

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

=====
DIRECTION NATIONALE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

N° 7111

Année : 1995

VALVULOPATHIES MITRALES
DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE
DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE
A PROPOS DE 182 CAS

T H E S E

Présentée et Soutenue Publiquement le.....1995
devant

l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du MALI

Par

Abdou Laya TRAORE

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

J U R Y

Président : Docteur Mamadou Mamadou

Membre : Docteur

Directeur de Thèse :

ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNÉE UNIVERSELLE 1954-1955

ADMINISTRATEURS

DOCTEUR ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

LE PERSONNEL DES ENSEIGNANTS

M. ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

LISTE DE PERSONNES CONCERNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

DOCTEURS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE

Membres

M. ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

M. ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

Professeurs

M. ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

Assistants

M. ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint
M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

M. ABDOU MALIQI, Directeur

M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint

M. ABDOU MALIQI, Directeur
M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint

M. ABDOU MALIQI, Directeur Adjoint

M. ABDOU MALIQI, Directeur

M. OUSMANE TOULOU, Directeur Adjoint

Mr Sekou SIDIBE
Mr Abdoulaye K. DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Falfing SISSOKO
Mr Tieman COULIBALY
Mme TRAORE TIEMOMA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gyneco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie

CLASSE D'ENTRÉE

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.
M. Sadio YENNA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

UNITÉS D'ENSEIGNEMENTS FONDAMENTALES

Biologie Humaine

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.

Mr Thierno Youffour OUMAR
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.

Mr Thierno Youffour OUMAR
Anatomie & Chirurgie Générale

UNITÉS D'ENSEIGNEMENTS DE CONFÉRENCE AGRIKSE

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.

UNITÉS D'ENSEIGNEMENTS DE CONFÉRENCE

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.
Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.

Chimie Organique
Chimie Inorganique
Biochimie
Chimie Analytique

UNITÉS D'ENSEIGNEMENTS DE LABORATOIRE

Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.
Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.
Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.
Mr Youffour OUMAR
Mme Thierno F. S. S. S. S.

Bio
Biochimie
Microbiologie
Nanobiologie
Microbiologie
Microbiologie
Microbiologie
Microbiologie
Microbiologie

UNITÉS D'ENSEIGNEMENTS

Mr Youffour OUMAR

Chimie Analytique

FAKULTÄT FÜR MEDIZIN UND MEDIZINISCHES ZUSATZSTUDIUM

1. PROFESSUREN

1. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY
Med. III

2. Prof. Dr. Frank DORF
Med. III

3. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

4. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

5. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

6. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

7. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

8. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

9. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

10. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

11. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

12. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

13. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

14. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

15. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

16. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

17. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

18. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

19. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

20. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

21. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

22. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

23. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

24. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

25. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

26. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

27. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

28. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

29. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

30. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

31. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

32. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

33. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

34. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

35. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

36. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

37. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

38. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

39. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

40. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

41. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

42. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

43. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

44. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

45. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

46. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

47. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

48. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

49. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

50. Prof. Dr. Ingrid KRAHLY

Med. III, Chef D.F. 10-DECEMBE

Gastro-Enterologie

Cardiologie

Nephrologie

Medizin Internist

Psychiatrie

Neurologie

Orthopädie

Urologie

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

Medizin Allgemein

1. <u>State</u> 2. <u>Capital</u> 3. <u>Area</u> 4. <u>Population</u> 5. <u>Major cities</u> 6. <u>State symbols</u> 7. <u>State motto</u> 8. <u>State flag</u> 9. <u>State bird</u> 10. <u>State flower</u> 11. <u>State tree</u> 12. <u>State animal</u> 13. <u>State fish</u> 14. <u>State insect</u> 15. <u>State gemstone</u> 16. <u>State mineral</u> 17. <u>State fossil</u> 18. <u>State nickname</u> 19. <u>State song</u> 20. <u>State year</u>	1. <u>State</u> 2. <u>Capital</u> 3. <u>Area</u> 4. <u>Population</u> 5. <u>Major cities</u> 6. <u>State symbols</u> 7. <u>State motto</u> 8. <u>State flag</u> 9. <u>State bird</u> 10. <u>State flower</u> 11. <u>State tree</u> 12. <u>State animal</u> 13. <u>State fish</u> 14. <u>State insect</u> 15. <u>State gemstone</u> 16. <u>State mineral</u> 17. <u>State fossil</u> 18. <u>State nickname</u> 19. <u>State song</u> 20. <u>State year</u>	1. <u>State</u> 2. <u>Capital</u> 3. <u>Area</u> 4. <u>Population</u> 5. <u>Major cities</u> 6. <u>State symbols</u> 7. <u>State motto</u> 8. <u>State flag</u> 9. <u>State bird</u> 10. <u>State flower</u> 11. <u>State tree</u> 12. <u>State animal</u> 13. <u>State fish</u> 14. <u>State insect</u> 15. <u>State gemstone</u> 16. <u>State mineral</u> 17. <u>State fossil</u> 18. <u>State nickname</u> 19. <u>State song</u> 20. <u>State year</u>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. State
 2. Capital
 3. Area
 4. Population
 5. Major cities
 6. State symbols
 7. State motto
 8. State flag
 9. State bird
 10. State flower
 11. State tree
 12. State animal
 13. State fish
 14. State insect
 15. State gemstone
 16. State mineral
 17. State fossil
 18. State nickname
 19. State song
 20. State year

1. <u>State</u> 2. <u>Capital</u> 3. <u>Area</u> 4. <u>Population</u> 5. <u>Major cities</u> 6. <u>State symbols</u> 7. <u>State motto</u> 8. <u>State flag</u> 9. <u>State bird</u> 10. <u>State flower</u> 11. <u>State tree</u> 12. <u>State animal</u> 13. <u>State fish</u> 14. <u>State insect</u> 15. <u>State gemstone</u> 16. <u>State mineral</u> 17. <u>State fossil</u> 18. <u>State nickname</u> 19. <u>State song</u> 20. <u>State year</u>	1. <u>State</u> 2. <u>Capital</u> 3. <u>Area</u> 4. <u>Population</u> 5. <u>Major cities</u> 6. <u>State symbols</u> 7. <u>State motto</u> 8. <u>State flag</u> 9. <u>State bird</u> 10. <u>State flower</u> 11. <u>State tree</u> 12. <u>State animal</u> 13. <u>State fish</u> 14. <u>State insect</u> 15. <u>State gemstone</u> 16. <u>State mineral</u> 17. <u>State fossil</u> 18. <u>State nickname</u> 19. <u>State song</u> 20. <u>State year</u>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu tout puissant
Pour sa miséricorde, sa clémence et son amour de l'être humain,

A tout ceux qui souffrent sur la terre,
mon vœux est de vous consoler toujours,
vous soigner souvent,
vous guérir parfois,

A mon père,
tu nous as montré l'exemple de l'accomplissement de soi à
travers ce que l'on fait et ce que l'on aime, tu nous as fait
comprendre la signification d'une vie orientée vers la facette
humaine et sensible des choses. Tu t'es sacrifié corps et âme
pour notre réussite. Que ce travail soit pour toi le témoignage
de mon affectueux attachement de fils.

A ma mère,
tu as consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que
nous sommes aujourd'hui;
puisse ce travail représenter une récompense pour tes peines,
tes inquiétudes concernant mes questions scolaires.
Trouves ici l'expression de mon amour et ma profonde affection;
puisse le tout puissant vous accorder sa miséricorde.

A mon oncle Sekou Dicko,
Pour votre soutien moral et matériel durant ces longues années
d'étude .

A mon cousin Mamadou Traoré dit Merlin et Madame,
Vous m'aviez encouragé dans ce noble métier et surtout soutenu
moralement et matériellement pour cette réussite estudiantine;
Trouvez dans ces quelques mots l'espoir placé en moi.

A mes frères et sœurs: Ousmane et Madame, (F)Seybou, Fanta, Soratou,
Djénébou, Salia, Barakissa, etc...
Par vos actes la notion de famille est honorée. S'il est vrai
que chacun se reconnaît à travers ses écrits, moi je ne saurais
vous exprimer toute ma reconnaissance pour ce soutien moral dont
j'ai bénéficié.
Que ce travail vous serve d'exemple.

A mon Grand père Mamadou Diarra,
Je n'oublierai jamais que je te dois beaucoup, ton affection et
ton soutien ne m'ont jamais fait défaut même dans des périodes
difficiles et malgré ton âge.

A ma chère fiancée NENE TOUNKARA,
ta sincérité et ta tendresse ont forcé mon amour.
Je t'aime. Puisse ce travail te consoler.

A mes cousin(e)s,
A mes oncles et tantes,
A mes nièces et neveux,
je me garde de citer des noms pour ne pas en oublier.

A Moustaphe Traoré et Madame, Kalipha sanogo et Madame, Ousmane Aly
Traoré et Madame,
trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A (F) Seydou Toumkara, Toutou Bâh et Famille,
sincères remerciements.

A mes ami(e)s de Bamako, de Sikasso, de l'E.N.M.P.
Sincères amitiés.

Aux Dr M. Coulibaly et les travailleurs de N'Pewo,
mes remerciements.

REMERCIEMENTS

Au Dr Mamadou B. Diarra et Madame,
A mes collègues Docteur et Internes de la cardio
A tout le personnel de la cardio de l'H.G.T.
Aux Enseignants de l'E.N.M.P.
A Mr Seydou Koné et Madame pour leurs assistances qui ne m'a
jamais fait défaut lors de l'édition de cette thèse.

Aux membres du jury

A notre maître et Président du jury, le Professeur
Mamadou M. Keïta,

Agrégé en pédiatrie, chef de service de la Pédiatrie.

C'est un très un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations .

Pour votre simplicité, votre accueil chaleureux, vos sages conseils et votre disponibilité à parfaire notre formation, veuillez accepter, cher maître toute notre reconnaissance.

A notre maître le Professeur Mamadou Koureïssi Touré

agrégé de cardiologie, chef du service de cardiologie de l'hôpital du point "G", Professeur à l'E.N.M.P.
Vous nous avez si aimablement accueilli dans votre service pendant nos stage
Nous avons admiré la rigueur de votre enseignement clinique et magistral qui n'a d'égal que votre goût très recherché du travail bien fait.
Vos hautes compétences professionnelles laissent pourtant paraître votre simplicité et votre honnêteté.
vous symbolisez à nos yeux le maître accompli.

A notre directeur de Thèse Le Docteur Kassoum Sanogo

Spécialiste en cardiologie, chef du service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré,

Nous avons toujours bénéficié de votre disponibilité permanente.

La clarté de vos conseils pratiques et votre raisonnement scientifique sont le témoignage de votre vaste culture.

Vos qualités de clinicien nous ont particulièrement séduits.

Votre compétence et votre forte personnalité font de vous un exemple à imiter

Plus qu'un Directeur de Thèse vous avez été pour nous un guide qui nous a formé pour affronter l'avenir.

Au Docteur Seydou Soumtoura,

Médecin stomatologiste au centre national d'odonto-stomatologie
En acceptant de juger ce travail, vous nous faites un grand
honneur. Pour votre disponibilité et votre aimabilité permettez
moi de vous adresser l'expression de notre reconnaissance et de
notre profond respect.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE:

INTRODUCTION:

DEUXIEME PARTIE:

GENERALITES:

- 1- L'insuffisance mitrale
 - 1- Définition
 - 2- Historique
 - 3- Physiopathologie
 - a) I.M. d'installation brutale
 - b) I.M. progressive
 - 4- Conséquences hémodynamiques
 - 5- Anomalies de l'I.M.
 - 6- Le retentissement mitral
 - 1- Définition
 - 2- Historique
 - 3- Physiopathologie
 - 4- Conséquences hémodynamiques
 - 5- Valeur mitrale

TROISIEME PARTIE:

METHODOLOGIE:

- 1- Lieu et durée du travail
- 2- Les critères d'inclusion
- 3- Méthodes et matériels

QUATRIEME PARTIE:

RESULTATS:

CINQUIEME PARTIE:

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

- 1- Aspect épidémiologique
- 2- Aspect clinique, épidémiologiques, étiologiques, et évolutifs
- 3- Aspect thérapeutique

SIXIEME PARTIE:

CONCLUSIONS PAR LES MALADIES MITRALES:

- 1- Les maladies mitrales aiguës
- 2- Les maladies mitrales chroniques

SEPTIEME PARTIE:

RECOMMANDATIONS:

- 1- Aux autorités scolaires
- 2- Aux autorités sanitaires
- 3- Au niveau de la population

HUITIEME PARTIE:

CONCLUSION:

NEUVIEME PARTIE

BIBLIOGRAPHIE:

ABREVIATIONS

A.S.L.O.	: Anti-Streptolysine-O.
B1	: Premier bruit du coeur.
B2	: Deuxième bruit du coeur.
E.C.G.	: Electrocardiogramme.
H.A.D.	: Hypertrophie auriculaire droite.
H.A.G.	: Hypertrophie auriculaire gauche.
H.G.T.	: Hôpital Gabriel Touré.
H.T.A.	: Hypertension artérielle.
H.V.D.	: Hypertrophie ventriculaire droite.
H.V.G.	: Hypertrophie ventriculaire gauche.
I.A.O.	: Insuffisance aortique
I.T.	: Insuffisance tricuspéidienne
M.A.O.	: Maladie aortique
Hg	: Mercure.
I.M.	: Insuffisance mitrale.
M.M.	: Maladie mitrale.
mm	: Millimètre.
N.F.S.	: Numération formule sanguine.
O.D.	: Oreillette droite.
O.G.	: Oreillette gauche.
O.R.L.	: Oto-Rhino-Laryngé
P.O.G.	: Pression auriculaire gauche.
P.V.G.	: pression ventriculaire gauche.
R.A.A.	: Rhumatisme articulaire aigu.
R.A.O.	: Rétrécissement aortique
R.M.	: Rétrécissement mitral.
V.D.	: Ventricule droit.
V.G.	: Ventricule gauche.
V.S.	: Vitesse de sédimentation.

PREMIERE PARTIE :

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Réputées rares en Afrique noire jusqu'en 1950 , les Cardiopathies constituent un problème sanitaire et social bien plus important qu'il n'apparaissait naguère (48).

Au cours de ces dernières années de nombreux travaux ont été réalisés , permettant d'affirmer qu'il existe en Afrique une pathologie cardio-vasculaire importante (33).

Des études ont été faites sur les valvulopathies , notamment par E. Bertrand et collaborateurs (11,12) en 1976 et M. Fofana et collaborateurs en 1986 (24).

Au Mali , des travaux effectués par M. Simpara (62) , M. Traoré (68) , Maimouna I. Dabo (24) , T. Diékité (30) nous signifient l'importance des valvulopathies dans nos services de cardiologie . Mais aucune étude n'a été faite spécifiquement sur les valvulopathies mitrales.

Ces travaux ont permis de mettre en évidence d'une manière générale le lien entre l'H.A. et les lésions valvulaires cardiaques (32).

Le présent travail intitulé "VALVULOPATHIES MITRALES EN CARDIOLOGIE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE (à propos de 182 cas).", a pour objectifs :

- Déterminer la fréquence de ces valvulopathies
- Préciser les aspects cliniques , étiologiques , thérapeutiques et évolutifs
- Exposer les problèmes diagnostiques , thérapeutiques et socio-économiques engendrés par ces affections.
- Proposer des solutions à ces problèmes .

DEUXIEME PARTIE :
GENERALITES

GENERALITES SUR LES VALVULOPATHIES MITRALES:

La valve mitrale est l'orifice qui communique l'oreillette gauche et le ventricule gauche. Elle peut subir 3 types de lésion:

- l'insuffisance mitrale,
- le rétrécissement mitral,
- la maladie mitrale.

I./ L'INSUFFISANCE MITRALE :

1./ DEFINITION :

C'est le reflux systolique de sang du ventricule gauche vers l'oreillette gauche, du fait de la perte d'étanchéité de la valve mitrale.

2./ HISTORIQUE :

La description réelle de l'insuffisance mitrale pure a été très largement discutée au cours du 19^e siècle et au début du 20^e siècle notamment par les auteurs anglo-saxons.

Quand au syndrome de prolapsus valvulaire mitral, différentes étapes sont à relever : description du click méso-systolique en 1887. Ce n'est qu'en 1961 que REID en propose l'origine valvulaire. C'est à Barlow en 1963, que revient le mérite d'avoir regroupé les différents éléments de ce syndrome (9), puis Jeresaty en 1979, en fait une revue exhaustive (45).

Vers la fin des années 1960, Selzer (57) aux USA et Acar en France (2) ont bien insisté sur le problème des ruptures idiopathiques des cordages.

Dans ces dernières années, l'échographie bidimensionnelle a permis de visualiser directement les lésions, complétant le progrès de cathétérisme et de l'angiographie.

Enfin, sur le plan clinique, ce type de lésion a été le premier à bénéficier des progrès des valvuloplasties réalisées avec mises au point par Carpentier (18).

3./ PHYSIOPATHOLOGIE :

a) I.M. D'INSTALLATION BRUTALE :

Lorsque s'installe une insuffisance mitrale, la régurgitation commence dès le début de la contraction ventriculaire au moment où la tension active développée par les fibres musculaires myocardiques est suffisante pour créer une différence de pression entre le VG et l'OG et dès que les fibres peuvent commencer à se raccourcir.

L'oreillette gauche soumise au brusque afflux de sang de la régurgitation, associé au remplissage normal par les veines pulmonaires, se distend et la pression auriculaire gauche monte parallèlement. L'augmentation de la P.O.G. a pour conséquence un remplissage très rapide du ventricule, dès qu'en phase de relaxation, la pression ventriculaire lui devient inférieure : il y a donc une phase de remplissage rapide d'amplitude très accrue.

Cette phase s'arrête brusquement et le remplissage est pratiquement nul ensuite (équilibre ventricule-oreillette) pour reprendre au moment de la contraction auriculaire.

Augmenter le volume de remplissage revient à étirer les fibres, donc à faire appel au processus d'adaptation de "Starling". La tachycardie et l'augmentation de la contractilité sont des mécanismes également disponibles, mais leur rentabilité est faible car ils augmentent l'éjection systolique totale, c'est à dire à la fois le débit périphérique et la régurgitation.

L'insuffisance mitrale, si elle est importante, conduit aux limites de distensibilité du ventricule gauche non encore hypertrophié. Il en résulte qu'un débit périphérique correct n'est pas assuré et qu'une stase d'amont se développe (circulation pulmonaire).

S'il y a déséquilibre entre l'éjection ventriculaire droite et l'éjection ventriculaire gauche efficace, la pression capillaire peut dépasser les limites de perméabilité (30 mm de hg) d'où transsudation et, si les possibilités de drainage lymphatique sont dépassées, oedème pulmonaire.

Si le ventricule droit, soumis à l'augmentation de charge correspondant aux élévations des pressions pulmonaires, défaille à son tour, selon un mécanisme analogue, apparaissent les signes périphériques d'insuffisance ventriculaire droite. Il s'agit là d'une phase transitoire, évoluant de façon irréversible vers la mort, ou bien faisant place à la phase d'hypertrophie.

b) I.M. PROGRESSIVE :

Lorsque l'I.M. s'est installée progressivement la phase initiale d'insuffisance se développe progressivement autour d'un volume augmenté.

4./ CONSEQUENCES HEMODYNAMIQUES :

La régurgitation entraîne une augmentation progressive de la pression intra-auriculaire gauche. Pendant la phase de remplissage le V.G. reçoit non seulement le retour veineux, la pression normale, mais aussi le volume de sang régurgité dans l'O.G.. Ainsi se trouve considérablement augmenter la pression télé-diastolique ventriculaire gauche.

5./ ETIOLOGIES DE L'INSUFFISANCE MITRALE :

- I.M. rhumatismale : C'est la cause de beaucoup la plus fréquente chez le sujet jeune. On retiendra en sa faveur des antécédents rhumatismaux, une atteinte polyvalvulaire. L'I.M. est due le plus souvent à une rétraction des valves et à un raccourcissement des cordages.

- I.M. fonctionnelle sans lésion valvulaire représente la cause la plus fréquente après le R.A.A.

- I.M. dégénératives et dystrophiques : le syndrome de prolapsus valvulaire mitral est sans doute la maladie valvulaire la plus répandue, touchant d'après Jeresaty 4-5 % de la population. Les formes sont caractérisées par des elongations ou des ruptures de cordages responsables d'un prolapsus valvulaire mitral. Il s'agit de valves redondantes et épaissies.

- I.M. oslerienne : l'endocardite infectieuse est responsable de lésions végétantes et mutilantes. L'I.M. est le plus souvent en rapport avec des ruptures de cordages. La perforation de la grande valve est rare.

- I.M. ischémiques : surviennent dans 3 cadres pathologiques

. soit la rupture d'un pilier (1) au cours d'un infarctus myocardique aigu.

. soit le dysfonctionnement permanent (1) ou transitoire du pilier (12).

. soit enfin, l'anévrisme du V.G.

AUTRES ETIOLOGIES D'I.M. :

- * Lupus érythémateux disséminé (L.E.D.)
- * Syndrome de Marfan
- * Ostéogénèse imparfaite
- * Maladie de Hurler
- * Calcification de l'anneau mitral (38)
- * Lésions traumatiques (29)
- * Myocardiopathie obstructive
- * Sarcoïdose, endocardite fibroblastique, tumeurs cardiaques.

1. LE RETRECISSEMENT MITRAL :

1.1. DEFINITION : Le R.M. est une diminution de l'orifice mitral normale, responsable d'une gêne au remplissage ventriculaire gauche.

1.2. HISTORIQUE :

Le R.M. est connu de longue date (Laennec, 1821). Durozier dans la 2e moitié du 19e siècle en donne une description clinique minutieuse. Maladie évolutive sévère, le R.M. voit son pronostic transformé à partir de 1947, date à laquelle Bailey effectue la première commissurotomie à cœur fermé (52).

1.3. PHYSIOPATHOLOGIE :

Le R.M. est presque toujours dû à une symphyse d'origine rhumatismale des deux commissures séparant petite et grande valve mitrale.

Le barrage mitral entraîne une stase sanguine dans l'O.G, les veines et capillaires, avec élévation de pression.

Le maintien d'un volume d'éjection systolique ventriculaire proche normal est assuré grâce à l'augmentation de la force contractile de l'O.G. et du V.D. qui entraîne une accélération de la vitesse du sang à travers l'orifice sténosé.

La tachycardie, loin d'être un mécanisme compensateur, aggrave les conséquences hémodynamiques du R.M. car le remplissage du V.D. est d'autant plus satisfaisant que la diastole est plus longue.

Lorsque la sténose est peu serrée (surface mitrale supérieure à 1,5 CM²), les pressions et le débit ne sont perturbés qu'à l'exercice et d'une façon générale dans toutes les conditions qui augmentent le débit cardiaque, la grossesse en particulier. Lorsque la sténose est serrée (surface mitrale inférieure à 1,5 CM²), les perturbations hémodynamiques sont déjà présentes au repos et s'accroissent au cours de l'exercice.

4./ CONSEQUENCES HEMODYNAMIQUES :

La pression auriculaire gauche peut être mesurée directement par cathétérisme trans-septal ou indirectement par la mesure de la pression pulmonaire "bloquée" ou pression capillaire. Sa valeur dépasse habituellement 12 mm de Hg. L'exercice même modéré, sans conséquence hémodynamique chez le sujet normal, entraîne une franche augmentation de pression et parfois un oedème pulmonaire, lorsque la pression veineuse pulmonaire atteint la pression oncotique du sang avec transsudation plasmatique intra-alveolaire.

Cette élévation pathologique de pression veino-capillaire pulmonaire traduit l'impossibilité pour l'orifice mitral de s'adapter aux modifications de débit.

L'enregistrement simultané de pression dans L.C.G. et le V.G. met en évidence l'existence d'une différence de pression oncotique.

La pression artérielle pulmonaire est le plus souvent élevée au repos. La pression artérielle pulmonaire systolique dépasse 30 mm de hg contrairement à ce qui se passe chez le sujet normal. La pression augmente au cours d'un exercice modéré. L'élévation de pression dans l'artère pulmonaire est liée à l'élévation de pression capillaire. L'hypertension veino-capillaire peut à la longue induire une augmentation des résistances artériolaires pulmonaires.

A ce stade apparaît une hypertension pulmonaire autonome.

Dès lors le poumon est protégé contre les accidents d'oedème mais il devient le siège d'une broncho-pneumopathie mitrale dont la réversibilité après commissurotomie n'est pas certaine.

La surcharge systolique imposée au V.D. explique l'augmentation de pression ventriculaire systolique observée dans la plupart des cas. Cette augmentation est assurée par le développement progressif d'une hypertrophie. Ce mécanisme compensateur peut suffire à assurer pendant plus ou moins longtemps un débit ventriculaire droit suffisant au repos et à l'effort.

Lorsque ce mécanisme s'épuise, la dilatation ventriculaire droite intervient. La dilatation de la cavité ventriculaire postérieure entraîne une dilatation de l'anneau de l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle qui aggrave considérablement les conditions hémodynamiques. Le débit cardiaque s'effondre au moment de l'effort au cours de l'exercice. La survenue d'une insuffisance ventriculaire droite et la stase sanguine périphérique, entraînent habituellement une chute de pression dans la circulation pulmonaire et diminuent le risque d'oedème pulmonaire.

III./ MALADIE MITRALE :

Définition : Association d'I.M. et de R.M.

Le terme de maladie mitrale, utilisé à peu près exclusivement en France, désigne une atteinte valvulaire où sténose et régurgitation s'associent à part à peu près égale pour réaliser un vice hémodynamique, initialement et parfois longtemps modérée, en règle évolutive, pour aboutir dans des délais variables à la constitution d'une cardiopathie sévère.

Cette association est relativement fréquente. Les formes avec régurgitation importante, prédominant largement sur une sténose à peine ébauchée peuvent en pratique, être assimilées à des insuffisances mitrales pures.

La cause essentielle est le R.A.A et à égale répartition dans les deux sexes à l'opposé du R.M (52).

TROISIEME PARTIE :
METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1./ LIEU ET DUREE DU TRAVAIL :

Notre travail est une étude prospective qui a été menée dans le service de cardiologie de l'H.G.T. du 1er octobre 1992 au 28 février 1994 (soit une période de 15 mois).

2./ Les critères d'inclusion :

Tout malade présentant une valvulopathie mitrale avec ou sans autres lésions valvulaires.

3./ METHODES ET MATERIELS :

Chaque patient subissait :

- Un examen clinique minutieux
- Des examens complémentaires dont le type et le nombre dépendent des possibilités financières des malades : radiographie pulmonaire , E.C.G. , échographie , bilan biologique (hémogramme V.S., A.S.D.M., électrophorèse des protéines , prélèvement de gorge à la recherche de facteurs rhumatoïde)

QUATRIEME PARTIE :

RESULTATS

RESULTATS :

Nous avons recensé 2305 consultants dont 182 cas de valvulopathies mitrales.

TABLEAU I : REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU SEXE

SEXES	EFFECTIFS ABSOLUS	%
Féminin	107	58,79
Masculin	75	41,20
Total	182	100

Notre échantillon se répartit comme suit :

- 58,79 % de sexe féminin
- 41,20 % de sexe masculin.

TABLEAU II : REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE DES PATIENTS

Tranches D'Age	Fréquences Absolues				Totaux	%
	F	%	M	%		
] 1 - 10]	18	9,89	16	8,79	34	18,68
] 10 - 20]	32	17,58	34	18,68	66	36,26
] 20 - 30]	19	10,16	6	3,29	25	13,42
] 30 - 40]	18	9,62	4	2,19	22	11,89
] 40 - 50]	8	4,28	5	2,74	13	7,14
] 50 - 60]	6	3,19	4	2,19	10	5,49
] 60 - 70]	4	2,19	4	2,19	8	4,38
] 70 - 80]	2	1,09	2	1,09	4	2,19
Totaux	107	58,79	75	41,20	182	100 %

Dans notre étude nous
avons constaté l'âge

l'âge de nos
extrême et 75 %

Le plus grand nombre
allant de 10 à 20 ans
pourcentage diminue
l'âge croit.

seulement par la valvulopathie

avec des

notamment dans le
dans notre tranche le
les années et mes.

TABEAU III : DISTRIBUTION EN FONCTION DE LA PROVENANCE ET DES CATEGORIES SOCIALES

Catégories Sociales	Effectifs Absolus (Provenances)		Totaux	%
	Urbaine	Rurale		
	Catégorie Moyenne	68		
catégorie Modeste	65	10	75	41,20
Catégorie Aisée	28		28	15,38
Totaux	161	21	182	100

Dans cette étude, la population urbaine représente 161 cas (88,46 %) et les ruraux 21 cas (11,53 %).

La catégorie moyenne est la plus représentée dans cette étude avec 43,40 % . Quant à la catégorie aisée , nous avons 15,38 %

TABLEAU IV : REPARTITION EN FONCTION DES ETHNIES

Ethnies	Effectifs absolus	%
Bambara	46	25,27
Malinké	32	21,42
Sarakolé	28	15,38
Peulh	22	12,08
Senoufo	13	7,14
Tamacheck	8	4,39
Dogon	5	2,74
Minianka	5	2,74
Mossi	5	2,74
Djokoramé	4	2,19
Maure	3	1,64
Samogo	2	1,09
Somono	2	1,09
Total	182	100

Notre échantillon respecte l'hétérogénéité ethnique de la région (13 ici). Les Bambaras et les Malinkés constituent les ethnies dominantes avec respectivement 25,27 % et 21,42 %.

TABLEAU V : DISTRIBUTION SUIVANT LES VALVULOPATHIES MITRALES

Valvulopathies Mitrales	Fréquences Absolues	%
Insuffisance mitrale	131	71,97
Maladie mitrale	34	18,68
Rétrécissement mitral	17	9,34
Total	182	100

Sur les 182 cas enregistrés, nous avons :

- 71,97 % d'insuffisance mitrale
- 18,68 % de maladie mitrale
- 9,34 % de rétrécissement mitral

TABLEAU VI : REPARTITION DES VALVULOPATHIES MITRALES EN FONCTION DU SEXE

Valvulopathies Mitrales	Effectifs Absolus (sexes)				Totaux
	F	%	M	%	
Insuffisance Mitrale	78	42,85	53	29,12	131(71,97)
Maladie Mitrale	20	10,98	14	7,69	34(18,68)
Rétrécissement mitral	7	4,94	8	4,39	17(9,34)
Totaux	107	58,79	75	41,20	182(100)

Dans ce tableau nous remarquons :

- 71,97 % d'insuffisance mitrale dont 42,85 % de sexe féminin et 29,12 % de sexe masculin ;
- 18,68 % de maladie mitrale dont 10,98 % de sexe féminin pour 7,69 % de sexe masculin ;
- 9,34 % de rétrécissement mitral se répartissant en 4,94 % de sexe Féminin et 4,39 % de sexe masculin.

**TABLEAU VII : REPARTITION DES VALVULOPATHIES MITRALES
ASSOCIEES A D'AUTRES ATTEINTES VALVULAIRES**

Valvulopathies associées	Fréquences absolues	%
IM - RAO	12	26,08
IM - IAO	10	21,73
RM - IT	8	17,39
MM - IAO	7	15,21
MM - IT	4	8,69
MM - RAO	2	4,34
RM - IAO	1	2,17
MM - MAO	1	2,17
IM - IT RAO	1	2,17
Total	46	100

Les atteintes polyvalvulaires sont rencontrées dans notre étude : 46 cas (25,27 %).

Le pourcentage d'atteinte mitro-aortique par rapport à l'effectif des valvulopathies mitrales est de l'ordre de 34 cas (18,68 %). Elle est la plus importante dans notre étude par rapport aux autres atteintes polyvalvulaires.

**TABLEAU VIII : REPARTITION DES VALVULOPATHIES MITRALES EN
FONCTION DES ANTECEDANTS PERSONNELS**

Antécédents Personnels	Fréquences Absolues			Totaux	%
	I.M.	R.M.	M.M.		
Carie	69	11	19	99	24,93
Angine de gorge	63	8	19	90	22,67
hospitalisation.de causes diverses	50	8	12	70	17,63
Poly-arthralgie et Fièvre	36	5	15	56	14,10
Anémie à tout stade	28	7	7	42	10,57
Otite confirmée	12	1	3	16	4,03
Sinusite confirmée	6	-	4	10	2,51
Rhumatisme articu- laire aigu confirmé		3	4	7	1,76
Endocardite bactérienne		3	4	7	1,76
Total				397	100

Ici le total est supérieur à 100 car que un patient peut avoir plusieurs antécédants.

Les manifestations les plus fréquentes sont:

- 24,93 % de carie dentaire
- 22,67 % d'angine à répétition depuis l'enfance
- 17,63 % d'hospitalisation de causes diverses
- 14,10 % de poly-arthralgie fébrile
- Cependant nous n'avons pu déceler que 1,76 % de R.A.A. et 1,76 % d'endocardite infectieuse.

TABLEAU IX : DISTRIBUTION EN FONCTION DES MOTIFS DE CONSULTATION

Motifs de consultation	Effectifs Absolus	%
Dyspnée	125	36,65
Foly-arthralgie	43	12,60
Fièvre	36	10,55
Douleur Thoracique	35	10,26
Oedème des membres inférieurs	31	9,09
Oedème généralisé	18	5,27
Bronchite à répétition	16	4,69
Oedème du visage	11	3,92
Palpitation	7	2,05
Autres maladies non cardiaques	7	2,05
Angines à répétition	5	1,46
Visites systématiques	4	1,17
Hémoptysie	2	0,58
Cardiopathies congénitales	1	0,29
TOTAL	341	100

Les principaux motifs de consultation sont :

- La dyspnée = 36,65 %
- La poly-arthralgie = 12,60 %
- La fièvre = 10,55 %
- La douleur thoracique = 10,26 %
- L'œdème des membres inférieurs = 9,09 %
- 1,17 % seulement sont représentés par une visite systématique.

TABEAU X : DISTRIBUTION EN FONCTION DES ETIOLOGIES

Etiologies	Efectifs absolus	%
Suspiçion de R.A.A.	127	69,78
Cardiomyopathie	26	14,28
Autres etiologies possibles	14	7,69
R.A.A. confirmé	7	3,84
Endocardite bacterienne	7	3,84
Infarctus du myocarde	1	0,54
Total	182	100

Il ressort de ce tableau que :

- Les suspiçions de R.A.A. et les R.A.A. confirmés font à eux seuls (134) : 73,62 %
- Les cardiomyopathies représentent : 14,28 %
- Nous n'avons pu retrouvé que 0,54 % pour les infarctus du myocarde.

**TABEAU XI : CLASSIFICATION DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR
TOLERANCE FONCTIONNELLE
(N.Y.H.A.)**

Stade de tolérance	Effectifs Absolus	%
Stade I (vie normale)	52	28,57
Stade II (dyspnée lors d'effort important ou moyen)	60	32,96
Stade III (dyspnée au moindre effort)	35	19,23
Stade IV (dyspnée permanente)	35	19,23
Total	182	100

A partir de ce tableau, nous constatons que :

- 28,57 % des patients mènent une vie normale
- 32,96 % viennent consulter pour une dyspnée lors d'effort important ou moyen.

Environ 70 (38,46 %) de nos malades recourent au médecin aux stades III et IV de leur pathologie .

TABLEAU XII: REPARTITION DES VALVULOPATHIES MITRALES EN FONCTION DE LEURS COMPLICATIONS

Complications	Effectifs Absolus			To- tal	%
	IM	RM	MM		
Insuffisance cardiaque. globale	24	-	11	35	24,47
Troubles du rythme	12	7	15	34	23,77
Bronchites à répétition	15	4	5	24	16,78
Insuffisance ventriculaire gauche	16		2	18	12,58
Hypertension Artérielle Pulmonaire.	2	7	2	11	7,90
Insuffisance cardiaque droite	-	7	3	10	6,99
Hémoptysie	1	1	3	5	3,49
Aggravation lors de la grossesse	3	-	-	3	2,09
Oedème aigu du Poumon		1	1	2	1,39
thrombose auriculaire gauche	-	1	-	1	0,69
Total	7	28	42	143	100

En analysant ce tableau on retrouve :

- 63 cas (44,05 %) d'insuffisance cardiaque.
- 1 cas de thrombose auriculaire gauche à l'échocardiographie cardiaque.
- 3 cas d'aggravation des cardiopathies mitrales au cours de la grossesse.
- Les troubles du rythme représentent 23,77 %.

TABLEAU XIII : REPARTITION DE L'IMAGE RADIOLOGIQUE SELON LA
CLASSIFICATION DE SCHWEDELL

Silhouettes Cardiaques	Effectifs absolus	%
Coeur de volume normal (V0) (R.C.T: < 0,50)	24	15,38
Coeur légèrement augmenté (V1) (R.C.T: entre 0,51 et 0,55)	45	24,72
Cardiomégalie certaine et encore modérée (V2). (R.C.T : entre 0,56 et 0,60)	37	20,32
Gros Coeur (V3) (R.C.T: entre 0,61 et 0,65)	32	17,58
Très gros Coeur (V4) (R.C.T: > 0,70)	18	9,89
Total	156	100

84,61 % soit 132 patients ont une cardiomégalie .

15,38 % ont un coeur de volume normal.

TABLEAU XIV : REPARTITION EN FONCTION DES SIGNES ELECTRO-CARDIOGRAPHIQUES

Signes électro-cardiographiques	Effectifs absolus	%
Hypertrophie auriculaire gauche	74	28,13
E.C.G. normaux	64	24,33
Hypertrophie ventriculaire gauche	57	21,67
hypertrophie auriculaire droite	17	6,46
Bloc auriculo-ventriculaire	13	4,63
Hypertrophie auriculaire droite	12	4,56
Fibrillation auriculaire	8	3,04
Extra-syctoles ventriculaires	6	2,28
Tachycardie Sinusale	3	1,14
Bradycardie Sinusale	3	1,14
Bloc de branche gauche	3	1,14
Intoxication digitalique	1	0,38
Extra-Systoles auriculaires	1	0,38
Lésions endocardiques	1	0,38
Total	263	100

Il ressort de ce tableau que :

74 patients ont une H.A.G. Ce qui semblerait l'anomalie électrocardiographique la plus fréquente. Après viennent l'H.V.G. et l'H.A.D.

un seul patient a des extra-systoles auriculaires

Nous n'avons pas retrouvé dans notre étude de plus de

64 patients ont un E.C.G. normal.

TABLEAU XV : REPARTITION EN FONCTION DE L'EVOLUTION

Evolution		Effectifs absolus	%
Favorable		139	76,37
Défavorable	Mauvais état Général	31	17,03
	Décès	12	6,59
Total		182	100

Dans notre étude, nous retrouvons que :

76,37 % des patients ont une évolution favorable

- 23,62 % ont une évolution défavorable . Sur cet effectif nous déplorons 6,59 % de décès .

CINQUIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Malgré notre plateau technique très insuffisant, nous avons dans ce travail voulu étudier "les valvulopathies mitrales" observées à l'H.G.P. dans le service de cardiologie, en individualisant leurs principaux aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, évolutifs et thérapeutiques.

Il s'agit le plus souvent d'anomalies mitrales associées à d'autres, mais prenant généralement le devant de la scène.

I. / ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

Les valvulopathies mitrales s'observent à tous les âges, mais avec une fréquence plus élevée entre 10 à 20 ans. L'âge moyen dans notre série est de 21 ans. Il est proche de celui de D. Sermé (59) = 26,9 ans. Ces valvulopathies frappent donc surtout l'enfant et l'adulte jeune. 68,04 % de nos patients ont un âge inférieur ou égal à 30 ans. Ce qui est voisin du chiffre donné par D. Sermé 70 % (59).

Il y a une prédominance féminine (58,75 %) par rapport au sexe masculin (41,25%). Ce constat se retrouve également chez Maimouna F. Dabo (24), étude faite au Mali en 1978: 37,69 % de sexe masculin et 62,30 % de sexe féminin. Ce constat pourrait s'expliquer par le simple fait que dans notre étude nous avons recruté plus de patients de sexe féminin qu'eux.

Le signe d'appel le plus courant est la dyspnée avec une fréquence à 36,75 %

L'étude de facteurs ethniques n'apporte aucune particularité

La pathologie valvulaire associée la plus fréquente est de type aortique. L'atteinte mitro-aortique dans notre étude est de 19,68 %. Ce chiffre est proche de celui de Koaté (42) à Dakar: 17,91 %, mais nous éloigne de Bertrand (11,12) à Anidjan qui a trouvé 6,6 %. L'interprétation de telles variations est délicate. Est-ce à dire que les malades ont attendu plusieurs poussées évolutives pour venir en consultation, ou ce sont les conditions d'hygiène ou climatiques qui seraient favorables ?

La provenance des patients est urbaine à 88,46 % et rurale à 11,54 % dans notre étude. Ces chiffres avoisinent ceux de D.Sermé qui sont respectivement de 80 % et 20 %. Cela se justifie par le fait que non seulement les urbains accèdent plus facilement aux spécialistes, mais aussi par la mauvaise répartition du personnel sanitaire dans le pays.

Le coût du traitement étant entièrement à la charge du malade et de sa famille, le pouvoir d'achat de ces derniers constitue un élément déterminant dans l'évolution des valvulopathies mitrales.

2./ ASPECTS CLINIQUES, ETIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS :

La fréquence de certains termes anatomo-cliniques est mise en évidence dans notre étude. L'insuffisance mitrale (71,97 %) , la maladie mitrale(18,68 %) et le rétrécissement mitral : (9,34 %). Le R.M.est plus rare que l'I.M.dans notre étude. Cette a été faite par SANGARE Karim en 1983 (56) et Maïmouna F.Dabo (24) donnant respectivement comme taux : I.M.: (94,73 %)-(57,69 %) ; M.M.: (3,94 %)-(29,69) et R.M.: (1,31)-(14,61) . Cela est dû au fait que la sténose mitrale est lente à se constituer.

Des difficultés diagnostiques particulières existent. Si le R.M. et la M.M. ne posent pas de problèmes étiologiques, il n'en est pas de même pour l'I.M. dans où le diagnostic différentiel se fait surtout avec les autres cardiomyopathies (l'I.M. fonctionnelle).

L'étiologie rhumatismale n'est pas toujours évidente, bien qu'on ait pu individualiser quelques cas grâce à l'examen biologique.En raison du jeune âge de nos patients (70 % ayant un âge compris entre 3 et 15 ans) et l'affaiblie polyvalente (25,27 %), nous pouvons retenir l'origine rhumatismale comme étant l'étiologie la plus fréquente. D'autres etiologies comme l'ischémie , et l'endocardite bactérienne sont rares. L'insuffisance de moyens techniques nous a fait défaut dans la recherche des etiologies.

L'évolution des valvulopathies mitrales est sévère. Les facteurs intervenants sont : la survenue ces complications, la reprise rhumatismale , entraînant des séquelles invalidantes.

Nous déplorons 12 décès dans notre étude. Environ 80 % de ces décès se situent dans la tranche d'âge de 8 à 15 ans. Tous ces patients sont décédés des suites d'une défaillance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque constitue la principale complication (44,05 %).

Le facteur de décompensation cardiaque a surtout été la fibrillation auriculaire, l'insuffisance broncho pulmonaire et la grossesse favorisent l'insuffisance de l'insuffisance.

3./ ASPECTS THERAPEUTIQUES :

Le traitement de la plupart de nos patients est médical et repose sur les digitalo-diurétiques avec l'instauration d'un régime hypo-sodé . Les anti-arythmiques étaient associés en cas d'extra-systoles .

sur les 182 patients , l'indication opératoire a été posée pour 81 cas. Seulement 6 ont pu bénéficier d'une valvuloplastie. Parmi ceux-ci , 5 ont un âge compris entre 8 et 15 ans , et 1 se trouve dans la quarantaine. Cette chirurgie coûteuse , est non réalisable au mali. Des chiffres sont là pour nous renseigner sur le coût à Abidjan :

- Intervention à coeur ouvert sans prothèse valvulaire :
2000.000 F cfa.
- Intervention à coeur ouvert avec une prothèse valvulaire:
5.500.000 F cfa.
- Intervention à coeur ouvert avec deux prothèses valvulaires:
7.500.000 F cfa.

Dans le contexte actuel de nos pays (insuffisance de matériels et d'éducation sanitaire), l'arsenal idéal de lutte reste une prophylaxie primaire . Elle vise à rendre impossible les crises initiales de R.A.A. La meilleure méthode consiste en une injection unique de Benzathine pénicilline (600.000 unités pour les enfants de poids inférieur 30 kg et 1.200.000 unités pour les enfants plus âgés et les adultes dès que le diagnostic de pharyngite streptococcique aigu est posé) ou de pénicilline orale pendant 10 jours . A cet effet , des actions doivent être menées, en impliquant toutes les structures sociales et en procédant à une meilleure information et sensibilisation des populations.

La prévention intéresse les adultes atteints de R.A.A. et vise à empêcher l'infection des voies respiratoires supérieures par des streptocoques du groupe A.

L'immunoprofylaxie est la méthode dont on peut le plus attendre pour la prévention des infections streptococciques et du R.A.A.. Les progrès récents de la biologie moléculaire ont apporté des renseignements sur le streptocoque du groupe A qui se révéleront sans doute utiles pour la mise au point de vaccins sûrs et sans danger.

SIXIEME PARTIE :
PROBLEMES POSES PAR LES VAVULOPATHIES
MITRALES.

PROBLEMES POSES PAR LES VALVULOPATHIES MITRALES

Nous envisageons successivement :

- Les problèmes de dépistage et de surveillance
- Les problèmes socio-économiques .

1./ PROBLEMES DE DEPISTAGE ET DE SURVEILLANCE :

- L'insuffisance d'éducation sanitaire et la grande concentration des spécialistes dans la capitale rendant leur accès difficile , font qu'une grande partie de la population vient consulter quand les complications commencent à s'installer.

- Le manque d'équipements médicaux au Mali rend le diagnostic étiologique difficile voire impossible à un stade précoce. Par exemple au moment d'achever ce travail aucune structure sanitaire étatique ne possède ni de bon appareil radiographique , ni d'échographe cardiaque.

- Les effets de la pénurie en personnel spécialisé sont augmentés par la mauvaise répartition du personnel médical et paramédical (ex : environ 6 cardiologues pour le seul district de Bamako alors que dans les 7 autres régions il n'y en a pas).

Il est utile de savoir qu'il s'agit d'affections chronique nécessitant une surveillance longue et astreignante pour les patients et leurs familles.

Cette surveillance est difficile non seulement pour les patients mais aussi pour le personnel de santé :

- Pour les patients: Il doivent s'adapter aux prises quotidiennes des médicaments et en conséquence être vus par le médecin une fois par mois ou tout les deux mois en fonction de la sévérité de la maladie. Certains sont obligés de quitter à plus de 500 kilomètres pour revoir le spécialiste.

- Pour le personnel: cette difficulté se situe au niveau de la régularité des malades aux consultations. Une fois qu'un léger mieux s'installe chez certains patients , ils abandonnent le traitement et ne reviennent qu'en cas de complication. Tout cela rend le traitement difficile pour le médecin et qui d'ailleurs peu vouer à l'échec.

2./ PROBLEMES SOCIO-ECONOMIQUES :

La prise en charge d'un valvulopathe mitral nécessite une assistance financière importante.

si l'on tient compte du revenu moyen du malien , l'hospitalisation pour valvulopathie mitrale devient coûteuse. La quinzaine fait 22.500 F. C.F.A. pour la 2ème catégorie et 12.500 F. C.F.A. pour la 3ème catégorie.

La surveillance para-clinique est rarement faite faute de moyen financier.

Le bilan standard d'un valvulaire mitral composé de : Radiographie du thorax , N.F.S-V.S. , A.S.L.O. , E.C.G. , échographie cardiaque, consultation stomatologique et O.R.L. est très onéreux (environs 22.500 F. C.F.A).

Le traitement d'entretien coûte environs 56.940 F. C.F.A par an.

En milieu rural , les conséquences de ces valvulopathies mitrales éloignent ces malades des travaux champêtres , ce qui fera un manque à gagner.

- Chez l'enfant : Les valvulopathies mitrales entraînent un retard scolaire important surtout lié aux épisodes de complications et de décompensation le rendant du coup invalide pour l'année scolaire.

- Chez la femme : La jeune fille cardiaque est confrontée à des problèmes matrimoniaux, puisqu'une contraception est demandée pour éviter les complications de sa cardiopathie. Cela pose constamment le problème d'acceptation d'une femme ne faisant pas d'enfant dans une société africaine, où son rôle principal demeure la procréation.

La femme cardiaque ayant déjà eu des enfants est également confrontée aux problèmes de ménage. Elle obliquée de se faire aidée dans ses travaux.

Le régime sans sel est sans nul doute l'un des points du traitement qui mérite une attention particulière :

- les familles tentent de confectionner des plats spéciaux pour les malades, ce qui accroît les dépenses quotidiennes et les autres membres de la famille pensent que cela est un privilège accordé aux malades .
- Il isole dans la majorité des cas les malades du cercle familial. Cela est mal vécu dans la famille.
- Certains patients n'observent pas le régime.

SEPTIEME PARTIE :
RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail nous faisons les recommandations suivantes :

1 - Aux autorités scolaires :

- Permettre à ces enfants la scolarisation dans des classes spéciales de rattrapage ou de réinsertion ;

2 - Aux autorités sanitaires :

- Sensibiliser les populations aux problèmes posés par ces vavulopathies (faire des émissions radiodiffusées traitant de tous les aspects de ces maladies , et organiser des débats également dans tout le pays).

- Oeuvrer dans le sens d'une bonne collaboration entre les enseignants et le personnel de médecine scolaire pour le dépistage précoce ;

- Procéder à un dépistage précoce des vavulopathies mitrales.

- Traiter systématiquement toutes les infections O.R.L., et stomatologiques.

- Créer si possible un institut de cardiologie avec des unités de soins intensifs pour amoindrir les frais d'intervention chirurgicale de nos malades ;

- A défaut d'unité spécialisée, mettre au service de l'Hôpital l'appareillage nécessaire pour la surveillance , à savoir : Echographe avec Doppler cardiaque , appareil E.C.G. , des appareils radiographiques au lit des malades. Très bien équiper le laboratoire de l'Hôpital.

3 - Au niveau de la population :

- Créer au niveau de la population des fonds de solidarité gérés par les malades en collaboration avec le personnel sanitaire pour aider ces malades ;

- Contribuer à l'amélioration des conditions socio-économiques avec ses conséquences sur l'hygiène , la promiscuité dans les habitats.

C'est à ce prix qu'on pourrait diminuer l'incidence de ces maladies .

HUITIEME PARTIE :
CONCLUSION

CONCLUSIONS

Les valvulopathies mitrales, généralement d'origine rhumatismale, ou myocardiopathique dilatée, posent un problème sanitaire et socio-économique important.

Nous avons étudié 182 dossiers entre octobre 1992 et février 1994 à l'Hôpital Gabriel TOURE.

Il s'agit de pathologie du sujet jeune (environ 68,66 % ont un âge inférieur ou égal à 30 ans.)

La distribution en fonction de l'ethnie ne montre aucune particularité et la majorité de nos patients sont des citoyens.

Le signe d'appel le plus fréquent est la dyspnée 36,65 %.

Environ 3/4 de nos malades viennent consulter à un stade évolutif tardif.

L'étiologie majeure est le R.A.A. .

La complication dominante est l'insuffisance cardiaque.

Les valvulopathies mitrales constituent un véritable problème social de par leur gravité, leur fréquence, leur coût thérapeutique et socio-économique. Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques sont rendus très difficiles au Mali, du fait du nombre insuffisant du personnel spécialisé, du coût du traitement médical et sa surveillance, et du coût prohibitif des interventions chirurgicales.

Tous ces problèmes nous incitent à axer nos efforts vers la prévention du R.A.A. et des portes d'entrée O.R.L. streptococciques.

NEUVIEME PARTIE :
BIBLIOGRAPHIE

- 1 ACAR J., CARAMANIAN M., PERRAULT M. , LUXEREAU P. ET ARNAUD
INSUFFISANCE MITRALE PAR RUPTURE DE CORDAGE D'ORIGINE
DEGENERATIVE.
ARCHIVE MAL. COEUR , 1968 ,62 , 1724-1737 .
- 2 ACAR J. KAYSSE J., GAUDEAU S. , ET CARAMANIAN M.
INSUFFISANCE MITRALE MASSIVE SECONDAIRE A UNE RUPTURE DE
PILIERES .
COEUR MED. INTERNE , 1965 , 4 , 411 .
- 3 AGATOS-E-A. STARR-A.
MITRAL VALVE REPLACEMENT
CURRENT-PROBLEME-SURGERY. 1993 JUN. 30(6). P 481-592
- 4 AL-EISSA-Y-A.
ACUTE RHEUMATIC FEVER DURING CHILDHOOD IN SAUDI ARABIA.
ANN-TROP-PEDIATR. 1991. 11(3). P 225-31.
- 5 ARONOW-S.
MITRAL ANNULAR CALCIFICATION :SIGNIFICANT AND WORD
ACTIVITING UPON.
GERIATRIC. 1991 APR. 46(4). P 73-5 , 79-80 , 85-6
- 6 ARSENESCU-C.
MITRAL VALVE PROLAPSE II. THE CLINICAL PROFIL :THE PROLAPSE
SYNDROME AND ANATOMICAL PROLAPSE .
REV-MED-CHIR-SOC-MED-NAT-LASI.
1993 JANV-MAR. 97(1). P 377-86.
- 7 ASPOAS-A-R. DE-VILLIERS-J-C
BACTERIAL INTRA-CRANIAL ANEURYSMS
BR-J-NEUOSURG. 1993. 7(4). P 367-76
- 8 AYOUD-E-M
RESURGENCE OF RHEUMATIC FEVER IN THE UNITED STATES. THE
CHANGING PICTURE OF PREVENTABLE ILLNESS.
POSTGRAD-MED. 1992 SEPT.1. 92(3). P 133-6, 139-42.
- 9 BARLOW J. B., BOSMAN C.K , POCKOK W. A ET MARCHAUD P.
LATE SYSTOLIC MURMURS AND EJECTION (MED-LATE; SYSTOLIC-
CLICKS.
BR. HEART J. , 1968 , 30 , 203.

10 BENHAMOU CH.

A PROPOS DE 32 CAS DE R.A.A OBSERVES DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE. CONSIDERATION NOSOLOGIQUES, CLINIQUES, BIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES.
THESE DE MEDECINE . CRETEIL 1978 P 65-7

11 BERTRAND ED.

IN PRECIS DE PATHOLOGIE CARDIO-VASCUL. TROPICALE.
EDIT. SANDOZ , " LILLES" , 1983 , N° 175.

12 BERTRAND ED., J.H. THOMAS , A. EKRA , R. N'DORI A.

A PROPOS DE 200 VALVULPATHIES OBSERVEES A ABIDJAN.
ARCHIVE , MALADIES COEUR , 1976 , 69 , 83-90.

13 BEZOL-L-I. BRICKER-J-T.

ACQUIERED HEART DISEASE IN CHILDREN.
CURR-OPIN-CARDIOL. 1994 JAN. 9(1). P 121-9.

14 BOUAD KOUASSI MAGLOIRE

COOPERATION ENTRE L'HOPITAL PROTESTANT DE DAKAR , LE SERVICE DE PEDIATRIE DU C.H.U. DE TREICHVILLE ET L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN.
ABIDJAN 1986 P 66

15 BRETON A. HAVEZ R. PONTE C. DUPUIS C. BONIFACE I.

R.A.A: PROBLEMES ACTUELS-(A PROPOS DE 168 OBERVATIONS)
LILLE, MED. 1992, 7(4) P 294. 307

16 BRUYN-G-A ESSED-C-E. HOUTMAN-P-M. WILLEMSE-F-W.

FATAL CARDIAC NODULES IN A PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS TREATED WITH LOW DOSE METHOTREXATE (LETTER).
J-RHEUMATOL. 1993 MAY. 20(5). P 912-4.

17 CAMILLERIE-J-P. DOUDLAS-JONES-A-G. PRITCHARD-M-H.

RAPIDLY PROGRESSIVE AORTIC VALVE INCOMPETENCE IN A PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS.
BR-J-RHEUMATOIL. 1991 OCT. 30(5). P 379-81

18 CARPENTIER A.

LA VALVULOPLASTIE RECONSTITUTRICE : UNE TECHNIQUE DE VALVULOPLASTIE MITRALE .
PRESSE MED. , 1969 ,77 , N° 7 , 251-253.

- 19 CEQUIER-A. ESPALUGAS-E.
VALVULOPATHY OR MITRAL COMMISSUROTOMY. IS THAT THE QUESTION ?
(EDITORIAL).
REV-ESP-CARDIOL. 1991 FEB. 44(2). P 71-S
- 20 CHAPOUTOT-L- GRACIET.J. METZ-D.R.BAJOLET-A
DIAGNOSTIC AND EVALUATION OF MITRAL ENDOCARDITIS COMPLICATING
OBSTRUCTIVE CARDIOMYOPATHY USING CARDIAC. ECHO-DOPPLER
ANN. CARDIOL-ANGEIOL (PARIS). 1991 JAN. 40(1). P 71-S
- 21 CHAPOUTOT-L-GRACIET.J.METZ-D.R. CHADERT-J-P.
SLIMANI-S. PENALBA-C. FONTAINE-J. BAJOLET-A
DIAGNOSIS AND EVALUATION OF MITRAL ENDOCARDITIS COMPLICATING
OBSTRUCTIVE CARDIOMYOPATHY USING CARDIAC ECHO-DOPPLER.
ANN-CARDIOL-ANGEIOL. (PARIS). 1991 JAN. 40(1). P 33-7
- 22 CHARMOT G.,LEHENAND F. ET MUDICELLI P.
LA PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE CHEZ L'AFRCAIN
BULL. MED. AFRIC. OCCID. FRANC. 1953 - 10. P 227.31
- 23 CHEVALIER-P. VAN-VIET-H. DE JARGEER-C ROVANI.X.
PERIER-P-. CHARPENTIER. A BRULLIERE-R.
DOUBLE MITRAL ORIFICE. A PROPOS OF A CASE
ANN. CARDIOL-ANGEILO (PARIS). 1993 FED. 42(2) P 93-6
- 24 DABO MAIMOUNA F.
VALVULOPATHIES ACQUISES AU MALI. IMPORTANCE DU TRAITEMENT
ET DU DIAGNOSTIC DU R.A.A. AU MALI.
THESE MED. 1978 N°16 P 122.
- 25 DAGONET. Y . ET GAUTIER M
RESULTATS ET ACCIDENTS DE LA PROPHYLAXIE PAR LA PENICILLINE
IN. JOURNEES PARISIENNES DE PEDIATRIE : PARIS 1969 ,P 417.
EDITION FLAMMARION.
- 26 D'ALLAINES. U., BLONDEAU. J. MENASCHE PH. DUBOST CH.
LA COMMISSURURE DE MITRAL UN ANS APRES.
ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEaux .
1977 , 70 , P 1145

- 27 DALVI-B.
 ABNORMAL FIBROBLAST CLONE-AN ALTERNATIVE HYPOTHESIS FOR
 PATHOGENESIS OF RHEUMATIC HEART DISEASE.
 MED-HYPOTHESES. 1993 JAN. 40(1). P 28-32
- 28 DAVID D. MICHELSON E. L. , NAITO M. , CHEN C.C. ,
 SCHAFFENBURG M. ET DREIFUS L. S.
 DIAGNOSTIC " LOCKING " OF THE MITRAL VALVE : THE IMPORTANCE
 OF ATRIAL SYSTOLE AND INTRA-VENTRICULAR VOLUME.
 CIRCULATION , 1983 , 67 , N°3 , 640 - 645.
- 29 DEGEORGES M. PAULY-LAUBRY C. , ET CARPENTIER A.
 I.M. TRAUMATIQUE
 COEUR MED. INTERNE , 1975 , 14 , N°1 , 107-114.
- 30 DIAKITE T.
 CARDIOPATHIE JUVENILE AU SERVICE DE CARDIOLOGIE DE L'H.G.T.
 THESE MED. BAMAKO 1994 P 43.
- 31 DIALLO MAMADOU
 APERCU SUR LES AFFECTIONS RHUMATISMALES EN MED. INTERNE AU
 MALI. (A PROPOS DE 177 CAS).
 THESE DE MED. BAMAKO 1983 P 52.
- 32 DIARRA ALOU
 R.A.A ET CARDIOPATHIE RHUMATISMALE DANS LES COMMUNES DE
 BAMAKO - REFLEXION SUR LA PREVENTION .
 THESE DE MEDECINE BAMAKO - ENMP 1988; P 1388
- 33 DIAZ-R.A. MIHOYANPOULOS -P. DOKEY-C.M.
 VALVULAR INSUFFICIENCY IN DILATED CARDIOMYOPATHY DIAGNOSTED
 BY COLOR DOPPLIN ECHOCARDIOGRAPHY .
 REV-MED-CHIL. 1989 NOV. 117(11). P 1231- 5
- 34 DURAN-C-M. GOMETZA-B. SAAD-E.
 VALVE REPAIR IN RHEUMATIC MITRAL DISEASE :AN UNSOLVED
 PROBLEM.
 J. CARD-SWIG. 1994 MAR. 9(2 SUPPL). P 282-5

- 35 DZHUZENOVA-B-S. KOTELNIKOVA-G-P. NESTEROVA-N-I. NASONOVA.
THE RESULTS OF A RETROSPECTIVE EXAMINATION OF PATIENTS WITH ACUTE RHEUMATIC FEVER.
TER-ARKH. 1992. 64(5). P 88-93.
- 36 FAUCHIER J. P. ET BROCHIER M.
REFLEXION SUR LE SYNDROME D'ISCHEMIE PAROXYSTIQUE DU PILIER DE LA MITRALE.
ARCH. MAL. COEUR , 1980 , 73 , N°9 , 1003-1005.
- 37 FOFANA M. , BALDE M. DADHI , TOURE S., DAMDY O., CONDE A.
LA CARDIOPATHIE VAVULAIRE A CONAKRY A PROPOS DE 182 CAS HOSPITALIERS.
ANN. CARDIOL. ANGEIOL. , 1988 , 37 , P 429-433
- 38 FRANCALANIC-P COLLORIDI-V. DI-GIOCA-C. VENTRIGLIA-F FERRI-C. GOLLO-P
DISPLASIA OF BOTH THE COMPONENTS OF THE ATRIO-VENTRICULAR VALVES IN ATRIO-VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS.
G-ITAL-CARDIOL. 1993 AUG. 23(8). P 801-7
- 39 FULKERSON P. K. , BEAVER B. M. ET GRABER H. L..
CALCIFICATION OF THE MITRAL ANNULUS. ETIOLOGY , CLINICAL ASSOCIATION , COMPLICATIONS AND THERAPY.
AM. J. MED , 1979 , 66 , N°6 , 967-977.
- 40 HASIMOTO-H.
DOUBLE ORIF. MITRAL VALVE WITH THREE PAPILLARY MUSCLES
CHEST. 1993 NOV. 104(5) P 1616-7.
- 41 HAYASHIBE-Y. NAKAGAWA-T. YOSHIDA -T. GOTOH-K. MAEMURA-T.
KONNO-S.
A SUCCESSFUL MITRAL REPLACEMENT FOR INFECTIVE ENDOCARDITIS WITH MITRAL VALVE ANEURYSM .
NIPPON-KYOBU-GEKA (AIKAI-ZASSHI). 1993 NOV. 41 (11) P 2224 -
- 42 HORSTKOTTE-D. NIEHUES R. STRAUER-B-E.
PATHOMORPHOLOGICAL ASPECTS ETIOLOGY NATURAL HISTORY OF ACQUIRED MITRAL VALVE STENOSIS
EUR-HEART-J. 1991 JUL. 12 SUPPL B. P 55-60.

- 43 IZULIKAWA-Y. NARITANI-K. TOHMA)T. SHIRONA-N. HIRAYAMA-K.
THE COSTELLA SYNDROME : A BOY WITH THICK MITRAL VALVES AND
ARRHYTHMIAS.
JPN-J-HURN. GENET 1993. SEPT. 38(3). P 329-34
- 44 JAMAL-F. SALLEH-H-M. TAN-SOOK-PEI.
RHEUMATIC HEART DISEASE IN MALAYSIA (LETTER).
WORLD-HEALTH-FORUM. 1994. 15(1). P56-7.
- 45 JERESATY R. M.
MITRAL VALVE PROLAPSE
RAVEN PRESS , EDIT. NEW YORK , 1979
- 46 KAPLAN-E-L.
THE CARDITIS CARDIOMYOPATHY OF RHEUMATIC FEVER: RELATIONSHIP
TO PATHOGENESIS.
POSTGRAD-MED-J. 1992. 68 SUPPL . P511-3
- 47 KEBE N' BAYE
R.A.A ET CARDIOPATHIE RHUMATISMALE EN MILIEU TROPICAL A
PROPOS DE 1111 DOSSIERS CHEZ LE SENEGALAIS.
THESE DE MED. DAKAR 1977 P 37-43.
- 48 KOATE P. , DIOUF S. KEBE M. B.
CARDIOPATHIES RHUMATISMALES EN AFRIQUE
CARDIO-VASCULAR DISEASE IN AFRICA , 1976
- 49 KONATE P.
ASPECTS GENERAUX DE LA PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE
EN MILIEU AFRICAIN
MED. AFR. NOIRE , 1961 , 8(NS) : 39-47
- 50 MAJEED-H-A. BATNAGER-S. YOUSOF-A-M. KHUFFASH-F. YUSUF-A-R.
ACUTE RHEUMATIC FEVER AND EVOLUTION OF RHEUMATIC HEART
DISEASE: A PROSPECTIVE 21 YEARS FOLLOW-UP REPPORT.
J CLIN-EPIDEMIOL. 1992 AUG. 45(8). P 871-5
- 51 NASAR-P-S. IAREMA-N Z. POPOVYCH-B-A. ZHYDKA-V-V. STEBLO-M-M.
CHANGES IN THE CENTRAL AND INTRACARDIAC HEMODYNAMICS OF
PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (AN ECHOCARDIOGRAPHIC
STUDY.
VRACH-DELO. 1993 APR. (4). P 59-62.

52 NEILSON-G. STREATFIELD-R-W. WEST-M. JOHNSON-S. GLAVIN-W.

BAIRD-S.

RHEUMATIC FEVER AND CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE IN
YARRABAH ABORIGINAL COMMUNITY , NORTH QUEENSLAND.

ESTABLISHMENT OF A PROPHYLACTIC PROGRAM .

MED-J-AUST. 1993 MAR 1. 158(8) P316-8

53 PENHES PH

R.M. ET M.M.

ENCYCLO. MED. CHIRUR. , PARIS , COEUR -VX. , P 11010 A.10-
11010 A.30 , 7 1983.

54 ROZENBERG-S. FRIH-L. LANG-T. KOEGER-A-C. CABROL-A.
GANDJBACKCH-I. BOURGEOIS-P

RHEUMATOLOGIC MANIFESTATIONS IN HEART TRANSPLANT RECIPIENTS.A
CROSS-SECTIONAL STUDY OF 345 PATIENTS.

REV-RHUM-ED-FR. 1993 JAN 60(1) P 10-5

55 SAMSONOV-ML. DZHENOVA-B-S. NASONOV-E-L. MESHCHERIAKOV-V-G.
BELENKOV-LUN. NASONOVA-V-A.

THE SERUM NEPTERIN LEVEL IN ACUTE RHEUMATIC FEVER.

TER-ARKH. 1992. 64 (5). P 69-72.

56 SANGARE K.

PLACE DE LA PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE DANS LES ACTIVITES
D'UN MEDECIN CHEF DE CERCLE.

THESE MED. 1983 , N°3 , P 33-34 .

57 SELZER A., KELLY J. J., WANNITAMBY M., WALKER P. ET KERTHW. J.

THE SYNDROME OF MITRAL INSUFFICIENCY DUE TO ISOLATED RUPTURE
OF THE CHORDAE TENDINEAE

AM. J. MED. , 1967 , 43 835.

58 SERIGNE ABDOU.

CARDIOPATHIE RHUMAT. EN AFRIQUE : CONDITIONS ETIOLOGIQUES .

DONNEES CLINIQUES , PARA CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

(A PROPOS DE 1789 DOSSIER- CHEZ LE SENEGALAIS).

THESE MED. DAKAR 1984 P 281 .

59 SERME ...

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE , CLINIQUE , EVOLUTIVE DES

VALVULOPATHIES RHUMATISMALES OBSERVEES A OUAGADOUGOU

CARDIOL. TROPICALL 1992 15-71

60 SHAH-C-K. GUPTA-R.

PERSISTENT COMPLETE HEART BLOCK FOLLOWING ACUTE RHEUMATIC FEVER IN A 12 YEARS OLD GIRL .
J-ASSOC-PHYSICIANS- INDIA. 1993 JUN. 41(6). P 389-90.

61 SHULMAN-S-T.

COMPLICATIONS OF STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS.
PEDIATR-INFECT-DIS-J. 1994 JAN. 13(1 SUPPL 1). P 570-4.

62 SIMPARA M.

SURVEILLANCE DE L'H.T.A. EN MILIEUX HOSPITALIER ET
AMBULATOIRE DE L'H.G.T. A PROPOS DE 565 CAS.
THESE MED. , 1994 , P 31.

63 SKOPIN-T-I. KUZNECHEVSKII-F-V.

SYNDROME OF RUPTURE OF THE MITRAL VALVE CHORDAE : ETIOLOGY,
CLINICAL ASPECTS AND SURGICAL TREATMENT.
GRUD- SERDECHNOSSUDISTARIA-KHIR. 1991 MAY.(5). P 58-60

64 SKOULARIGIS-J. ROTHILSBERGER-C. SKUDICKY-D. ESSOP-M-R.
WISSENBAUGH-T. SARELI-P.

EFFECTIVENESS OF AMIODARONE AND ELECTRICAL CARDIOVERSION FOR
CHRONIC RHEUMATIC ATRIAL FIBRILLATION AFTER MITRAL VALVE
SURGERY.
AM-J-CARDIOL. 1993 AUG. 15 72(5). P 423-7.

65 STRONG-M-D. BROKMAN-S-K.

MITRAL VALVE RECONSTRUCTION.
CARDIOVASC-CLIN. 1993 23(3). P 255-64.

66 STYBALDYEV-A-M. SPERANSKI-A-I. IVANOVA-M-M. VASILEV-T-N
SENATRUSOVA-G-E.

THE RHEUMATIC COMPLICATIONS OF PSEUDOTUBERCULOSIS IN A NEWLY
ARRIVED POPULATION IN SIBERIAL.
TER-ARKH. 1991. 63 (5). P 27-8.

67 TEWODROS-W. MUHE-L. DANIEL-E. SCHALEN-C. BRONVALL-G.

A ONE YEAR STUDY OF STREPTOCOCCAL INFECTIONS AND THEIR
COMPLICATIONS AMONG ETHIOPIAN CHILDREN.
EPIDEMIOL-INFECT. 1992 OCT. 109(2). P 211-25.

- 68 TRAORE M. T.
ETUDE DES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES EN MILIEU
OBSTETRICAL.
THESE MED. , 1994 , P 36.
- 69 TRIBOUILLOY-C. SLAMA-M-A. MAREK-A. QUERE-J-P. LESBRE-D-P
QUALIFICATION OF MITRAL VALVE DISEASES BY DOPPLER
ANN-CARDIOL-ANGEIOL (PARIS) . 1993 FEB. 42(2) P 93-6.
- 70 USHER-B-W.
CARDIAC VALVULAR DISEASE AND STRIKE
NEUROLOGIC-CLIN. 1993 MAY. 11(2) P 391-8.
- 71 WRIGHT-D-H MIPER_M. BAISDEN-C-E.
LEFT VENTRICULAR-CORONARY SINUS FISTULA AFTER MITRAL VALVE
REPLACEMENT : CASE REPORT AND ULTRAFAST CT FINDINGS
J-THORAC-IMAGING . 1994 SPRING . 9(2) . P 77-7
- 72 YAMAAGATA-S. SATO-T. OYAMA-M. KUSUHARA-M. KAYANO-S. KOJIMA-M
A CASE OF ADULT RHEUMATIC FEVER WITH ACUTE PROGRESSIVE MITRAL
VALVE DISEASES .
NIPPON-NAIKA-GAKKAI-ZASSHI. 1993 JAN 10. 82(1) P 115-6.
- 73 ZANNOU (D.M.)
QUELQUES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUE DE
L'INSUFFISANCE CARDIAQ.
THESE , MED. , COTONOU , 1983 , N°175.

QUESTIONNAIRE

Nom et prénom:
 sexe:

Age:
 Profession:

Adresse:

Ethnie:

SIGNES D'APPEL

(1) Dyspnée: MC:

Dates d'apparition:
 Eventuelle progression:
 Circonstances de survenue:
 Type:

(2) Douleurs thoraciques:

Date d'apparition:
 Type:
 Siège:
 Irradiations:

(3) Palpitation:

Antécédents personnels:

Oedème membres <: Oedème visage: Oedème abdomen:
 Sinusite: ; Otite: ; Carie: ; Endocardite: ; Rhumatisme.A.A:
 Ischémie: ; Cardiomyopathie: ; Anémie: ; Angines: ;
 Notion d'insuffisance cardiaque: ; Notion d'hospitalisation:
 Souffles ou bruits surajoutés à la naissance:
 Maladies antérieures:

Antécédents familiaux:

Diabète: Asthme:

Facteurs de risque:

Ischémie:

Examens physiques:A-Signes cardiaques:

(1) Inspection:

(2) Palpation:

Choc de pointe:

Signe de Harzer:

Frémissement: Temps:

Siège:

(3) Auscultation:

a) Souffle: Type:

Siège:

Irradiations:

Intensité:

b) Roulement: Type:

Siège:

Caractères:

c) Murmure:

d) Claquement:

B-Signes périphériques et autres:

Cyanose:

Pouls:

T.A.:1

Palpation des différents axes artériels:

C-Examens des poumons:

Signes de stase(râles):

D-Abdomen:

Palpation du foie:

reflux hépato-jugulaire:

Hépatomégalie douloureuse() avec turgescence des jugul:

Examens complémentaires:

Radio du thorax:RCT:

NFS VS:CR:

HB:

Glycémie:

Créatinémie:

Echo-Cardiaque:

Uricémie:

ECG:

ASLO:

Test d'Emmel:

Electrophorèse des protéines:

Traitements:

Digitalique:

Diurétique:

Potassium:

Régime:SS

Autres:

Prophylaxie:

Evolution:

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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 leur père

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

Qu'ils soient couverts d'opprobre et méprisés de mes confrères si j'y manque.

FICHE SIGNALITIQUE

TITRE THESE : Valvulopathies mitrales dans le service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré. (A propos de 182 cas)

AUTEUR : TRAORE ABDOULAYE

ANNEE : 1994-1995

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie. B.P: 1805 - BAMAKO MALI.

SECTEUR D'INTERET : Anomalies de la valve mitrale dans le service de cardiologie.

RESUME : D'octobre 1992 à février 1994, nous avons recensé 182 dossiers de valvulopathies mitrales dans le service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré. Il s'agit d'une pathologie du sujet jeune (environ 68,66 % ont un âge inférieur ou égal à 30 ans) avec une prédominance féminine (58,79 %)

Le signe d'appel le plus fréquent est la dyspnée (36,75 %).

Environ 3/4 de nos malades viennent consulter à un stade évolutif tardif. L'étiologie majeure est le R.A.A. L'atteinte mitrale dominante est l'I.M. (71,97 %)

6 MOTS CLES : Valvulopathies Mitrales, Insuffisance mitrale, maladie mitrale, Rétrécissement mitral, R.A.A., Insuffisance cardiaque.