80 (35 %) qui variait du stade II (11 patients soit 39,3 %) au stade III (09 patients soit 32,1 %) et au stade IV (08 patients soit 28,6 %) ; donc 60 % des patients ont présenté une dyspnée grave. Quant aux palpitations elles ont concernées 16,3% des patients et 12 patients sur 80 (15 %) ont présenté une syncope comme signe d'appel. 20 sujets (25 %) ont présenté des signes d'insuffisance ventriculaire gauche (IVG) à l'admission et trois seulement avaient présenté une insuffisance ventriculaire droite (IVD) alors que deux patients avaient une insuffisance cardiaque globale et trois (3,8 %) un état de choc à l'entrée.

2-4- Caractéristiques paracliniques

2-4-1 La topographie de la nécrose

Tous les 80 patients ont eu un sus-décalage du segment ST à l'ECG, seuls 54 patients (67,5 %) ont présenté une onde "Q" de nécrose.

- territoire inférieur : 37,5 %
- territoire antérieur : 27,5 %
- territoire antéro-septal : 24,3 %
- territoire apical : 18,8 %
- territoire latéral : 16,3 %.

2-4-2 Les signes biologiques

- le taux de CPK est élevé chez tous les patients pour lesquels il a été réalisé et varie de 200 à 8922 UI/l. Il est compris entre 5 et 10 fois la norme dans 24,7 % des cas et supérieur ou égale à 10 fois la norme dans 26 % des cas.

- le taux de TGO varie de 45 à 1247 UI/l et 88 % des patients ont réalisé ce bilan.
- les autres données biologiques :
 - Le cholestérol total : sur 73 patients ayant réalisé le dosage, 46,6 % ont un taux élevé variant entre 1,95 g/l et 4,65 g/l.
 - La glycémie : 69 patients ont réalisé l'examen soit 86,3% ; 43,5 % (30 patients sur 69) ont un taux élevé variant entre 1,25 et 3,73 g/l.

2-4-3 Les signes échographiques

L'examen échocardiographique a été réalisé seulement chez 49 patients soit 61,5 %. Les anomalies notées sont :

- Akinésie antérieure : 24,5 %
- Akinésie septale : 30,6 dont un cas de rupture septale chez une patiente de 65 ans
- Akinésie apicale : 26,5 %
- Akinésie latérale : 10,2 %
- Akinésie inférieure : 20,4 %.
- Présence de thrombus cavitaire dans 4 cas et le VG est intéressé dans 3 cas.
- Le péricarde est le siège d'un épanchement liquidien modéré dans 3 cas (6,1 %).

III- COMMENTAIRES

3-1- Fréquence de l'IDM selon le sexe et l'âge

La prédominance masculine est évidente, 75 % ; ce fait confirme les données de plusieurs études africaines [3,4,5].

L'infarctus du myocarde affecte surtout les sujets âgés de 50 ans et plus ; l'âge moyen est de 55,1 ± 11,7 ans avec des extrêmes de 28 et 85 ans. Ce résultat est superposable à celui de KIMBALLY et collaborateurs au Congo [6] qui ont noté un âge moyen de 58 ± 12 ans avec également des extrêmes de 28 et 85 ans. Par contre TICOLAT et collaborateurs dans l'étude CORONAFRIC [3] ont signalé une proportion importante de sujets âgés de moins de 50 ans.

L'âge moyen des hommes est plus jeune que celui des femmes avec une différence significative : 54 ± 10,4 ans pour les hommes contre 62,5 ± 13,4 ans pour les femmes, p = 0,004 CENAC [7] a eu un résultat similaire à Niamey : 47 ± 12 ans pour les hommes contre 52 ± 11 ans pour les femmes ; d'autres auteurs n'ont pas noté de différence significative selon le sexe [3,6].

3-2- Influence du rythme circadien et de la saison

La moitié de nos patients a présenté des symptômes dans la matinée entre 5 heures et 13 heures (41,8 %). Ce fait a été signalé par KACOU ANZOUAN et collaborateurs [8] ainsi que d'autres auteurs [9] : la prédominance matinale serait liée à la majoration matinale de la pression artérielle liée à une augmentation des catécholamines au réveil ainsi que la majoration matinale de l'agrégabilité plaquettaire.

3-3-Proportion de douleur typique

Dans notre étude, 75 patients sur 80 soit 93,8 % ont présenté la douleur comme signe révélateur : le siège précordial est présent dans 98,7 % des cas (74 patients sur 75) et un seul a présenté une localisation digestive.

La durée de la douleur est supérieure ou égale à 30 minutes chez 62,7 % des patients (47 patients sur 75).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ROBERT BERKOW M.D.

Maladies ischémiques du myocarde
Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique
1ère édition française. Paris : SIDEM -TIM, 1988 :
503-524

2- STEG P.G., JULIARD J-M.

Infarctus du myocarde : épidémiologie,
Physiopathologie, diagnostic, évolution, complications
et traitement
Rev. Prat. 2001 (51) : 891-901

3- TICOLAT P., BERTRAND G.

Aspects épidémiologiques de la maladie coronaire
chez le noir africain à propos de 103 cas. Résultats de
l'enquête multicentrique prospective CORONATRIC
Cardiol. Trop. 1991 ; 17 N° spécial 1 : 7-20

4- WADE B., DJIMADOUN N., CHARLES D.

Infarctus du myocarde chez le jeune Sénégalais, étude
étiologique et clinique de 14 cas.
Cardiol. Trop. 1996 ; 22 (86) 39-44

5- AKE E.

L'infarctus du myocarde chez la femme à Abidjan.
Premières journées internationales Edmond BER-
TRAND de Cardiologie.
Cardiol. Trop. 1994 ; 20 (36) : 18-20

3-4-Fréquence des diverses localisations

Le territoire inférieur est plus touché dans notre étude
contrairement à d'autres [7,10,11] pour lesquels le terri-
toire antérieur était plus intéressé.

CONCLUSION

L'infarctus du myocarde est une affection cardiaque
grave dont l'émergence est signalée dans nos pays afri-
cains à revenu financier limité. Sa prévention par le contrô-
le des facteurs de risque constitue une priorité.

6- KIMBALLY - KAKI G., BOURAMOUE C.

Profil et avenir des patients congolais atteints d'insuffi-
sance coronaire à propos de 743 cas
Médecine d'Afrique noire 2000 ; 47, 4 : 197-203

7- CENAC A., SOUMANA J., DEVELOUX M., GAUTIER Y.

Infarctus du myocarde à Niamey, 22 observations
Cardiol. Trop. 1986 ; 12 , 46 : 61-64

8- KACOU ANZOUAN J.B.

Rythme circadien de l'infarctus du myocarde chez le
noir africain
Cardiol. Trop. 2003 ; 29 : 113 : 13-14

9- GOLDHAMMER B., KHARASH I., ABINADER E. G.

Circadian fluctuation in the efficacy of thrombolysis with
streptokinase.
Post grad Med. 1999 ; 75 : 667-676

10-TOUZE I. E., ADOH A., ASSAMOI O., MARDELLE T., N'DDRI R., EEKRA A, CHAUVET J., BBERTRAND E.

La maladie coronaire chez l'africain à Abidjan à propos
de 120 cas avec 40 coronarographies.
Cardiol. Trop. 1986 ; 12, 47 : 109-114

11-KINGUE S., BINAM F., BAENGA B.P.

La maladie coronaire au Cameroun : Aspects épidé-
miologiques et cliniques à propos de 30 observations.
Cardiol. Trop. 2000 ; 26 , 101 : 7-11