

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

ANNEE : 1997-1998

N° 17...

**MANIFESTATIONS DIGESTIVES CHEZ
LES INSUFFISANTS CARDIAQUES**

<< A L'HOPITAL GABRIEL TOURE - BAMAKO >>

THESE

Présentée et soutenue le/Décembre/ 1997

Devant

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par

Mr Aboubacar Sidiki DOUMBIA
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT

Professeur Aly GUINDO

MEMBRES

Professeur Mamadou K. TOURE
Docteur Mamadou DEMBELE

DIRECTEUR DE THESE

Docteur Kassoum M. SANOGO

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997-1998

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Inteme

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigie Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA
Mr Benoît KOUMARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA	Radiologie
------------------	------------

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale (Chef de D.E.R.)
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim.

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO

Matières Médicales

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE

Anthropologie

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE

Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE

Physiologie

Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie

Mr N'Goïo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Bakary I.SACKO

Biochimie

Mr Sidiki DIABATE

Bibliographie

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souléyman GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Nyamanto DIARRA

Mathématiques

Mr Moussa I.DIARRA

Biophysique

Mr Mamadou Bakary DIARRA

Cardiologie

Mme SIDIBE Aissata TRAORE

Endocrinologie

Mr Siaka SIDIBE

Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

SOMMAIRE

	Page
Dédicace	
Remerciements :	
Introduction	1
Généralités sur l'I.C. :	3
Méthodes - Matériels :	11
Résultats :	13
Commentaires et Discussion :	26
Conclusion et Recommandations :	31
Références :	34
Annexes :	45
# Fiche d'enquête :	46
# Abréviations :	49
Fiche signalitique :	51

DEDICACE

Je dédie ce travail

A Dieu, le Tout-Puissant

En dehors de Qui, il n'y a pas d'autre dieu

Il est le Souverain, le Saint, le Maître de la paix, le Protecteur, l'Arbitre
Suprême, le Fort, le Créateur, l'Animateur, le Sculpteur. Gloire à Dieu maître
des cieux et des terres.

Au messager de Dieu, Paix et Salut sur lui.

A mon Feu père **Amara Siaky**

J'aurai aimé faire de toi un témoin privilégié de ce moment important de ma carrière d'étudiant.

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.

Que Dieu t'accepte parmi les élus du paradis.

A ma mère **Saran Kaba Diakité**

Tes qualités exceptionnelles et ton courage hors du commun ont fait de moi qui je suis aujourd'hui.

Puisse ce travail représenter une récompense pour tes peines, tes inquiétudes concernant mes questions scolaires.

Trouve ici l'expression de mon amour et une profonde affection.

Puisse le Tout-Puissant t'accorder sa miséricorde.

A mon homonyme Feu **Aboubacar Sidiki Koïta**
Que ton âme repose en paix

- A mon frère **Sidikiba Doumbia**

Tu as voulu te sacrifier pour ma réussite mais hélas, Dieu t'emporta dans
la fleur de l'âge. Repose en paix.

- A ma soeur **Saran Doumbia**

Trouve ici l'expression de l'espoir placé en moi

-A mon frère **Mahamadou Doumbia**

pour tes soutiens sans cesse renouvelés

-Aux descendants de **Mamady Koroma** .

A la famille Koromakan

A tous les bijoutiers Siaky

- A tous ceux qui souffrent sur terre de cardiopathie.

REMERCIEMENTS

- A mes frères et soeurs
Pour vos soutiens moraux.
- A mes oncles et tantes
Votre bravoure sera poursuivie
- A mon frère Abdoulaye Camara
Vous m'avez encouragé et soutenu moralement et matériellement.
Puisse ce travail être l'expression de l'espoir placé en moi
- A toutes les familles Doumbia du Mali, de la Guinée, de la Côte d'Ivoire.
- Au corps professoral, administratif et ouvrier de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
- Aux Docteurs et Internes du service de Cardiologie de l'Hopital Gabriel Touré
- A tout le personnel du service de cardiologie de l'H.G.T. particulièrement au Cardiologue Mamadou Bocary Diarra pour ses conseils pratiques et son indulgence qui n'ont jamais fait défaut.
- A Monsieur Brehima COULIBALY Informaticien à la B N D A
- A mes collegues ; Cheick Oumar Konate ,Modibo Fomba , Madame Sacko Fatoumata keita , Sidi Kante , Malick Bouaré , Aminata Traoré ,
A mes amis Hamidou O . Ba , Fousseyni Bolozogola pour leur sympathie
A mes cadets : Noumou Sidibe , Souleymane Diarra , Drissa Diarra , Abdoulaye Diarra , Mamady Diawara .

Au Docteur Moussa M Maiga , spécialiste en Gastro-entérologie ,en témoignage de sa disponibilité permanente et de ses observations pour le bien fait de ce travail .

AUX MEMBRES DU JURY

Au Président du Jury:

Professeur **Aly Guindo**

Professeur en Gastro-entérologie, chef du service de Médecine de l'Hôpital Gabriel Touré.

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse.

La rigueur scientifique, la modestie, vos qualités de bon praticien et bon formateur imposent à toutes et à tous le respect à votre égard.

C'est l'honneur pour nous de voir siéger dans notre jury de thèse un si éminent professeur, un grand homme au savoir universel.

Trouvez-là l'expression de nos sincères remerciements.

Au Professeur **Mamadou Koureichi Touré**

Professeur en Cardiologie, chef du service de Cardiologie de l'Hôpital National du Point-G.

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.

La rigueur de votre raisonnement scientifique, votre clarté d'expression, votre persévérance dans le travail, votre courage sans cesse renouvelé ont forcé toute notre admiration.

Il nous manque des mots pour vous remercier.

Trouvez- là, l'expression de nos sincères remerciements

Au Docteur **Mamadou Dembélé**

Assistant chef de clinique de **Médecine** interne à l'Hôpital National du Point "G

Vous nous faites l'honneur de siéger dans le jury de cette thèse.
Vous avez toute notre admiration pour vos qualités humaines, votre
persévérance dans le travail.

J'ai reçu de vous un enseignement de qualité. De simple étudiant que je suis,
vous en ferez probablement un modeste médecin.

Recevez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A mon Directeur de thèse Docteur **Kassoum M. Sanogo**, Cardiologue, chef du service de Cardiologie et de Médecine II de l'Hôpital Gabriel Touré.

Vous m'avez confié ce travail et dirigé avec bienveillance toute sa réalisation. Nous avons reçu de vous un encadrement de qualité et bénéficié de beaucoup d'indulgence.

Au lit du malade, vous nous avez régulièrement montré la bonne et meilleure conduite à tenir.

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.

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

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente après 65 ans [21]. Elle représente 30% des causes d'hospitalisation cardio-vasculaire dans le service de Cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré d'après les statistiques du service.

De nombreuses manifestations y sont attachées. Notre étude s'applique particulièrement aux manifestations digestives qui occupent une place importante.

Il s'agit le plus souvent des manifestations fonctionnelles, signalées par les insuffisants cardiaques ,mais parfois de véritable lésions révélées par les examens paracliniques.

Malgré l'importance du sujet aucun travail n'y a été jusqu'ici consacré.

Nos objectifs étaient :

- de préciser les différents types de manifestations digestives .
- d'apprécier les évolutions .

GENERALITES

GENERALITES SUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

1 -Définition

L'insuffisance cardiaque est l'inaptitude du coeur à faire face aux besoins hémodynamiques de l'organisme dans toutes les circonstances de la vie courante. C'est l'aboutissant habituel plus ou moins tardif mais pratiquement inéluctable de toutes les cardiopathies [12].

L'insuffisance cardiaque est dite congestive lorsqu'elle s'accompagne d'une élévation des pressions de remplissage cardiaque avec élévation des pressions pulmonaires (dyspnée) et éventuellement de la pression veineuse (hépatomégalie, oedème) [21]. Elle peut intéresser électivement le ventricule gauche ou le ventricule droit ou les deux à la fois. La congestion viscérale caractérise le retentissement périphérique de l'insuffisance cardiaque (IC).

2 -Insuffisance Ventriculaire Gauche (IVG)

Elle est la plus commune des IC. C'est une inaptitude de la pompe cardiaque à assurer un débit cardiaque suffisant par rapport au besoin en O₂ au niveau périphérique [13].

La symptomatologie fonctionnelle est la traduction de la stase vasculaire pulmonaire le plus souvent. La dyspnée d'effort est le signe le plus précoce.

3-Insuffisance Ventriculaire Droite (IVD)

C'est une inaptitude de la pompe cardiaque à éjecter le sang veineux systémique dans la circulation pulmonaire [13].

Le plus souvent l'IVD est la conséquence d'une cardiopathie du coeur gauche. Elle est caractérisée essentiellement par des manifestations périphériques qui traduisent l'engorgement de la circulation veineuse de retour.

L'hépatalgie d'effort est le trouble fonctionnel le plus évocateur. Son apparition chez une personne présentant une insuffisance mitrale après plusieurs accidents pulmonaires traduit à coup sûr la défaillance cardiaque droite.

C'est une douleur de l'hypochondre droit ou de l'épigastre à type de pesanteur ou de tension déclenchée par l'effort, souvent accompagnée de ballonnement intestinal et de nausée. Elle peut être difficile à distinguer de l'angor quand elle est retrosternale basse et constrictive [12].

L'hépatomégalie douloureuse est le signe fondamental de l'IVD. Elle précède l'apparition des oedèmes. Elle est lisse, ferme, régulière, globale ou prédominant sur un lobe. Elle s'accompagne de turgescence des jugulaires.

Connue depuis CORVASART (1806), sa compression durant une vingtaine de secondes entraîne un reflux hépato-jugulaire persistant. Son expansion systolique, recherchée en appliquant le poing fermé contre la paroi latérale du gril costal droit à la hauteur des fausses côtes, traduit l'existence d'une insuffisance tricuspidiennne.

Beaucoup plus rarement en cas de cirrhose cardiaque, le foie est dur et un peu irrégulier.

4-Insuffisance Cardiaque Globale (ICG)

L'IC globale est généralement l'aboutissant plus ou moins lointain d'une IC gauche, après un stade intermédiaire de poumon cardiaque, l'hypertension artérielle pulmonaire finissant par forcer le VD [12].

L'IC globale associe à des degrés divers les signes du poumon cardiaque et des signes hépatiques, oedémateux et urinaires.

5-Insuffisance cardiaque -Manifestations digestives

Il faut dans ce contexte reconsidérer la redistribution du débit cardiaque ventriculaire gauche, qui représente un mécanisme compensateur important quand il existe une altération grave de la fonction cardiaque. Cette redistribution est plus marquée lorsqu'un insuffisant cardiaque fait un effort; mais au fur et à mesure que l'IC s'aggrave, la redistribution s'effectue même en régime basal. Le courant sanguin est redistribué de manière à maintenir l'apport d'O₂ aux organes vitaux tels que le cerveau et le myocarde, à des niveaux normaux ou sub-normaux, pendant que le courant sanguin destiné aux zones moins critiques, telles que les

réseaux cutanés et musculaires, se trouve réduit. Le phénomène fondamental responsable de cette redistribution du débit sanguin périphérique réside dans la vasoconstriction déclenchée par le système sympathique. Cette vasoconstriction peut elle même être responsable de nombreuses manifestations cliniques de l'IC comme la réduction du flux musculaire [23].

Ainsi donc le poumon se trouve être l'un des premiers viscères les plus fréquemment atteints. On notera la dyspnée comme conséquence, suite à l'encombrement de la circulation pulmonaire et témoin essentiel d'une défaillance du VG. Mais le poumon n'est pas le seul viscère sensible à cette insuffisance d'apport. Cette sensibilité peut varier d'un viscère à un autre et d'un sujet à un autre. C'est le cas des manifestations digestives observées au cours de cette défaillance cardiaque chez certains malades.

Les manifestations digestives peuvent commencer avant le constat des premiers signes de l'I.C. Ceci ne veut pas dire que ces manifestations ne sont pas une répercussion de la défaillance cardiaque. Le tube digestif a été particulièrement sensible à l'insuffisance cardiaque. Cette sensibilité a été précocement observée par l'insuffisant cardiaque. A cet effet, les manifestations digestives sont allées au devant de la scène clinique, elles motivaient la consultation dans un délai proche dans le service de médecine générale.

Les manifestations digestives peuvent également apparaître en même temps que l'IC comme signes d'accompagnement, mais elles peuvent apparaître aussi plus d'un mois après le constat du premier signe d'IC. Ici la personne malade a été précocement sensible à la dyspnée qui est bien « tolérée », mais la sensibilité vis à vis des manifestations digestives l'emporte sur la dyspnée.

Dans tous les cas, l'hypoperfusion du tube digestif perturbe sa motricité, son absorption, mais aussi sa sécrétion et engendre l'hypotonie, la digestion lente et difficile, le ballonnement, les nausées et vomissements. La diarrhée rencontrée au cours de l'IC est une fausse diarrhée de dilution.

Les manifestations digestives sont rencontrées au cours d'une IC grave et chronique. Il peut y avoir une forte perte de poids et une cachexie dûes à:

- l'augmentation du métabolisme basal, dûe au travail supplémentaire effectué par les muscles particulièrement respiratoires, aux besoins accrus en O₂ d'un coeur hypertrophié et à la gêne associée à une insuffisance grave.
- l'anorexie, les nausées et vomissements, les ballonnements, les constipations, le hoquet sont autant de manifestations digestives dûes à une cause centrale ou au foie cardiaque ou à la tension douloureuse de l'abdomen.
- une certaine altération de l'absorption intestinale dûe à une congestion des veines intestinales.
- une entéropathie exsudative, en cas d'IC droite particulièrement sévère [23].

5.1-Insuffisance cardiaque -ballonnement-constipation

La constipation se définit comme l'émission par l'anus de selles ayant fait un séjour trop long dans l'intestin, donc surdigérées[24], autrement dit un ralentissement du transit intestinal.

La constipation se manifeste cliniquement par:

- des selles journalières mais **dures**,
- des selles **peu fréquentes** (classiquement moins de 3 selles par semaine)
- l'association des selles **dures et peu fréquentes** avec une gêne à l'émission ,
- des **fausses diarrhées**: les selles dures ont provoqué une hypersécrétion de la muqueuse qui entraîne une émission de selles liquides.

Le transit colique correspond pratiquement au temps de séjour des aliments dans le tube digestif. Il peut se mesurer par différentes méthodes: test au carmin, indicateurs radio-opaques. Le temps moyen est de 24 à 72 heures chez un sujet normal .

Ce temps de transit dépend de différents facteurs: la motricité colique, le volume du bol fécal l'évacuation rectale. La perturbation de ces facteurs engendre: un ralentissement de la progression , une insuffisance du bol fécal, une rétention rectale et entraîne la constipation.

Il existe deux types de constipation:

- les constipations fonctionnelles.
 - les constipations secondaires ou organiques décrites au cours des lésions du tube digestif.
- Ces constipations sont rencontrées également au cours des manifestations des maladies générales comme l'IC. La possibilité que ces constipations soient secondaires à un traitement par les diurétiques et les bêta-bloquants doit attirer notre attention.

La constipation ne doit pas être considérée comme une maladie en soi, mais comme un symptôme dont la cause à vrai dire nous échappe dans la plupart des cas: constipation dite essentielle.

Le ballonnement est une distension, un gonflement de l'abdomen par du gaz. Il s'accompagne souvent de douleurs abdominales et est suivi souvent d'éructation qui est l'expulsion physiologique de gaz gastrique par la bouche.

Les signes d'accompagnement sont des plus variables. Ils dépendent souvent de sa cause: gaz fétide soulageant le ballonnement abdominal, douleur constante, anorexie, céphalée, fatigue.

Les causes sont multiples. Outre l'interrogatoire et l'examen clinique, une rectoscopie et un lavement baryté sont indispensables pour ne pas méconnaître une lésion maligne.

5.2-Insuffisance cardiaque - indigestion (troubles dyspeptiques)

La dyspepsie est un malaise postprandial précoce qui associe pesanteur douloureuse de l'épigastre et sensation de digestion lente et difficile [37].

Il peut s'y associer une distension épigastrique, des nausées, parfois des vomissements ou des céphalées. Dans 50% des cas, des explorations complexes montreraient soit un ralentissement de la vidange gastrique des aliments, soit des anomalies électromyographiques.

Les relations entre syndrome dyspeptique et des modifications fonctionnelles intestinales paraissent cliniquement évidentes mais ne sont pas clairement comprises.

5.3-Insuffisance cardiaque -nausée-vomissement

Nausées et vomissements peuvent survenir indépendamment l'un de l'autre mais ils sont si fréquemment et si étroitement liés, qu'ils peuvent être étudiés ensemble sans difficulté.

La nausée se définit comme la sensation du désir imminent de vomir.

Le vomissement est une expulsion forcée, par la bouche, du contenu gastrique.

Nausées sévères et vomissements peuvent exister dans l'infarctus myocardique aigu, particulièrement lorsque celui-ci atteint la partie postérieure du coeur [23].

Ils peuvent être également observés dans l'IC, peut-être en relation avec la congestion hépatique. La possibilité que ces symptômes soient dûs à des drogues telles que les opiacés ou

les digitaliques doit toujours être présente à l'esprit à propos des sujets porteurs de cardiopathie.

5.4-Insuffisance cardiaque -anorexie

L'anorexie est la diminution ou la perte de l'appétit [16]. Elle peut être le symptôme de nombreuses affections extradigestives: par exemple l'anorexie profonde de l'IC sévère. Elle peut contribuer à la cachexie de l'insuffisant cardiaque [23].

5.5-Insuffisance cardiaque -hoquet (myoclonie phrénoglottique)

Il s'agit d'une contraction spasmodique et rythmique involontaire du diaphragme qui provoque un mouvement thoracique inspiratoire. Celui-ci immédiatement interrompu par la mise en tension des muscles constricteurs de la glotte, détermine le bruit sec caractéristique[37]. Il se rencontre dans les épanchements péricardiques.

5.6 La cirrhose cardiaque

La cirrhose est une maladie hépatique de définition histologique et caractérisée par une nécrose hépatocytaire, une fibrose et des nodules de régénération [13].

La fréquence et l'existence même de manifestations cardio-vasculaires au cours de la cirrhose sont très discutées.

La dyspnée d'effort, une tachycardie, un faux aspect d'augmentation de l'ombre cardiaque, sont fréquents en cas d'ascite, en dehors de toute atteinte cardiaque organique. Des troubles électrocardiographiques sont possibles (bas voltage, modification de l'onde T) souvent en rapport avec l'existence d'une ascite ou des modifications hydro-électrolytiques.

L'augmentation du débit cardiaque a été décrite dans certaines cirrheses. Elle serait due à l'existence de multiples shunts artério-veineux dont le siège est discuté (cutané, péri-oesophagien, péribronchique).

L'installation de cirrhose cardiaque irréductible constitue le trait évolutif particulier de l'IC. Les conséquences sont: le sub-ictère, les oedèmes des membres inférieurs, l'ascite abondante exigeant des ponctions évacuatrices répétées, auxquels s'ajoute un état de dénutrition avec amaigrissement dans lequel intervient l'hypoprotidémie et l'effondrement du débit cardiaque. La cirrhose cardiaque réalise une hépatomégalie dure mais congestive.

5.7 Insuffisance cardiaque - embolies viscérales

Des accidents thromboemboliques de la grande ou de la petite circulation peuvent venir compliquer l'évolution de l'IC [12].

Les petites thromboses de l'auricule sont les plus fréquentes. Mais la paroi de l'oreillette peut elle-même être recouverte de caillots qui subissent parfois de véritable transformation calcaire. Ces thromboses peuvent rester latentes et n'être découvertes qu'à l'intervention ou à l'autopsie. Elles peuvent aussi être le point de départ d'embolies dans la grande circulation.

Les embolies de la grande circulation sont multiples et récidivantes. Elles atteignent tous les territoires. Les embolies cérébrales sont les plus fréquentes.

Les embolies viscérales intéressent surtout [31]:

- la rate, son volume demeure habituellement modéré. Elle est douloureuse, et évoque un infarctus splénique.
- le rein
- les artères mésentériques, avec signes péritonéaux ou occlusifs et melaena (infarctus mésentérique).

L'infarctus mésentérique est une ischémie intestinale d'origine circulatoire :

- soit par obstacle artériel (thrombus athéromatose)
- soit par obstacle veineux, plus rare
- soit par hypoperfusion sanguine dans la grande insuffisance cardiaque.

Les signes sont peu spécifiques avec des douleurs abdominales brutales et intenses, un état de choc, parfois des vomissements. La diarrhée n'est pas constante et le melaena, très évocateur, est tardif.

L'état général est altéré avec une hypotension artérielle et un pouls rapide.

A l'examen physique, l'abdomen est souple et plat, totalement silencieux à l'auscultation.

Ce contraste entre un malade choqué et l'absence de signes physiques, chez un sujet ayant des antécédents angineux, doit inciter à la laparotomie exploratrice.

5.8. Insuffisance cardiaque -Ascite

L'ascite est un épanchement liquidien intra-abdominal. Elle nécessite l'association d'une hypertension portale et une rétention hydrosodée. Elle est souvent précédée d'un météorisme ou d'un ballonnement abdominal. Elle entraîne une augmentation du volume de l'abdomen.

METHODES - MATERIELS

METHODES-MATERIELS

. Lieu de travail:

Service de Cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré (H.G.T)

. Durée

Notre étude a duré 12 mois (décembre 95 à décembre 96)

. Patients

L'étude a porté sur tous les insuffisants cardiaques quels que soient leur provenance, leur âge, leur sexe, leur ethnie, leur profession et le degré de l'insuffisance cardiaque.

- Critères d'inclusion:

Ont été inclus dans le travail, tous les patients ayant une insuffisance cardiaque confirmée avec des manifestations digestives vus par un cardiologue et un gastro-entérologue.

- Critères d'exclusion:

Ils portaient sur les patients dont l'insuffisance cardiaque n'est pas confirmée et ceux qui n'ont pas été vus par le gastro-entérologue.

METHODES

-Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux pour préciser la date du constat des signes de l'insuffisance cardiaque et des manifestations digestives, et d'un examen clinique soigneux.

- Les examens paracliniques ont été :

- . la radiographie thoracique de face
- . l'électrocardiogramme
- . l'échocardiographie
- . l'échographie abdominale
- . l'endoscopie digestive
- . les examens biologiques: NFS+VS, azotémie, glycémie, créatinémie, transaminases, les selles P.O.K, taux d'albumine et de sucre dans les urines.

Ces données ont été colligées sur une fiche d'enquête (voir annexe).

RESULTATS

RESULTATS

Durant 12 mois, nous avons colligé 117 insuffisants cardiaques présentant des manifestations digestives sur une population totale de 875 insuffisants cardiaques, soit 13,37 %.

TABLEAU I: Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Nombre	%
Masculin	58	49,6
Féminin	59	50,4
Total	117	100

L'échantillon a montré une population à part presque égale de sexe masculin (49,6%) et de sexe féminin (50,4%)

TABLEAU II: Distribution des cas en fonction de l'âge et du sexe

Age	Masculin		Féminin		Totaux	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[10-20[ans	6	5,1	9	7,7	15	12,8
[20-30[ans	4	3,4	14	12	18	15,4
[30-40[ans	10	8,6	4	3,4	14	12
[40-50[ans	9	7,7	6	5,1	15	12,8
[50-60[ans	1	0,9	11	9,3	12	10,2
[60-70[ans	11	9,4	7	6	18	15,4
[70-80[ans	16	13,8	7	6	23	19,8
[80-90[ans	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Total	58	49,6	59	50,4	117	100

Un grand effectif d'insuffisants cardiaques avec des manifestations digestives a été trouvé dans la tranche d'âge 70-80 ans soit 19,8%.

TABLEAU III: Distribution du type de manifestations digestives .

Type de manifestation digestive	Effectif	%
Ballonnement	62	23,1
Hépatomégalie	60	22,3
Constipation	48	18
Nausée - vomissement	28	10,4
Tension douloureuse de l'abdomen	27	10
Diarrhée	13	5
Anorexie	10	4
Hépto-splénomégalie	7	2,5
Hépatomégalie + ascite	6	2,2
Hépto-splénomégalie + ascite	3	1,1
Indigestion	2	0,7
Hoquet	2	0,7
Total	268*	100

Nous avons noté la prédominance de l'hépatomégalie 28,1% et du ballonnement 23,1%.

* une personne pouvait présenter plusieurs manifestations digestives.

TABLEAU IV: Classification des insuffisances cardiaques.

	Nombre	%
ICG	67	57,3
IVG isolée	45	38,4
IVD isolée	5	4,3
Total	117	100

Nous avons noté l'insuffisance cardiaque globale dans 57,3 % des cas.

TABLEAU V: Distribution du type de manifestations digestives en fonction du type d'insuffisance cardiaque

Manifestations digestives	Types I.C.			Total
	ICG	IVG	IVD	
Ballonnement	48	10	4	62
Hépatomégalie	59	-	1	60
Constipation	23	24	1	48
Nausée-vomissement	10	18	-	28
Tension douloureuse de l'abdomen	19	8	-	27
Diarrhée	8	5	-	13
Anorexie	6	4	-	10
Hépto-splénomégalie	6	-	1	7
Hépatomégalie + ascite	5	-	1	6
Hépto + Splénomégalie + Ascite	-	-	3	3
Indigestion	1	1	-	2
Hoquet	2	-	-	2
Fréquence	69,78	26,12	4,10	100
Total	187	70	11	268

Les manifestations digestives sont rencontrées dans tous les types d' IC.

L'IC globale avec 69,78% des cas est la plus pourvoyeuse de manifestations digestives

TABLEAU VI: Classification des étiologies de l'insuffisance cardiaque en fonction de l'âge

Age	Etiologies					Total
	Cardiomyo- -pathie	Valvulo- pathie	HTA	Anémie	Cardiopathie congénitale	
[10-20[ans	2	9	-	2	2	15
[20-30[ans	9	6	-	3	-	18
[30-40[ans	7	3	4	-	-	14
[40-50[ans	15	-	-	-	-	15
[50-60[ans	11	-	1	-	-	12
[60-70 [ans	16	-	2	-	-	18
[70-80[ans	22	-	1	-	-	23
[80-90 [ans	2	-	-	-	-	2
Fréquence	71,8	15,4	6,8	4,3	1,7	100
Total	84	18	8	5	2	117

Ce tableau nous a permis de constater la diversité étiologique de l'insuffisance cardiaque. Cependant la cardiomyopathie représente à elle seule 71,8% des causes d'insuffisance cardiaque.

TABLEAU VII: Distribution du type des manifestations digestives en fonction de l'étiologie de l'insuffisance cardiaque

Manifestations digestives	Etiologies					Total
	Cardiomyopathie	Valvulopathie	HTA	Anémie	Cardiopathie congénitale	
Ballonnement	55	1	1	4	1	62
Hépatomégalie	60	-	-	-	-	60
Constipation	32	8	5	2	1	48
Nausée-vomissement	13	9	3	1	2	28
Tension douloureuse de l'abdomen	22	3	2	-	-	27
Diarrhée	11	2	-	-	-	13
Anorexie	4	4	-	2	-	10
Hépatosplénomégalie	5	-	-	2	-	7
Hépatomégalie + ascite	5	1	-	-	-	6
Hépatosplénomégalie+Ascite	3	-	-	-	-	3
Indigestion	2	-	-	-	-	2
Hoquet	2	-	-	-	-	2
Fréquence	79,8	10,5	4,1	4,1	1,5	100
Total	214	28	11	11	4	268

Sur ce tableau nous avons colligé une fréquence plus élevée des manifestations digestives au cours des cardiomyopathies. Cette étiologie représente 79,8% des cas .

TABLEAU VIII: Distribution du délai d'apparition des manifestations digestives avant la consultation en fonction de l'âge

Delai	[10-20[ans	[20-30[ans	[30-40[ans	[40-50[ans	[50-60[ans	[60-70[ans	[70-80[ans	[80-90[ans	Total
2 Semaines	-	-	-	5	2	2	5	1	15
1 mois	1	2	2	2	1	6	4	1	19
2	5	2	1	1	1	1	6	-	17
3	4	2	3	4	3	4	2	-	22
4	1	4	1	1	1	3	-	-	11
5	-	2	-	-	1	-	1	-	4
6	2	1	5	-	-	-	-	-	8
7	1	-	1	-	-	-	1	-	3
8	-	1	-	-	-	-	2	-	3
9	-	-	-	-	1	-	-	-	1
10	1	-	-	1	-	-	-	-	2
11	-	1	-	-	-	-	-	-	1
12	-	1	1	1	1	2	2	-	8
18	-	1	-	-	-	-	-	-	1
24	-	-	-	-	1	-	-	-	1
36	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Total	15	18	14	15	12	18	23	2	117

Nous constatons, que plus l'âge avance, plus court est le délai d'apparition des manifestations digestives avant la consultation.

TABLEAU IX: Répartition de la période de constat des manifestations digestives par rapport à l'insuffisance cardiaque signalées à l' interrogatoire par nos patients

Période	Nombre	%
Avant le constat des signes de l'insuffisance cardiaque	50	42,5
En même temps que les signes de l'insuffisance cardiaque	32	27,4
Après le constat des signes de l'insuffisance cardiaque	35	30,1
Total	117	100

Nous avons noté que les manifestations digestives avant le constat de l'insuffisance cardiaque sont retrouvées chez 50 personnes soit 42,5% .

TABLEAU X: Distribution du délai de constat des manifestations digestives par rapport à l'insuffisance cardiaque en fonction de l'âge

Delai	[10-20[ans	[20-30[ans	[30-40[ans	[40-50[ans	[50-60[ans	[60-70[ans	[70-80[ans	[80-90[ans	Total
24	-	-	-	-	1	-	-	-	1
12	-	-	-	2	-	-	-	-	2
11	-	-	-	1	-	-	1	-	2
10	-	1	-	-	1	-	-	-	2
9	1	-	-	1	-	-	-	-	2
8	-	1	-	-	1	-	-	-	2
6	1	-	2	1	-	-	-	-	4
5 mois	1	-	2	-	-	-	-	-	3
4 mois avant	-	1	1	-	-	-	-	-	2
3 mois avant	2	1	1	-	-	1	-	-	5
2 mois avant	2	4	3	3	-	1	1	-	14
1 mois avant	6	1	1	-	-	1	-	-	9
2 semaines	1	-	1	-	-	-	-	-	2
EMT IC	1	9	3	7	5	6	1	-	32
1 mois après	-	-	-	-	1	2	3	-	6
2	-	-	-	-	1	2	1	-	4
3	-	-	-	-	-	2	3	-	5
4	-	-	-	-	1	-	3	-	4
5	-	-	-	-	-	1	-	-	1
6	-	-	-	-	-	-	1	-	1
7	-	-	-	-	1	1	2	1	5
8	-	-	-	-	-	-	1	-	1
9	-	-	-	-	-	1	4	1	6
10	-	-	-	-	-	-	1	-	1
11 mois après	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Total	15	18	14	15	12	18	23	2	117

Sur ce tableau, 43 personnes sur 50 âgées de moins de 50 ans, observaient les manifestations digestives avant l'insuffisance cardiaque.

TABLEAU XI: Distribution des cas en fonction des antécédents gastro-entérologiques avant le constat des signes de l'insuffisance cardiaque.

Antécédent gastroentérologique	Nombre	%
Syndrome ulcéreux	6	5,1
Colopathie fonctionnelle	17	14,5
Sans ATCD gastro-entérologie	94	80,4
Total	117	100

L'Antécédent de colopathie fonctionnelle a été surtout remarquable, alors que 80,4% des patients n'ont aucun antécédent.

TABLEAU XII : Répartition des IC avec des manifestations digestives en fonction de leur origine

Origine	Nombre	Fréquence
Médecine générale	78	66,6
Personnelle	30	25,7
Gastro-entérologie	9	7,7
Total	117	100

On constate que 66,6% des cas viennent de la médecine générale.

Tableau XIII: Classification des manifestations digestives en fonction de l'évolution des insuffisances cardiaques.

Evolution	Nombre	%
Régression	98	83,8
Stationnaire	19	16,2
Accentuation	0	0
Total	117	100

Nous avons noté une évolution régressive chez 98 patients soit 83,8%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre travail nous a permis de noter les manifestations digestives chez 117 des 875 patients atteints d'insuffisance cardiaque reçus par le service de cardiologie durant 12 mois, soit 13,33 %.

Les personnes âgées de 70 à 80 ans avec des manifestations digestives prédominaient dans l'échantillon soit 19,8%. Aucune notion de prédominance de manifestation digestive en fonction du sexe n'a été constatée.

Les manifestations digestives ont été signalées sous diverses formes.

L'hépatomégalie est retrouvée chez 28,1% des patients.

Le ballonnement chez 23,1% .

La constipation chez 18% des patients.

Nous constatons comme pour PIERRE et GODEAU [37], que l'hépatomégalie constitue le signe objectif le plus précoce et le plus démonstratif. Elle s'observe dans l'insuffisance cardiaque globale et l'IVD. Il s'agit d'une hépatomégalie douloureuse.

Cette hépatomégalie est un signe fonctionnel constant, le plus fréquent et le plus significatif. Elle est souvent précédée ou accompagnée de ballonnement intestinal voire nausée.

La splénomégalie a accompagné l'hépatomégalie chez 3,6% des cas.

DI-MATTEO et VACHERON [12] ont rapporté la splénomégalie chez 15% des patients.

P. BESSE [37] a constaté la splénomégalie chez 12 à 25% des patients qui ont un foie cardiaque.

La grande différence entre nos chiffres et ceux des auteurs suscités s'explique par la taille petite de notre échantillon et l'accès difficile à des examens complémentaires comme l'échographie abdominale, la scintigraphie qui permettent d'affirmer une splénomégalie non ou peu palpable, d'apprécier son volume.

Nous avons observé l'ascite chez 3,3% des patients, alors que J.P. BOURDARIAS [37] l'a rapporté chez 25% des patients.

La rareté de l'ascite au cours de notre étude est liée à un volume généralement peu abondant d'ascite pour être décelable cliniquement, à la taille de notre échantillon, au stade moins avancé de l'IVD, au manque de moyens pour faire pratiquer l'échographie abdominale dans le but de diagnostiquer des formes minimales et cloisonnées.

Il n'a été observé jusqu'à l'âge de 50 ans, aucune manifestation digestive après le constat des signes de l'IC. A partir de la cinquantaine la fréquence des manifestations digestives a commencé à diminuer pour ne plus s'observer avant et en même temps que le constat des signes de l'IC (tableau VIII).

Les manifestations digestives étaient absentes avec un délai de 2 semaines avant la consultation cardiologique dans une population âgée de 10 à 40 ans (Tableau VIII).

Dans cette population, 33 patients ont observé les manifestations digestives avant l'apparition des signes de l'IC.

Les 14 restants observaient tous les manifestations digestives en même temps que le constat des signes de l'IC.

Par contre, dans une population âgée de 70 à 90 ans, 22 cas sur 25, observaient ces manifestations digestives après le constat des signes de l'IC.

Ceci s'explique par l'activité physique des patients.

Les patients qui avaient une activité physique moins intense constataient de façon précoce les manifestations digestives par rapport à la consultation.

Mais il faut noter que ces patients consultaient tardivement dans le service de cardiologie par rapport au moment du constat des signes de l'IC retrouvés à l'interrogatoire. La consultation cardiologique était relativement précoce pour les patients ayant une activité physique intense.

La fréquence des manifestations digestives était très élevée dans 69,78% des cas au cours de l'IC globale.

Les manifestations digestives ont atteint 26,12% des cas, chez les insuffisants cardiaques gauches.

On remarque ainsi, que la fréquence des manifestations digestives croît avec le degré de l'insuffisance cardiaque.

La cardiomyopathie a été la seule pathologie cardio-vasculaire observée à tout âge chez 84 patients soit 71,8%. Cette étiologie représente 79,85% des cas.

La consultation cardiologique a été demandée dans 66,6% des cas, par les médecins généralistes. L'interrogatoire bien mené chez ces patients retrouvait une notion de manifestation digestive déjà traitée sans succès et ayant motivé une consultation.

Ce taux élevé des malades provenant de la médecine générale s'explique en partie par l'ignorance des signes de l'IC par les patients.

En effet, les patients faisaient le constat de certains signes étranges associés à des manifestations digestives. Par ignorance ils consultaient d'abord la médecine générale dont l'accès est facile.

La méconnaissance des signes de l'IC à son tout début par les médecins généralistes explique aussi ce taux élevé.

Les manifestations digestives étaient alors plus considérées à côté de ces signes et traitées en conséquence. L'IC était reconnue après l'apparition de ses signes majeurs (la dyspnée au moindre effort et / ou la douleur thoracique).

Ces faits expliquent aussi, le délai tardif de la consultation cardiologique.

Le service de gastro-entérologie a référé 7,7% des patients en cardiologie après le diagnostic de l'IC.

Ils consultaient pour épigastralgie, ballonnement, indigestion, ascite dans le service de gastro-entérologie.

Dans 30,1% des cas, les patients se plaignaient des manifestations digestives après le constat de signes cliniques de l'IC jusque là non traitée.

Ces patients étaient des personnes âgées de plus de 50 ans au nombre de 35 patients soit 29,91%. Ils ne négligeaient pas, mais ils ignoraient les signes de l'IC, et ils ont eu la difficulté de nous faire préciser sa date d'apparition.

Enfin l'évolution des manifestations digestives a été favorable chez 98 patients soit 83,8%. Elle est restée stationnaire chez 19 patients. Ces 19 patients avaient un mauvais état général à l'entrée, porteurs d'une IC réfractaire. Nous avons précocement constaté parmi eux le décès de 12 patients. Le traitement a échoué chez 7 patients pour non observance correcte du régime

et de la thérapeutique. Ils ont rapidement demandé la sortie pour raison financière. Après quelques rendez-vous, aucun d'entre eux n'habitait Bamako, leur trace a été perdue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

A l'issu de ce travail, nous avons atteint notre but, malgré l'accès difficile:

- à certains moyens d'exploration tant en cardiologie qu'en gastro-entérologie,
- à des informations plus larges sur les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque.

L'IC est considérée comme une maladie générale avec des perturbations hémodynamique et viscérale. La prise en charge de ces perturbations requiert une attention particulière du praticien, une meilleure connaissance de ses mécanismes et une bonne collaboration entre les différents services.

L'hépatomégalie est plus fréquemment signalée par 28,1 % des patients, ensuite on note le ballonnement chez 23,1 % des patients.

Le hoquet n'est présent que chez 0,7 % des patients.

Ces manifestations digestives ont été signalées à l'interrogatoire, par 30,1 % des patients ayant un âge supérieur ou égal à 50 ans, avant le constat des premiers signes de l'IC (la dyspnée et / ou la douleur thoracique).

Ceci s'explique par le fait que les patients ignoraient les signes de l'IC, ce qui explique aussi le taux élevé des malades venant de la médecine générale dans 66,6% des cas.

Ces manifestations digestives sont essentiellement des manifestations fonctionnelles régressant dans 83,8 % des cas, avec la bonne évolution de l'IC.

Ces manifestations existent à côté d'autres manifestations, il faut alors les rechercher par un interrogatoire minutieux, et par un examen clinique soigneux avec patience et méthode.

Ces manifestations ne sont pas obligatoirement en rapport avec une congestion hépatique, elles peuvent avoir d'autres causes comme la congestion intestinale, l'intoxication digitalique, les troubles hydro-électrolytiques.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude on doit:

- faire des études ultérieures, comparatives pour établir le lien de cause à effet entre les manifestations digestives et l'IC
- renforcer la collaboration entre le service de cardiologie et les autres services (gastroentérologie, médecine interne) dans la prise en charge de l'IC et toutes ses manifestations.
- demander la consultation gastroentérologique devant les manifestations digestives récurrentes.
- rechercher soigneusement les signes frustes de l'IC à côté des manifestations digestives en particulier chez les personnes âgées.
- éviter l'automédication
- poser l'indication d'une échocardiographie devant tout signe clinique d'insuffisance cardiaque même fruste associé ou non à des manifestations digestives. Cet examen peut être motivé par:
 - . la présence de signes fonctionnels discrets (dyspnée aux efforts importants) notamment en cas d'antécédents cardiaques (coronariens ou d'hypertension)
 - . la présence de signes d'appel à l'examen clinique (souffle cardiaque) ou l'existence d'un diabète ou d'une H.T.A. mal contrôlée)
 - . la découverte d'une cardiomégalie radiologique ou d'anomalies électrocardiographiques (surcharge ventriculaire gauche)
- instaurer avec précaution un traitement gastro-entérologique symptomatique devant une défaillance cardiaque.

REFERENCES**1- Albo C.; Langlard J. M.**

La lettre du cardiologue.

In Myocardiopathies et insuffisance cardiaque.

205(Paris), 1993: 11-22.

2- Bertrand Ed.

In précis de pathologie cardiovasculaire tropicale.

Edit Sandoz , 1983, 175.

3- Bernades P.

Que faire devant des douleurs épigastriques chez l'adulte.

Edit Masson,(Paris), 1972, 97P.

4- Bariety M.; Bonniot R.

Sémiologie médicale

6èm Edit , Masson(Paris),1981: 555p.

5- Charmot G.; Lehenand F.; Guidicelli P.

La pathologie cardiovasculaire chez l'africain

Bull Méd Afr Occid Fr, 1993, 10 (227): 31p.

6- Conté M.

Pathologie médicale

Gastro-entérologie,

Flammarion(Paris) 4, 1980,2657:5- 201p.

7- Chevalier Th.; Mignon M.

Motricité de l'estomac et de l'intestin grêle.

EMC estomac-instestin, 9000A20, 10, 1988: 6p.

8- Cohn J.N.

Overview of pathophysiology of clinical heart failure in congestive heart failure

Hosenpud and Greenberg Ed. Springer Verlag 1994 P: 11-15

9- Cohen A. Solal

La lettre du cardiologue.

198 (Paris), 1993: 15-40.

In insuffisance cardiaque

10- Cenac A.; Perlemuter L.

Cardiopathies III

Edit Masson (Paris), 1972.

11- Carré A.

Révision accélérée en cardiologie

Maloine (Paris), 1984: 372p.

12- Di Matteo J.; Vacheron A.

Cardiologie.

Eexpansion scientifique française.

(Paris) 1983, 660: 235-544.

13- François A. Guittard Ph.

L'Essentiel Médical de Poche

Edit Marketing Ellipses (Paris), 1990, 1211.

In cardiologie : 13-92.

In Gastro-entérologie:205-318

14- Fouet P.

Gastro-entérologie.

Edit Masson.(Paris), 1974, 367: 67-79.

15- Fouet P.

Gastro-entérologie.

2^{ème} Edit Masson (Paris), 1983, 335: 62-64.

16- Fattorusso V.; Ritter O.

Vademecum clinique du diagnostic au traitement.

13^{ème} Edit Masson (Paris), 1994, 902:12-200

17- Guerot C.; Besse P.; Hagège P.; Grenier O.

Traitement ambulatoire de l'insuffisance cardiaque chronique.

Annales de cardiologie et d'angéiologie, 1995, vol 44, N: 8: 465-468.

18- Gourgon R.

Hypertrophie ventriculaire gauche. Avantages et inconvénients.

Ann cardiol angeiol, Paris, 1986, 35: 607-615.

19- Gallet B.

Pathologie Médicale et Sociale Le troisième âge,

Abrégés Médicaux SANDOZ (Paris), 1993, 198

In Valvulopathies 21-26

20- Gentilini M.; Duflo B

Médecine tropicale.

Flammarion Médecine science (Paris), 1985, 681.

21- Hagège A.

La dysfonction ventriculaire gauche en 10 questions .

Etude Solvd « effet de l'Enalapril sur la mortalité et la morbidité des patients hypertendus ayant une dysfonction ventriculaire gauche ».

Rev lab Merck-Sharp & Dohme Chibret, 1995, 32: 1-9.

22- Hamburger J.

Traité de médecine.

Flammarion Médecine Sciences (Paris), 1981, 1: 1362.

23- Harrisson T. R.

Principe de médecine interne.

7ème Edit, Flammarion (Paris),1988: 2118.

* In Insuffisance cardiaque.

E. Braunwald

905-915.

* In Douleur thoracique et palpitation.

E. Braunwald

17-23

* In Douleur Abdominale.

W. Silen.

14-139

* In Oedème.

E. Braunwald .

149-153.

* In Indigestion.

L. S. Friedman K. J. Isselbacher.

171-173.

* In Constipation - Diarrhée, Troubles de la fonction ano-rectale.

S. E. Goldfinger.

177.

* In Augmentation du volume de l'abdomen et l'ascite.

R. M. Glickman K. J. Isselbacher.

188-190.

* In Généralités sur les cardiopathies.

E. Braunwald.

863-864.

* In Troubles de la fonction cardiaque.

E. Braunwald.

896-904.

24- Harrison T. R.

Principe de médecine interne

4ème Edit.

Flammarion Médecine (Paris), 1974, 1117.

* In Douleurs thoraciques.

E. Braunwald T. R.; Harrison.

25-31.

* In Douleur abdominale.

W. Silen.

31-35.

* In Dyspnée.

H. W. Fritts J. R.; H. M. Thomas.

173-177.

* In Anorexie, Nausées Vomissement.

K. J. Isselbacher; J. B. Shumaker.

219-222.

*In Constipation Diarrhée et perturbation de la fonction ano-rectale.

A. I. Mendeloff

222-223.

* In Infarctus du myocarde.

R. C. Pasternak ; E. Braunwald; J. S. Alpert.

982-992.

* In Myocardiopathies et myocardites.

J. Wynne ; E. Braunwald.

998-1004.

* In Affection du péricarde.

E. Braunwald.

1008-1014.

* In Hypertension artérielle.

G. H. Williams; E. Braunwald.

1024-1036.

* In Examen du malade porteur d'une affection gastro-intestinale.

K. J. Isselbacher; R. J. May.

1223-1225.

* In Endoscopie digestive.

F. E. Silverstein.

1225-1230.

25- Houdas Y.

Physiologie cardiovasculaire.

Edit Vigot (Paris), 1990, 365, 281-352/

26- Jian R.; Robert A.

Troubles de la vidange gastrique.

Edit Tech, EMC gastro-entérol, 9007H10, 1992: 8p.

27- Komajda M.; Grosgeant Y.

Myocardiopathies.

Edit hyper insuf card. INSERM (Paris) 1990:505-22.

28- Lablanche J. M.; Bertran M. E.

Infarctus du myocarde - Complication évolution pronostic.

EMC, Coeur vaisseaux, 1997, 110: 30p.

29- Libeskind M.

Pathologie Médicale et Sociale Le troisième âge

Abregés médicaux, Sandoz (Paris) 1975, 190

In Gastro-entérologie

Affection digestive par insuffisance circulatoire intestinale:76-77

30- Mathé G.; Richet G.

Sémiologie médicale

4ème Edit Flammarion (Paris), 1981: 1057

* In Insuffisance cardiaque.

P. Vernant ; C. Gaudeau.

516-250.

* In Cardiomyopathies.

P. Vernant; C. Gaudeau.

558-561.

* In signes fonctionnels en pathologie digestive.

J. P. Hardouin ; J. P. Vincent.

603-620.

31-Mazer . A ; Sankalé . M

Guide de médecine en Afrique et Océan Indien

Edit EDICEF(Paris)1988;639:240-350

32- Moreau P.; Garbarg S.

. Pathologie médicale et sociale. Le troisième âge

Abrégés médicaux Sandoz (Paris) 1975, 190.

Appareil cardiovasculaire :12-13

33- Mignon M.

Gastro-entérologie.

Ellipses (Paris), 1992: 403p.

34-- Obraska P.; Perlemuter L.; Quevauvilliers J.

Médecine.

2ème Edit Masson & Cie (Paris), 1974: 457p.

35- Pequinot H.

Pathologie Médicale.

2ème Edit Masson (Paris), 1979: 1713.

* In Insuffisance cardiaque.

P. G. Hugenholtz ; J. Beaune.

779-790.

* In Traitement de l'insuffisance cardiaque.

B. Letac.

790-792.

* In Constipation.

J. Soullard.

1171.

36- Pene P.; Bertrand Ed.

Pathologie médicale générale en Afrique .

Edit Doin (Paris), 1972, 119.

* In Pathologie cardiovasculaire et pathologie rénale.

3-67.

37- Pierre S. H.; Godeau J. Ch.

Traité de médecine .

2ème Edit, 1 Flammarion (Paris), 1987, 1784.

* In Signes fonctionnels cardiaques.

J. P. Bourdarias.

550p.

* In Palpitation .

J. P. Bourdarias.

550-551.

* In Douleurs thoraciques.

J. P. Bourdarias.

551-559.

* In Dyspnée.

A. Margairia.

566-567.

* In Insuffisance cardiaque.

P. Besse.

615-632.

* In Foie cardiaque.

J. P. Bourdarias.

632-634.

* In Douleurs abdominales.

M. Bouvry.

1623.

* In Hoquet.

M. Bouvry.

1624.

* In Nausées Vomissement

M. Bouvry.

1625.

* In Flatulences, dyspepsies.

M. Bouvry.

1626.

* In constipation.

J. C. Rambaud.

1644-1647.

* In Anomalies motrices intestinales.

J. C. Rambaud.

1691-1699.

38- Rulliere R.

Abrégé de cardiologie.

Masson (Paris), 1987: 388p.

39- Thomas & coll.

Cardiologie.

Collection universités francophones (Paris), 1994: 464p.

40- Vitaux J.

Gastro-entérologie fox 24.

Maloine (Paris), 1983: 186p.

41-ZERBIB . F

Les Douleurs fonctionnelles: digestives

Houde Magazine Medical, Paris, 29Decem 1996: 21

ANNEXES

- A.S.P. []
- Lavement baryté []
- Echographie []

5. Examens biologiques

- N.F.S. []
- V.S. []
- Azotémie []
- Glycémie []
- Transaminases []
- Créatinémie []

Etiologie de l'I.C.

- H.T.A. []
- Valvulopathie []
- Péricardite []
- Cardiopathie congénitale []
- Anémies []
- Cardiomyopathie []

Etiologie du trouble digestif

- Ulcère []
- I.C. []
- Colopathie []

Le malade a-t-il été traité en

- Cardio []
- Gastro []

Quels sont les médicaments utilisés?

A) Cardio

- Digitaliques []
- Diurétiques []
- R.H.S. []
- β -Bloquants []
- Antagonistes calciques []
- Vasodilatateurs []
- Anti Hypertenseurs centraux []
- I.E.C. []

B) Gastro

- Anti-ulcéreux []
- Antiparasitaires []
- Antibiotiques []
- Antispasmodiques []
- Laxatifs []
- Désinfectants intestinaux []
- Antilithiasiques []

Evolution des manifestations digestives sous traitement

- Régression []
- Stationnaire []
- Accentuation []

ABREVIATIONS:

A.T.C.D.: Antécédent

C.I.V.: Communication inter-ventriculaire

E.C.G.: Electro-cardiogramme

E.M.T.: en même temps que

F= Féminin

H.A.D.: Hypertrophie auriculaire droite

H.T.A.: Hypertension artérielle

H.V.D.: Hypertrophie ventriculaire droite

H.V.G.: Hypertrophie ventriculaire gauche

I.A.: Insuffisance aortique

I.C.: Insuffisance cardiaque

IEC: inhibiteurs de l'enzyme de conversion

I.M.: Insuffisance mitrale

M: Masculin

M.M.: Maladie mitrale

NFS: numération formule sanguine

O₂: Oxygène

O.M.I.: Oedème des membres inférieurs

Pers.: Personnes

P.O.K: parasites oeuf kyste

R.A.: Rétrécissement aortique

VS: vitesse de sédimentation

V.D.: Ventricule droit

V.G.: Ventricule gauche

FICHE SIGNALITIQUE

NOM: DOUMBIA

Prénoms: Aboubacar Sidiki

TITRE DE LA THESE: Manifestations digestives chez les insuffisants cardiaques à l'Hôpital Gabriel Touré

ANNEE DE THESE: 1996-1997

VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU de DEPOT: BIBLIOTHEQUE Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEUR D'INTERET: Cardiologie

Résumé:

L'insuffisance cardiaque est une maladie générale, rencontrée fréquemment dans le service de cardiologie .

L'étude réalisée sur les manifestations digestives chez les insuffisants cardiaques, montre que ces manifestations digestives touchent 13,37 % des insuffisants cardiaques.

Elles se résument par des hépatomégalies chez 28,1 % des patients. Ce foie cardiaque est accompagné de ballonnement chez 23,1% des patients, des nausées et vomissements chez 10,4% des patients , de tension douloureuse de l'abdomen chez 10% des patients.

La fréquence des manifestations digestives croit avec le degré de l'insuffisance cardiaque. Les insuffisants cardiaques par ignorance des signes appartenants à l'insuffisance cardiaque consultaient de façon tardive le service de cardiologie.

Ceci explique le taux élevé des malades référés par la médecine générale soit 66,6%.

Les manifestations digestives sont rencontrées en même temps que le constat des signes de l'IC par 27,4% des patients.

Ces manifestations digestives sont essentiellement des manifestations fonctionnelles par insuffisance circulatoire au niveau périphérique.

Le traitement est symptomatique et l'évolution est régressive chez 83,8% des patients.

MOTS-CLES:

Insuffisance cardiaque-Manifestations digestives-Evolution-Fréquence-Degré.

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.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.