Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

TITRE

Les complications de la coronarographie et de l'angioplastie coronaire au CHU Mère-Enfant « Le Luxembourg »

MEMOIRE

Soutenu et présenté le 22 /01/2026 devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali (FMOS)

Par : Dr TOURE Nana Modibo

Pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées (DES) de cardiologie

Jury

Président : M. MENTA Ichaka, Professeur

Membres : M. SIDIBE Samba, Maitre de conférences

M. DOUMBIA Modibo, Maitre de recherche

Directeur : M. TOURE Mamadou, Maitre de conférences

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Je dédie ce travail :

A mon père Modibo TOURE, mon super héros, merci pour ton éducation, ton soutien sans faille et ton amour inconditionnel. Qu'Allah t'accorde une longue vie pleine de santé et de bonheur.

A ma défunte mère Diodo DIARRA, tu resteras toujours dans mon cœur, mes pensées et mes prières. Qu'Allah t'accorde le repos éternel dans le paradis Firdaws.

A ma sœur Sokonè Modibo TOURE, merci pour ton accompagnement, ta présence et ton aide au quotidien. Tu es une bénédiction.

A ma tante Korotimi DIARRA, mes frères, Aboubacar, Mabel, Diodo et Maïmouna, vous êtes la prunelle de mes yeux, ma source d'inspiration et de motivation au quotidien. Vous rendre fiers, faire votre bonheur est ce en quoi j'aspire et je serai toujours là pour vous.

A mon cher et tendre époux Dr SADAM Abdourahman Omar, merci de me soutenir et de m'encourager à donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances. Pour toujours et à jamais.

A ma fille Fathia Kenza SADAM ABDOURAHMAN, ma petite princesse d'amour, tu es ma lueur d'espoir, je ferai tout pour t'offrir le meilleur.

A mon oncle Mahamoud DIARRA et toutes sa famille, merci pour votre soutien et votre accompagnement.

A mon cher maitre Pr TOURE Mamadou, merci pour l'enseignement, la culture de l'excellence et du dépassement de soi.

A mes amies, Fatouma DEMBELE, Kadi COULIBALY, et **Safora DIABATE** merci pour tout.

A mes camarades Dr Fabrice ALAMINA et Dr Mady SOW, merci pour le soutien

REMERCIEMENTS :

A ALLAH SOUBHANAHU WA TA'ALA.

Le tout puissant, le très miséricordieux de m'avoir permis de voir ce jour,

Paix et salut sur notre bien aimé prophète Muhammad.

Ma profonde gratitude à tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail :

A tous mes chers maitres et enseignants, **Pr Menta** Ichaka, **Pr Coulibaly** Souleymane, **Pr Toure** Mamadou, **Pr Sonfo** Boubacar, **Pr Sidibé** Samba, **Pr Keita** Asmaou, **Pr Sangare** Ibrahim, **Pr Sako** Mariam, **Pr Camara** Youssouf, **Pr Konate** Massama, **Pr Ba** Hamidou, **Pr Thiam** A. Coumba, **Pr Diakité** Mamadou, merci pour l'encadrement rigoureux.

A toute l'équipe de la salle de KT du CHU Luxembourg, **Pr TOURE, Pr SIDIBE, Dr, TRAORE, Dr Sankaré, Dr Dicko, Dr DIALL, les infirmiers KODIO, BAGAYOGO, DAGAMAISSA et Yacouba,** merci pour l'hospitalité chaleureuse.

A mes collègues de **la promotion Pr Kassoum SANOGO** et à tous les DES de cardiologie du Mali.

A tout le personnel des services de cardiologie des CHU « Le Luxembourg », point G, Gabriel Touré et Kati.

Table des matières :

1. Introduction : 9
2. Objectifs : 10
3. Généralités : 12
4. Méthodologie : 17
5. Résultats : 21
6. Commentaires et discussion : 32
7. Conclusion : 38
8. Recommandations : 39
9. Références bibliographiques : 41
10. Annexes : 46
Fiche d'enquête 46
Iconographie : 50
Fiche signalétique : .....

Liste des figures :

Figure 1 : Répartition selon l'âge 21
Figure 2 : Répartition selon le sexe 21
Figure 3 : Répartition selon les indications de procédures 22
Figure 4 : Répartition selon le délai de prise en charge des STEMI 23
Figure 5 : Répartition selon les facteurs de risque cardiovasculaire 23
Figure 6 : Répartition selon les antécédents personnels 24
Figure 7 : Répartition selon l'examen physique à l'admission 24
Figure 8 : Répartition selon le type de procédure réalisée 26
Figure 10 : Répartition selon l'évolution clinique 30

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Répartition selon la profession 22
Tableau 2 : Répartition selon l'ECG d'admission 25
Tableau 3 : Répartition selon l'échocardiographie d'admission 25
Tableau 4 : Répartition selon les données angiographiques 26
Tableau 5 : Répartition selon l'angioplastie 27
Tableau 6 : Répartition selon la coronaire revascularisée par angioplastie 27
Tableau 7 : Répartition selon les caractéristiques des stents 28
Tableau 8 : Répartition selon les complications observées pendant et jusqu'à 1 mois après la procédure 29
Tableau 9 : Répartition selon la fonction rénale des patients ayant présenté une insuffisance rénale aigue 29
Tableau 10 : Répartition selon cause de décès et durée d'hospitalisation 30

Liste des abréviations :

AHA : American Heart Association
ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire
AIT : Accident Ischémique Transitoire
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BBG : Bloc de Branche Gauche
CD : Coronaire Droite
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CX : Circonflexe
DFG : Débit de Filtration Glomérulaire
ECG: Electrocardiogramme
ESC: European Society of Cardiology
ESV : Extrasystole Ventriculaire
ETT : Echocardiographie transthoracique
FEVG : Fraction d'Éjection du Ventricule Gauche
FV : Fibrillation Ventriculaire
HTA : Hypertension Artérielle
HVG : Hypertrophie Ventriculaire Gauche
IVA : Interventriculaire Antérieure
IVP : Interventriculaire Postérieure
NSTEMI : Non ST Elevation Myocardial Infarction
PAC : Pontage Aorto-coronarien
SCA : Syndrome Coronarien Aigu
SCA ST + : SCA avec sus-décalage persistant du ST
SCA ST - : SCA sans sus-décalage persistant du ST
SCC : Syndrome Coronarien Chronique
STEMI : ST Elevation Myocardial Infarction
TCG : Tronc Commun Gauche
TV : Tachycardie Ventriculaire
VD : Ventricule Droit
VG : Ventricule Gauche

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

La coronarographie et l'angioplastie coronaire percutanée ont révolutionné la prise en charge des maladies coronariennes en particulier le syndrome coronarien aigu (SCA), permettant ainsi de réduire leur morbi-mortalité (1). Toutefois, elles peuvent exposer à des risques et complications qui dépendent du profil du patient (âge avancé, insuffisance rénale, diabète non contrôlé…), de l'atteinte cardiaque sous-jacente, de l'étendue des lésions coronaires, ainsi que de l'expertise du praticien (2). Les complications sont également modulées par le type de la procédure, qu'il s'agisse de la coronarographie diagnostique ou de l'angioplastie coronaire. Ce sont entre autres, les complications du site de ponction (hématomes, syndrome de loge…), les réactions allergiques au produit de contraste, la dissection /perforation coronaire, la thrombose de stent, l'insuffisance rénale etc…(3).

L'incidence de ces complications d'après une revue exhaustive est de moins de 2% dans le monde (3).

En Afrique subsaharienne, les données relatives aux complications de la coronarographie et de l'angioplastie coronaire restent limitées malgré l'augmentation progressive des unités de cardiologie interventionnelle.

A Dakar, elles représentaient 1,9 % des angioplasties coronaires à la clinique de cardiologie de l'hôpital Aristide le DANTEC de Janvier 2021 à Juin 2022 (4).

Au Mali, il existe peu de données, d'où l'initiative du présent travail avec comme objectifs :

2. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Evaluer les complications liées à la coronarographie et à l'angioplastie coronaire au CHU Mère-Enfant Le Luxembourg.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des complications observées pendant / après la coronarographie et l'angioplastie coronaire.
- Décrire le profil sociodémographique et clinique des patients ayant présenté des complications.
- Identifier les facteurs associés à la survenue des complications
- Spécifier les types de complications observées.

GENERALITES

3. GENERALITES :

3.1. La coronarographie et l'angioplastie coronaire

3.1.1. Définitions : (5–7)

- **La coronarographie :**

C'est un examen invasif permettant de visualiser la lumière des artères coronaires par injection directe de produit de contraste dans les coronaires via un cathéter et une sonde. C'est la méthode de référence pour le diagnostic des affections coronariennes, en particulier le syndrome coronarien aigu (SCA).

- **L'angioplastie coronaire**, ou **intervention coronarienne percutanée :**

C'est une procédure thérapeutique visant à rétablir la perméabilité d'une artère coronaire sténosée ou occluse. Le principe repose sur la dilatation de la lésion à l'aide d'un ballonnet, suivie dans la plupart des cas de la mise en place d'une endoprothèse (stent) afin de maintenir l'artère ouverte.

- **L'angioplastie primaire :** réalisée dans les 12h suivant le début des symptômes et pouvant s'étendre jusqu'à 24 à 48h en cas de persistance de ceux-ci ou d'instabilité hémodynamique ou électrique sans utilisation préalable d'un traitement thrombolytique.
- **L'angioplastie de sauvetage :** réalisée après échec de la thrombolyse.
- **L'angioplastie ad hoc :** réalisée dans la foulée, en même temps que la coronarographie.
- **L'angioplastie programmée ou différée :** réalisée secondairement à la coronarographie, au cours d'une autre procédure.

3.1.2 Indications :(5,8,9)

- **Indications de la coronarographie**
  - SCA ST+ (STEMI)
  - SCA ST- (NSTEMI)
  - Syndrome coronarien chronique
  - Insuffisance cardiaque inexpliquée (FEVG <40%)

- Troubles du rythme cardiaque (TV ou FV)
- Bilan préopératoire avant chirurgie valvulaire chez des patients âgés de plus de 40 ans

➢ **Indications de l'angioplastie coronaire :**

Dans le STEMI, les **sociétés savantes internationales**, notamment l'**ESC** et l'**AHA**, recommandent l'angioplastie primaire dans un délai inférieur à 120 minutes après le premier contact médical.

Les autres indications de l'angioplastie incluent les syndromes coronariens sans sus-décalage du ST (NSTEMI) et les sténoses coronaires significatives, surtout symptomatiques.

3.1.3. Facteurs de risque de complications :(1,3,9)

- L'âge > 65 ans
- Le sexe féminin
- La dysfonction VG
- Le diabète
- L'insuffisance rénale
- La localisation et l'étendue de la lésion
- Le flux TIMI post-procédure
- Coronaire calcifiée
- La taille de l'introducteur
- Le traitement médicamenteux : patients anticoagulés, sous anti-GPIIbIIIa ou ayant bénéficié d'une thrombolyse

3.1.4. Complications : (2,3,9,10)

Malgré les progrès technologiques et l'expertise des opérateurs, la coronarographie et l'angioplastie comportent des complications. Elles peuvent être bénignes ou graves et engager le pronostic vital du patient.

3.1.4.1. Les complications immédiates :

- **L'hématome au point de ponction :** c'est la complication la plus fréquente, notamment lors de l'utilisation de la voie fémorale. Il peut parfois évoluer vers un faux anévrisme ou une fistule artérioveineuse.
- **Le pseudo ou faux-anévrisme :** c'est un hématome pulsatile en expansion communiquant avec la lumière du vaisseau. Le faux-anévrisme suppose une rupture des trois feuillets de l'artère.
- **La fistule artérioveineuse :** c'est une communication directe entre l'artère et la veine.
- **L'hématome rétropéritonéal :** il signifie la présence de sang dans l'espace rétropéritonéal. Associée à une ponction fémorale trop haute et une forte anticoagulation, son incidence reste faible.
- **La dissection coronaire :** liée à une déchirure de l'intima, elle est souvent due à un réseau artériel calcifié. Elle peut survenir lors du franchissement de la lésion par le guide ou le ballon, provoquant une interruption du flux sanguin et nécessitant souvent la mise en place d'un stent supplémentaire.
- **La rupture / perforation de l'artère coronaire :** c'est une complication plus rare, se manifeste par une extravasation du produit de contraste et peut conduire à une **tamponnade**.
- **Les allergies :** dans la majorité des cas au produit de contraste et rarement à la xylocaïne
- **Les troubles du rythme :** l'ESV liée au passage du cathéter dans le ventricule gauche, la FV souvent liée au cathétérisme de l'artère du cône dont la naissance se trouve en général juste après l'ostium de la coronaire droite.
- **L'arrêt cardiaque :** peut survenir par trouble du rythme ventriculaire ou ischémie aigue au cours de la procédure.

- **Les complications neurologiques :** l'AIT ou l'AVC ischémique liés à un embole dans le territoire carotidien ou vertébral en rapport avec un décrochage de plaque aortique ou un envoi d'un thrombus développé à partir du cathéter.
- **Le malaise vagal :** survient en per ou post procédure, d'où la surveillance+++ en salle de cathétérisme
- **La thrombose précoce de stent :** c'est une complication grave responsable d'infarctus du myocarde massif, voire de mort subite. Elle est dite précoce lorsqu'elle survient dans les 30 jours et subaiguë entre 1 et 12 mois.

3.1.4.2. Les complications tardives :

- **La resténose intra-stent :** c'est la réapparition d'une sténose significative au niveau d'un stent, généralement dans les 6 à 12 mois suivant l'intervention. Elle résulte d'une hyperplasie néo-intimale. Les stents actifs ont permis de réduire considérablement ce risque.
- **La thrombose tardive de stent** : elle survient au-delà d'un an, notamment en cas d'arrêt prématuré de la double antiagrégation plaquettaire.
- **L'insuffisance rénale post-contraste** : liée à la toxicité directe du produit de contraste sur le parenchyme rénal, surtout chez les patients âgés ou ayant une néphropathie préexistante.
- **L'infection du site de ponction :** c'est la plus rare d'entre toutes. Elle peut être liée à une répétition de ponction au même site, des introducteurs trop longtemps laissés en place ou une faible hygiène du patient. Mais la principale cause reste le non-respect des conditions d'asepsie.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE :

4.1. Type et lieu de l'étude

Il s'agissait d'une **étude transversale descriptive à collecte rétro et prospective**, menée dans l'unité de cardiologie interventionnelle du CHU Mère-Enfant Le Luxembourg de Bamako.

4.2. Période d'étude

Elle s'est déroulée sur une période de trois ans et sept mois, allant du **1er janvier 2022 au 31 juillet 2025**.

4.3. Population d'étude

L'ensemble des patients ayant bénéficié d'une coronarographie et/ou d'une angioplastie coronaire durant la période d'étude.

4.4. Critères d'inclusion

Les patients ayant présenté une complication suite à la coronarographie ou à l'angioplastie coronaire.

4.5. Critères de non-inclusion

Les patients n'ayant pas eu de complications.

4.6. Echantillonnage

L'échantillonnage était de type exhaustif, tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion pendant la période ont été inclus.

4.7. Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, des comptes rendus procéduraux, des registres du bloc de cathétérisme et portées sur une fiche d'enquête conçue sur Kobo Collect.

Les variables étudiées étaient :

- **Données sociodémographiques**
  - Âge
  - Sexe
  - Profession

- **Données cliniques**
  - Facteurs de risque cardio-vasculaire
  - Antécédents personnels et familiaux
  - Indication de la procédure
  - Présentation clinique
  - Les données ECG
  - Les données de l'échocardiographie
- **Données techniques et interventionnelles**
  - Type de procédure
  - Voie d'abord
  - Nombre et localisation des lésions coronaires
  - Nombre et type de stents posés
  - Taille du désilet
  - Dosimétrie (temps de scopie, dose rayons)
  - Volume de contraste
  - Résultats de l'angioplastie
- **Complications** : survenue pendant et jusqu'à 1 mois après la procédure
  - Hématome au point de ponction
  - Syndrome de loge
  - Réaction allergique au produit de contraste
  - Arrêt cardio-respiratoire
  - AVC
  - Dissection / Perforation coronaire
  - Insuffisance rénale aigue toxique (produit de contraste)
  - Thrombose précoce de stent
  - Infection au site de ponction
  - Autres
- **Evolution**

4.8. Saisie et analyse de données

Les données ont été saisies sur Microsoft 2016 (Word, Excel) et analysées sur SPSS version 26.

4.9. Considérations éthiques

- Autorisation obtenue auprès de la direction du CHU Mère-Enfant et de l'unité de cardiologie interventionnelle.
- Anonymisation des données des patients.

RESULTATS

5. RESULTATS :

Durant la période d'étude nous avons colligé **40 cas de complications** sur **1397 procédures** soit une fréquence de **2,9 %.**

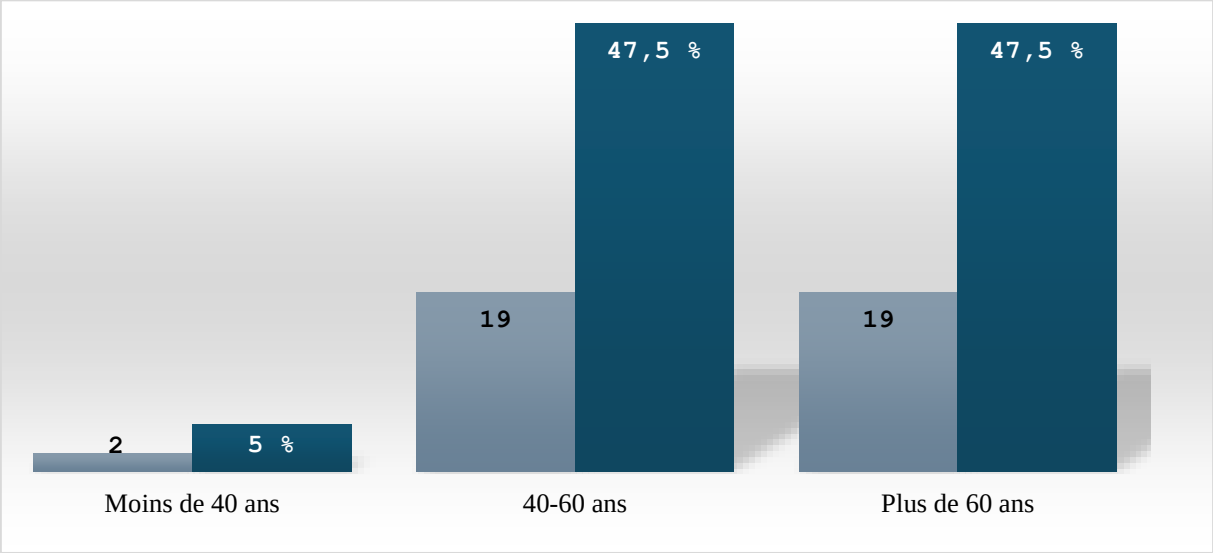


Figure 1 : Répartition selon l'âge

L'âge moyen des patients était de **59,93 ans (±11,51 ans**), avec des extrêmes de **34** et **88** ans.

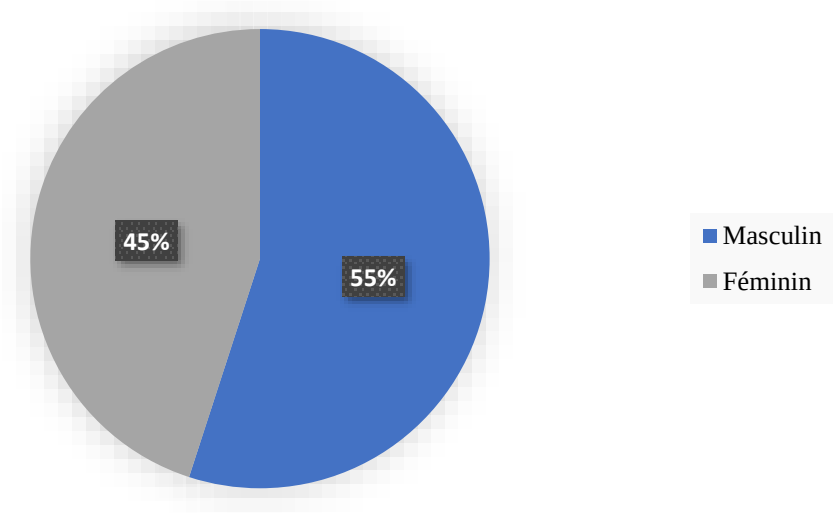


Figure 2 : Répartition selon le sexe

La prédominance était légèrement masculine à **55 %** avec un sex ratio de **1,22**.

Tableau 1 : Répartition selon la profession

Profession	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	14	35,0
Entrepreneur	6	15,0
Commerçant	6	15,0
Femme au foyer	5	12,5
Retraité	4	10,0
Cultivateur	4	10,0
Chauffeur	1	2,5
Total	40	100,0

La majorité de nos patients étaient des fonctionnaires avec **35 %**, suivis des commerçants et des entrepreneurs avec **15 %** chacun.

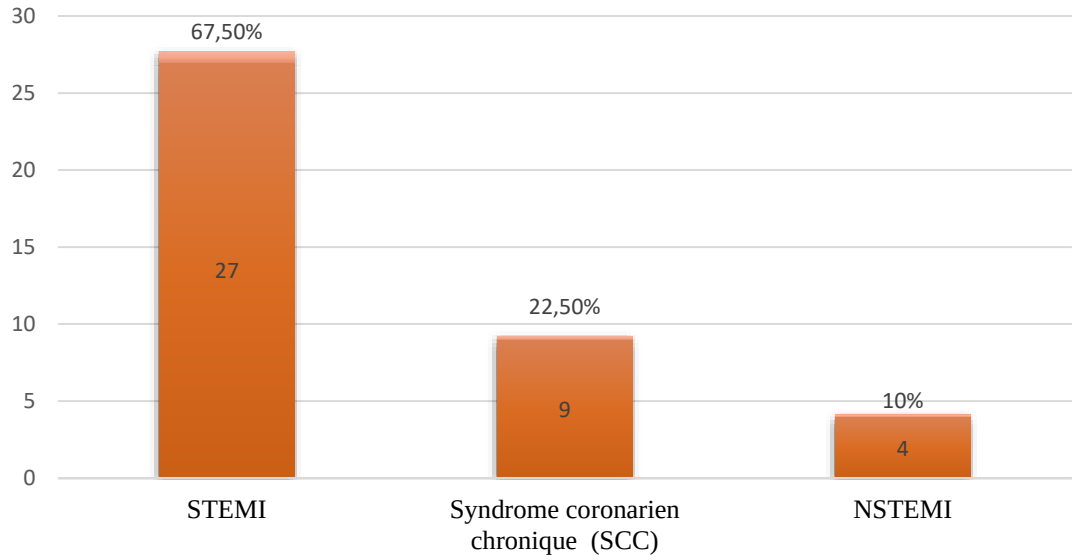


Figure 3 : Répartition selon les indications de procédure

Le STEMI était la principale indication soit **67,5 %**.

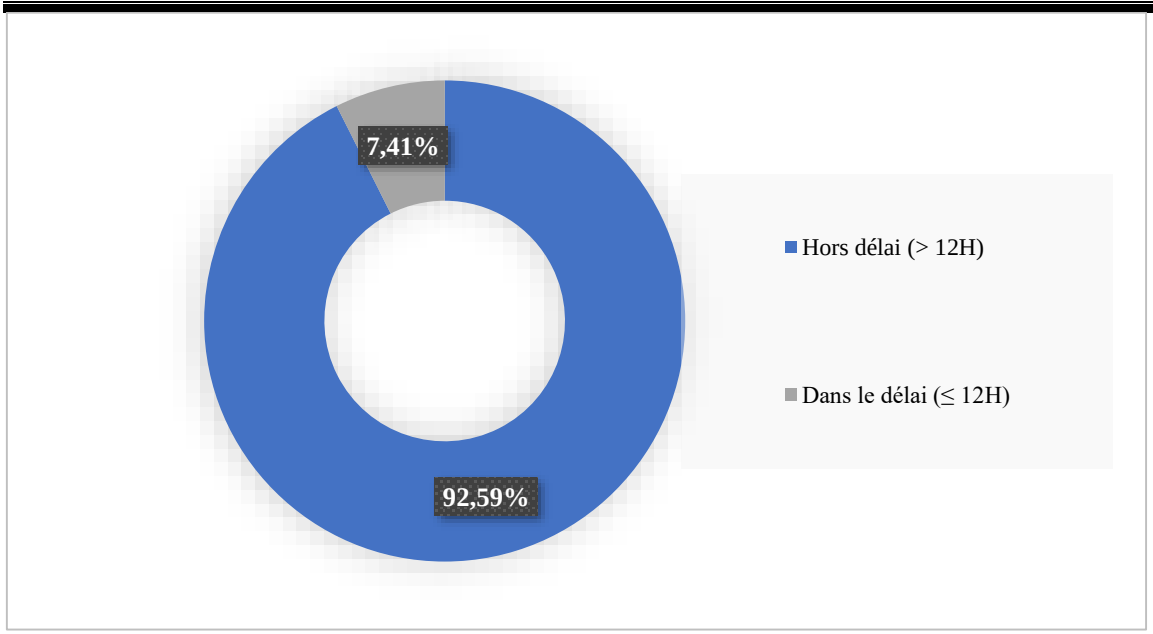


Figure 4 : Répartition selon le délai de prise en charge des STEMI

La prise en charge était majoritairement tardive avec **92,6 %** d'admission à plus de 12 heures.

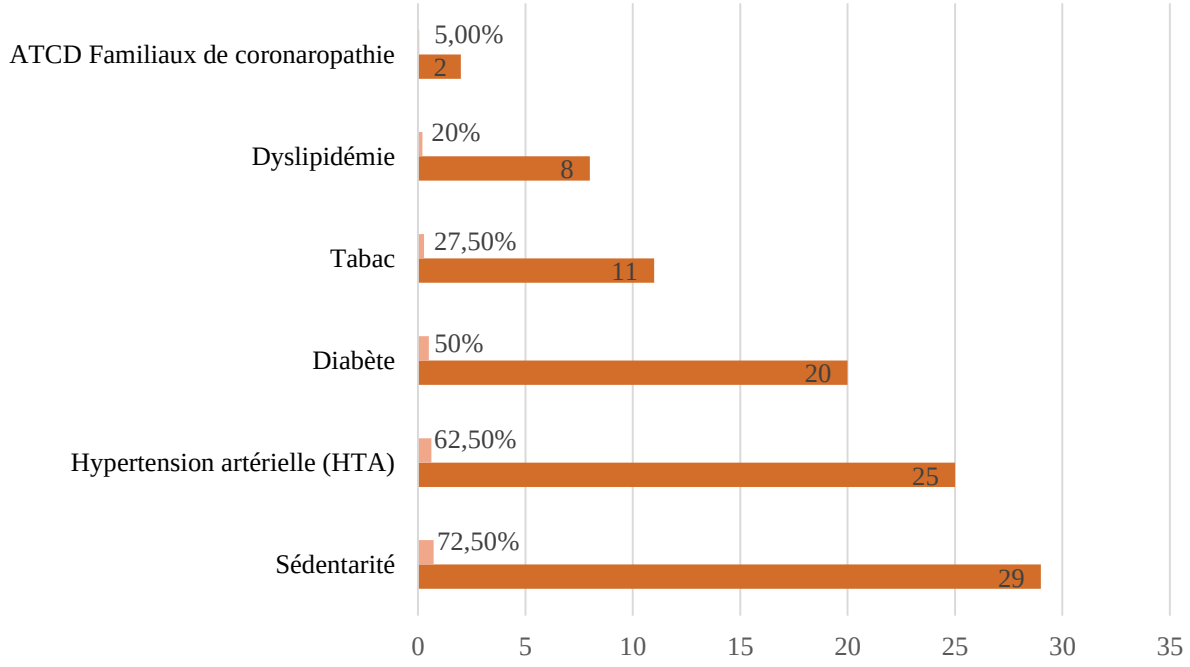


Figure 5 : Répartition selon les facteurs de risque cardiovasculaire

Les facteurs de risque cardiovasculaire classiques étaient dominés par l'HTA dans 62,5% des cas suivi du diabète avec 50%.

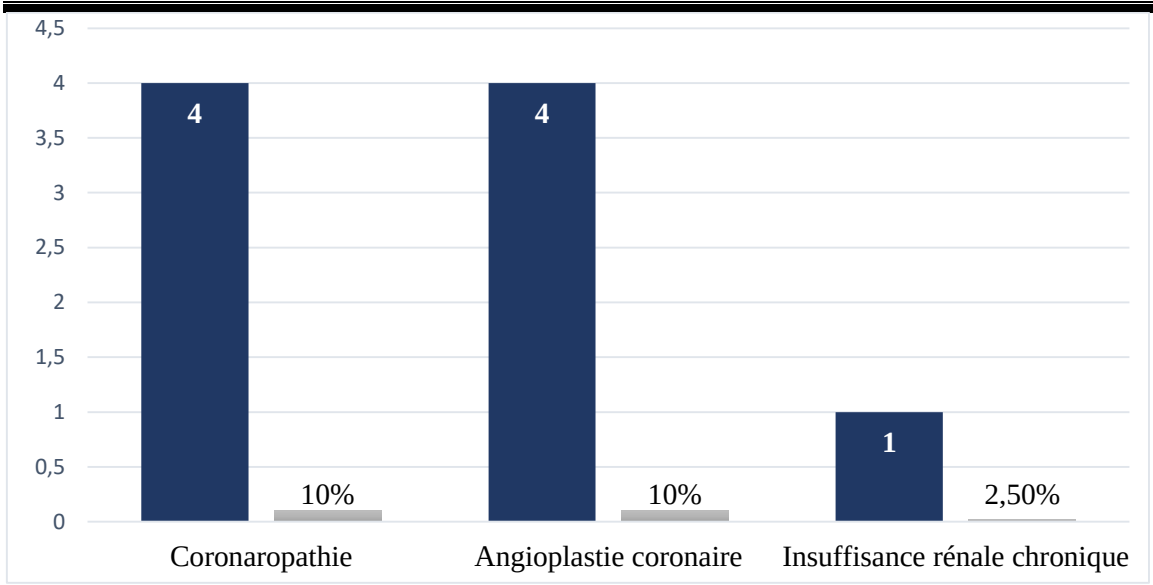


Figure 6 : Répartition selon les antécédents personnels

L'antécédent de coronaropathie avec pose de stent était retrouvé chez **10 %** des patients et l'insuffisance rénale chronique chez **2,5 %**.

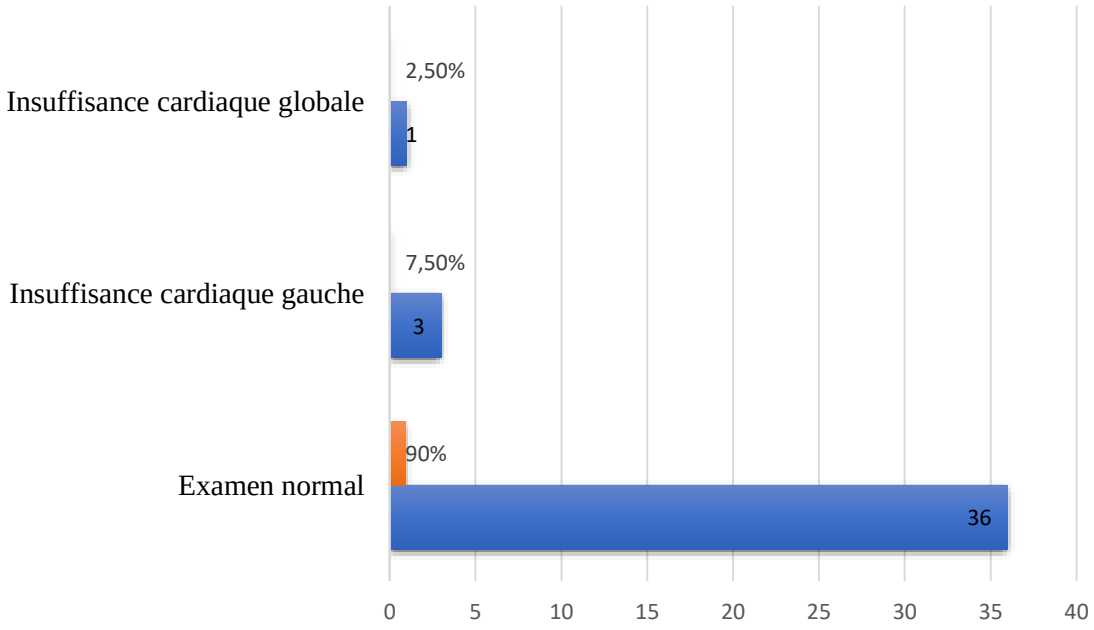


Figure 7 : Répartition selon l'examen physique à l'admission

La majorité des patients soit **90 %** avait un examen physique normal à l'admission et l'insuffisance cardiaque gauche isolée était constaté chez **7,5 %**.

Tableau 2 : Répartition selon l'ECG d'admission

ECG	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Rythme Sinusal	39	97,5
TV soutenue	1	2,5
ESV	1	2,5
BBG Complet	1	2,5
Ischémie sous épicardique	8	20
Lésion sous endocardique	21	52,5
Lésion sous épicardique	1	2,5
Ondes Q de nécrose	20	50

L'ECG inscrivait un **rythme sinusal** chez la quasi-totalité des patients soit **97,5 %.** Les troubles de conduction ou de rythme étaient rares avec un cas de **BBG**, un cas de **TV soutenue** et un cas **d'ESV trigéminées** soit **2,5 %** chacun.

Plus de la moitié des patients présentaient une lésion sous endocardique (**52,5%**) et la moitié avait des ondes Q de nécrose.

Tableau 3 : Répartition selon l'échocardiographie d'admission

ETT	Nombre (n=26)	Pourcentage (%)
Troubles de la cinétique segmentaire	20	76,9
FEVG Préservée (≥50%)	14	53,8
FEVG Modérément réduite (41-49%)	4	15,4
FEVG Réduite (≤40%)	8	30,8

A l'admission, 26 de nos patients avaient réalisé une échocardiographie et parmi eux **76,9%** avaient des troubles de la cinétique segmentaire. Une dysfonction du VG était présente chez **46,2% (**Modérément réduite chez **15,4%** et réduite chez **30,8%**).

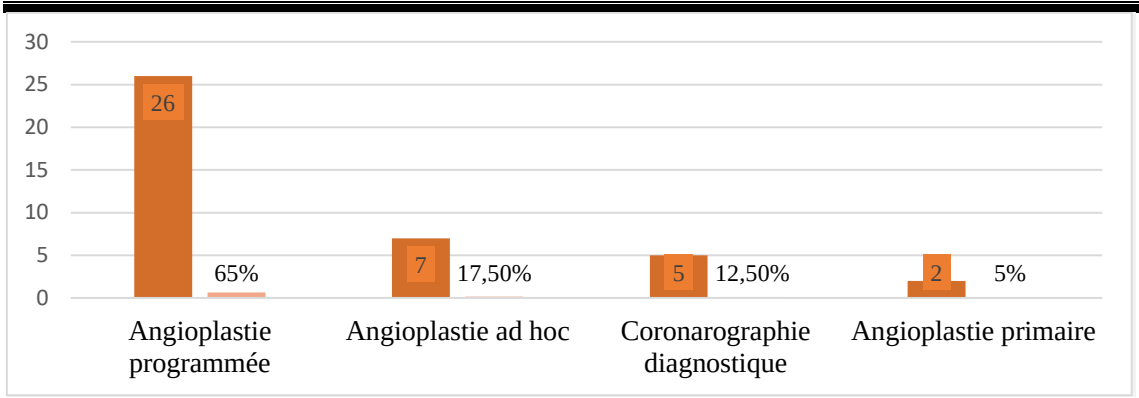


Figure 8 : Répartition selon le type de procédure réalisée

La majorité des patients (**35**) avaient bénéficié d'une angioplastie coronaire dont **26 programmées** (**65%**), **7 ad hoc** (**17,5%**) et **2 primaires** (**5%**). La **coronarographie diagnostique seule** a été réalisée chez **5 patients**, soit **12,5%**.

Tableau 4 : Répartition selon les données angiographiques

Données angiographiques	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Voie d'abord Radiale	34	85,0
Voie d'abord Fémorale	6	15,0
Désilet 6F	35	87.5
Désilet 5F	5	12,5
Lésion mono-tronculaire	13	32,5
Lésion bi-tronculaire	9	22,5
Lésion tri-tronculaire	18	45,0
	Moyenne	
Temps de scopie	25 minutes	
Dose rayon	926,03 mGray	
Volume produit de contraste	93,5 ml	

Le temps moyen de scopie était de **25 minutes**, avec une dose moyenne de rayons de **926,03 mGray** et un volume moyen de contraste de **93,5ml**.

La voie d'abord était principalement radiale et le désilet **6F** était le plus utilisé.

La totalité des patients avait des lésions coronaires dont **45 % tri-tronculaires**.

Tableau 5 : Répartition selon l'angioplastie

Angioplastie	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Prétraitement par Ticagrelor	35	100,0
Pose de stent	35	100,0
Pose de stent après prédilatation	30	85,7
Stenting direct	5	14,3
Succès de l'angioplastie	35	100,0
Angioplastie au ballon actif	4	11,4

La totalité des patients ayant bénéficié de l'angioplastie, ont reçu un prétraitement par Ticagrelor et toutes les angioplasties étaient avec pose de stent, dont la majorité (**85,7 %**) a été implantés après une prédilatation. Une angioplastie au ballon actif a été réalisée chez **4** patients en plus de la pose de stent et le résultat angiographique immédiat était bon dans **100 %** des cas.

Tableau 6 : Répartition selon la coronaire revascularisée par angioplastie

Coronaire revascularisée	Nombre (n)	Pourcentage (%)
IVA	23	65,7
CX	10	28,6
CD	7	20,6
Marginale	6	17,1
Bissectrice	4	11,4
TCG	1	2,9
Diagonale	1	2,9
IVP	1	2,9

L'**IVA** était la coronaire la plus révascularisée chez **65,7 %**, suivi de la **CX** et de la **CD** chez respectivement **28,6 %** et **20,6 %**.

Tableau 7 : Répartition selon les caractéristiques des stents

Caractéristiques des stents		Nombre (n)	Pourcentage (%)
Nombre de stent par patient	1	9	25,7
	2	14	40,0
	≥ 3	12	34,3
Type de stent	Actif	35	100,0
Longueur de stent ≥15 mm		35	100,0
Diamètre de stent < 3 mm		13	37,1
Diamètre de stent ≥ 3 mm		22	62,9

La majorité des patients ont bénéficié d'au moins 2 stents.

Les stents utilisés étaient actifs dans **100 %** des cas avec une longueur ≥15mm.

Tableau 8 : Répartition selon les complications observées pendant et jusqu'à 1 mois après la procédure

Complication	Nombre	Pourcentage (%)	Fréquence
Hématome au point de ponction	15	37,5	1,1
Arrêt cardio-respiratoire (ACR)	9	22,5	0,6
Insuffisance rénale aigue	5	12,5	0,4
Thrombose précoce de stent	3	7,5	0,2
Syndrome de loge	2	5	0,1
Dissection coronaire	2	5	0,1
Rupture/perforation coronaire	1	2,5	0,1
Tamponnade	1	2,5	0,1
Désertion de stent	1	2,5	0,1
AVC	1	2,5	0,1
Autres	0	0,0	0,0

Les complications étaient dominées par **l'hématome au point de ponction**. Les autres complications observées étaient rares avec moins de **1 %.** C'était les arrêts cardio-respiratoires dont plus de la moitié ont été récupérés (**55,6 %)**, l'insuffisance rénale aigue, la thrombose précoce de stent, le syndrome de loge, l'AVC, les complications mécaniques et la désertion de stent.

Tableau 9 : Répartition selon la fonction rénale des patients ayant présenté une insuffisance rénale aigue

Paramètres	Moyenne
Créatininémie avant (µmol/l)	90,96
Créatininémie après (µmol/l)	177,20
DFG avant (ml/min/1,73 m²)	85,00
DFG après (ml/min/1,73 m²)	38,77

On notait en moyenne un doublement de la créatininémie et une baisse marquée du débit de filtration glomérulaire **de 85 à 39 ml/min**.

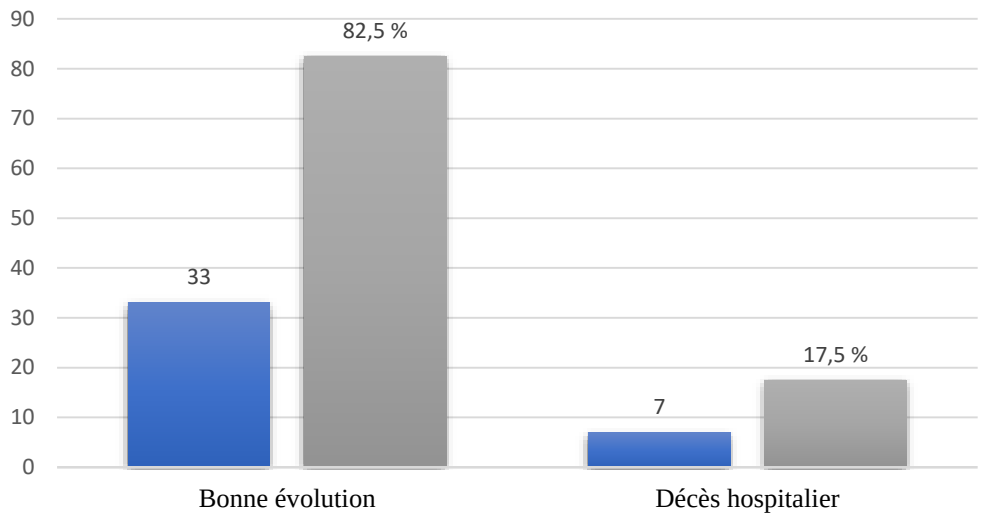


Figure 9 : Répartition selon l'évolution clinique

L'évolution était favorable chez la majorité de nos patients (**82,5 %**).

Tableau 10 : Répartition selon cause de décès et durée d'hospitalisation

Cause de décès	Nombre (n=7)	Pourcentage (%)
ACR non récupéré	4	57,1
Thrombose précoce de stent	2	28,6
Choc septique point de départ pulmonaire	1	14,3
Durée d'hospitalisation	**Moyenne**	
	4,72 jours	

Parmi les **7 décès** enregistrés, les **arrêts cardiaques non récupérés** représentaient **57,1 %**, les **resténoses précoces 28,6 %** et un patient est décédé de **choc septique à point de départ pulmonaire** soit **14,3 %.**

La durée moyenne d'hospitalisation était de **4 à 5 jours**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1. Fréquence :

Dans notre étude nous avons retrouvé une fréquence de complication de 2,9%. Ce taux montre que les complications de l'angiographie coronaire sont rares au CHU-ME Le Luxembourg et qu'il y'a une bonne maitrise des techniques. Il est légèrement supérieur à celui de la littérature où il est de moins de 2% (3), mais reste comparable à celle-ci et la différence pourrait s'expliquer par la faible taille de notre échantillon(3).

6.2. Données sociodémographiques :

- **Age :**

Dans notre série, l'âge moyen était de 59,93 ± 11,51 ans et près de la moitié des patients (47,5 %) étaient âgés de plus de 60 ans. Cette répartition témoigne d'une population majoritairement d'âge mûr qui est un facteur de risque de survenue de complications d'intervention coronaire percutanée (1,3). A Dakar, l'âge moyen était de 58,6 ± 11,28 ans chez les patients ayant bénéficié d'une coronarographie et ou d'une angioplastie coronaire (4).

- **Sexe :**

Plus de la moitié de nos patients étaient de sexe masculin soit 55 % avec un sex ratio = 1,22. La prédominance masculine est légère dans notre étude mais plus marquée et fréquente dans la littérature sur les coronaropathies, souvent expliquée par une protection hormonale avant la ménopause, ainsi que la présentation clinique atypique chez les femmes (11). Cependant il y'a plus de risque de complication procédurale chez les femmes (3).

- **Profession :**

Les fonctionnaires étaient majoritaires avec 35%, suivis des commerçants et des entrepreneurs (10,0 %). Le statut professionnel ou socioéconomique peut influencer l'accès aux soins et le délai de l'intervention.

6.3. Indication de la coronarographie / angioplastie :

Dans notre série 31 patients soit près de 78 % étaient admis pour SCA, dont 67,5 % de STEMI et 10 % de NSTEMI.

Cela est en accord avec une série publiée après l'ouverture de la salle de cathétérisme à Bamako, ainsi qu'une autre publiée à Dakar où le SCA représentait le motif principal de coronarographie avec respectivement 59,8 % et 57,2% (4,12).

- **Délai de prise en charge des STEMI :**

Seulement 2 des patients STEMI (7,4%) étaient dans le délai pour une reperfusion optimale. Plusieurs études ont montré que le délai de prise en charge est fortement corrélé à la mortalité et à la récupération myocardique, plus le délai est long, plus le risque d'extension de la nécrose et de complications aigues augmentent (13–15). Ce taux élevé de prise en charge hors délai dans notre contexte peut s'expliquer par plusieurs facteurs : retard de la consultation par le malade, difficultés de diagnostic préhospitalier, absence ou faible couverture des services d'urgence et d'ambulances médicalisées, longues distances à parcourir, insuffisance de salle de cathétérisme et le coût élevé des procédures.

6.4. Données cliniques :

- **Facteurs de risque cardiovasculaire :**

Dans notre série les facteurs de risque dominants étaient la sédentarité (72,5 %) suivi de l'hypertension artérielle (62,5 %) et du diabète (50%). Ces constats montrent la prévalence élevée des facteurs de risque cardiovasculaire classiques, notamment l'HTA et le diabète, ainsi que leur rôle important dans la survenue d'évènement cardiovasculaire conformément à d'autres séries (16,17). Le diabète est également un facteur de risque de complication d'angioplastie coronaire (18).

- **Examen physique d'admission**

La majorité des patients soit **90 %** avait un examen physique normal à l'admission et l'insuffisance cardiaque gauche isolée était constaté chez **7,5 %**.

Cela témoigne de leur stabilité hémodynamique et est compatible avec plusieurs études où la majorité des patients arrivent sans signes francs d'insuffisance cardiaque(11,19).

- **ECG et ETT :**

La quasi-totalité des patients étaient en rythme sinusal (97,5 %**),** un seul cas de tachycardie ventriculaire a été constaté. Cela rejoint la littérature où les troubles du rythme majeurs restent des événements moins fréquents mais d'un impact pronostique important lorsqu'ils surviennent (19).

Parmi les patients ayant réalisé l'échocardiographie, La FEVG était préservée chez 53,8 % des patients et 46,2 % avaient une dysfonction du ventricule gauche (FEVG modérément réduite 15,4 % et réduite 30,8 %). La dysfonction ventriculaire gauche serait un facteur de mauvais pronostic et était fortement corrélé à la mortalité à 30 jours après une angioplastie coronaire, en particulier dans les cas de STEMI selon Mamans et al (20).

6.5. Données interventionnelles

- **Type de procédure :**

La majorité des patients soit 87,5 % avaient bénéficié d'une angioplastie dont 26 programmées, 7 ad hoc et 2 primaires. La coronarographie diagnostique seule avait été réalisée chez 5 patients, soit 12,5%.

La prédominance des procédures différées s'accorde avec d'autres observations (21,22). Cela peut s'expliquer dans notre série, par l'admission majoritairement hors délai, la stabilité clinique des patients, les contraintes logistiques et le coût élevé de l'angioplastie pour les patients à revenu faible.

- **Voie d'abord et taille du désilet :**

L'abord était principalement radial (85 %). Cette pratique est conforme aux recommandations actuelles qui préconisent de favoriser l'abord radial pour réduire les complications hémorragiques, la durée d'hospitalisation et améliorer le pronostic immédiat comparé au fémoral (23).

L'utilisation majoritaire de désilet 6F est due aux nombres élevés d'angioplastie et permet une bonne maniabilité des matériels (guide, ballon, stent etc…), mais plus le désilet est gros, plus il y'a de risque de complication au site de ponction (24,25).

- **Bilan lésionnel et coronaires revascularisées :**

La distribution des lésions coronaires était tri-tronculaires chez 45 %, bi-tronculaires chez 22,5 %, mono-tronculaires chez 32,5 % et l'IVA était la coronaire la plus revascularisée chez 65,7 %.

La présence élevée des atteintes pluri-tronculaires et l'atteinte antérieure dans notre série rend l'angioplastie complexe, exposant ainsi les patients à un risque accru de complications graves, en particulier chez les patients diabétiques et âgés (26,27).

- **Stent et résultat angiographique :**

La majorité des patients ont bénéficié d'au moins 2 stents, en cohérence avec le nombre élevé des atteintes pluri-tronculaires dans notre série. Tous les stents étaient actifs, conforme aux recommandations afin de réduire le risque de resténose intra-stent.

L'angioplastie a été réalisée avec succès chez 100% des patients qui en ont bénéficié, ce qui témoigne d'une très bonne maitrise des techniques d'approche.

6.6. Complications et évolution :

- **Complications :**

Dans notre série la complication la plus fréquente était l'hématome au point de ponction **(**1,1 %). Ceci concorde avec la littérature où l'incidence des hématomes au point de ponction après une angiographie coronaire varie de 0,3 % à 33 % (28–30).

Les autres complications observées étaient rares comme décrite dans la littérature(31–34).

- **Évolution :**

Malgré ces évènements la majorité des patients (33 soit 82,5%) ont évolué favorablement témoignant d'une bonne gestion des complications avec une prise en charge rapide, multidisciplinaire impliquant cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs et infirmiers.

Le taux de décès hospitaliers (7 patients soit 17,5 %) reste élevé par rapport à la littérature(3). Cette mortalité semble davantage liée au terrain ainsi qu'au retard de prise en charge qu'à la procédure réalisée et la différence avec la littérature pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION :

Au terme de notre étude, les résultats montrent qu'au CHU Mère-Enfant le Luxembourg, la coronarographie et l'angioplastie coronaire sont des procédures sûres, bien maîtrisées, même dans un contexte de ressources limitées. Les complications observées sont peu fréquentes, bénignes dans la majorité des cas et sont dominées par l'hématome au point de ponction. Les complications graves demeurent rares et semblent dans notre contexte, davantage liées au terrain (patients âgés avec de multiples facteurs de risque cardiovasculaire, des lésions coronaires étendues et une dysfonction ventriculaire gauche), ainsi qu'à la prise en charge tardive des patients, plutôt qu'à la procédure elle-même.

La gestion des complications passe par une pratique conforme aux recommandations, la surveillance rigoureuse des patients et une bonne collaboration multidisciplinaire.

8. RECOMMANDATIONS :

- **Au personnel soignant:**
  - Renforcer la prévention des complications mécaniques et hémorragiques, par le respect strict des protocoles d'accès vasculaire et de compression post-procédure.
  - Optimiser la surveillance des patients en per et post procédure.
  - Faire des formations continues sur les nouvelles techniques d'approche et sur la gestion des complications.
  - Améliorer la prise en charge des arrêts cardio-respiratoires à travers une meilleure formation du personnel à la réanimation cardio-pulmonaire et la disponibilité permanente d'un matériel adéquat.
  - Maintenir et améliorer la collaboration multidisciplinaire entre cardiologues, réanimateurs, néphrologues, chirurgiens cardiaques et paramédicaux pour une meilleure prise en charge des patients.
- **Aux autorités sanitaires:**
  - Ouvrir plus d'unités de cardiologie interventionnelle pour couvrir une majeure étendue territoriale afin de faciliter l'accessibilité géographique.
  - Prendre en charge les frais de procédures par l'assurance maladie obligatoire pour réduire le coût des soins.
  - Subventionner les actes de coronarographie et d'angioplastie.
- **A la population:**
  - Consulter rapidement devant toute douleur thoracique, afin d'éviter les prises en charge tardive.
  - Eviction et correction des facteurs de risque cardiovasculaires par l'adoption d'une bonne hygiène de vie et un suivi médical rigoureux.

REFERENCES

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Kimmel SE, Berlin JA, Hennessy S, Strom BL, Krone RJ, Laskey WK. Risk of major complications from coronary angioplasty performed immediately after diagnostic coronary angiography: results from the Registry of the Society for Cardiac Angiography and Interventions. J Am Coll Cardiol. juill 1997;30(1):193-200.

2. Bach R, Espinola-Klein C, Ozbek C, Jung F, Schieffer H. [Complications after coronary angiography and balloon dilatation]. Dtsch Med Wochenschr 1946. 19 nov 1993;118(46):1669-76.

3. Tavakol M, Ashraf S, Brener SJ. Risks and Complications of Coronary Angiography: A Comprehensive Review. Glob J Health Sci. 29 déc 2011;4(1):p65.

4. Traoré O. Bilan d'activité de coronarographie et d'angioplastie sur une période de dix-huit mois à la clinique de cardiologie de l'hôpital Aristide le DANTEC [Mémoire]. [Sénégal]: UCAD; 2022.

5. Gach O, Davin L, Lempereur M, Marechal P, Martinez C, Lancellotti P. [Diagnostic coronarography]. Rev Med Liege. Sup 2019;74(S1):S17-21.

6. Chhabra L, Siddiqui WJ. Angioplasty. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499894/

7. Diouf NG. Angioplastie coronaire à propos de 124 cas au service e cardiologie du centre hospitalo-universitaire de Fann [Mémoire]. [Sénégal]: UCAD; 2021.

8. Indications et contre-indications [Internet]. Cardio paramed. [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: https://www.cardio-paramed.com/coronagraphie/indications-et-contre-indications/

9. Cataldo P, Dauvergne C, Duarte M, Julio P, Méndez M, Pineda F, et al. Coronariografía en la práctica clínica: Actualización de sus indicaciones, complicaciones y contraindicaciones. Rev Médica Chile. nov 2024;152(8):889-900.

10. Complications [Internet]. Cardio paramed. [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: https://www.cardio-paramed.com/coronagraphie/complications/

11. Kassam N, Varwani M, Ngunga M, Jeilan M, Mabusi M, Orwa J, et al. Ten-year review of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) in Tanzania: a single center retrospective review. Pan Afr Med J. 2024;49:82.

12. H S, M T, M D, M K, O T, Aw T, et al. Bilan des Trois Premières Années de Pratique de la Coronarographie au Mali. Health Sci Dis [Internet]. 25 juin 2023 [cité 24 déc 2025];24(7). Disponible sur: https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4558

13. Ndaba L, Mutyaba A, Mpanya D, Tsabedze N. In-Hospital Mortality Outcomes of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Study from a Tertiary Academic Hospital in Johannesburg, South Africa. J Cardiovasc Dev Dis. 15 août 2023;10(8):348.

14. Di Domenicantonio R, Cappai G, Sciattella P, Belleudi V, Di Martino M, Agabiti N, et al. The Tradeoff between Travel Time from Home to Hospital and Door to Balloon Time in Determining Mortality among STEMI Patients Undergoing PCI. Taniyama Y, éditeur. PLOS ONE. 23 juin 2016;11(6):e0158336.

15. Hassan M, Ahmed S, Hassan M, Köprülü D. Door-to-Balloon Time and Mortality Among Patients Undergoing Primary PCI, Challenges and Experience from Somalia's Largest PCI Center. Int J Gen Med. janv 2024;Volume 17:237-44.

16. Bâ HO, Menta I, Camara Y, Sangaré I, Landouré G, Millogo GRC, et al. Cardiovascular Risk Factors (CVrf) in Rural and Urban Areas Mali: Data from the Step 2013 Survey. World J Cardiovasc Dis. 2018;08(01):35-47.

17. Sun LY, Lee EW, Zahra A, Park JH. Risk Factors of Cardiovascular Disease and Their Related Socio-Economical, Environmental and Health Behavioral Factors: Focused on Low-Middle Income Countries- A Narrative Review Article. Iran J Public Health. avr 2015;44(4):435-44.

18. Ahmad M, Mehta P, Reddivari AKR, Mungee S. Percutaneous Coronary Intervention. In: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556123/

19. Yao H, Ekou A, Hadéou A, N'Djessan JJ, Kouamé I, N'Guetta R. Medium and long-term follow-up after ST-segment elevation myocardial infarction in a sub-Saharan Africa population: a prospective cohort study. BMC Cardiovasc Disord. déc 2019;19(1):65.

20. Mamas MA, Anderson SG, O'Kane PD, Keavney B, Nolan J, Oldroyd KG, et al. Impact of left ventricular function in relation to procedural outcomes following percutaneous coronary intervention: insights from the British Cardiovascular Intervention Society. Eur Heart J. 14 nov 2014;35(43):3004-12.

21. Obi CF, Okeke CC, Onyema AU, Zubair A, Sharma S, Nwevo CO, et al. Percutaneous Coronary Intervention in Africa: A Systematic Review of Associated Outcomes. Cureus [Internet]. 22 juill 2025 [cité 24 déc 2025]; Disponible sur: https://www.cureus.com/articles/384468-percutaneous-coronary-intervention-in-africa-a-systematic-review-of-associated-outcomes

22. Toure M, Sankare H, Diarra BI, Dagnogo M, Doumbia M, Terra AW, et al. Percutaneous Coronary Intervention in Acute Coronary Syndromes at the Mother-Child University Hospital Luxembourg in Bamako. World J Cardiovasc Dis. 2024;14(04):288-94.

23. Bajraktari G, Rexhaj Z, Elezi S, Zhubi-Bakija F, Bajraktari A, Bytyçi I, et al. Radial Access for Coronary Angiography Carries Fewer Complications Compared with Femoral Access: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 17 mai 2021;10(10):2163.

24. Aminian A, Saito S, Takahashi A, Bernat I, Jobe RL, Kajiya T, et al. Impact of sheath size and hemostasis time on radial artery patency after transradial coronary angiography and intervention in Japanese and non-Japanese patients: A substudy from RAP and BEAT (Radial Artery Patency and Bleeding, Efficacy, Adverse evenT) randomized multicenter trial. Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv. 1 nov 2018;92(5):844-51.

25. Durst R, Lotan C, Nassar H, Gotsman M, Mor E, Varshitzki B, et al. Comparison of 4 and 6 French catheters for coronary angiography: real-world modeling. Isr Med Assoc J IMAJ. avr 2007;9(4):290-3.

26. Cho YK, Nam CW. Percutaneous coronary intervention in patients with multi-vessel coronary artery disease: a focus on physiology. Korean J Intern Med. sept 2018;33(5):851-9.

27. Stone GW, Généreux P, Harrington RA, White HD, Gibson CM, Steg PG, et al. Impact of lesion complexity on peri-procedural adverse events and the benefit of potent intravenous platelet adenosine diphosphate receptor inhibition after percutaneous coronary intervention: core laboratory analysis from 10 854 patients from the CHAMPION PHOENIX trial. Eur Heart J. 7 déc 2018;39(46):4112-21.

28. Mattea V, Salomon C, Menck N, Lauten P, Malur FM, Schade A, et al. Low rate of access site complications after transradial coronary catheterization: A prospective ultrasound study. Int J Cardiol Heart Vasc. mars 2017;14:46-52.

29. Patel T, Shah S, Sanghavi K, Pancholy S. Management of radial and brachial artery perforations during transradial procedures--a practical approach. J Invasive Cardiol. oct 2009;21(10):544-7.

30. Al Sadi AKA, Omeish AFY, Al-Zaru IM. Timing and predictors of femoral haematoma development after manual compression of femoral access sites. JPMA J Pak Med Assoc. août 2010;60(8):620-5.

31. Adamczyk M, Wasilewski J, Niedziela J, Rozentryt P, Gąsior M. Pericardial tamponade as a complication of invasive cardiac procedures: a review of the literature. Postepy W Kardiologii Interwencyjnej Adv Interv Cardiol. 2019;15(4):394-403.

32. Shimony A, Zahger D, Van Straten M, Shalev A, Gilutz H, Ilia R, et al. Incidence, risk factors, management and outcomes of coronary artery perforation during percutaneous coronary intervention. Am J Cardiol. 15 déc 2009;104(12):1674-7.

33. Wu MY, Lo WC, Wu YC, Lin TC, Lin CH, Wu MS, et al. The Incidence of Contrast-Induced Nephropathy and the Need of Dialysis in Patients Receiving Angiography: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Med. 27 avr 2022;9:862534.

34. Pelliccia F, Zimarino M, Niccoli G, Morrone D, De Luca G, Miraldi F, et al. In-stent restenosis after percutaneous coronary intervention: emerging knowledge on biological pathways. Eur Heart J Open. sept 2023;3(5):oead083.

ANNEXES

10. Annexes :

Fiche d'enquête

Période d'étude : 1er Janvier 2022 - 31 Juillet 2025
Centre : CHU Mère-Enfant Le Luxembourg - Service de cardiologie interventionnelle
Numéro de dossier patient : _____

I. Données sociodémographiques

Variable	Donnée
Âge (en années)	_____
Sexe	☐ Masculin ☐ Féminin
Profession	_____
Résidence (commune/quartier)	_____
Date de procédure	//_____

II. indication de la coronarographie/angioplastie

Indication	Cochez
STEMI	☐
NSTEMI	☐
Syndrome coronarien chronique (SCC)	☐
Autre (préciser) : _____	☐

| Si STEMI préciser le délai | ☐ dans le délai (≤ 12H) ☐ Hors délai (> 12H) |

III. Données cliniques

Facteurs de risque cardio-vasculaire	Oui	Non	Préciser si oui
Hypertension artérielle (HTA)	☐	☐	_____
Diabète	☐	☐	_____
Dyslipidémie	☐	☐	_____
Tabagisme	☐	☐	_____
Sédentarité	☐	☐	_____
Obésité (IMC > 30)	☐	☐	
Autres	☐	☐	_____

Antécédents personnels	Oui	Non	Préciser si oui
Antécédents cardiovasculaires	☐	☐	_____
Autres	☐	☐	_____
Chirurgie	☐	☐	_____

Antécédents familiaux	Oui	Non	Préciser si oui
Coronaropathie	☐	☐	_____
Mort subite	☐	☐	_____
Autres	☐	☐	_____

Présentation clinique a l'admission	Oui	Non	Préciser si oui
Examen normal	☐	☐	
Insuffisance cardiaque	☐	☐	
Autres	☐	☐	_____

ECG

Rythme

Sinusal ☐ Oui ☐ Non Électro-entrainé ☐ Oui ☐ Non

ACFA/Flutter ☐ Oui ☐ Non

Trouble de la conduction ou du rythme

BBG ☐ Oui ☐ Non BBD ☐ Oui ☐ Non

Si Oui ☐ Nouveau ☐ Déjà connu ☐ Date indéterminée

BAV3 ou BAV type 2 ☐Oui ☐ Non

TV ☐ Oui ☐ Non Si Oui ☐Soutenue ☐Non soutenue

Autre

……

Sus décalage ST / Onde Q

Sus-ST persistant ☐ Oui ☐ Non Ondes Q ☐ Oui ☐ Non

En l'absence de sus-ST

Sous décalage St ☐ Oui ☐ Non

Ondes T négatives ☐ Oui ☐ Non

Autre …….

Territoire ECG principal

☐ Antérieur ☐ Inferieur ☐ Latéral ☐ Autre

…….

ETT	Oui	Non	Cochez
Troubles de la cinétique segmentaire	☐	☐	
FEVG			☐Réduite ☐ Modérément réduite ☐Préservée

IV. Données interventionnelles

Donnée	Valeur
Type de procédure	☐ Coronarographie diagnostique ☐ Angioplastie primaire ☐ Angioplastie de sauvetage ☐ Angioplastie programmée ☐ Angioplastie Ad hoc Préciser coronaires_____
Si angioplastie	Prétraitement ☐ Oui ☐ Non si oui préciser ☐ Ticagrelor ☐ Prasugrel ☐ Clopidogrel
Voie d'abord	☐ Radiale ☐ Fémorale
Taille du Désilet	☐ 5F ☐ 6F ☐7F ☐ 8F
Nombre d'atteinte coronaire	☐ mono-tronculaire ☐ bi-tronculaire ☐ tri-tronculaire
Angioplastie avec stent	☐ Oui ☐ Non
Nombre de stents posés	_____
Type de stent	☐ Actif ☐ Nu
Mode d'implantation du stent	☐ Prédilatation ☐ Stenting direct
Diamètre des stents (mm)	☐ <3mm ☐ ≥3mm_____
Longueur des stents (mm)	☐ <15mm ☐ ≥15mm_____
Angioplastie au ballon actif	☐ Seule ☐ Au cours d'angioplastie avec stent
Temps de scopie (min)	_____ minutes
Dose rayon	_____ mGray
Volume contraste (ml)	_____ ml
Résultat de l'angioplastie	☐ Succès ☐ Echec

V. Complications

A. Immédiates (pendant ou dans les 24h suivant la procédure)

Cochez toutes les complications observées :

Complication	Oui	Non	Commentaires
Hématome au point de ponction	☐	☐	_____
Syndrome de loge	☐	☐	_____
Dissection coronaire	☐	☐	_____
Rupture/perforation coronaire	☐	☐	_____
Réaction allergique au produit de contraste	☐	☐	_____
ACR	☐	☐	_____
Tamponnade	☐	☐	_____
Désertion de stent	☐	☐	_____
AVC	☐	☐	_____
Choc cardiogénique post procédure	☐	☐	_____
Autres	☐	☐	_____

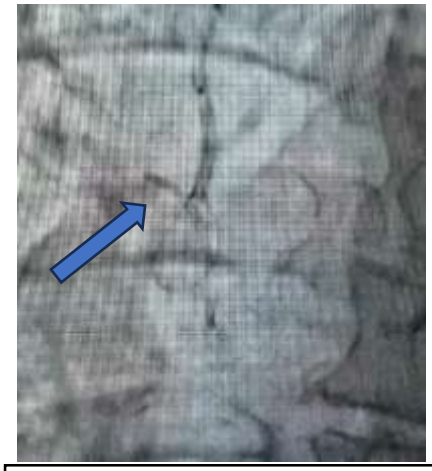
B. Tardives (jusqu'à J30 suivant la procédure)

Complication	Oui	Non	Commentaires
Insuffisance rénale aigue post contraste	☐	☐	Créatinine pré : _____ / post : _____ DFG pré : _____ / post : _____
Thrombose précoce de stent	☐	☐	_____
Infection au site de ponction	☐	☐	_____
Autres	☐	☐	_____

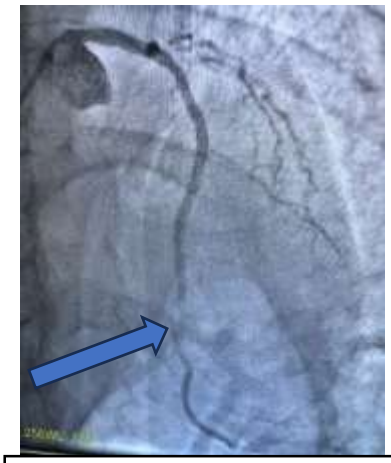
VI. Évolution

Évolution	Cochez
Favorable	☐
Décès hospitalier (précisez la cause)	☐ _____
Durée d'hospitalisation (jours)	_____ jours

Iconographie :



Stent déserté dans l'aorte



Dissection de l'IVA distale

Drainage péricardique de tamponnade

Aponévrotomie d'un syndrome de loge

Fiche signalétique

Nom et Prénom : TOURE Nana Modibo

Titre : Les complications de la coronarographie et de l'angioplastie coronaire au CHU Mère-Enfant Le Luxembourg

Année académique : 2024-2025

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Cardiologie

Adresse électronique : Nanettetoure96@gmail.com

Résumé :

La coronarographie et l'angioplastie coronaire percutanée ont révolutionné la prise en charge des maladies coronariennes réduisant ainsi leur morbi-mortalité. Toutefois, elles exposent à des risques et complications qui sont peu documentées en Afrique Subsaharienne, particulièrement au Mali.

Notre étude transversale, descriptive de 3ans et 7mois, au CHU Mère-Enfant le Luxembourg de Bamako avait pour but d'évaluer ces complications. Nous avons colligé 40 dossiers avec une fréquence de 2,9%. L'âge moyen était de 59,93 avec une légère prédominance masculine. La majorité des patients étaient admis pour SCA. Les facteurs de risque cardiovasculaire classiques étaient dominés par l'HTA (62,5 %) et le diabète (50 %). Plusieurs patients (46,2%) avaient une dysfonction systolique du VG. L'angioplastie coronaire percutanée était l'examen le plus réalisé (87,5 %), avec un abord principalement radial 6F. les atteintes pluri-tronculaires prédominaient et l'IVA était atteinte chez 65,7 %. Toutes les angioplasties ont été réalisées avec succès et pose de stents actifs dans 100% des cas. Les complications étaient dominées par l'hématome au point de ponction. Les autres complications rares observées étaient le syndrome de loge, l'ACR, l'AVC, les complications mécaniques, l'insuffisance rénale ainsi la thrombose de stent. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (82,5%) et nous avons noté 7 décès (17,5%).

La coronarographie et l'angioplastie coronaire restent des examens sûrs, maitrisés, avec un faible taux de complications, bénignes dans la majorité des cas. Les complications graves semblent dans notre contexte, davantage liées au terrain et à la prise en charge tardive des patients, plutôt qu'à la procédure elle-même.

Mots clés : coronarographie, angioplastie coronaire percutanée, SCA, CHU Mère-Enfant le Luxembourg, Bamako