

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

REPUBLIQUE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

Thèse

N°.....

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009 - 2010

THESE

**MOTIFS DE CONSULTATION DANS L'UNITE
DE CARDIOLOGIE DU SERVICE DE
MEDECINE DU CHU GABRIEL TOURE A
PROPOS DE 1110 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2010

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odonto - Stomatologie

Par

Mr Abel DIOMA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

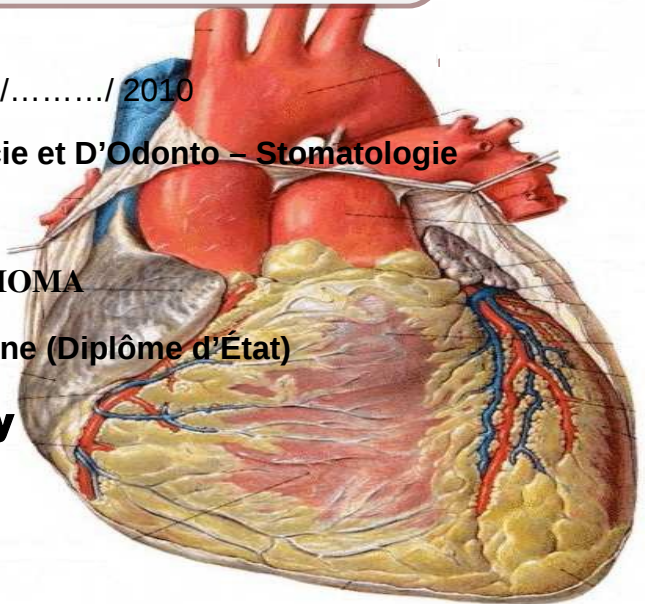
Jury

Président: Pr FONGORO Saharé

Membres : Dr SANGARE Ibrahima

Dr DJANGO Djibo

Co - Directeur : Pr SANOGO Kassoum



Directeur : Pr DIALLO Boubakar

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

-**À mon cher regretté papa, feu Melléh Jean DIOMA** : brutalement arraché à notre affection; ton honnêteté, ton dévouement et ton respect pour le prochain restent toujours inopinés. J'aurais voulu de ta présence pour être reconforter dans la présentation de cette thèse mais qu'il en soit selon la volonté du seigneur. Père, voici aujourd'hui un des fruits des sacrifices que tu as consentis pour l'éducation de tes enfants. En témoignage de mon respect pour ton âme et en reconnaissance de ton affection, ton engagement pour mes études qui ne m'ont jamais fait défaut; cette thèse t'est dédiée. Tu constitues un modèle dont je m'en inspirerai toujours. Dors en paix papa!

-**À ma mère Douba Suzanne CISSÉ** : ton affection, ton courage, ton engagement, ton endurance, ton éducation et ta responsabilité pour nous malgré l'absence de ton mari ont toujours apporté réconfort et consolidation. Trouves ici maman le grand hommage en compensation à ton immense sacrifice dont je n'ai pas le prix. Que cette thèse puisse te reconforter.

-**À mes frères et sœurs défunts** : Pélé DIOMA, Collette DIOMA, Vincent DIOMA ; précocement arrachés à l'affection de toute la famille; que cette thèse puisse témoigner mon attachement fraternel à vos esprits. Reposez vous en paix et que le seigneur, Dieu de l'univers puisse vous accueillir dans son royaume.

-**À tous mes frères et toutes mes sœurs** :

Koumon Martin DIOMA : tes qualités d'enseignant se voient toutes couronnées en ce jour solennel. Merci pour tout, ce travail est le tien.

Abbé Koumon Pierre DIOMA : que pourrais-je te dire en ce jour solennel et d'action de grâce. Vite après la disparition brutale de papa, tu as été pour moi et mes cadets un second père. Ton engagement, ton dévouement, ton courage, tes conseils et ta soif de justice me rappellent de ta devise le jour de ton ordination presbytérale << *pour eux, je me consacre* >>. À travers ta croyance en l'appel du seigneur malgré l'opposition des uns et des autres, tu marques aujourd'hui une trace indélébile dans ton village. Cher grand frère ce travail est en réalité le fruit de ta volonté. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi; ce jour est le tien. Que le seigneur te guide et t'accompagne à travers son esprit saint dans l'accomplissement de ton ministère sacerdotal. Courage dans les épreuves !!!

Monique DIOMA, Zébéde DIOMA, Pauline DIOMA, Ritha DIOMA et Job DIOMA : trouvez tous ici l'expression de notre profonde fraternité. Que ce travail vous honore partout où vous serez. Courage dans les études !!!

REMERCIEMENTS

Au seigneur Dieu omniprésent, omnipotent, omniscient et miséricordieux qui m'a permis de réaliser ce travail.

À tous les médecins du CHU Gabriel TOURÉ particulièrement: Dr SIDIBE Noumou, Dr MENTA Ichiaka, Dr BAH Hamidou, Dr TRAORE Aladj, Dr MAIGA Youssoufa; votre disponibilité, votre courtoisie, votre humanisme, vos conseils et surtout votre désir du travail bien fait font de vous des hommes admirables.

Aux thésards du service de médecine du CHU Gabriel TOURE particulièrement ceux de la cardiologie : Salif TIELA, Fadjoungou KEITA, Bakary MARIKO, Moussa DIARRA, Maxime DEMBELE, Oumar KONE, Bakary KAMATE, Bourema DEMBELE, Ibrahim MAIGA, Abdramane SANGARE, Bekaye KEITA, Mandé BERTHE : votre collaboration, votre enthousiasme et la bonne ambiance qui règnent entre nous m'ont profondément marqué. Je vous remercie infiniment pour tous vos soutiens, vos conseils, votre entraide et que vive pour toujours l'amitié entre nous.

Aux DES de la cardiologie : merci pour vos conseils et votre enseignement durant ces moments passés ensemble.

Aux malades de la cardiologie : merci pour votre disponibilité et bon rétablissement à vous tous.

À Augustin Kiry DIOMA, ses femmes et ses enfants :je vous remercie non seulement du chaleureux accueil que j'ai reçu mais aussi de l'entière intégration dont j'ai été sujet au sein de la famille DIOMA.

À mes cousins, cousines et amis : Komo SANOU, Wiri David SOUARA, Diolo Joseph KOITA, Diolo Bruno CISSÉ, Kolissoro Michel DIOMA, Paul KOITA, Komo Timothée DIOMA, Bidon Pauline DIOMA, Ouyaga Elie DIOMA, Blaise Pascal FOMBA, Bruno TOGO, Pascal DEMBELE : merci pour tout ce que nous avons fait et partagé ensemble.

HOMMAGES
AUX
HONORABLES MEMBRES
DU JURY

À notre maître et président du jury

Pr FONGORO Saharé

-Professeur en Néphrologie ;

- Maître de conférence de Néphrologie à la FMPOS ;

-Praticien hospitalier au service de néphrologie au CHU du Point G ;

-Chevalier de l'Ordre de Mérite du Mali.

Cher Maître,

Vous nous faites l'honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre large ouverture et votre faculté d'écoute et d'analyse sont des qualités professionnelles qui ont suscité en nous admiration et confiance.

Soyez assurés cher Maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

À notre maître et Co-Directeur

Pr SANOGO Kassoum :

-Professeur en cardiologie ;

-Premier échocardiographe au Mali ;

-Directeur médical du C.H.U Gabriel Touré ;

-Chef de l'Unité de cardiologie du service de médecine du C.H.U Gabriel Touré ;

-Chevalier de l'ordre de mérite du Mali.

Cher Maître,

La générosité et l'aimabilité avec lesquelles vous nous avez reçus, nous ont séduit. Nous sommes heureux de vous voir siéger aujourd'hui parmi nos Juges. Puisse ce travail être l'occasion de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

À notre maitre et juge

Dr SANGARÉ Ibrahima

-Spécialiste en cardiologie ;

-Praticien hospitalier au CHU GABRIEL TOURE ;

-Médecin agréé en médecine aéronautique auprès de l'ANAC ;

-Membre de la SOMACAR ;

-Membre de la promotion d'aide médicale urgente(PAMU).

Cher maitre,

c'est avec un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail ; votre simplicité, votre souci du travail bien fait, votre disponibilité et votre sensibilité sociale font de vous un exemple dont je m'en inspirerai toujours. Veuillez recevoir cher maitre l'expression de notre grande reconnaissance.

À notre maitre et juge

Dr DJIANGO Djibo

-Spécialiste en Anesthésie-Réanimation et en médecine d'Urgence ;

-Maitre assistant à la FMPOS ;

-Chargé de cours d'Anesthésie-Réanimation à l'Institut National de Formation en Science de la Santé(INFSS) ;

-Secrétaire Général de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence au Mali(ARMUM) ;

-Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation(SFAR) ;

-Praticien Hospitalier au CHU GT ;

-Chef de service du service d'accueil des urgences du CHU GT.

Cher maitre,

le grand honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury malgré vos multiples occupations nous offre l'occasion de vous exprimer notre profonde admiration et notre respect. Veuillez trouver ici cher Maitre nos remerciements les plus sincères.

À notre Maître et Directeur de Thèse

Pr DIALLO Boubakar

-Professeur titulaire de cardiologie;

-Spécialiste en pneumologie;

**-Diplômé d'Allergologie, d'Immunologie clinique, de
Radiologie thoracique et de médecine de Sport;**

-Chef de Service de la Cardiologie du C H U du Point G.

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous que vous ayez accepté de diriger ce travail. Votre rigueur pour le travail bien fait et votre expérience, nous ont marqué tout au long de notre cursus universitaire.

Trouvez ici cher Maître l'expression de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A.T.C.D: antécédent

A.V.C : accident vasculaire cérébral

BPM : battement par minute

C.F.A : communauté financière africaine

C.H.U : centre hospitalier universitaire

C.M.D : cardiomyopathie dilatée

C.M.H : cardiomyopathie hypertrophique

C.S.COM : centre de santé communautaire

C.S.Ref : centre de santé de référence

D.E.S : diplôme d'études spéciales

E.C.G : électrocardiogramme

E.P.A : établissement public administratif

E.P.H : établissement public hospitalier

E.P.U : enseignement postuniversitaire.

F.M.P.O.S : faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

G.T : Gabriel Touré

H.T.A : hypertension artérielle

I.C : insuffisance cardiaque

I.D.M : infarctus du myocarde

MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle

N.F.S : numération formule sanguine

O.M.I: œdème des membres inférieurs

O.M.S : organisation mondiale de la santé

O.R.L : oto-rhino-laryngologie

P.A.D : pression artérielle diastolique

P.A.S : pression artérielle systolique

SO.MA.CAR : société malienne de cardiologie

U.G.D : ulcère gastroduodéal

V.G : ventricule gauche

V.S : vitesse de sédimentation

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	03
II-OBJECTIFS.....	06
III-GENERALITES.....	08
IV-METHODOLOGIE.....	18
V-RESULTATS.....	27
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	56
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	64
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68
IX- ANNEXES.....	72

I

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Longtemps considérée comme pathologie des pays riches, la maladie cardiovasculaire constitue actuellement un réel et majeur problème de santé publique dans les pays en voie de développement et dont l'évolution parmi les maladies non transmissibles préoccupe de plus en plus l'OMS [1].

En 1991, les consultations en cardiologie de l'hôpital du Point G (Bamako) représentaient 27% de l'ensemble des consultations selon les statistiques hospitalières. La maladie cardiovasculaire réalise un tableau complexe avec une symptomatologie propre à chaque malade : dyspnée, douleurs, palpitations, syncope, céphalées, vertiges et symptômes généraux [2].

Dans la littérature, il est dit que les douleurs thoraciques sont une cause très habituelle de consultation et la dyspnée le plus banal des symptômes en consultation cardiologique [3]. Les signes fonctionnels justifient 80% des examens cardiologiques contre 20% d'examen cardiologiques systématiques. Ils sont divers mais trois(3) sont essentiels, le tryptique de Gallavardin : douleurs, dyspnée, toux[4].

Une étude réalisée au Mali en 1998 par BOUARÉ retrouve la douleur thoracique comme motif de consultation le plus fréquent en cardiologie avec un pourcentage de 25,2% ; la dyspnée occupait le second rang soit 20,6% [5].

La maladie cardiovasculaire est synonyme d'angoisse pour le malade et pour son entourage; aussi du cardiologue on attend en pareille circonstance disponibilité, réconfort et compétence technique immédiate [4]. Il s'agit d'une pathologie redoutable par sa fréquence, sa gravité et aussi le coût élevé de sa prise en charge [1].

Notre étude a porté sur les motifs de consultation en cardiologie c'est-à-dire le ou les symptômes qui amenaient les malades à consulter dans l'unité de cardiologie du service de médecine du CHU Gabriel TOURÉ. Au Mali il existe très peu d'études sur les motifs de consultation en cardiologie, d'où l'intérêt de ce travail conduit en milieu spécialisé cardiologique avec comme objectifs :

II

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL :

Identifier les différents motifs de consultation dans l'unité de cardiologie du service de médecine du CHU Gabriel TOURÉ.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients ;
- Recenser parmi les consultants les cas cardiaques ;
- Relever parmi les consultants ceux qui ont été référés ;
- Déterminer les motifs les plus importants par leur fréquence ;
- Identifier les principales maladies cardiovasculaires auxquelles ces motifs sont rattachés.

III

GENERALITES

GENERALITES

Les motifs de consultation sont les raisons exprimées en termes de signes ou symptômes pour lesquels le malade vient se faire consulter. Certains patients viennent d'eux même tandis que d'autres sont référés par un médecin ou tout autre professionnel de la santé.

En général les patients qui viennent d'eux même évoquent un symptôme ou un syndrome mais chez les patients référés le motif peut déjà être une pathologie connue que l'agent de santé met comme renseignement clinique sur la fiche de consultation. C'est le cas généralement de l'HTA, les troubles du rythme, ...

Le patient référé peut souvent venir avec un bilan cardiologique déjà réalisé avec son médecin traitant ; dans ce cas le motif est une pathologie bien définie : CMH, CMD, valvulopathie, IDM...

Certains patients sont aussi référés pour bilan cardiologique dans le cadre d'un bilan préopératoire. Pour ces patients, il peut y avoir un motif que son médecin traitant indique ou tout simplement pour le bilan sans avoir un signe quelconque.

Certains patients peuvent venir aussi dans le cadre d'un bilan de départ à l'étranger sans pour autant avoir un symptôme qui l'obligeait à venir consulter.

Parmi les motifs, nous n'aborderons que les plus fréquents selon la littérature.

I-DOULEURS THORACIQUES [6] :

Les douleurs thoraciques représentent un motif très fréquent de consultation et d'admission dans les services de cardiologie. Elles ont représenté 40,74% des

consultations dans le service de cardiologie de l'hôpital du point G en 1992. Elles sont nombreuses :

Douleurs thoraciques d'origine cardiovasculaire :

Douleurs coronariennes : Parmi ces douleurs nous avons :

L'angor d'effort :

Il apparaît habituellement à la marche après 100 à 500 m, surtout si la marche est faite rapidement en montée. L'énervement, la digestion, les rapports sexuels, la défécation sont aussi des facteurs déclenchant remarquables. La douleur n'explose pas, elle vient en vagues successives. Elle écrase, serre, broie, et est désignée par la main ou les deux mains posées sur le thorax. Sa topographie est medio-thoracique, retro-sternale haute ou sous-mammaire gauche. Elle diffuse en nappe vers le cou, les maxillaires, aux deux bras, aux deux poignets. Parfois elle commence à la périphérie (bras, épaule) et atteint le thorax (angor retourné). Elle disparaît en quelques minutes dès l'arrêt de l'effort ou de la marche. Elle est remarquablement calmée en 3 à 4 minutes par la trinitrine croquée et gardée sous la langue dès le début de l'angor.

Angor spontané :

La crise angineuse survient au repos sans raison apparente. Elle peut alterner avec l'angor d'effort dans certains cas. Isolé il est appelé angor de PRINZ METAL qui se reconnaît par des douleurs très intenses, survenant surtout la nuit, réveillant le malade et s'accompagnant de sueurs, de palpitations, de lipothymies, ou de syncope.

Angor instable :

C'est un angor qui se répète à intervalles rapprochés ou dont la durée se prolonge ou qui devient résistant à la trinitrine. Cet état impose l'hospitalisation immédiate car peut évoluer vers l'IDM. L'angor de PRINZMETAL peut être considéré comme une variété d'angor instable.

État de mal angineux :

Il se caractérise par la fréquente répétition des douleurs angineuses d'effort ou de repos dans la journée parfois subintrantes. Il représente une menace d'infarctus du myocarde ou de mort subite imposant une hospitalisation d'urgence.

Infarctus du myocarde (IDM) :

C'est une crise angineuse hyperalgique apparue au repos ou à l'effort. La douleur est constrictive, fortement angoissante. Elle est diffuse, pan irradiante. Elle résiste à la trinitrine. Elle persiste pendant des heures. Dans les formes graves, la douleur peut s'accompagner d'un syndrome vagal (troubles digestifs, bradycardie, chute tensionnelle et surtout état de choc). Dans tous les cas une hospitalisation d'urgence s'impose.

Angor intriqué :

Il s'agit d'un angor connu dont les caractères se sont modifiés avec la répétition des accès pour des efforts minimes. Cet angor est favorisé et entretenu par une pathologie digestive (UGD, hernie hiatale, lithiases vésiculaires, pancréatite), par une arthrose cervicale ou une anémie.

Douleurs non coronariennes d'origine cardiovasculaire :

Extrasystoles douloureuses :

Les extrasystoles sont généralement perçues par le malade comme un choc ou une irrégularité du cœur. Parfois le patient ressent une douleur sourde ou une piqûre. Ces douleurs sont localisées, sans irradiations.

Le malade désigne leur siège avec un doigt. Leur durée est brève.

Les extrasystoles les mieux ressenties sont celles qui surviennent au cours d'états neurotoniques et sont favorisées par le thé, le café noir, le tabac, le cola. On peut les observer aussi au cours des troubles digestifs (aérogastrie, aérocolie).

Douleurs myocardiques :

Assez souvent observées au cours des cardiopathies hypertrophiques. Elles peuvent survenir à l'effort ou au repos.

Péricardite :

La douleur peut simuler un infarctus du myocarde ou une angine de poitrine, mais elle est exacerbée par l'inspiration profonde et calmée par la position «penchée en avant ». Cette douleur est intermittente et irradie très peu. La fièvre et le frottement péricardique sont très précoces.

Dissection aortique :

Elle offre un tableau clinique qui peut faire discuter l'IDM, mais la douleur est d'emblée maximale très intense. Tantôt elle déchire, brule, tord, broie sa victime. Elle peut être plus atténuée. Elle est souvent retro-sternale mais elle irradie dans le dos et parfois le long de la colonne vertébrale, vers les lombes et les membres inférieurs.

Embolie pulmonaire :

Elle se traduit dans sa forme typique par un point de côté brutal auquel peut s'associer ou se substituer une véritable douleur angineuse par insuffisance coronarienne fonctionnelle.

Elle comporte une polypnée superficielle importante, une toux pénible ramenant quelques crachats mousseux et/ou hémoptiques au deuxième ou troisième jour.

Douleurs thoraciques non d'origine cardiovasculaire :

Douleurs digestives :

Le spasme œsophagien

L'hépatalgie d'effort

La hernie diaphragmatique

L'ulcère gastroduodénal

La gastrite

La cholécystite

Douleurs pleuro-pulmonaires :

Pneumothorax spontané

Pneumopathies aiguës

Séquelles pleurales

En plus de ces différentes douleurs thoraciques il ya aussi des douleurs thoraciques d'origine neurotonique, rhumatismale et des douleurs thoraciques liées à la pathomimie.

II-HYPERTENSION ARTERIELLE

L'HTA est un véritable problème de santé publique dans les pays développés. Dans les pays en voie de développement, à l'instar des autres maladies émergentes non transmissibles, cette pathologie est aujourd'hui reconnue responsable de mortalité et morbidité importantes.

C'est une pathologie très fréquente chez la personne âgée (30 à 40% des hommes et 50% des femmes) [7]. La connaissance de l'HTA, l'observance du traitement, la régularité du suivi sont des facteurs déterminants dans sa prise en charge.

Définition et classification :

Définition :

Le consensus (JNC2007) définit l'HTA par une PAS \geq 140 mm hg et/ou une PAD \geq 90mmhg.

Classification [8]

HTA	Légère	Modérée	Sévère
PAS (mm hg)	140-159	160-179	\geq 180
PAD (mm hg)	90-99	100-109	\geq 110

Le diagnostic d'HTA est confirmé avec une élévation des chiffres tensionnels au moins à deux consultations différentes.

Variabilité de la pression artérielle :[9]

- Chez un individu, la pression artérielle varie selon ses efforts, ses émotions, son sommeil.

- Il existe un lien entre l'âge et l'évolution de la pression artérielle. Cette élévation est continue pour la pression artérielle systolique. La pression artérielle diastolique rediminue légèrement à partir de la septième décennie.

Pour diagnostiquer une HTA, il est nécessaire de respecter quelques conditions [10] :

-Le sujet doit être dans un état de calme physique et psychique,

-La prise de la tension doit être réalisée aux deux bras avec un appareil régulièrement ré étalonné et avec un brassard bien adapté,

-le patient doit être en position couchée,

-La tension doit être prise aussi en position debout en vue de dépister une hypotension orthostatique.

Épidémiologie :

-Aux États Unis d'Amérique, sa prévalence est estimée à 15,2% et en France à 20%.

-En Afrique, il s'agit également d'une des préoccupations majeures avec des fréquences hospitalières élevées :

➤ 41% à Libreville (Gabon) et à Ibanda (Nigeria) [6].

➤ 32,5% à Dakar (Sénégal) [6].

➤ 21,5% à Abidjan (Cote d'Ivoire) [6].

➤ 31% au Mali [6].

Ces données diverses qu'elles soient témoignent l'importance grandissante de l'HTA en Afrique du fait de sa prévalence élevée [6].

Au Mali, l'HTA occupe le premier rang des motifs de consultation dans les services de cardiologie, constituant la première cause d'admission hospitalière soit 36,6% de fréquence [11].

Différents types d'HTA [8]

HTA essentielle :

La majorité des HTA n'a pas de cause repérable, et l'on parle d'HTA essentielle.

HTA secondaires :

Phéochromocytome :

Les tumeurs de la médullosurrénale produisant des catécholamines sont une cause d'HTA. L'HTA dans ce cas est habituellement paroxystique avec une élévation tensionnelle importante, des céphalées, et des sensations de flushes au moment des paroxysmes. Il s'y associe une hypotension orthostatique.

Hyperaldostéronisme primaire :(syndrome de Conn) :

Dû aux adénomes de la surrénale produisant de l'aldostérone.

Sténose de l'artère rénale :

C'est la cause la moins rare d'HTA secondaire. Elle se traduit par une HTA d'apparition rapide, avec une hypokaliémie, une rénine et angiotensine II élevées.

Les HTA secondaires à d'autres affections :

Les glomerulopathies, les séquelles d'infections rénales unilatérales, les lithiases rénales, l'insuffisance rénale, l'hypocortisolismes, etc....

Information du patient [8] :

L'information des patients hypertendus est nécessairement double : sur l'HTA elle-même, sur ses risques potentiels et sur le risque cardiovasculaire. Cette information doit donner une large place aux mesures hygiéno-diététiques permettant rarement à elles seules de normaliser la pression artérielle mais dont leur non respect condamne souvent des thérapeutiques simples à l'échec.

Il faudra aussi expliquer au patient que son traitement sera vraisemblablement administré toute sa vie durant.

III-DYSPNEE

La respiration est un acte automatique, peu à peu perçu. Dans certaines circonstances pathologiques, l'acte de respirer peut devenir désagréable et difficile : c'est la dyspnée.

La dyspnée est la prise de conscience par le patient d'une respiration difficile exigeant un effort supplémentaire avec sensation de soif d'air. La notion de dyspnée est inséparable de la sensation de gêne qui l'accompagne. Les mécanismes de la dyspnée sont complexes.

Les différents types de dyspnée :

Orthopnée : c'est une dyspnée qui survient en décubitus c'est-à-dire quand le malade est allongé. Elle se rencontre généralement quand il existe une insuffisance

cardiaque mais peut se voir également chez les asthmatiques et les insuffisances respiratoires chroniques obstructives.

Trepopnée : dyspnée très inhabituelle survenant seulement en décubitus latéral gauche ou droit, elle se voit le plus souvent chez les patients cardiaques.

Platypnée : cette forme survient uniquement en position debout, elle est observée quand il existe une insuffisance musculaire abdominale entraînant une insuffisance de musculature du diaphragme en position debout. Elle est due à «l'avancée» des viscères faisant descendre le diaphragme dans cette position.

Bradypnée : correspond à une inspiration lente.

Tachypnée : correspond à une accélération très importante du rythme de la respiration.

Polypnée : correspond à la respiration rapide et superficielle.

Hyperpnée : respiration de KUSSMAUL et KIEN : se caractérise par une ventilation lente et profonde.

Respiration de CHEYNE-STOKES : se caractérise par l'alternance régulière de période d'apnée et d'hyperpnée.

Respiration de BIOT : se traduit par une période d'apnée d'une irrégularité imprévisible.

IV

METHODOLOGIE

TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude transversale qui a porté sur un échantillon de 1110 patients, atteint à l'intervalle de 6(six) mois (de Mai à Octobre 2009).

LIEU D'ETUDE

Ce travail s'est déroulé au Mali et plus précisément à Bamako au sein du CHU Gabriel TOURÉ dans l'unité de cardiologie du service de médecine.

Ancien dispensaire central de Bamako, le CHU Gabriel TOURÉ fut institué en hôpital et baptisé «Gabriel TOURÉ» le 17 janvier 1959 à la mémoire d'un jeune médecin soudanais (Mali) contaminé lors d'une épidémie de charbon survenue à Dakar et décédé le 12 juin 1934. Il était l'un de la jeune génération des premiers médecins africains.

Doté du statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) depuis 1992, il fut érigé en établissement public hospitalier (EPH) en juillet 2002. Il dévient un centre hospitalier universitaire (CHU) en janvier 2007. La capacité d'accueil du CHU Gabriel TOURÉ était de 400 lits pour un effectif de 540 agents en 2007.

Il mène ses missions en collaboration avec la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS). C'est une structure sanitaire de troisième niveau située au sommet de la pyramide sanitaire du Mali recevant les patients des divers quartiers de Bamako mais aussi des autres régions du Mali. C'est une unité fonctionnelle pluridisciplinaire qui assure toutes les démarches d'admission ou de consultation programmées ou non programmées.

Situation géographique du CHU Gabriel TOURÉ :

Situé au centre administratif de la ville de Bamako, il est limité :

- À l'Est par le boulevard du peuple et le quartier populaire de Médine.
- À l'Ouest par l'école nationale d'ingénieur Abderrahmane Baba TOURÉ.
- Au Nord par l'avenue Mar Diagne et l'état major de la gendarmerie nationale.
- Au Sud par la rue Van Vollenheven.

Il a pour mission d'élargir la couverture sanitaire et la formation des cadres et agents sanitaires.

Composition :

Il comporte plusieurs services :

-Le bloc administratif,

-Le service de pédiatrie,

-Le service de médecine comportant plusieurs unités : la cardiologie, l'hépatogastroentérologie, la diabétologie et la neurologie,

-Le service de chirurgie générale,

-Le service de chirurgie infantile,

-Le service d'urologie,

-Le service de traumatologie,

-Le service de gynéco-obstétrique,

-Le service d'ORL,

- Le service d'anesthésie-réanimation,
- Le service d'accueil des urgences,
- Le service d'imagerie médicale,
- Le laboratoire d'analyse médicale,
- La pharmacie hospitalière,
- La morgue,
- Le service de maintenance,
- Le service social,
- La cantine,
- La mosquée.

Le service de médecine comprend au niveau de chaque unité : des salles d'hospitalisation, une salle des infirmiers, une salle des internes, un bureau pour l'infirmier major, une salle pour les agents de surface.

L'unité de cardiologie du service de médecine :

Elle comprend trois secteurs :

- Bureaux des cardiologues : Un bureau pour le chef de l'unité et un bureau pour chaque médecin spécialiste dont certains au deuxième étage et d'autres au troisième étage du bâtiment administratif.
- Consultation et exploration cardiovasculaires : Un box de consultation avec deux tables de consultation, une salle d'ECG.

-Le secteur d'hospitalisation : composé de quatre salles d'hospitalisation comportant 26 lits. Suite aux travaux de réfection du bâtiment du service de médecine, le secteur d'hospitalisation fut remplacé dans la seconde moitié de notre période d'étude par deux salles : la salle d'attente de la Gynéco-obstétrique composée de 10 lits et la salle de staff de l'Anesthésie-réanimation composée de 7(sept) lits.

Le personnel de l'unité de cardiologie

Composé de :

- Le chef de l'unité qui est professeur en cardiologie et aussi le directeur médical du CHU Gabriel TOURÉ,
- Cinq médecins spécialistes des maladies cardiovasculaires dont un maître assistant,
- Des médecins en spécialisation pour le Diplôme d'Études Spéciales (DES) de cardiologie,
- Quatorze étudiants faisant fonction d'interne,
- Un infirmier diplômé d'état,
- Quatre infirmiers du premier cycle,
- Des étudiants stagiaires de la FMPOS et des écoles de santé privées,
- Deux aides soignants,

-Deux agents de surface.

Matériaux et équipement :

-Un appareil d'échographie cardiaque en panne pendant notre période d'étude,

-Un appareil d'électrocardiographie,

-Des stéthoscopes et des tensiomètres répartis entre le secteur d'hospitalisation et le box de consultation,

-Trois pèse personnes,

-Deux tailles mètres,

-Des thermomètres.

Activités :

Plusieurs activités sont réalisées au sein de l'unité de cardiologie :

- La visite générale des malades hospitalisés effectuée tous les lundis et vendredis par le chef de l'unité, les médecins spécialistes, les médecins DES, les faisant fonction d'interne, l'infirmier major et les étudiants stagiaires.

-Les consultations spécialisées se font tous les jours ouvrables au box de consultation. Les avis cardiologiques sont donnés dans les autres services par les médecins spécialistes. Les soins sont donnés par les infirmiers sous la supervision de l'infirmier d'état. L'unité assure également la réalisation de l'électrocardiogramme effectué tous les jours ouvrables et interprété par l'un des cardiologues.

-Une équipe de garde composée d'un médecin (cardiologue, gastroentérologue ou généraliste), de deux étudiants faisant fonction d'interne, de deux infirmiers assurant la permanence auprès des malades hospitalisés et des urgences médicales en dehors des heures habituelles de travail est présente tous les jours.

POPULATION D'ETUDE

Notre étude a porté systématiquement sur tous les patients reçus en consultation cardiologique répondant aux critères d'inclusion, soit 1110 consultants. Il y avait des malades qui venaient consulter d'eux même, d'autres étaient référés par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

CRITÈRES D'INCLUSION

- Être âgé de plus de 15 ans,
- Être à sa première consultation dans l'unité de cardiologie du service de médecine du CHU Gabriel TOURÉ.

CRITÈRES DE NON INCLUSION

- Patients de moins de 15 ans,
- Patients hospitalisés,
- Patients suivis en consultation cardiologique avant le début de notre période d'étude.

CRITÈRES DE CLASSIFICATION DU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Trois niveaux de vie ont été pris en compte : bas, moyen et élevé.
Ont été considérés comme niveau de vie :

- Bas : patients ayant un revenu mensuel inférieur à 76 Euro.

-Moyen : patients ayant un revenu mensuel compris entre 76 et 152 Euro.

-Élevé : patients ayant un revenu mensuel supérieur à 152 Euro.

SUPPORT DES DONNÉES :

Chaque malade a bénéficié d'une fiche d'enquête individuelle. Cette fiche était remplie (sur le champ) dès la première consultation et complétée au prochain rendez-vous du malade s'il ya lieu avec les résultats des examens para cliniques.

ASPECT ETHIQUE

La confidentialité des noms des malades a été respectée.

DÉROULEMENT

Les motifs de consultation étaient définis pour chaque malade à partir d'un interrogatoire soigneux préalable de tout examen physique ou à partir d'une fiche de référence si cela était le cas.

Dans la précision du motif, une bonne façon de détendre le malade est d'obtenir d'abord des renseignements simples : nom, prénom, âge, résidence, profession, type d'activité quotidienne, antécédents personnels et familiaux, habitudes diététiques, etc..... Ceci permet de préciser le climat psychologique et la constitution émotionnelle du patient. Puis laisser parler le malade librement le guidant :

-En l'aidant à faire la distinction entre les symptômes intriqués

-En termes simples, en évitant toute interprétation pathologique (se méfier des termes médicaux employés par le malade).

-En essayant de ne pas lui suggérer la réponse.

Les fiches d'enquête portaient le maximum de renseignements pour pouvoir orienter le diagnostic (voir annexes). Le malade une fois reçu était enregistré (identité et diagnostic). Les dossiers d'observation qui étaient faits individuellement pour chaque malade ont été souvent consultés pour remplir les fiches d'enquête de certains patients. Nous avons directement participé aux consultations. Les fiches d'enquête ont été remplies à partir d'un interrogatoire minutieux. À leur arrivée, tous les consultants étaient soumis à cet interrogatoire conformément aux termes des fiches d'enquête individuelles. Puis ils étaient soumis à un examen général. Pour les malades cardiaques le rythme de consultation était le plus régulier possible car la plupart des traitements cardiologiques étaient des traitements au long cours.

L'examen physique se faisait sur le malade couché.

Il comportait :

Un examen général,

Un examen par système :

-cardiovasculaire ,

- pleuro-pulmonaire,

- abdominal,

- neurologique,

-somatique.

Les examens para cliniques :

-La biologie : la numération formule sanguine (NFS), la vitesse de sédimentation (VS), la glycémie, la créatininémie, les D-Dimères, la troponine, les hormones thyroïdiennes, les cholestérols et triglycérides ;

-La radiographie du thorax ;

-L'échocardiographie doppler ;

-L'échographie doppler veineuse des membres ;

-L'électrocardiogramme (ECG) de surface ;

-L'angio-scanner.

Ils étaient demandés au besoin selon l'orientation vers telle ou telle affection cardiovasculaire et souvent selon les moyens financiers du malade. Au terme de notre examen physique, les patients n'ayant pas de pathologie cardiovasculaire étaient référés s'il y a lieu dans le service spécialisé pour leur affection.

SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES

Elles ont été effectuées sur les logiciels Word, Excel et SPSS12.0 pour

Windows. Le test de Khi deux a été utilisé avec seuil de signification $p < 0,05$.

V

RESULTATS

1-caractéristiques sociodémographiques des patients

1.1- Répartition des patients selon le sexe

TABLEAU I

SEXE	Effectif	Fréquence (%)
Féminin	722	65,0
Masculin	388	35,0
<i>Thèse de médecine 2009-2010</i>		44 <i>Abel</i>
Total	1110	100,0

Le sexe féminin prédominait soit 65%.

1.2- Répartition des patients selon l'âge

TABLEAU II

AGE	Effectif	Fréquence (%)
15 à 39 ans	416	37,5
40 à 59 ans	425	38,3
60 ans et plus	269	24,2
Total	1110	100,0

La tranche d'âge de 40 à 59 ans était la plus représentée soit 38,3%.

1.3-Répartition des patients selon l'âge et le sexe

TABLEAU III

AGE SEXE	15 à 39 ans		40 à 59 ans		60 ans et plus		TOTAL	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Masculin	114	10,25	139	12,5	136	12,25	389	35
Féminin	302	27,25	286	25,75	133	12,00	721	65
TOTAL	416	37,5	425	38,25	269	24,25	1110	100,0

Le sexe féminin était le plus représenté dans la tranche d'âge de 15 à 39 ans et de 40 à 59 ans.

1.4- Répartition des patients selon leurs résidences

TABLEAU IV

RESIDENCE	Effectif	Fréquence (%)
Bamako	816	73,5
Hors Bamako	294	26,5
Total	1110	100,0

La majorité de nos patients résidait à Bamako soit 73,5%.

1.5- Répartition des patients selon leurs professions

TABLEAU V

PROFESSION	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	547	49,3
Fonctionnaire	206	18,6
Commerçant	122	11,0
Paysan	81	7,3
Élève / étudiant	70	6,3
Ouvrier	50	4,5
Autres	34	3,0
Total	1110	100,0

Autres=teinturière(6), couturière(16), jardinier(6), berger(6).

Les ménagères étaient les plus nombreuses soit 49,3%.

1.6- Répartition des patients selon les ethnies

TABLEAU VI

ETHNIE	Effectif	Fréquence(%)
Bambara	275	24,8
Peulh	225	20,3
Malinké	161	14,5
Sarakolé	145	13,0
Sonrhäi	64	5,8
Senoufo	51	4,6
Autres	189	16
Total	1110	100,0

NB : Autres =Dafing(6), Maure(9), bozo(32), mianka(46),dogon(38), bobo(50), ethnies étrangères(8).

Les bambaras étaient les plus nombreux soit 24,8%.

1.7-Répartition des patients selon le statut matrimonial

TABLEAU VII

STATUT	Effectif	Fréquence (%)
MATRIMONIALE		
Marié	819	73,8
Célibataire	144	13,0
Veuf(e)	117	10,5
Divorcé	30	2,7
Total	1110	100,0

Les mariés étaient les plus nombreux à la consultation soit 73,8%.

1.8-Répartition des patients selon le niveau d'étude

TABLEAU VIII

NIVEAU D'ETUDE	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisé	535	48,2
Primaire	228	20,5
Secondaire	200	18,0
Supérieur	111	10,0
Autres	36	3,3
Total	1110	100,0

Autres : école coranique(21), alphabétisation en langue nationale(15).

Les patients non scolarisés prédominaient soit 48,2%.

1.9-Répartition des patients selon le niveau socio-économique

TABLEAU IX

NIVEAU SOCIO ECONO.	Effectif	Fréquence (%)
Bas	730	65,8
Moyen	311	28,0
Élevé	69	06,2
Total	1110	100,0

La majorité de nos patients avait un revenu mensuel bas soit 65,8%.

2-caractéristiques cliniques des patients

2.1-Répartition des patients selon les motifs de consultation

TABLEAU X

MOTIF DE CONSULTATION	Effectif	Fréquence (%)
HTA	322	29,0
Dyspnée	204	18,4
Douleur thoracique	144	13,0
Insuffisance cardiaque	71	6,4
Palpitation	58	5,2
A V C	58	5,2
Trouble du rythme	48	4,3
Céphalée et ou vertiges	37	3,3
OMI et / ou ascite	33	3,0
Athérosclérose	31	2,79
Cardiomégalie	22	2,0
Exsudat	20	1,8
HVG	18	1,6
Bilan préopératoire	14	1,3
Autres	30	2,70
Total	1110	100,0

Autres : hypotension(6), bourdonnement d'oreilles(6), paresthésies(3), troubles visuels(3), toux(9), lipothymie et /ou syncope(3).

L'HTA occupait la première place suivie de la dyspnée et de la douleur thoracique soit respectivement 29% ; 18,4% et 13%.

2.2-Répartition des patients selon le mode d'admission

TABLEAU XI

MODE D'ADMISSION	Effectif	Fréquence (%)
Référé(e)	686	61,8
Venu(e) de lui même	424	38,2

Total	1110	100,0
--------------	------	-------

La majorité de nos patients a été référée soit 61,8%.

2.3-Répartition des patients selon le mode d'admission et motifs de consultation
TABLEAU XII

MODE D'ADMISSION	Venu(e) de lui même		Référé(e)		Total	
	effectif	Freq (%)	effectif	Freq (%)	effectif	Freq (%)
MOTIFS DE CONSULTATION						
Douleur thoracique	105	24,8	39	5,6	144	13

Dyspnée	88	20,9	116	17	204	18,5
HTA	96	22,8	226	33	322	29
Céphalées et/ou vertiges	21	4,6	16	2,4	37	3,25
Palpitation	39	9,1	19	2,8	58	5,25
OMI et/ou ascite	14	3,3	19	2,8	33	3
Insuffisance cardiaque	7	1,9	64	9,4	71	6,5
Trouble du rythme	3	0,7	44	6,4	48	4,25
A V C	31	7,3	27	4	58	5,25
Autres	19	4,6	116	16,6	135	12
TOTAL	424	100	686	100	1110	100

Autres : toux, cardiomégalie, lipothymie et/ou syncope, bourdonnements d'oreilles, hypotension, paresthésies, troubles visuels.

La douleur thoracique était le motif le plus fréquent chez les patients qui se présentaient d'eux même tandis que l'HTA était celui des patients référés.

2.4-Répartition des patients selon l'âge et le motif de consultation

TABLEAU XIII

AGE MOTIFS DE CONSULTATION	15 à 39 ans		40 à 59 ans		60 ans et plus	
	effectif	Freq(%)	effectif	Freq(%)	effectif	Freq(%)
Douleur thoracique	66	16	53	12,44	25	9,27
Dyspnée	66	16	80	18,95	58	21,64

HTA	115	27,73	133	31,37	75	27,85
Céphalées et/ou vertiges	14	3,34	20	4,57	3	1,03
Palpitation	37	8,96	17	3,95	5	2,06
OMI et/ou ascite	14	3,33	16	2,61	9	3,09
Insuffisance cardiaque	28	6,66	22	5,22	23	8,27
Trouble du rythme	24	6	16	3,92	5	2,06
A V C	11	2,66	31	7,18	17	6,18
Autres	41	9,98	42	9,79	50	18,55
TOTAL	416	100	425	100	269	100

L'HTA prédominait dans toutes les tranches d'âge avec une prévalence plus élevée entre 40 et 59 ans ; la douleur thoracique était plus fréquente chez les moins de 40 ans tandis que la dyspnée était le plus fréquent chez les plus de 60 ans ; après l'HTA.

2.5- Répartition des patients selon l'existence d'antécédents pathologiques.

TABLEAU XIV

ANTECEDENTS	Effectif	Fréquence (%)
Antécédents personnels	516	46,5
Antécédents personnels et familiaux	133	12,0
Antécédents familiaux	81	7,3
Absence ou inconnus	380	34,2
Total	1110	100,0

La majorité de nos patients avait un antécédent personnel de maladie connu soit 58,5%.

2.6-Répartition des patients selon les antécédents personnels

TABLEAU XV

ATCD PERSONNELS	Effectif	Fréquence (%)
Cardio-vasculaire	466	42,0
U G D- Gastrite (épigastralgie)	69	6,2
Diabète	39	3,5
Broncho-pulmonaire	24	2,2
Drépanocytose	20	1,7
O R L (angine)	14	1,3
VIH	7	0,7
Absence ou inconnus	461	41,5
Autres	10	0,9
Total	1110	100,0

Autres : hyperthyroïdie (3), lèpre(3), arthrose(2), cancer(2).

Sur l'ensemble de nos patients, 42% avaient un antécédent personnel de maladies cardiovasculaires.

2.7-répartition des patients selon les antécédents personnels et les motifs de consultation

TABLEAU XVI

MOTIFS	Cardio-vasculaire		Diabète		Broncho-pulmonaire		O R L(angine)		U G D- Gastrite(epigastralgie)		Autres	
	eff	freq	eff	freq	eff	freq	eff	freq	eff	freq	Eff	freq
Douleur thoracique	42	9	-	-	-	-	4	30,76	52	75,36	5	13,15
Dyspnée	81	17,38	11	28,20	5	20,85	3	23,08	-	-	8	21,05
HTA	208	44,63	11	28,20	-	-	-	-	11	15,94	4	10,52
Céphalées/vertiges	14	3	-	-	3	12,5	-	-	-	-	7	18,42
Palpitations	17	3,65	-	-	3	12,5	-	-	3	4,35	10	26,31
OMI/ascite	14	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insuffisance cardiaque	19	4,08	6	15,38	5	20,85	3	23,08	-	-	1	2,64
Arythmie	8	1,72	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,27
AVC	24	5,16	3	7,70	3	12,5	-	-	-	-	-	-
Autres	39	8,38	8	20,52	6	25	3	23,08	3	4,35	1	2,64
Total	466	100	39	100	24	100	13	100	69	100	38	100

Un antécédent cardiovasculaire était connu chez 44,63% des patients ayant consulté pour HTA et 75,36% des patients ayant consulté pour douleur thoracique avaient un antécédent d'UGD ou de gastrite (épigastralgie).

2.8-Répartition des patients selon les antécédents personnels de maladies cardiovasculaires. (n=466).

TABLEAU XVII

ATCD PERSONNELS CARDIOVASCULAIRES	Effectif	Fréquence (%)
HTA	441	94,6
Cardiomyopathie	11	2,4
Autres	14	3
Total	466	100,0

Autres : hypotension(6), chirurgie cardiovasculaire(3), IDM(2).congénitale(3).

L'HTA était l'antécédent le plus fréquent soit 94,6%.

2.9-Répartition des patients selon les motifs de consultation / antécédents personnels de pathologies cardiovasculaires

TABLEAU XVIII

MOTIF DE CONSULTATION	ANTECEDENTS PERSONNELS DE PATHOLOGIE							
	CARDIOVASCULAIRE							
	HTA		Cardiomyopathie		Cardiopathie congénitale		Autre	
	eff	freq	eff	freq	eff	freq	eff	freq
Douleur thoracique	36	8,16	-	-	-	-	6	54,54
Dyspnée	75	17	3	27,27	-	-	3	27,27
HTA	205	46,48	3	27,27	-	-	-	-
Céphalées et/ou vertiges	14	3,17	-	-	-	-	-	-
Palpitation	17	3,85	-	-	-	-	-	-
OMI et/ou ascite	14	3,17	-	-	-	-	-	-
Insuffisance cardiaque	11	2,50	5	45,46	3	100		
Trouble du rythme	8	1,82	-	-	-	-	-	-
A V C	24	5,45	-	-	-	-	-	-
Autres	37	8,4	-	-	-	-	2	18,19
Total	441	100	11	-	3	100	11	100

Un antécédent personnel cardiovasculaire d'HTA a été retrouvé chez 46,48% des patients ayant consulté pour HTA et 45,46% des patients venus pour insuffisance cardiaque avaient une cardiopathie connue.

2.10-Répartition des patients selon les antécédents familiaux

TABLEAU XIX

ATCD	Effectif	Fréquence(%)
HTA isolée	136	12,3
Diabète isolé	31	2,8
HTA et Diabète	20	1,8
Asthme	17	1,5
Drépanocytose	11	1,0
Absence ou Inconnus	895	80,6
Total	1110	100,0

Les antécédents familiaux n'étaient pas connus chez la majorité des patients.

2.11-Répartition des patients selon les facteurs de risque cardiovasculaire.

TABLEAU XX

FACTEURS DE RISQUE	Effectif	Fréquence (%)
Tabac	87	7,8
Obésité	58	5,2
Cola	33	3,0

Café	24	2,2
Alcool et tabac	11	1,0
Alcool	6	0,5
Dyslipidémie	3	0,3
Absence	879	79,2
Autres	9	0,8
Total	1110	100,0

Les tabagiques représentaient 8,8% de nos patients.

2.12- Répartition des patients selon les facteurs de risque et les motifs de consultation

TABLEAU XXI

Facteurs de risque	Alcool		Tabac		Alcool et tabac		Cola		Café		Obésité/dyslipidémie	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Motifs												
Douleur thoracique	-		17	19,54	3	27	3	9	8	33	3	5,12
Dyspnée	-		30	34,48	-		5	15	4	17	6	9,82
HTA	-		11	12,64	-		11	34	3	12,5	27	44
Céphalées/vertiges	-		-		3	27	3	9	3	12,5	7	11,47
Palpitations	-		-		3	27	-		3	12,5	6	9,82
OMI/ascite	-		6	6,89	-		-		-		-	
Insuffisance cardiaque	-		3	3,45	-		-		3	12,5	6	9,82
Trouble du rythme	3	50	-		-		-		-		-	
AVC	3	50	6	6,890	-		3	9	-		3	5,12
Autres	-		14	16,1	2	9	8	24	-		3	5,12
Total	6	100	87	100	11	100	33	100	24	100	61	100

Le tabagisme a été retrouvé chez 34,48% de nos patients ayant consulté pour dyspnée.

2.13-Répartition des patients selon leurs modes de vie

TABLEAU XXII

MODE DE VIE	Effectif	Fréquence(%)
Actif	963	86,8
Sédentaire	78	7,0
Actif professionnel	69	6,2
Total	1110	100,0

La sédentarité a été retrouvée chez 7% de nos patients.

2.14-Répartition des patients selon l'examen général

TABLEAU XXIII

EXAMEN GENERAL	Effectif	Fréquence(%)
Normal	890	80,2
O M I	136	12,2
Pâleur conjonctivale	53	4,8
Turgescence des jugulaires	17	1,5
Autres	14	1,3
Total	1110	100,0

Autres= fièvre(6), voussure thoracique(2), masse cervicale antérieure(4), exophtalmie(2).

La majorité de nos patients (80,2%) avait un examen général normal.

2.15-Répartition des patients selon l'auscultation cardiaque

TABLEAU XXIV

BRUITS CARDIAQUES	Effectif	Fréquence(%)
Réguliers	971	87,5
Irréguliers	139	12,5
Absence de bruits surajoutés	890	80,2
Présence de bruits surajoutés	220	19,8

Les bruits du cœur étaient, réguliers chez 87,5% et sans bruits surajoutés chez 19,8% de nos patients.

2.16-Répartition des patients selon la pression artérielle

TABLEAU XXV

TENSION ARTERIELLE	Effectif	Fréquence(%)
Normale	389	35,0
HTA modérée	246	22,2
HTA légère	214	19,3
HTA sévère	158	14,2

Normale sous traitement	103	9,3
Total	1110	100,0

Plus de la moitié de nos patients étaient hypertendus soit respectivement 22,2%, 19,3%, 14,2% et 9,3% pour HTA modéré, légère, sévère et normale sous traitement.

2.17-Répartition des patients selon l'âge et la pression artérielle

TABLEAU XXVI

AGE TENSION ARTERIELLE	15 à 39 ans		40 à 59 ans		60 ans et plus	
	effectif	Fréq(%))	effectif	Fréq(%)	effectif	Fréq(%)
Normale	236	56,66	111	26,18	42	15,46
HTA légère	58	14	95	22,28	61	22,68
HTA modérée	50	12	117	27,44	80	29,90
HTA sévère	33	08	75	17,60	50	18,56
Normale sous traitement	39	9,34	27	6,50	36	13,40
TOTAL	416	100	425	100	269	100,0

La pression artérielle était normale chez 56,66% des patients de 15 à 39 ans contrairement aux autres tranches d'âge où l'HTA légère à modérée prédominait de façon progressive.

2.18-Répartition des patients selon le sexe et la pression artérielle

TABLEAU XXVII

SEXE	Masculin		Féminin		Total	
	eff	(%)	eff	(%)	eff	(%)
TENSION ARTERIELLE						
Normotendu(e)s	144	37,3	245	34,61	389	35
Hypertendu(e)s	244	62,7	477	65,39	721	75
TOTAL	388	100	722	100	1110	100

Les hypertendus étaient plus nombreux dans le sexe féminin (65,39%) que dans le sexe masculin (62,7%). P=0,001.

2.19-Répartition des patients selon la fréquence cardiaque

TABLEAU XXVIII

FREQUENCE CARDIAQUE	Effectif	Fréquence(%)
Normale	890	80,2
Tachycardie	203	18,3
Bradycardie	17	1,5
Total	1110	100,0

Des troubles du rythme ont été constatés chez 19,8% de nos patients.

2.20-Répartition des patients selon l'examen pulmonaire

TABLEAU XXIX

EXAMEN PULMONAIRE	Effectif	Fréquence(%)
Normal	1001	90,2
Anormal	109	9,8
Total	1110	100,0

L'examen pulmonaire était normal dans la majorité des cas.

2.21-Répartition des patients selon l'examen abdominal

TABLEAU XXX

EXAMEN ABDOMINAL	Effectif	Fréquence(%)
Normal	1021	92,0
Hépatomégalie	39	3,5
Autres	50	4,5
Total	1110	100,0

Autres=splénomégalie(2), ascite(10), épi gastralgie palpatoire (38).

L'examen abdominal était normal chez 92% des patients.

2.22-Répartition des malades selon l'examen neurologique

TABLEAUXXXI

EXAMEN NEUROLOGIQUE	Effectif	Fréquence(%)
Normal	1058	95,3
Déficit moteur	39	3,5
Aphasie et déficit moteur	8	0,7
Aphasie	5	0,5
Total	1110	100,0

L'examen neurologique était normal dans la majorité des cas.

3-Caractéristiques para-cliniques des patients

3.1-Répartition des patients selon le résultat de la radio du thorax de face (n=186).

TABLEAU XXXII

RADIO DU THORAX DE FACE	Effectif	Fréquence(%)
Cardiomégalie	100	53,7
Lésions parenchymateuses	25	13,4
Cardiomégalie plus lésions parenchymateuses et/ou pleurales	14	7,5
Lésions pleurales	8	4,5
Normale	39	20,9
Total	186	100,0

Chez 186 patients ayant réalisé la radio, plus de la moitié ont présenté une cardiomégalie.

3.2-Répartition des patients selon le résultat de l'ECG. (n=675).

TABLEAUXXXIII

RESULTAT ECG	Effectif	Fréquence(%)
---------------------	-----------------	---------------------

Pathologique	453	67,1
Normal	222	32,9
Total	675	100,0

L'ECG était pathologique dans 67,1% des cas.

3.3-Répartition des patients selon les anomalies électriques.(n=453).

TABLEAU XXXIV

RESULTAT ECG	Effectif	Fréquence(%)
Hypertrophie ventriculaire et/ ou auriculaire	267	58,94
Troubles du rythme	108	23,84
Troubles de la conduction	61	13,47
Autres	17	3,75
Total	453	100,0

Autres= infarctus(8), bas voltage(4), troubles de la repolarisation(5).

Parmi les anomalies de l'ECG, l'hypertrophie ventriculaire et/ou auriculaire était présente chez 39,5% de nos patients.

3.4-Répartition des patients selon le résultat de l'écho-cœur (n=408)

TABLEAU XXXV

RESULTAT ECHO-COEUR	Effectif	Fréquence(%)
Pathologique	275	67,3
Normal	133	32,7
Total	408	100

L'Écho-cœur était pathologique chez 67,3% des cas.

3.5- Répartition des patients selon les pathologies Écho-cardiographiques (n=275).

TABLEAU XXXVI

RESULTAT ECHO-COEUR	Effectif	Fréquence(%)
Cardiomyopathie	125	45,46
Valvulopathie	61	22,18
Trouble de la relaxation du VG	47	17,10
péricardite	19	6,90
HTAP	9	3,27
Autres	14	5,09
Total	275	100,0

Autres=cardiopathie congénitale(6), bourrelet(6), bicuspidie(2).

Sur les anomalies Echo-cardiographiques, la cardiomyopathie prédominait soit 45,46%.

4-Diagnostic des patients

4.1-Répartition des patients selon le diagnostic retenu

TABLEAU XXXVII

DIAGNOSTIC RETENU	Effectif	Fréquence(%)
Affection cardiovasculaire	905	81,5
Non cardiovasculaire	205	18,5
Total	1110	100,0

Le diagnostic retenu était cardiovasculaire dans 81,5% des cas.

4.2-Répartition des patients selon les affections cardiovasculaires (n=905).

TABLEAU XXXVIII

AFFECTIONS CARDIOVASCULAIRES	Effectif	Fréquence(%)
HTA isolée	488	53,7
Cardiomyopathie avec ou sans HTA	133	14,7
Valvulopathie avec ou sans IC	94	10,4
AVC	50	05,5
IC décompensée	43	04,9
Autres	97	10,8
Total	905	100,0

Autres : IDM(11), péricardites(19), troubles du rythme(40), hypotension(8), troubles de la conduction(13) cardiopathie congénitale(6).

L'HTA isolée représentait plus de la moitié des affections cardiovasculaires.

4.3-Répartition des patients selon les affections non cardiovasculaires (n=205).

TABLEAU XXXIX

AFFECTIONS NON CARDIOVASCULAIRE	Effectif	Fréquence(%)
Syndrome ulcéreux	57	27,8
Pneumopathie isolée	37	18,1
Troubles musculo-squelettique et/ou névralgie intercostale	37	18,1
Syndrome palustre	23	11,1
Autres	51	24,9
Total	205	100,0

Autres : insuffisance rénale(22), hyperthyroïdie(14), hépatopathie(9), anémie chronique.

Parmi les affections non cardiovasculaires le syndrome ulcéreux prédominait soit 27,8%.

4.4-Répartition des patients selon le mode d'admission et le diagnostic retenu

TABLEAU XXXX

MODE D'ADMISSION	Venu(e) de lui même e		Référé(e)		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%
DIAGNOSTIC						
Affection cardiovasculaire	335	79,1	570	83	905	81,5
Non cardiovasculaire	89	20,9	116	17	205	18,5
Total	153	100,0	686	100,0	1110	100,0

Une affection cardiovasculaire a été retrouvée chez 83% des patients référés.

5-Conduite thérapeutique

Répartition des patients selon la conduite thérapeutique

TABLEAU XXXXI

PRESCRIPTIONS	Effectif	Fréquence(%)
Traitement cardiologique	897	80,8
Traitement non cardiologique	149	13,4
Référence	64	5,8
Total	1110	100,0

Le traitement cardiologique a été prescrit chez 80,8% de nos patients.

VI
COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude s'est déroulée sur une période de 6 (six) mois et a porté sur un échantillon de 1110 patients.

La majorité était des adultes et parmi lesquels la tranche d'âge de 40 à 59 ans était la plus représentée soit 38,3%. Cela s'explique facilement car les adultes constituent la population active de notre société, donc sont plus exposés au développement des maladies cardiovasculaires. L'augmentation des facteurs de risque cardiovasculaire avec l'âge pourrait également expliquer cette situation.

Le sexe féminin était prédominant avec 65%. Ce chiffre nous rapproche de BOUARE M et de TRAORE A qui avaient retrouvé une prédominance féminine avec respectivement 57,6% et 58,79% [5,12]. Ce même constat est retrouvé dans les études de DABO F et de SANGARE K. [13,14].

Les ménagères ont représenté 49,3% de nos patients, cela a été le cas dans les études de COULIBALY J avec 48,6% et de TRAORE B [15,16].

La plupart de nos patients résidait à Bamako avec un pourcentage de 73,5%. Ceci pourrait s'expliquer par la proximité des services de cardiologie et la situation géographique du CHU GT.

C'est le cas aussi chez COULIBALY J [15] et CISSE AA [9].

Les bambaras étaient les plus nombreux soit 24,8% ; cela s'expliquerait par le fait que Bamako est un milieu bambara et que la majorité de nos patients est de cette ville.

Les mariés représentaient 73,8% de nos patients ; cela pourrait s'expliquer par le mariage précoce dans le contexte africain et la non scolarisation de beaucoup de filles.

Sur nos 1110 consultants, 730 avaient un revenu mensuel bas soit 65,8% selon nos critères de classification du niveau de vie et 48,2% non scolarisés. Cela s'expliquerait par l'insuffisance de la scolarisation dans les pays en voie de développement.

Caractéristiques cliniques

Etude des motifs de consultation :

Cette étude nous a montré que l'HTA est le motif le plus fréquent avec un pourcentage de 29%. Ce résultat est en conformité avec celui retrouvé par TRAORE M en 2009 qui montrait qu'au Mali l'hypertension artérielle occupe le premier rang des motifs de consultation dans les services de cardiologie [17]. Docteur Bertrand dans son étude réalisée en Côte d'Ivoire en 1992 situait l'hypertension artérielle au premier rang parmi les affections cardiovasculaires avec 34,27% dans les pays en voie de développement [18,7]. C'est dire l'importance de cette pathologie et ses conséquences en terme de mortalité et de morbidité. Par contre BOUARE M dans son étude en 1998 avait retrouvé l'HTA au troisième rang soit 17,8% après la douleur thoracique et la dyspnée [5]. Cela s'expliquerait par la prévalence de plus en plus élevée de l'HTA mais aussi par l'augmentation du

nombre de cardiologues et surtout des médecins et professionnels de santé qui, en respectant la pyramide sanitaire envoient plus de malades hypertendus actuellement dans les services de cardiologie.

L'HTA était le motif le plus retrouvé dans toutes les tranches d'âge. Cela s'expliquerait par le fait que notre échantillon est constitué de patients en activité, d'autre part l'exclusion de la tranche d'âge de 0 à 14 ans dans notre étude. Cependant elle est plus élevée dans la tranche d'âge de 40 à 59 ans qui pourrait s'expliquer par le recrutement de plus de patients dans cette tranche d'âge dans notre échantillon mais aussi par l'intensité de la phase active de la vie dans cette tranche.

Dans notre étude comme chez BOUARE M [5], la dyspnée occupe le second rang soit 18,4% ; la douleur thoracique vient ensuite avec 13%. La palpitation occupait 5,2% de nos patients.

Cela est conforme aux données de la littérature qui trouvent que les principaux troubles fonctionnels qui amènent les malades à consulter en cardiologie sont la douleur thoracique, la dyspnée, la palpitation et les pertes de connaissance [19,20].

Modes d'admission :

Sur 1110 patients, 686 étaient référés par un médecin ou tout autre professionnel de la santé soit 61,8%. Ce chiffre est supérieur à celui de BOUARE M(en 1998) qui avait trouvé 50,8% [5]. Ceci s'expliquerait par l'augmentation du personnel de santé mais aussi par le respect de plus en plus du système de référence basé sur la pyramide sanitaire. La majorité de nos patients, si non la totalité devrait passer d'abord par un CSCOM ou un CSREF avant d'arriver aux structures sanitaires de troisième niveau.

L'HTA a été le motif le plus retrouvé chez les malades référés soit 33%, suivi de la dyspnée à 17% et de l'insuffisance cardiaque (9,4%).

Par contre, chez les malades qui sont venus consulter sans passer par un agent de santé ni un centre de santé, la douleur thoracique était le motif de consultation le plus fréquent (24,8%) suivie de l'HTA (22,8%) et la dyspnée (20,9%).

Etude des antécédents :

Leur étude aide beaucoup au diagnostic [19].

C'est ainsi que 58,5% de nos consultants avaient au moins un antécédent personnel : cardiovasculaire, broncho-pulmonaire, ORL (angine), diabète, hyperthyroïdie, etc.

Sur notre échantillon, 42% de nos patients avaient au moins un antécédent cardiovasculaire connu. Cela se comprend car les affections cardiovasculaires peuvent durer toute la vie dans la plupart des cas. Aussi, parmi ces antécédents personnels cardiovasculaires l'HTA occupe le premier rang soit 94,6%.

BOUARE M avait aussi trouvé une prédominance de l'HTA sur les autres antécédents cardiovasculaires à 68,6%, largement inférieur à notre pourcentage.

Cela pourrait s'expliquer par la prévalence de plus en plus élevée de l'HTA mais aussi par l'augmentation du personnel de santé et de l'affluence des malades dans les centres de santé, l'organisation des journées de dépistage de l'HTA et de consultations gratuites par la SOMACAR.

Le tabagisme a été retrouvé chez 8,8% de nos patients et 34,48% des sujets ayant consulté pour dyspnée étaient tabagiques. Ce pourcentage dépasse celui de BOUARE M [5] mais beaucoup plus proche de celui de COULIBALY J en 2008 soit 7,6% [15]. Cela pourrait s'expliquer par l'intégration de plus en plus d'attitudes étrangères dans notre société avec le développement de notre pays.

Etude du rythme cardiaque :

Parmi nos consultants, 87,5% avaient un rythme cardiaque régulier. Ce chiffre nous rapproche beaucoup de BOUARE M qui avait trouvé une régularité des bruits du cœur chez 87,8% de ses patients [5].

Une fréquence cardiaque comprise entre 60 et 100 bpm a été retrouvée chez 80,2% considérée comme normale par la littérature [21].

Aucun bruit surajouté n'a été noté dans 81,2% des cas. Ainsi avec une auscultation cardiaque bien conduite ayant nécessité une attention auditive soutenue, on pouvait éliminer dans la majorité des cas une atteinte cardiaque [22].

Etude de la pression artérielle :

Dans notre étude nous avons considéré la définition de la tension artérielle selon l'OMS [7].

Suivant cette définition, 75% de nos patients avaient une tension artérielle élevée avec une prédominance de l'HTA modérée à 22,2% ; 46,48% des patients venus consulter pour HTA étaient hypertendus connus. Ces chiffres sont très différents de ceux de BOUARE M [5] qui n'avait trouvé que 39,4% d'HTA.

Cela s'expliquerait par l'inclusion de la tranche d'âge de 0 à 20 ans chez BOUARE M dans laquelle la prévalence de l'hypertension artérielle est faible. Nous avons constaté que la majorité de nos patients de 15 à 39 ans avait une tension artérielle normale soit 56,66% ; cela n'est pas le cas dans les autres tranches d'âge qui suivent. Conformément aux données de la littérature, l'HTA est rare dans les deux sexes jusqu'à l'âge de 25 ans environ et la tension artérielle tend à augmenter avec l'âge [12,7].

L'hypertension artérielle était plus marquée chez les femmes soit 65,39% que chez les hommes (62,7%) et cette différence était significative ($P=0,001$).

Les examens pulmonaire, abdominal et neurologique étaient normaux dans plus de 90% des cas pour chacun.

Caractéristiques para cliniques :

Plus de la moitié (53,7%) de nos patients ayant réalisé une radiographie du thorax de face ont présenté une cardiomégalie. Ces données sont en conformité avec une étude réalisée en 2004 sur la cardiomégalie par KONE C O qui trouvait que dans l'ensemble des images fournies par des examens radiologiques sur le volume cardiaque, la cardiomégalie est l'une des images les plus fréquentes dans les services de cardiologie avec 59% [23]. L'HTA étant notre motif de consultation le plus fréquent a été retrouvée comme première cause de cardiomégalie avec 54,6% par cette même étude.

L'hypertrophie ventriculaire et/ou auriculaire était le signe le plus retrouvé avec 39,5% à l'ECG et les cardiomyopathies tous types confondus à l'échocardiographie avec 30,6%.

Etude des diagnostics :

Les pathologies principalement retrouvées étaient l'HTA soit 53,7%, les cardiomyopathies avec ou sans HTA et les valvulopathies. Cela nous rapproche de BOUARE M [5] et de SERME D [24] qui trouvent que ces pathologies sont les plus fréquentes avec toujours l'HTA en tête.

Cependant 18,5% de nos patients n'avaient aucune affection cardiovasculaire. Ce chiffre est largement inférieur à celui trouvé par BOUARE M [5].

Parmi nos patients ayant consulté en cardiologie sans avoir une affection cardiovasculaire, 27,8% n'avait qu'un syndrome ulcéreux (à l'interrogatoire) ou des douleurs thoraciques d'autres natures (voire tableau) l'ECG et la radio du thorax ayant éliminé toute atteinte cardiaque. Ce même constat est fait par BOUARE [5].

83% des malades référés et 79,10% des malades ayant consulté d'eux même avaient une affection cardiovasculaire.

L'absence de pathologie cardiovasculaire chez les malades référés à 17% se rapproche du pourcentage des malades venus d'eux même. Ce pourcentage est

certes moins que pour BOUARE M en 1998 soit 31% mais reste encore important car presque tous les malades référés devraient avoir effectivement une affection cardiaque. Ce résultat se rapproche beaucoup des résultats d'autres études qui trouvaient 18,3% [25]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que souvent nos consultants n'ont pas bénéficié d'une bonne prise en charge avant d'être référés mais aussi par l'absence de personnels qualifiés dans certains centres de santé qui réfèrent des malades.

Etude de la conduite thérapeutique :

80,8% de nos patients ont bénéficié d'un traitement cardiologique. Ce pourcentage est supérieur à celui de BOUARE M (69,2%), car nous avons eu plus d'affections cardiovasculaires que BOUARE. Par contre ce pourcentage est inférieur à celui des affections cardiovasculaires retrouvées dans notre étude soit 81,5%. Cela s'expliquerait par la référence de certains malades dans d'autres services de cardiologie qui étaient mieux habilités que le notre au moment de notre étude.

VII

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous avons abouti aux conclusions suivantes :

Les services de cardiologies sont de plus en plus fréquentés et l'HTA occupe une place importante dans cette fréquentation. Le système de référence basé sur la pyramide sanitaire est respecté par plusieurs agents de santé mais reste encore à améliorer ; Les médecins devraient bien interroger les patients avant de les référer car l'interrogatoire seul dans certaines affections peut préjuger d'une atteinte cardiaque ou pas. [26, 19,3].

Notre étude nous a amené à faire quelques recommandations permettant de désengorger les services spécialisés en général et les services de cardiologie en

particulier, l'intérêt final de l'étude étant d'assurer un bon respect des différents niveaux de la pyramide sanitaire et une bonne référence des patients sur les services spécialisés.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous avons formulé les recommandations suivantes:

Au ministre de la sante :

- Octroi des bourses d'études aux médecins pour la spécialisation en cardiologie.
- Intensification de la formation continue des médecins dans d'autres domaines sur la nécessité de bien interroger le malade afin de pouvoir les orienter sur les services intéressés.
- Création et extension de mutuelles et d'assurances pour l'aide à la prise en charge des pathologies cardiovasculaires.

-Équipement des hôpitaux et centre de sante de référence des matériels d'électrocardiographie et d'échocardiographie si non subventionner les examens para cliniques des établissements de santé privés.

Au Directeur du CHU GT :

-Amélioration du plateau technique par l'acquisition de nouvelles méthodes d'investigation (salle de coronarographie et d'épreuve d'effort).

-Dotation du service de cardiologie d'un holter ECG, d'un holter HTA pour la MAPA et d'appareil Echo cardiographique.

-Amélioration de l'organisation du service des accueils et la formation de son personnel pour l'orientation des malades.

À la SOMACAR :

-Extension des EPU dans toutes les autres régions du Mali.

Aux médecins généralistes :

-Participation massive aux EPU

-Insistance sur l'interrogatoire et l'examen physique des malades afin de les référer s'il ya lieu au service spécialisé correspondant.

À la population :

-Fréquentation précoce des centres de santé dès l'apparition de certains signes en règle avec la pyramide sanitaire,

-Consultation pour le dépistage précoce des pathologies latentes,

-Respect d'une bonne observance correcte aux prescriptions.

VIII

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1-Rapport de synthèse de l'enquête démographique et de sante, 1999, les cardiopathies juvéniles dans les services de cardiologie de l'hôpital du Point G. epidemio-clinique et évolution.

Thèse de médecine, Bamako 01M71.

2-Anrol; Jenkius S ; North D ;

Journal of hypertension

Coden johy de,GBR; DA. 1996(14),6:773.778

3-Rullière R.

Cardiologie.

4eme Edition Massons (paris), 1987 :1p

4-Ténaillon A; Labayle D

Livre de l'interne, les urgences.

Edit flammarion(paris), médecine sciences, 1992 : 67p.

5- Bouare M

Motifs de consultation dans le service de cardiologie de l'hopital Gabriel Toure

Thèse de médecine, Bamako 1998 n°18.

6-Bertrand Ed,B Alliez Cl Juhan

Urgences cardiovasculaires.

Editions Frisson-Roche 18rue Dauphine 75006 Paris.

7-Vincent P

Hypertension artérielle de l'adulte en Afrique.

Objectif médical no spécial, 1992 : 2-3.

8-Alain Castaigne, Marielle Scherrer-Crosbie

Le livre de l'interne, cardiologie

2eme Edition Flammarion, 4, Rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris.

9- Cissé A A.

Approche diagnostique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé (50 ans et plus) au Mali

Thèse de médecine. Bamako no 34.

10-Plouin P; Chatelier G; Pagny J Y.

L'hypertension artérielle (épidémiologie, hémodynamique et physiopathologie. Stratégie de l'exploration et de la prise en charge).

Encycl. Méd.-Chir. (cœur-vaisseaux) 1986; 11302 A 10 : 1-2.

11-Traoré M

Complications aiguës de l'HTA aux services des urgences et de réanimation du CHU du Point G.

Thèse de médecine Bamako 2006; M68.

12-Traore A

Valvulopathies mitrales dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 182 cas.

Thèse de médecine, Bamako 1995, M7 : 20-25.

13-Dabo M F

Valvulopathies acquises au Mali : importance du traitement et du diagnostic du RAA au Mali.

Thèse de médecine. Bamako, 1978; M16.

14-Sangaré K

Place de la pathologie cardiovasculaire dans les activités d'un médecin chef de service.

Thèse de médecine, Bamako, 1983, M3 : 1-10.

15- Coulibaly J

État de connaissance des maladies hypertendus à propos de l'hypertension artérielle dans le service de médecine, unité de cardiologie du CHU Gabriel TOURE.

Thèse de médecine 2008 : 41.

16-Traore B

Hypertension artérielle chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans le service de cardiologie du CHU GT.

Thèse de médecine, Bamako 2007; M173.

17-Traoré M

Complications aiguës de l'HTA aux services des urgences et de réanimation du CHU du Point G.

Thèse de médecine Bamako 2006; M68.

18-Bertrand Ed.

La pathologie cardiovasculaire en pays sous développés
Cardiologie tropicale, 1988, 14 : 95-96.1-96.

19-Mathé G. & Coll.

Sémiologie médicale

4eme Edition (paris) Flammarion Médecine sciences, 1981 : 473-478.

20-Thomas D.

Cardiologie

Edition marketing/Ellipses, AUPEL/UREF 1994:1.

21-Robert B; Andrew J.

Manuel de diagnostic et thérapeutique

2eme Edition Française, 1992 :345 :434-p.

22-Herman H.;Ger J.F.

Précis de sémiologie

Édit Masson (paris), 1984:215p.

23-Koné C.O.

Cardiomégalie chez l'adulte

Etude clinique au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de médecine 2004, M34; p-50.

24-Serme D.;Lengani A.; Ouandaogo B.I

Morbidité et mortalité cardiovasculaire dans un service de médecine interne à Ouagadougou

Cardiologie tropicale, 1991; 23-24.

25-Cordo J.C; Aros L.F; Loma-Osorio A; Camacho I; Diaz A; Alonso Gomez A.; Martinez J.B.; Torrès A.;

The cardiology consultation in a health service aera hospital.the clinical aspect and the demard for diagnostic procedures.

Revista Espanola de cardiologia, 1992,45,(5) 310-3.

26-Barbara B.

Guide de l'examen Clinique

2eme Edit, Flammarion(paris), 1980:1-7.

IX

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I-IDENTIFICATION DU MALADE

-Nom et prénom :..... -Sexe :..... 1=M, 2=F - Age :.....

-Résidence : 1=Bamako, 2=hors Bamako.-Profession : 1=fonctionnaire, 2=non fonctionnaire.-Ethnie :.....

-statut matrimonial : 1=marié,2=célibataire,3=veuf(veuve),3=divorcé.

-Niveau d'instruction : 1=primaire, 2=secondaire, 3=supérieur,

4=alphabétisé,5=non scolarisé,6=autres :.....-Niveau socio-

économique : 1=élevé,2=moyen,3=bas.

II-MOTIFS DE CONSULTATION

1=douleur thoracique, 2=dyspnée, 3=HTA, 4=toux, 5=céphalée et ou vertiges,6=palpitations, 7=OMI et ou ascite, 8=insuffisance cardiaque, 9=troubles du rythme, 10=cardiomégalie, 11=lipothymie et ou syncope, 12=hypotension et ou collapsus, 13=drépanocytose, 14=bilan préopératoire, 15=bourdonnements d'oreilles, 16=hémoptysie,

17= Autres :.....

III-MODE D'ADMISSION

1=venu(e) de lui-même, 2=référ(e).

IV-ANTECEDENTS PERSONNELS

1=HTA, 2=diabète, 3=asthme, 4=angine à répétition, 5=hyperthyroïdie, 6=RAA,

7=cardiomyopathie, 8=valvulopathie, 9=bronchopneupathie, 10=tuberculose,

11=BPCO, 12=gastrite-UGD (épigastralgie), 13=drépanocytose, 14=goutte,

15=sana particularité,16=Autres :....

V-FACTEUR DE RISQUE :.....1=alcool, 2=tabac, 3=obésité, 4=HTA, 5=diabète,

6=AVC, 7=insuffisance coronarienne, 8=HDL bas, 9=LDL élevé, 10=triglycérides

élevés, 11= (8+9), 12= (8+9+10).

MODE DE VIE

1=sédentaire, 2=actif, 3=actif professionnel

HABITUDES ALIMENTAIRES

-Excès de sel :..... 1=ooui, 2=non

-Café (nescafé) :.... 1=1tasse, 2=2tasse,3=3tasses ou plus

-cola :..... 1=1noix, 2=2noix, 3=3 noix ou plus

-Tabac chiqué :..... 1=1doigtier, 2=2doitiers, 3=3 doigtiers ou plus

-Cube Maggi et apparentés en cuisson(en rajout) :..... 1=ooui, 2=non

VI-EXAMEN PHYSIQUE

-État général :..... 1=bon, 2=passable, 3=altéré

-Masse cervicale antérieure :..... 1=ooui, 2=non.

-Conjonctives :..... 1=colorées,2=peu colorées, 3=pales.

-Exophtalmie :..... 1=ooui, 2=non.

-Température :..... 1=normale, 2=fièvre

-Turgescence des jugulaires :..... 1=ooui, 2=non.

-Choc de pointe :..... 1=visible, 2=non visible,3=palpable, 4=non palpable, 5=frémissement.

-BDC :..... 1=réguliers bien perçus, 2=irréguliers bien perçus, 3=assourdis.

-Souffle cardiaque :..... 1=présence, 2=absence si présent :..... 1=systolique, 2=diastolique, 3=systolo-diastolique, 4=apexien, 5=xiphoïdien, 6=2è EICD, 7=2è EICG.

-T.A :..... 1=pas d'HTA, 2=HTA légère, 3=HTA modérée, 4=HTA sévère, 5=HTA normale sous traitement.

-Fréquence cardiaque :..... 1=normale, 2=tachycardie,3=bradycardie

-Examen pleuropulmonaire :..... 1=normal, 2=silence+matité, 3=silence+tympanisme, 4=râles crépitant localisés, 5=râles crépitant diffus, 6=râles sibilants, 7=souffle tubaire.

-Examen abdominal :..... 1=normal, 2=hépatomégalie, 3=splénomégalie, 4=hépatosplénomégalie, 5=ascite, 6=reflux hepatojugulaire, 7=autres :.....

-Examen neurologique :..... 1=normal, 2=aphasie, 3=paralyisie.

VII-EXAMEN COMPLEMENTAIRES

-Radio du thorax de face :..... 1=cardiomégalie, 2=lésions parenchymateuse, 3=lésions pleurales, 4=normale.

-ECG :..... 1=bas voltage, 2=alternance électrique, 3=onde Q de nécrose, 4=ST+, 5=ST-, 6=T(-) ischémique.

-Rythme :... 1=sinusal régulier, 2=sinusal irrégulier, 3=non sinusal

-Trouble du rythme :... 1=ESV, 2=ESA, 3=TV, 4=bradycardie sinusale, 5=flutter auriculaire, 6=fibrillation auriculaire.

-Hypertrophie auriculaire :..... 1=HAG, 2=HAD, 3=HBA

-Hypertrophie ventriculaire :... 1=HVG, 2=HVD, 3=HBV

-Troubles de la conduction :... 1=BAV(I), 2=BAV(II), 3=BAV(III), 4=BBG, 5=BBD, 6=HBA, 7=HBP.

-Autres :.....

-Écho-cœur :.....

1=normal, 2=cardiomyopathie dilatée normo cinétique, 3=cardiomyopathie dilatée hypokinétique, 4=cardiomyopathie dilatée hyperkinétique, 5=cardiomyopathie non dilatée normo cinétique, 6=cardiomyopathie non dilatée hypokinétique, 7=cardiomyopathie non dilatée hyperkinétique, 8=cardiomyopathie hypertrophique non obstructive, 9=cardiomyopathie hypertrophique obstructive, 10=IM, 11=RM, 12=IT, 13=RT, 14=IA, 15=RA, 16=IP, 17=RP, 18CIA, 19=CIV, 20=coarctation de l'Aorte, 21=péricardite sans tamponnade, 22=péricardite avec tamponnade, 23=HTAP isolée, 24=CPC, 25=cardiomyopathie ischémique, 26=troubles de la relaxation du VG, 27=Autres :.....

-Écho-doppler vasculaire :.....

-TDM cérébrale: 1=normale, 2=AVC ischémique, 3=AVC hémorragique

-Holter ECG :.....

-Bilan sanguin :

-Glycémie :..... 1=normale, 2=élevée

- Créatininémie :..... 1=normale, 2=élevée
- Hémoglobine :..... 1=normale, 2=basse (type.....)
- Hématocrite :..... 1=normale, 2=basse
- Plaquettes :..... 1=normales, 2=élevées
- Troponine :..... 1=normale, 2=élevée
- CPK :..... 1=normal, 2=élevé, CPK-MB :..... 1=normal, 2=élevé
- D Dimères :..... 1=normaux, 2=élevés, -TP :..... 1=normal, 2=élevé
- Acide urique :..... 1=normal, 2=élevé
- Cholestérol total :..... 1=normal, 2=élevé
- HDL :..... 1=normal, 2=bas -LDL :..... 1=normal, 2=élevé
- Triglycérides :..... 1=normaux, 2=élevés
- Autres examens :
-

VIII-DIAGNOSTIC RETENU

.....

FICCHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DIOMA

PRÉNOM : Abel

Titre de la thèse : Motifs de consultation dans l'unité de cardiologie du service de médecine du CHU GT.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Cardiologie

Résumé :

La cardiologie fait partie des services les plus fréquentés en consultation externe au Mali.

Au cours de notre étude nous avons recensé 1110 patients venus consulter en cardiologie sur une période de 6 mois dont 61,8% étaient des patients référés.

L'HTA était le motif le plus fréquent avec 29%, suivie de la dyspnée et la douleur thoracique. Après examen physique, des chiffres tensionnels élevés ont été constatés chez 75% de nos patients. Il ressort aussi que l'HTA était l'antécédent cardiovasculaire le plus retrouvé chez nos patients. C'est dire l'importance de cette pathologie en termes de morbidité.

Mots clé : motifs-consultation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers
Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je
Jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de
L'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai
Jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne

Participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas
Ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront
Confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
Ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de
Nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent
S'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de
Mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je
Rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs
Pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à
Mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
Manque
Je le jure