

Complications et mortalité de l'infarctus du myocarde

Complications and mortality among patients with myocardial infarction

J. SACCA-VEHOUNKPE, M. HOUENASSI, Y. TCHABI, R. DOSSOU-YOVO AKINDES, A. DADE, M. MASSOUGBODJI, H. AGBOTON*

RÉSUMÉ

Les auteurs ont réalisé une étude rétrospective analytique et descriptive allant de Juin 1995 à Mars 2004 sur les complications et la mortalité de l'infarctus du myocarde (IDM) en milieu béninois, en l'absence de thrombolyse et d'angioplastie.

Sur 80 patients, 58,8 % ont présenté des complications. Venaient en tête les complications hémodynamiques avec 37,5 % dont 25 % d'insuffisance ventriculaire gauche, suivies des troubles du rythme (30 %) avec 20 % pour la fibrillation auriculaire et 16 % pour la tachycardie ventriculaire. Les complications mécaniques étaient survenues chez 10 patients (12,5 %) et les complications thromboemboliques chez 5 patients (6,2 %). Ces complications étaient responsables des 13,8 % de décès hospitaliers avec un risque relatif de 3,27. La mortalité post-hospitalière a été de 8,45 % au sixième mois, avec 9 perdus de vue (11,2 %).

MOTS CLÉS

Infarctus du myocarde - Afrique subsaharienne.

SUMMARY

The authors carried out a retrospective study of the files of the patients with myocardial infarction hospitalized between June 1995 and March 2004.

They were 80 patients in the Benin population. Among them 58,8% had complications. The most frequent was heart failure (37,5%), mainly left ventricular insufficiency (25%). Others were rhythm disturbances (30%), mainly auricular fibrillation (20%). Mechanical disturbances were observed in 12,5% of the patients and thromboembolic complications in 6,2%. The inhospital death happened in 13,8% of the patients with a relative risk of 3,27. After a six month follow-up, others 8,45% were dead (with 11,2% out of follow-up).

KEY WORDS

Myocardial infarction - Sub-Saharan Africa.

L'infarctus du myocarde (IDM) est observé de plus en plus souvent en Afrique Noire, où une étude multicentrique, organisée dans 13 pays en 1991, situait les maladies coronaires au 5^{ème} rang des affections cardiovasculaires ; l'IDM est la plus fréquente dans 43,6 % des cas [1]. Au Cameroun, en 1997, les maladies coronaires occupent le 8^{ème} rang et l'IDM représentait 43 % d'entre elles [2]. En Côte d'Ivoire, en 1985, sur 120 cas de maladies coronaires, l'IDM a représenté 69 % des cas [3]. Au Congo, elles occupaient le 4^{ème} rang en 1999 et l'IDM représentait 25,4 % [4], alors qu'au Sénégal il faisait 19,3 % des urgences cardiovasculaires. Au Bénin en

2002, l'IDM était au 3^{ème} rang des urgences cardiovasculaires avec une prévalence de 13,7 % [5].

Le présent travail a pour but d'évaluer les modalités évolutives de cette affection dans nos conditions de travail (absence de thrombolyse et d'angioplastie).

METHODES ET PATIENTS

Notre étude est rétrospective, analytique, descriptive et porte sur les patients ayant été hospitalisés à l'Unité des Soins d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie (USERC) du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou pendant une période de 8 ans et 8 mois (Juin 1995 à Mars 2004). La population d'étude est constituée de sujets des deux sexes âgés de 18 ans et plus.

* Centre National Hospitalier et Universitaire, Unité de Cardiologie, Cotonou, Bénin.

TABLEAU 1
Complications observées à l'hôpital.

	n	Complication	n	n
Hémodynamiques	30	Choc	06	20
		IVG	28	93,3
		IVD	06	20
Troubles rythmiques	25	FA	05	20
		FV	04	16
		ESV	02	08
Troubles conductifs	25	BBD	12	48
		BBG	01	04
		HBA	01	04
		BAV 2 et 3	02	08
Mécaniques	10	CIV	01	10
		IM ischémique	06	60
		Anévrisme VG	04	40
Thrombo-emboliques	5	Thrombose artérielle	01	20
		Thrombose cavitaire	04	80
Inflammatoires	3	Péricardite isolée	02	66,7
		Dressler	01	33,3
Ischémiques	2	Récidive	02	100

IVG = insuffisance ventriculaire gauche ; IVD = insuffisance ventriculaire droite ; FA = fibrillation auriculaire ; FV = fibrillation ventriculaire ; ESV = extrasystoles ventriculaires ; BB = bloc de branche ; HBA = hémibloc antérieur ; BAV = bloc auriculo-ventriculaire ; CIV = communication interventriculaire ; IM = insuffisance mitrale.

TABLEAU 2
Evolution post-hospitalière.

	Perdus de vue	Vivants sans complication	Vivants avec complication	Decedes	Cause de deces
1 à 3 mois	9	54	3	3	?
3 à 6 mois	9	51	3	6	?

Les variables étudiées sont les complications et la mortalité pour les variables dépendantes, puis l'âge, le sexe, les facteurs de risque, l'heure de survenue de la douleur, la saison climatique, le siège de l'IDM et le traitement pour les variables indépendantes. La collecte des données est réalisée à partir des dossiers des patients hospitalisés pendant la période d'étude. La saisie et l'analyse des données ont été faites dans le logiciel SPSS version 9.05. Les variables quantitatives sont décrites par la détermination de la moyenne et déviation standard, le seuil de significativité retenu est $p = 0,05$.

Les patients ont été retenus après un consentement éclairé et les dossiers ont été traités dans la confidentialité.

Le traitement de base a comporté : repos au lit, oxygénothérapie, héparine (non fractionnée ou de bas poids moléculaire), bêtabloquant, dérivés nitrés, acide acé-

tylsalicylique, anxiolytiques). Dans nos conditions de travail, nous n'avons pu pratiquer de thrombolyse, ni d'angioplastie, ni de cathétérisme.

RESULTATS

1) Nous avons retenu **80 patients** de 28 à 85 ans avec une prédominance masculine dans 75 % des cas. La moyenne d'âge est de $56,1 \pm 11,7$ avec une médiane de 57. La répartition par tranche d'âge révèle que les patients jeunes (28 ans à 49 ans) sont concernés dans une proportion de 31,3 % (25 patients), les sujets âgés de 50 à 59 ans dans une proportion de 26,2 % (21 patients) et les sujets âgés (60 à 85 ans) dans 42,5 % des cas (34 patients). L'âge moyen des femmes est plus élevé ($62,5 \pm 13,4$ ans) que celui des hommes ($54 \pm 10,4$ ans) avec une différence très significative ($p < 0,001$).

2) **Le délai avant l'hospitalisation**, précise chez 79 patients, a été au minimum de 1 heure après le début des symptômes et au maximum de 317 heures (13 jours). La médiane de distribution est de 17 heures.

3) **A l'échographie cardiaque**, réalisée chez 49 patients sur 80, nous avons observé :

- **L'état des parois** : akinesie antérieure étendue : 24,5 % ; akinesie septale : 30,6 % ; akinesie apicale : 26,5 % ; akinesie latérale : 10,2 % ; akinesie inférieure : 20,4 % ; akinesie basale : 12,2 % ; akinesie du ventricule droit (VD) : 2 %.

- **L'état des cavités** : le ventricule gauche (VG) était dilaté chez 3 patients (6,1 % des cas) ; le ventricule droit (VD) était dilaté chez 2 patients (4,1 %). Il a été retrouvé un thrombus cavitaire chez 4 patients dont 3 intéressaient l'apex du VG.

- La péricarde était normal chez 46 patients sur 49 et il y avait un épanchement modéré dans 3 cas (6,1 %).

4) **Les complications** observées à l'hôpital sont résumées dans le *tableau 1*.

5) **L'évolution à l'hôpital** a conduit à 11 décès (13,6 %) dont 5 dans les premières 48 heures. Ces décès étaient dus à des troubles du rythme dans 3 cas (tachycardie et fibrillation ventriculaire), à des complications thrombo-emboliques dans 3 cas (accident vasculaire cérébral et embolie pulmonaire), à une insuffisance ventriculaire gauche aiguë dans 1 cas, à une mort subite dans 2 cas. Dans 2 cas, on a soupçonné une rupture du cœur.

La durée du séjour hospitalier a été de 14 jours en moyenne (extrêmes : 2 et 23 jours).

6) **L'évolution post-hospitalière** est résumée dans le *tableau 2*. Au 6^{ème} mois de suivi, on compte encore 6 décès (soit 8,45 %) avec 9 perdus de vue (11,2 %). Les causes des décès sont restées imprécises (insuffisance

myocardique, mort subite, diabète ?). Une statistique au 12^{ème} mois est impossible en raison des 25 perdus de vue (31,2 %).

DISCUSSION

La prédominance masculine a été signalée par de nombreux auteurs comme dans notre cas [1, 2, 3, 4]. La survenue des complications n'est pas liée au sexe mais les patients plus âgés (50 à 85 ans) ont développé plus de complications de façon significative (69,1 % versus 36 % ; $p = 0,001$).

Le taux de mortalité n'est pas lié au sexe mais le risque de décès lié à l'âge avancé est multiplié par 4 avec $p = 0,014$, et ce risque de décès est étroitement lié aux complications et de l'ordre de 3,27. L'IDM survient chez les sujets âgés de 50 ans et plus, avec un âge moyen de $56,1 \pm 11,7$ ans. Ce résultat est superposable à celui observé au Congo [4], mais contraire à celui de l'enquête CORONAFRIC [1] qui concernait non seulement les infarctus mais aussi les angors et les myocardiopathies ischémiques.

L'âge moyen des hommes est plus jeune que celui des femmes : 54 ± 12 ans pour les hommes contre 62 ± 11 ans pour les femmes. Il en était de même au Niger [6]. Pour d'autres auteurs en Côte d'Ivoire [3], et pour l'enquête CORONAFRIC [1], il n'y a pas de différence de moyenne d'âge entre les sexes, pour l'ensemble de la maladie coronaire.

Les complications sont survenues chez 47 patients sur 80 (58,8 %) ; nos résultats sont superposables à ceux du Congo [9]. Parmi ces complications, les troubles hémodynamiques sont les plus fréquents (63,8 % des cas) dont 93,3 % d'IVG. Viennent ensuite les complications

rythmiques, notamment la fibrillation auriculaire et les complications mécaniques (notamment l'IM ischémique).

Les autres complications, notamment thrombo-emboliques et inflammatoires sont moins fréquentes.

Les analyses bivariées avec les complications ont permis de constater que : l'âge avancé est un facteur prédisposant ($p = 0,005$) et que la localisation antérieure étendue exposait fortement aux complications, comme l'ont signalé plusieurs auteurs [7, 9].

Notre pourcentage de décès hospitalier (13,8 %) est superposable à celui observé au Niger (18,1 %) [6] et à Abidjan (18 %) [3]. Cependant, ce taux de mortalité est très élevé par rapport au taux observé en France [10] : 2,2 % pour les malades reçus avant la 2^{ème} heure et 5,7 % au-delà ; tous les patients ayant bénéficié de la thrombolyse et/ou de l'angioplastie. Ces chiffres sont 7 % et 9 % aux USA [11].

Notre série confirme l'importance de la mortalité post-hospitalière, déjà constatée à Abidjan [12], où elle était de 20 % après un an d'évolution contre 2 % en Europe. Cette surmortalité peut être attribuée aux dégâts myocardiques, mais aussi à l'insuffisance de l'éducation sanitaire et aux conditions socio-économiques rendant difficile l'accès aux soins.

CONCLUSION

L'infarctus du myocarde (IDM) est une affection relativement fréquente dans notre milieu, avec une mortalité liée aux complications hémodynamiques et rythmiques. Ce constat nous incite à la prévention des facteurs de risque dont les plus importants sont l'HTA, le tabagisme, l'obésité et le diabète.

1. CORONAFRIC. Aspects épidémiologiques de la maladie coronaire chez le noir africain, à propos de 103 cas. Résultats de l'enquête multicentrique prospective. CORONAFRIC. *Cardiol Trop* 1991, 17 (special) : 7-20.
2. KINGUE S, BINAM F, BAONGA BP. La maladie coronaire au Cameroun : aspects épidémiologiques et cliniques, à propos de 30 observations. *Cardiol Trop* 2000, 26 : 7-11.
3. TOUZE JE, ADOH A, ASSAMOIO et coll. La maladie coronaire chez l'Africain à Abidjan : à propos de 120 cas avec 40 coronographies. *Cardiol Trop* 1986, 12 : 109-114.
4. KIMBALY-KARI G, BOURAMOUE C. Profil et avenir des patients congolais : à propos de 743 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2000, 47 : 197-203.
5. AGBOTON H, HOUENOUSSI DM, DOSSOU-YOVO AKINDES R et coll. Prise en charge des urgences cardiovasculaires au CNHU-HKM de Cotonou. A propos de 277 cas. *Ramur* 2003, 8 : 34-39.
6. CENAC A, MOUNIO O, DEVELOUY M. Les cardiopathies de l'adulte à Niamey. Enquête épidémiologique prospective. A propos de 162 observations. *Cardiol Trop* 1985, 11 : 125-134.

7. BERTRAND E. La maladie coronaire chez le noir africain. *Ann Cardiol Angéologie* 1993, 42 : 193-198.
8. MARQUES VIDAL P, CAMBOL JP. Distribution et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients coronariens. *Arch Mal Cœur* 2001, 94 : 673-680.
9. BOURAMOUE C, N'KOLA JM, EKOKA J. Les cardiopathies ischémiques en République Populaire du Congo. Etude des premiers cas observés. *Cardiol Trop* 1980, 6 : 17-28.
10. STEG PG, BONNEFOY E. Impact of time to treatment on mortality after rehospital fibrinolysis or primary angioplasty. *Circulation* 2003, 108 : 2851-2856.
11. KEELY CE, BOLRA AI, GRINES LC. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction : a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003, 361 : 13-20.
12. BERTRAND E. La maladie coronaire en Afrique Noire : épidémiologie, facteurs de risque, symptomatologie clinique et coronarographique. *Evolution Bull Acad Natle Med* 1992, 176 : 311-326.