

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But- Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2021 - 2022

N°...../

MÉMOIRE

D.E.S de Médecine Interne

**Aspects épidémiologiques, cliniques et
étiologiques des douleurs thoraciques non
traumatiques à la Polyclinique GUINDO**

Présenté et soutenu publiquement le 25 /04 / 2023 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Moussa SANGARÉ

Pour obtenir le Diplôme d'études spécialisées (D.E.S) en médecine interne

Jury

Président	: M. Aly GUINDO	Professeur honoraire
Membre	: M. Djibril SY	Maître de conférences
Directrice	: Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Professeur titulaire

Dédicace et remerciements

Dédicaces à ALLAH Soubhanahou Wa Taala

Au nom d'ALLAH le Tout MISÉRICORDIEUX, le très MISÉRICORDIEUX. Gloire et Pureté à TOI, pour m'avoir donné le courage, et la santé nécessaire pour mener à bien ce travail.

A mon père, Ce travail est le fruit de toutes les années de patience, d'effort et de sacrifices consentis à mon endroit, mais c'est aussi l'aboutissement pratique de tous tes conseils et réprimandes, dont j'avais besoin quand me guettaient le désespoir et l'abandon. Que ce modeste travail te donne réconfort et fierté.

A ma mère, Quels sacrifices n'as-tu pas consentis pour tes enfants ? Quelles larmes n'as-tu pas versées pour nous ? Que de nuits blanches passées à nos côtés, je ne pourrais te remercier assez pour tes apports inestimables tant sur le plan financier, matériel que moral. Amour, attachement et reconnaissance éternelle.

A Soumaila Camara, pour m'avoir encouragé à poursuivre dans les moments difficiles. Qu'ALLAH te fasse miséricorde et t'accorde son paradis al-firdaws.

A mon tonton, ami et confident, feu Dr Diané Harouna, Dans ma mémoire, je te revois très souvent souriant. Sache que ton départ nous a laissé un vide que personne ne comblera. Ce travail est à toi. Qu'ALLAH t'accorde son paradis al-firdaws.

A mon ami, Alhousseine Camara Je suis fière de t'avoir eu comme ami. Je te remercie pour ton soutien sans calcul. Qu'Allah nous bénisse. Merci infiniment
!!!

Ma très chère épouse Kadidia Traoré, pour son amour inconditionnel, son soutien sans faille, ses encouragements et ses éloges qui m'ont toujours réchauffé le cœur. Très chère, qu'ALLAH nous bénisse l'un pour l'autre et bénisse notre union et nous unisse dans le bien et dans son paradis al-firdaws.

A mes Maîtres, Cher(e)s maîtres, vous avez participé à la construction de la personne que je suis aujourd'hui et le professionnel que je serais demain. Je vous témoigne ici mon plus grand respect, ma considération et ma reconnaissance

Au Pr Aly Guindo, Pour avoir accepté cette étude à la polyclinique Guindo, Pour les conseils. Que Dieu vous accorde longue vie

Au Pr Kaya Assétou Soukho Votre envie de transmettre en toute humilité les connaissances que vous avez si chèrement acquises force votre respect. Que Dieu vous accorde longue vie et plein de succès

Au Pr Menta Djénébou Traoré, pour votre accompagnement, les conseils et l'encadrement. Puisse Dieu vous accorder plein de succès dans vos différents projets

Au Pr Djibril Sy, pour votre soutien et encadrement. Que Dieu vous accorde longue vie et plein de succès

Aux familles Sangaré, Diarra, Kané et Camara c'est à travers vos encouragements et soutiens que j'ai poursuivi dans cette voie.

A toutes les victimes de douleur thoracique à travers le monde :
Particulièrement aux plus démunies qui payent la lourde tribu de ces maladies, à travers ses impacts socioéconomiques.

A L’Afrique et particulièrement à mon Pays le Mali, que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l’amélioration de l’état de santé de ta population.

A mes camarades de promotion du D.E.S de médecine interne, Dr Koné Nouhoum et Dr Fané Sékou, vos mots d’encouragement et de sympathie nous ont amené à un vivre ensemble enviable et envié. Trouvez dans ce modeste travail, l’expression de ma profonde reconnaissance et le témoignage de mon profond respect

A mes aînés du service de médecine interne du Point G, Merci de m’avoir guidé et accompagné dans cette voie.

Dr Romuald, ta contribution a été énorme pour l’élaboration de ce document. Que Dieu t’accorde longue vie et plein de succès

A mes cadets du service de médecine interne du Point G, ce travail, est le vôtre. Que ce travail soit pour vous un exemple qui vous incitera à mieux faire.

A tous les personnels du service de Médecine interne, infirmiers, aides-soignants et techniciens de surfaces, merci pour votre esprit d’équipe durant notre séjour dans le service.

A tous les personnels de la polyclinique GUINDO : pour l’humanisme, l’attention et le professionnalisme dont ils ont fait preuve.

A amis(es) : Vous avez toujours répondu à mes attentes et avez toujours été disponible. Je fais ce vœu d’une amitié prospère et longue.

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury :

Pr Aly GUINDO

- Professeur honoraire à la FMOS
- Spécialiste en hépato gastro-entérologie
- Spécialiste en maladies tropicales
- Spécialiste en médecine aéronautique
- Ancien chef de service de Gastro-entérologie du CHU Gabriel TOURE
- Directeur général de la Polyclinique GUINDO

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations est la preuve de votre générosité et de votre modestie. Vos qualités scientifiques, votre courtoisie et votre humilité font de vous un exemple à suivre pour nous les jeunes que nous sommes. Veuillez agréer cher maître, l'expression de nos considérations les plus distinguées. Puisse Allah vous accorde santé et longévité.

A notre maître et directrice de mémoire

Pr Kaya Assétou Soukho

- Chef de service de médecine interne du CHU du Point-G
- Professeur titulaire de médecine interne
- Première femme agrégée en Médecine interne au Mali
- Praticienne hospitalière dans le service de Médecine interne du CHU Point G
- Spécialiste en endoscopie digestive
- Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée
- Spécialiste en Médecine interne de l'université de Cocody (Côte d'Ivoire)
- Diplômée de formation post-graduée en gastro-entérologie de l'Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie (OMGE) à Rabat (Maroc)
- Titulaire d'un certificat de formation de la prise en charge du diabète et complications, à Yaoundé (Cameroun)
- Présidente de la Société de Médecine interne du Mali (SOMIMA)
- Membre du bureau de la Société Africaine de Médecine interne (SAMI)
- Coordinatrice du D.E.S de médecine interne

Chère Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre sens élevé de responsabilité, votre souci du travail bien fait sont des qualités qui vous incarnent.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère remerciement.

Puisse Allah vous accorde santé et longévité.

À notre Maître et Juge

Pr Djibril Sy

- Maître de conférences en Médecine interne à la FMOS
- Diplômé en Médecine gériatrique de l'université de Rouen et de Paris VI en France
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G
- Membre de la Société de Médecine interne du Mali (SOMIMA)
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako.

Cher maître,

Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé. Votre disponibilité, votre abord facile font de vous un maître admiré de tous.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profond respect.

Abréviations

ATCD :	Antécédent
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
DTNT :	Douleur Thoracique Non Traumatique
ECG :	Electrocardiogramme
EP :	Embolie Pulmonaire
EVA :	Echelle Visuelle Analogique
EVS :	Echelle Verbale Simple
FDR :	Facteur De Risque
FOGD :	Fibroskopie Œsogastroduodénale
HDL :	High Density Lipoprotein (lipoprotéine de forte densité)
HTA :	Hypertension Artérielle
HVG :	Hypertrophie Ventriculaire Gauche
IASP:	International Association for the Study Pain
IDM :	Infarctus Du Myocarde
IPP :	Inhibiteurs de la Pompe à Proton
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
IVA :	Inter Ventriculaire Antérieure
LDL :	Low Density Lipoprotein (lipoprotéine de faible densité)
MSD :	Membre Supérieur Droit

MSG :	Membre Supérieur Gauche
MTE :	Maladie Thromboembolique
NFS :	Numération Formule Sanguine
OAP :	Œdème Aigu Pulmonaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RGO :	Reflux Gastro-Œsophagien
SAMU :	Service D'aide Médicale D'urgence
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SCA :	Syndrome Coronarien Aigu
SPSS:	Statistical Package for the Social Science
TNT :	Trinitrine
TV :	Vertèbre Thoracique
UGD :	Ulcère Gastroduodéal
VG :	Ventricule Gauche
VPN :	Valeur Prédictive Négative

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	13
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.....	14
Tableau III : Répartition des patients selon le lieu de résidence.....	14
Tableau IV : Répartition des patients selon les occupations.....	15
Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	15
Tableau VI : Répartition des patients selon le délai entre le début de la douleur et la prise en charge.....	16
Tableau VII : Répartition des patients selon les moyens de recours à la clinique.....	17
Tableau VIII : Répartition des patients selon les types d'antécédent personnel médicaux.....	18
Tableau IX : Répartition des patients selon les ATCD de chirurgie.....	19
Tableau X : Répartition des patients selon les facteurs de risque.....	20
Tableau XI : Répartition des patients selon le début de la douleur en heures.....	21
Tableau XII : Répartition des patients selon les Circonstances d'apparition de la douleur.....	22
Tableau XIII : Répartition des patients selon l'Evaluation Visuelle Analogique (EVA) de la douleur.....	22
Tableau XIV : Répartition des patients selon le siège de la douleur.....	23
Tableau XV : Répartition des patients selon le Type de douleur.....	23
Tableau XVI : Répartition des patients selon les irradiations de la douleur.....	24
Tableau XVII : Répartition des patients selon les facteurs calmants.....	24
Tableau XVIII : Répartition des patients selon les facteurs aggravants.....	25
Tableau XIX : Répartition des patients selon le rythme de la douleur.....	25
Tableau XX : Répartition des patients selon les signes associés.....	26
Tableau XXI : Répartition des patients selon le score OMS pour état général.....	26
Tableau XXII : Répartition des patients selon la pression artérielle.....	27
Tableau XXIII : Répartition des patients selon la température.....	27
Tableau XXIV : Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.....	28
Tableau XXV : Répartition des patients selon la saturation en oxygène.....	28

Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'examen clinique cardiaque.	28
Tableau XXVII : Répartition des patients selon les anomalies retrouvées à l'examen clinique cardiaque.	29
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'examen clinique pleuropulmonaire..	29
Tableau XXIX : Répartition des patients selon les anomalies de l'examen clinique pleuropulmonaire.	30
Tableau XXX : Répartition des patients selon la réalisation de la radiographie du thorax.	30
Tableau XXXI : Répartition des patients selon les anomalies de la radiographie du thorax.	31
Tableau XXXII : Répartition des patients selon la réalisation de l'angioscanner thoracique.	31
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon les anomalies de l'angioscanner thoracique.	32
Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le résultat de l'électrocardiogramme.	32
Tableau XXXV : Répartition des patients selon les anomalies de l'électrocardiogramme.	33
Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie doppler cardiaque.	34
Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les anomalies de l'échographie cardiaque.	35
Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la réalisation de coronarographie.	36
Tableau XXXIX : Répartition des patients selon les résultats de la coronarographie.	36
Tableau XL : Répartition des patients selon la réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale.	37
Tableau XLI : Répartition des patients selon les anomalies de la fibroscopie œsogastroduodénale.	37

Tableau XLII : Répartition des patients selon la réalisation de la troponine.....	38
Tableau XLIII : Répartition des patients selon le résultat de troponine.....	38
Tableau XLIV : Répartition des patients selon la réalisation de la lipasémie.	39
Tableau XLV : Répartition des patients selon le résultat de la lipasémie.....	39
Tableau XLVI : Répartition des patients selon la réalisation de D-Dimères.....	39
Tableau XLVII : Répartition des patients selon le résultat de D-Dimères.	40
Tableau XLVIII : Répartition des patients selon la réalisation de la glycémie.	40
Tableau XLIX : Répartition des patients selon le résultat de la Glycémie à jeun en g/l.	40
Tableau L : Répartition des patients selon la réalisation de l'Hémoglobine glyquée.	41
Tableau LI : Répartition des patients selon le résultat de l'Hémoglobine glyquée.	41
Tableau LII : Répartition des patients selon le début de filtration glomérulaire (DFG) selon MDRD.	42
Tableau LIII : Répartition des patients selon le Diagnostic.	43
Tableau LIV : Répartition des patients selon l'évolution de la maladie.....	44
Tableau LV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation en jour.	44

Sommaire

Dédicace et remerciements	I
Abréviations	VIII
Liste des tableaux	X
Sommaire	XIII
Introduction	1
Objectif	3
1. Méthodologie	4
2. Résultats	13
3. Commentaires et discussion	46
❖ Conclusion et recommandations	54
Références :	57
Annexes	II

Introduction

La douleur thoracique (DT) est définie comme une sensation anormale et pénible, localisée dans la région du thorax, elle peut avoir des caractéristiques différentes, peut être aiguë ou chronique, localisée ou étendue et peut irradier ou non. Son mode d'apparition et de déclenchement, ses caractéristiques et son évolution sont importants [1].

Ces étiologies sont très variées, des plus bénignes (douleur musculosquelettique) aux plus graves (infarctus myocardique, embolie pulmonaire, dissection aortique).

Du fait de leur caractère subjectif, et donc de l'absence de parallélisme entre l'importance de la douleur et la gravité du tableau, elles sont parfois difficiles à analyser [2].

La première étape est d'éliminer une urgence vitale (infarctus du myocarde, dissection aortique, embolie pulmonaire, pneumothorax, péricardite aigue constructive).

L'exclusion d'un SCA demeure une priorité absolue pour l'urgentiste au vu de la morbidité et de la mortalité qui lui sont associées [3].

L'anamnèse, avec description de la douleur, l'examen physique, sont fondamentaux afin de distinguer une douleur aiguë d'une douleur chronique, et d'identifier les situations nécessitant une hospitalisation urgente.

La douleur thoracique est un symptôme très fréquent aux urgences, représentant environ 5 % de toutes les admissions [3].

Elle est un motif très fréquent de recours au SAMU – Centre 15. A Orléans (France), elle était à l'origine d'environ 3 000 appels par an [4].

En France en 2013 ce motif de recours a représenté 5 à 20 % des consultations d'urgence, et on estimait à 120 000 le nombre de SCA en France [5].

Pour l'année 2005, six millions de patients ont consulté en urgence pour une douleur thoracique aux États-Unis, et seulement 10 % ont présenté un SCA [5].

Au Mali en 2011, une étude réalisée aux urgences du CHU Gabriel TOURE a trouvé une fréquence hospitalière de 0,59% [6].

Au Mali, peu d'études ont porté sur l'aspect épidémiologique, clinique et étiologique de douleur thoracique non traumatique. C'est dans cette dynamique que nous avons initié cette étude avec pour :

OBJECTIFS.

❖ **Questions de recherche :**

- Quelles sont les étiologies des douleurs thoraciques à la Polyclinique GUINDO
- Quelles sont les caractéristiques clinique et paraclinique des douleurs thoraciques à la Polyclinique GUINDO.

❖ **Hypothèse**

- Les étiologies digestives seraient les causes les plus fréquentes des douleurs thoraciques à la Polyclinique GUINDO

❖ **Objectif général.**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, et étiologiques des douleurs thoraciques non traumatiques à la polyclinique GUINDO

❖ **Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de nos patients ;
- Décrire les facteurs de risque cardio-vasculaire
- Décrire les signes cliniques et paracliniques des douleurs thoraciques non traumatiques de nos patients
- Déterminer les étiologies des douleurs thoraciques non traumatiques de nos patients.

METHODOLOGIE

1. Méthodologie

1.1. Cadre et lieu d'étude

Cette étude a été menée à la Polyclinique GUINDO

1.1.1. Présentation de la Polyclinique GUINDO

1.1.1.1. Présentation Générale de la Polyclinique GUINDO

La Polyclinique Guindo est une société à responsabilité limitée d'un capital de 100 000 000 de francs CFA, créée en 1998 par le Professeur Aly Guindo, spécialiste en hépatologie, gastroentérologie, médecine tropicale et médecine aéronautique. La principale mission de la Polyclinique Guindo est d'offrir à la population malienne des soins qui répondent aux normes internationales de qualité et de sécurité, ainsi que des conditions de séjour confortables et agréables en hospitalisation.

La Polyclinique est située à Badalabougou-Est Rue : 18 porte : 19, dans un quartier résidentiel, à une vingtaine de minutes de l'Aéroport International président Modibo Kéita de Bamako-Sénou.

C'est une structure de soins intégrés : des médecins agrégés, des spécialistes, des généralistes, ayant de longues expériences locales et internationales (africaines, européennes et nord-américaines), y exercent leur spécialité. Cette équipe s'appuie sur des équipements performants d'aide au diagnostic : laboratoire d'analyses biologiques, imagerie médicale (scanner, mammographe, radio, endoscopie, échographie, test-d'effort, holter tensionnel et rythmique, défibrillateur).

1.1.1.2. Domaines d'activités

1.1.1.2.1. Ambulance Médicalisée

La *Polyclinique Guindo* dispose d'un véhicule médicalisé adapté pour le transport des patients : oxygène, défibrillateur, moniteur cardiaque portable, matériel de contrôle des signes vitaux.

1.1.1.2.2. Cardiologie

La cardiologie fait partie du dispositif prioritaire de prise en charge des patients. Elle a plus de dix ans d'expérience. Les prestations sont assurées par un cardiologue permanent.

1.1.1.2.3. Gynécologie & Pédiatrie

La prise en charge en gynécologie est assurée par des gynécologues et des sages-femmes travaillant à temps plein, et des spécialistes vacataires.

Un pédiatre travaille à plein temps du lundi au vendredi. Il est appuyé par des spécialistes vacataires les après-midis.

La Polyclinique est dotée de :

- Salle d'accouchement
- Salle pour nouveaux nés avec couveuses
- Bloc pour la chirurgie gynécologique.

1.1.1.2.4. Hépto-gastro-entérologie et endoscopie

L'Hépto-gastro-entérologie remonte à la création de la Polyclinique dont ce fut le premier service. C'est la spécialité qui a fait la réputation de la Polyclinique.

Le Professeur Guindo, promoteur de la Polyclinique Guindo, en est le responsable.

1.1.1.2.5. ORL

Consultations et chirurgies sont assurées par un spécialiste, Professeur en ORL.

L'ORL pratique de nombreuses petites chirurgies.

1.1.1.2.6. Les autres Pôles de Santé

En tant que structure de soins intégrés, la Polyclinique assure à ses patients l'accès aux principales consultations (généralistes et spécialisées) par des professeurs, des médecins spécialistes et des médecins-internistes :

- Dermatologie
- Traumatologie
- Urologie
- Neurologie
- Rhumatologie,
- Ophtalmologie
- Psychiatrie
- Cabinet dentaire

1.1.1.2.7. Hospitalisation

Une équipe composée d'une vingtaine d'infirmiers (ères), de sages-femmes et d'aides-soignants assure le fonctionnement du service d'Hospitalisation, sous la responsabilité du médecin chef de clinique et du médecin de garde (les nuits, les dimanches et jours fériés).

Le service compte :

- 15 lits d'hospitalisation dont 5 dédiées à la chirurgie
- 4 lits d'observation
- 3 lits de réanimation.

1.1.1.2.8. La Pharmacie interne

La pharmacie interne assure la continuité de l'approvisionnement et de la mise à disposition des médicaments et réactifs, du petit matériel pour les médecins et le service des soins.

La pharmacie gère aussi les différents vaccins (pour enfants et adultes).

1.1.1.2.9. Bloc opératoire - Réanimation

Le bloc opératoire compte (2) salles d'interventions et (1) salle pour les petites chirurgies.

Les interventions pratiquées sont entre autre :

- Chirurgie générale
- Chirurgie digestive
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgies gynécologiques.

1.1.1.3. Le Plateau technique

Le laboratoire d'analyses biologiques et l'imagerie médicale sont des services auxiliaires nécessaires à la précision du diagnostic du médecin. Nous proposons les prestations suivantes :

- **Laboratoire :**

- Biochimie
- Hématologie
- Sérologie
- Parasitologie
- Immunologie

- **Imagerie et Radiologie :**

- Scanner
- Radiographie
- Mammographie
- Echographie (gynécologique, vasculaire, cardiaque, abdominale, etc.)
- ECG

- ECG-d'effort
- Endoscopie digestive

1.1.1.4. Nos Partenaires

- La Polyclinique Guindo : est habilité pour délivrer des certificats d'évacuation sanitaire (Médif) pour les compagnies suivantes : Ethiopian Airlines, Kenya Airways, Royal Air Maroc, Air Mauritanie, Tunis Air
- Les Partenaires suivants nous ont fait confiance pour la prise en charge des soins de santé de leurs employés et effectuer le Bilan annuel de santé de leur personnel :
 - Ambassades : Canada, USA, Allemagne, Japon ;
 - Organisations-Entreprises : Agence Nationale de l'Aéronautique Civile (ANAC), Eucap-Sahel, MSF ;
 - Assurances référant leurs adhérents à la Polyclinique : Cigna, Henner, Sabunyuman, Nallias, NSIA, MSH-International, Grassavoye.

1.1.1.5. Contacts à la Polyclinique

- Responsable Service Hospitalisation : pour toutes les questions d'ordre médicales (soins ambulatoires et hospitalisation :
Dr SIDIBE Maraiam Bakoro
Téléphone Accueil – Standard : 20 22 22 07 – Poste : 110
Mobile : 76 04 54 84
- Responsable Comptabilité : pour toutes questions concernant les factures, les prix des soins et d'hospitalisation :
Mr HODOH Edem
Téléphone Accueil – Standard : 20 22 22 07 – Poste : 122
Mobile : 69 60 67 32
- Directeur Adjoint : pour toutes les questions administratives :
Mr GUINDO Anaguiré
Téléphone Accueil – Standard : 20 22 22 07 – Poste : 117

Mobile : 74 04 00 00

1.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive avec enquête rétrospective sur 01 an.

1.3. Période et durée d'étude

Notre étude a concerné la période du 01 janvier 2022 au 31 décembre 2022.

1.4. Population d'étude

Il s'agissait de tous les dossiers des patients âgés de 18ans et plus hospitalisés à la Polyclinique GUINDO qui ont présenté une douleur Thoracique.

1.4.1. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les malades répondant à nos critères d'inclusion.

1.4.1.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les patients âgés de 18ans et plus quel que soit le sexe, hospitalisés à la Polyclinique GUINDO, pour qui ont présenté une douleur Thoracique non traumatique.

1.4.1.2. Critères de non-inclusion

- Les patients vus uniquement en consultation
- Les patients avec douleurs thoraciques ayant un dossier incomplet
- Les patients avec douleur thoracique traumatique

1.5. Méthode

La méthode a consisté à un dépouillement des dossiers des patients hospitalisés. On s'est intéressé aux dossiers des patients qui ont été admis et/ou présentés une douleur thoracique non traumatique au cours de l'hospitalisation. Les variables étudiées ont été les données sociodémographiques, les données cliniques, les données paracliniques et l'évolution du malade. Elles ont été ensuite reportées sur

une fiche d'enquête individuelle et anonyme avant d'être insérées sur une base de donnée montée à cet effet.

Ces données ont été ensuite portées sur une fiche d'enquête individuelle.

1.5.1. Variables étudiées

Parmi ces données, nous avons collecté :

- **Les variables sociodémographiques** : âge, sexe, ethnie, profession, adresse, statut matrimonial ;
- **Les variables cliniques** : poids, taille, IMC, tour de taille, pression artérielle, température, pouls, fréquence respiratoire ; saturation en oxygène, examen des appareils
- **Les variables paracliniques** : Glycémie à jeûn, HbA1c, triglycérides, cholestérol total, D-Dimères, Troponine, Lipasémie, CRP, NFS, créatinine, Transaminases, Radiographie du Thorax, Angio-scanner du thorax, Echographie doppler cardiaque, FOGD, ECG
- **Autres variables** : Etiologies et évolution

1.5.2. Définitions opérationnelles :

o **Glycémie à jeûn** : La glycémie est normale si elle est comprise entre 0,70g/l à 1,10g/l, diabète si glycémie à jeûn $\geq 1,26$ g/l et l'hypoglycémie si la glycémie à jeûn $< 0,70$ g/l)

o **Hémoglobine glyquée (HbA1c)** : intervalle non diabétique si HbA1c $\geq 4\%$ et $< 6,5\%$, excellent équilibre glycémique si HbA1c $\geq 6,5\%$ et $< 7,5\%$, assez bon équilibre si HbA1c $\geq 7,5$ et $< 9\%$, l'équilibre glycémique est médiocre si HbA1c $\geq 9\%$

o **Triglycérides** : La valeur cible est un taux de Triglycérides $\leq 1,50$ g/l et élevée si les triglycérides $> 1,50$ g/l

o **Cholestérol total**: La valeur cible est un taux de cholestérol total $< 1,55\text{g/l}$ et élevée si cholestérol total $\geq 2,55\text{g/l}$

o **LDL-C** : La valeur cible est un taux de LDL-C $< 1,10\text{g/l}$ et élevée si LDL-C $\geq 1,60\text{g/l}$

o **HDL-C**: La valeur cible est un taux de cholestérol total HDL-C $\geq 0,45\text{g/l}$ et basse si HDL-C $< 0,45\text{g/l}$

o **D-Dimères** : Une valeur inférieure ou égale à $500\mu\text{g/l}$ (ou 500ng/ml) permet d'exclure l'embolie pulmonaire (seuil ajusté = âge du patient multiplié par 10 après 50 ans)

o **Troponine** : La valeur normale de la troponine est inférieure à $0,04\text{ ng/ml}$ au-delà de $0,04\text{ng/ml}$ est considérée comme élevée

o **Lipasémie** : La valeur normale de la lipasémie est inférieure à $< 190\text{ U/L}$ au-delà de 190 U/L est considérée comme élevée

o **CRP** : Normale si $< 06\text{mg/L}$ au-delà de 06mg/l elle est pathologique

o **NFS** : Normale si :

- **GB** : $4 \text{ à } 10 \cdot 10^3/\text{uL}$; **PN** : $2 \text{ à } 7 \cdot 10^3/\text{uL}$; **PB** : $0,00 \text{ à } 0,1 \cdot 10^3/\text{uL}$;
PE : $0,02 \text{ à } 0,5 \cdot 10^3/\text{uL}$; **Lymphocytes** : $0,8 \text{ à } 4 \cdot 10^3/\text{uL}$; **Monocytes** :
 $0,12 \text{ à } 1,2 \cdot 10^3/\text{uL}$,
- **GR** : $H=4 \text{ à } 5,4 \cdot 10^6$, **F**= $3,8 \text{ à } 5,5 \cdot 10^6/\text{uL}$ / uL ; **Hb** : $H=13 \text{ à } 18\text{ g/dl}$,
F= $12 \text{ à } 16\text{g/dl}$; **VGM** : $80 \text{ à } 100\text{ fl}$;
- **Plaquettes** : $150 \text{ à } 450 \cdot 10^3/\text{ul}$

o **Créatinine** : normale pour l'homme : $62 \text{ à } 120\text{ umol/l}$, pour la femme : 53
à 100 umol/l

o **DFG** en $\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$

Définitions	DFG en ml/min/1,73m ²
Pas d'insuffisance rénale	≥ 90
Insuffisance rénale légère	60-89
Insuffisance rénale modérée	30-59
Insuffisance rénale sévère	15-29
Insuffisance rénale terminale	< 15

o Transaminases

- **ALAT** : Valeur normale si < 40 UI/L, toute élévation traduit une cytolysé hépatique
- **ASAT** : Valeur normale si < 40 UI/L, toute élévation traduit une cytolysé hépatique

o **CPK** : Normale si < 168 UI/L et une valeur supérieure à 168 UI/L est pathologique

1.5.3. Saisie, analyse et traitement des données

La saisie, l'analyse et le traitement des données ont été faits avec le pack office 2010 et le logiciel SPSS

1.5.4. Éthique

La confidentialité a été observée ainsi que la rigueur dans la transcription des données. Le nom et prénom des malades n'ont pas été figurés sur la fiche d'enquête et l'autorisation de la CME de la Polyclinique GUINDO a été obtenue

RÉSULTATS

2. Résultats

2.1. Résultat global

Notre étude descriptive avec enquête rétrospective s'est déroulée à la Polyclinique GUINDO du 01 janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Au terme de cette étude nous avons retenu 27 dossiers répondants à nos critères d'inclusion sur 621 patients hospitalisés durant la même période à la Polyclinique, ce qui nous a donné une fréquence de 4,34%.

2.2. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
21-40	3	11,1
41-60	10	37,0
61-80	12	44,4
≥81	2	7,4
Total	27	100,0

La tranche d'âge de 61 à 80 ans a représenté 44,4 % avec une

Moyenne d'âge de $60,41 \pm 16,329$ ans avec des extrêmes de 25 et 81 ans

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	11	40,7
Féminin	16	59,3
Total	27	100,0

Le sexe féminin représentait 59,3% avec un sex-ratio de 0,68.

Tableau III : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Bamako	21	77,8
Hors Bamako	3	11,1
Non Précisée	3	11,1
Total	27	100,0

Nos patients résidaient à Bamako dans 77,8%.

Tableau IV : Répartition des patients selon les occupations.

Occupations	Effectif	Fréquence (%)
Commerçant (e)	3	11,1
Femme de ménage	7	25,9
Employé (e) de mine	3	11,1
Chimiste	2	7,4
Autres*	5	18,5
Non précisées	7	25,9
Total	27	100,0

*Boulangier (1), financier (1), Infirmier (1), militaire (1), retraité (1)

Les femmes de ménage représentaient 25,9 % des patients.

Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Marié(e)	9	33,3
Divorcé(e)	2	7,4
Non précisé	16	59,3
Total	27	100,0

Nos patients étaient mariés dans 33,3 % des cas

2.3. Données cliniques

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai entre le début de la douleur et la prise en charge.

Délai entre le début de la douleur et la prise en charge (en heures)	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 24	3	11,1
24-48	5	18,5
48-72	2	7,4
Plus de 72	16	59,3
Non précisé	1	3,7
Total	27	100,0

Délai entre le début de la douleur et la prise en charge étaient supérieur à 72H chez nos patients dans 59,3%.

Tableau VII : Répartition des patients selon les moyens de recours à la clinique.

Moyens de recours à la clinique	Effectif	Fréquence (%)
Ambulance médicalisée	4	14,8
Véhicule de la protection civile	1	3,7
Véhicule personnel	19	70,4
Véhicule de la Maison centrale d'Arrêt de Bamako	1	3,7
Non précisés	2	7,4
Total	27	100,0

Le véhicule personnel était le moyen de transport utilisé par nos patients dans 70,4% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les types d'antécédent personnel médicaux.

Antécédents personnels médicaux	Effectif	Fréquence (%)
Infarctus du myocarde	1	3,7
Pneumopathie	2	7,4
Ulcère gastro-duodéal	8	29,6
MVTE	3	11,1
Arthrose	2	7,4
Asthme	2	7,4
Cancer de l'endomètre	1	3,7
Hypothyroïdie	2	7,4
Lymphœdème des MI	1	3,7
Tumeur de l'endomètre	1	3,7
Aucun	4	14,8

Ulcère gastroduodéal a été l'antécédent médical personnel retrouvé dans 29,6% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les ATCD de chirurgie.

ATCD de Chirurgie	Effectif	Fréquence (%)
Aucun ATCD de chirurgie	19	70,4
Amputé du 1/3 inférieur de la cuisse gauche	1	3,7
Amygdalectomie	1	3,7
Appendicectomie	1	3,7
Cataracte de l'œil droit	1	3,7
Hystérectomie, cure d'une éventration	1	3,7
Opéré pour adénome de la prostate	1	3,7
Pulpectomie	1	3,7
Thyroïdectomie	1	3,7
Total	27	100,0

Nos patients étaient sans ATCD chirurgicaux dans 70,4% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Effectif	Fréquence (%)
HTA	16	59,3
Diabète	8	29,6
Tabac	2	7,4
Sédentarité	1	3,7
Stress	6	22,2
Alcool	1	3,7
Ménopause	12	44,4

Nos patients étaient déjà connus hypertendu dans 59,3% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon le début de la douleur en heures.

Début de la douleur en heures	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 24	3	11,1
24-48	4	14,8
48-72	2	7,4
> 72	17	63,0
Non précisé	1	3,7
Total	27	100,0

La douleur de plus de 72H était signalée par des patients dans 63,0% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon les Circonstances d'apparition de la douleur.

Circonstances d'apparition de la douleur	Effectif	Fréquence (%)
Effort	4	14,8
Post prandiale	1	3,7
Anxiété	1	3,7
Spontanée	2	7,4
Non précisées	19	70,4
Total	27	100,0

L'effort était la principale circonstance d'apparition de la douleur thoracique soit 14,8% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'Evaluation Visuelle Analogique (EVA) de la douleur.

Evaluation Visuelle Analogique (EVA) de la douleur	Effectif	Fréquence (%)
0-3	3	11,1
4-6	7	25,9
7et plus	6	22,2
Non précisée	11	40,7
Total	27	100,0

EVA était estimée à 7 et plus dans 22,2% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le siège de la douleur.

Siège de la douleur	Effectif	Fréquence (%)
Précordiale	3	11,1
Latérale gauche	2	7,4
Creux xyphoïdien	8	29,6
Basithoracique	2	7,4
Non précisé	12	44,4
Total	27	100,0

La douleur était localisée au creux xyphoïdien dans 29,6% des cas

Tableau XV : Répartition des patients selon le Type de douleur.

Type de douleur	Effectif	Fréquence (%)
Oppressive	1	3,7
Brûlure	2	7,4
Barre	1	3,7
Transfixiante	1	3,7
Non précisé	22	81,5
Total	27	100,0

La douleur était à type de brulure dans 7,4% des cas

Tableau XVI : Répartition des patients selon les irradiations de la douleur.

Irradiation de la douleur	Effectif	Fréquence (%)
Bi brachiale	1	3,7
Dorsale	3	11,1
Fixe	2	7,4
Autres*	2	7,4
Non précisée	19	70,4
Total	27	100

*Ceinture (1), cervicale (1)

L'irradiation de la douleur était dorsale dans 11,1% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les facteurs calmants.

Facteurs calmants	Effectif	Fréquence (%)
Arrêt de l'effort	1	3,7
Aucun	2	7,4
Non précisés	24	88,9
Total	27	100,0

Aucun facteur ne calmait la douleur dans 7,4% des cas

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les facteurs aggravants.

Facteurs aggravants	Effectif	Fréquence (%)
Mouvements respiratoires	1	3,7
Effort Physique	3	11,1
Non précisés	22	81,5
Non retrouvés	1	3,7
Total	27	100,0

L'effort physique était le facteur aggravant 11,1 % des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le rythme de la douleur.

Rythme de la douleur	Effectif	Fréquence (%)
Continu	6	22,2
Intermittent	7	25,9
Non précisé	14	51,9
Total	27	100,0

Le rythme de la douleur était intermittent dans 25,9% des cas

Tableau XX : Répartition des patients selon les signes associés.

Signes associés	Effectif n=36	Fréquence (%)
Vomissements	8	22,2
Nausées	3	8,3
Dyspnées	9	25,0
Céphalées	4	11,1
Non précisés	3	8,3
Autres*	9	25,0

*Toux (1), trouble du sommeil (1), vertige (1), perte de connaissance (1), palpitation (1), constipation (1), douleur abdominale (1), céphalée (1), fourmillement plantaire (1)

Le principal signe associé à la douleur thoracique était la dyspnée dans **25,0%** des cas.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le score OMS pour état général.

Score OMS	Effectif	Fréquence (%)
0	1	3,7
1	4	14,8
2	4	14,8
3	6	22,2
Non évaluée	12	44,4
Total	27	100,0

Le score OMS pour état général était à 3 dans 22,2 % des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la pression artérielle.

Pression artérielle	Effectif	Fréquence (%)
Normale	12	44,4
HTA Grade I	1	3,7
HTA Grade II	5	18,5
HTA Grade III	1	3,7
HTA Systolique	5	18,5
HTA Diastolique	3	11,1
Total	27	100,0

Hypertension artérielle grade II et hypertension artérielle systolique représentaient chacune 18,5%.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la température.

Température	Effectif	Fréquence (%)
36°C-37,5°C	24	88,9
> 37,5°C	3	11,1
Total	27	100,0

La température était supérieure à 37,5°C chez 11,1% de nos patients.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la fréquence cardiaque.

Fréquence cardiaque	Effectif	Fréquence (%)
60-100	22	81,5
>100	5	18,5
Total	27	100,0

La fréquence cardiaque était supérieure à 100 battements par minutes chez 18,5% de nos patients.

Tableau XXV : Répartition des patients selon la saturation en oxygène.

Saturation en oxygène	Effectif	Fréquence (%)
≥95%	21	77,8
<95%	6	22,2
Total	27	100,0

La saturation en oxygène était inférieure à 95% chez 22,2% de nos patients.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'examen clinique cardiaque.

Examen clinique cardiaque	Effectif	Fréquence (%)
Normal	20	74,1
Anormal	7	25,9
Total	27	100,0

L'examen cardiaque était anormal chez 25% de nos patients.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les anomalies retrouvées à l'examen clinique cardiaque.

Anomalies de l'examen clinique cardiaque	Effectif n=7	Fréquence (%)
Bruits du cœur assourdis	2	28,6
Bruits du cœur irréguliers	1	14,3
Tachycardie	4	57,1

Parmi les anomalies de l'examen clinique cardiaque, la tachycardie représentait 57,1%.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'examen clinique pleuropulmonaires.

Examen pleuropulmonaire	Effectif	Fréquence (%)
Normal	18	66,7
Anormal	9	33,3
Total	27	100,0

L'examen pulmonaire était anormal chez 33,3 de nos patients.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon les anomalies de l'examen clinique pleuropulmonaire.

Anomalies de l'examen pleuropulmonaire	Effectif n=9	Fréquence (%)
Encombrement bronchique	1	11,1
Murmures vésiculaires diminués à la base gauche	1	11,1
Râles sibilants	2	22,2
Râles crépitants	5	55,6

Parmi les anomalies de l'examen clinique pulmonaire, les râles crépitants représentaient 55,6%.

2.4. Données paracliniques

Tableau XXX : Répartition des patients selon la réalisation de la radiographie du thorax.

Réalisation de la radiographie du thorax	Effectif	Fréquence (%)
Oui	4	14,8
Non	23	85,2
Total	27	100,0

La radiographie du thorax a été réalisée chez 4 malades soit 14,9%.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon les anomalies de la radiographie du thorax.

Anomalies de la radiographie du thorax	Effectif n=4	Fréquence (%)
Pleurésie gauche de grande abondance	1	25
Pneumopathie interstitielle	3	75

Parmi les patients ayant réalisé la radiographie du thorax, 75% avaient une pneumopathie interstitielle.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la réalisation de l'angioscanner thoracique.

Réalisation de l'angioscanner thoracique	Effectif	Fréquence (%)
Oui	11	40,7
Non	16	59,3
Total	27	100

L'angioscanner thoracique a été réalisé chez 11 malades soit 40,7%.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon les anomalies de l'angioscanner thoracique.

Anomalies de l'angioscanner Thoracique	Effectif n=11	Fréquence (%)
Embolie pulmonaire	3	27,3
Pneumonie	5	45,5
Dissection Aortique	1	9,1
Epanchement pleural	3	27,3
Normal	3	27,7

Parmi les patients ayant réalisé de l'angioscanner thoracique, 45,5% avaient une pneumonie.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le résultat de l'électrocardiogramme.

Résultats ECG	Effectif	Fréquence (%)
Réalisé n=15	9	33,3
Modification électrique		
Normal	6	22,2
Non réalisé	12	44,5
Total	27	100,0

Parmi les patients ayant réalisé un ECG, 33,3% avaient une modification électrique.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon les anomalies de
l'électrocardiogramme.

Anomalies de l'électrocardiogramme	Effectif n=9	Fréquence (%)
Arythmie complète par fibrillation avec aberration ventriculaire	1	11,1
Bloc de branche gauche complet, BAV du 3ème degré	1	11,1
Hypertrophie ventriculaire	1	11,1
Ischémie sous épicaudique en inféro- apico-latérale	1	11,1
Nécrose inférieure=1 N=2 apicale n=1	2	22,2
Tachycardie sinusale	1	11,1
Trouble de la repolarisation diffus	2	22,2

Parmi les patients ayant réalisé un ECG, la nécrose et le trouble de la repolarisation représentaient chacune 22,2%.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie
doppler cardiaque.

Résultats Echographie cardiaque		Effectif	Fréquence (%)
Réalisée N=15	Anormale	10	37,0
	Normale	5	18,5
Non réalisée		12	44,5
Total		27	100,0

Parmi les patients ayant réalisé l'échographie cardiaque 37% avaient une cardiopathie.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les anomalies de
l'échographie cardiaque.

Anomalies l'échographie cardiaque	Effectif n=10	Fréquence (%)
Calcification d'allure dégénérative des sigmoïdes, Aortique et mitrale	1	10,0
Cardiopathie dilatée	4	40,0
Dyskinésie septale avec remaniement des sigmoïdes d'allure dégénérative sans conséquence hémodynamique	1	10,0
Epanchement péricardique de faible abondance	1	10,0
Hypertrophie	2	20,0
Hypokinésie septale avec une FEVG conservée	1	10,0

Parmi les patients ayant réalisé l'échographie cardiaque, 40,0% avaient une cardiopathie dilatée.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la réalisation de coronarographie.

Résultats Coronarographie		Effectif	Fréquence (%)
Réalisée n=5	Anormale	3	11,1
	Normale	2	7,4
Non réalisée		22	81,5
Total		27	100,0

La coronarographie a été réalisée chez 5 malades.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon les résultats de la coronarographie.

Coronarographie	Effectif n=5	Fréquence (%)
Normale	2	40,0
Plaque non significative	1	10,0
Syndrome coronarien aigu	2	40,0

Parmi les patients ayant réalisé une coronarographie, 40,0% avaient un syndrome coronarien aigu.

Ulcère gastrique a été retrouvé chez 50% des patients

Tableau XL : Répartition des patients selon la réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale.

Réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale	Effectif	Fréquence (%)
Oui	8	29,6
Non	19	70,4
Total	27	100

La fibroscopie œsogastroduodénale a été réalisée chez 8 patients soit 29,6%.

Tableau XLI : Répartition des patients selon les anomalies de la fibroscopie œsogastroduodénale.

Anomalies de la fibroscopie œsogastroduodénale	Effectif n=11	Fréquence (%)
Gastrite	5	45,5
Ulcère gastrique	4	36,4
Œsophagite	1	9,1
Reflux gastro-œsophagien	1	9,1

Parmi les patients ayant réalisé une fibroscopie œsogastroduodénale, 45,5% avaient une gastrite.

Tableau XLII : Répartition des patients selon la réalisation de la troponine.

Réalisation de la Troponine		Effectif	Fréquence (%)
Réalisée n=16	< 0,04 ng/ml	13	48,2
	> 0,04 ng/ml	3	11,1
Non réalisée		11	40,7
Total		27	100,0

La troponine a été réalisée chez 16 patients.

Tableau XLIII : Répartition des patients selon le résultat de troponine.

Résultat de la troponine	Effectif n=16	Fréquence (%)
< 0,04 ng/ml	13	81,2
> 0,04 ng/ml	3	18,8

Parmi les patients ayant réalisé la troponine, 18,8% avaient un taux supérieur à 0,04ng/ml.

Tableau XLIV : Répartition des patients selon la réalisation de la lipasémie.

Réalisation de la lipasémie	Effectif	Fréquence (%)
Réalisée	5	18,5
Non Réalisée	22	81,5
Total	27	100,0

La lipasémie a été réalisée chez 18,5% des patients

Tableau XLV : Répartition des patients selon le résultat de la lipasémie.

Lipasémie	Effectif n=5	Fréquence (%)
< 190 U/L	4	80,0
≥ 190 UI/L	1	20,0

Parmi les patients ayant réalisé la lipasémie 20% avaient un taux supérieur à 190 UI/L.

Tableau XLVI : Répartition des patients selon la réalisation de D-Dimères.

Réalisation de D-Dimères	Effectif	Fréquence (%)
Réalisée	14	51,9
Non réalisée	13	48,1
Total	27	100,0

Cinquante un virgule neuve (51,9) pourcent des patients ont réalisé les D-Dimères.

Tableau XLVII : Répartition des patients selon le résultat de D-Dimères.

Résultat des D-Dimères	Effectif n=14	Fréquence (%)
≤ 500ng/l	4	28,6
> 500ng/l	10	71,4

Parmi les patients ayant réalisé les D-Dimères, 71,4% avaient un taux supérieur à 500ng/l.

Tableau XLVIII : Répartition des patients selon la réalisation de la glycémie.

Réalisation de la glycémie	Effectif	Fréquence (%)
Réalisée	25	92,6
Non Réalisée	2	7,4
Total	27	100,0

La glycémie a été réalisée chez 92,6% des patients.

Tableau XLIX : Répartition des patients selon le résultat de la Glycémie à jeun en g/l.

Résultat de la Glycémie à jeun en g/l	Effectif n=25	Fréquence (%)
0,70 à 1,10	18	72,0
1,11 à 1,25	1	4,0
≥ 1,26	6	24,0
Total	25	100,0

Parmi les patients ayant réalisé la glycémie à jeun, 24% avaient une glycémie supérieure ou égale à 1,26 g/l.

Tableau L : Répartition des patients selon la réalisation de l'Hémoglobine glyquée.

Réalisation d'hémoglobine glyquée	Effectif	Fréquence (%)
Réalisée	14	51,9
Non réalisée	13	48,1
Total	27	100,0

L'hémoglobine glyquée a été réalisée chez 51,9 des patients.

Tableau LI : Répartition des patients selon le résultat de l'Hémoglobine glyquée.

Résultat d'hémoglobine glyquée en %	Effectif n=14	Fréquence (%)
< 6,5	8	57,1
≥ 6,5 à < 7,5	2	14,3
≥ 7,5	4	28,6

Parmi les patients ayant réalisé l'hémoglobine glyquée, 28,6% avaient un résultat $\geq 7,5\%$.

Tableau LII : Répartition des patients selon le début de filtration glomérulaire (DFG) selon MDRD.

Début de filtration glomérulaire (MDRD)	Effectif	Fréquence (%)
≥ 90 ml/min	8	29,6
60 à 89 ml/min	4	14,8
30 à 59 ml/min	8	29,6
15 à 29 ml/min	1	3,7
< 15 ml/min	2	7,4
Non calculé	4	14,8
Total	27	100,0

Vingt-neuf virgule six (29,6) pourcent de nos patients avaient une insuffisance rénale modérée suivit d'une insuffisance rénale légère dans 14,8%.

2.5. Diagnostics et évolution

Tableau LIII : Répartition des patients selon le Diagnostic.

Diagnostics		Petite rubrique diagnostique		Grande rubrique diagnostique	
		Effectif n= 34	Fréquence(%)	Effectif n= 34	Fréquence(%)
Causes psychiatriques n=1	Crise d'angoisse	1	2,9	1	2,9
	Douleur projetée d'une Cholécystite lithiasique	1	2,9		
Causes digestives n=13	Douleur projetée d'une éventration	1	2,9	13	38,2
	Gastrite	5	14,7		
	Ulcère gastrique	4	11,8		
	Pancréatite aiguë	1	2,9		
	Œsophagite	1	2,9		
Causes pulmonaires n=13	Embolie Pulmonaire	3	8,8	13	38,2
	Pneumonie	10	29,4		
	Syndrome coronarien aigu	2	5,9		
Causes cardiaques n=7	Autres cardiopathie*	3	8,8	7	20,6
	Péricardite	1	2,9		
	Dissection aortique	1	2,9		

* Plaque non significative de la coronaire proximale et moyenne (1), cardiomyopathie dilatée (1) et cardiomyopathie d'allure ischémique (1)

Les causes digestives et pulmonaires dominaient la grande rubrique diagnostique 38,2% chacune. La gastrite dominait les causes digestives 14,7%; la pneumonie dominait les causes pulmonaires 29,4% ; syndrome coronarien aigu dominait les causes cardiaques 5,9%.

Tableau LIV : Répartition des patients selon l'évolution de la maladie.

Evolution de la maladie	Effectif	Fréquence (%)
Favorable	25	92,6
Décès	1	3,7
Non précisée	1	3,7
Total	27	100,0

L'évolution était favorable dans 92,6% des cas.

Tableau LV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation en jour	Effectif	Fréquence (%)
1 à 6	22	81,4
7 à 13	3	11,1
Plus de 13	2	7,4
Total	27	100,0

Quatre-vingt-un virgule quatre pourcent (81,4%) de nos patients ont une durée d'hospitalisation de 1 à 6 jours. Durée moyenne d'hospitalisation : $5,19 \pm 4,515$.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

3. Commentaires et discussion

3.1. Limites et avantages de l'étude

3.1.1. Limites de l'étude :

- La caractérisation incomplète des douleurs thoraciques chez la majorité de nos patients
- La non disponibilité de certains examens para cliniques,
- L'absence de salle de coronarographie à la Polyclinique GUINDO
- L'état grabataire souvent des patients qui ne permettait pas leur déplacement pour réaliser certains examens morphologiques non disponibles à la clinique,
- Le faible échantillon de notre travail.

Tous ceux-ci ont permis de sous-évaluer la fréquence de douleur thoracique chez nos patients

3.1.2. Avantages :

- Notre étude a l'avantage d'être consacrée à l'aspect épidémiologique, clinique et étiologique de douleur thoracique non traumatique

3.2. Méthodologie :

Pendant la période d'étude du 01 janvier 2022 au 31 décembre 2022 (douze mois) 621 patients ont été admis à la Polyclinique GUINDO. Parmi ces 621 patients notre étude a porté sur 27 patients au regard de nos critères d'inclusion soit 4,34%.

Notre résultat est proche de celui Ferretti-Picco et al [5] qui trouve 3% comme fréquence ; il est supérieur à celui de Diakité [6] 0,59% comme fréquence et inférieur à ceux de Nobila et al [7] et ELLENGA et al [8] qui trouvaient respectivement ; 19,7%, 9,1% comme fréquence. Ces différences pourraient s'expliquer par le profil des différents lieux d'étude.

3.3. Identification des patients :

3.3.1. Age

La moyenne d'âge de $60,41 \pm 16,329$ ans. La tranche d'âge 61-80 ans a été prédominante avec 44,4%. Ce résultat est comparable à ceux d'Audrey [13], Sfar, H et col [14] et de Sfar, H. [15] qui trouvaient respectivement 57 ans, 59 ans et 53,4 ans comme moyenne d'âge. Notre résultat est différent à ceux de Diakité [6] et d'ELLENGA et al [8] qui trouvaient respectivement 39 ans et 38,8 ans comme moyenne d'âge.

3.3.2. Sexe

Dans notre étude le sexe féminin a été le plus représenté avec 59,3 %, ce résultat est comparable à celui d'ELLENGA et al [8] qui ont trouvé 54,5%. Par contre il différent de ceux de E. Ferretti-Picco et al. [5] et de Sanogo [10] qui ont trouvé respectivement 43% et 48%

3.3.3. Résidence

Les patients résidaient dans 77,8 des cas en milieu urbain. Cette prédominance citadine est retrouvée par d'autres auteurs Diakité [6], Nobila [7] et Sanogo [10] qui ont trouvé respectivement 87 %, 69,2 % et 87,6. Cette forte prévalence dans notre étude s'expliquerait par le fait que Bamako était le lieu d'enquête

3.3.4. Les occupations

Les femmes de ménage ont été majoritaires avec **25,9%**. Les auteurs comme, Diakité [6] et Sanogo [10] trouvaient respectivement 44,4 % et 57,1%. Cette prédominance des femmes de ménage pourrait s'expliquer par la non scolarisation de nombreuses femmes dans notre contexte.

3.4. Le délai de recours aux urgences et le mode d'admission

Le délai de recours pour les soins a été estimé supérieur à 72 heures dans **59,3 %**. Ce délai paraît long pour la prise en charge d'un infarctus du myocarde et s'expliquerait par l'absence de la médecine d'urgence pré hospitalière au Mali.

Plus de la moitié des patients ont été admis spontanément en véhicule personnel dans 70,4% des cas contre Diakité [6] 51,9 %. Ces résultats s'expliqueraient par une absence de la médecine d'urgence pré hospitalière au Mali et le transport est assuré par la protection civile (pompiers) limité aux seuls cas traumatologiques.

3.5. Caractéristiques de la population

3.5.1. Facteurs de risque et antécédents pertinents

Dans notre étude, L'HTA a été le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé avec 59,3%. Notre résultat est proche à celui d'Elodie [11] et de Sanogo [10] qui ont trouvé respectivement 58,6% et 61,9%. Par Ernestho-ghoud et al [9] ont trouvé 34,55%.

Cette fréquence élevée de l'HTA pourrait s'expliquer par l'âge avancé de nos patients

Dans notre étude : L'ulcère gastro duodéal a été l'ATCD le plus retrouvé avec 29,6 %. Nous n'avons pas retrouvé un ATCD chirurgical dans 70,4 %. Notre résultat est différent de celui d'ELLENGA Mbolla BF et Coll de Brazzaville [8] cette différence pourrait s'explique par la fréquence élevée des activités de l'unité de gastroentérologie de la Polyclinique Guindo.

3.5.2. Caractéristiques des Symptômes

La douleur au cours de notre étude survenait dans 14,8 % des cas à l'effort. Ce résultat est similaire à celui de Diakité 15,0% [6].

La douleur était intense dans 22,2% (EVS à 7et plus). Ce résultat est superposable à celui de Diakité [6] qui a trouvé 24,0% cas de douleur intense. La perception

douloureuse est subjective et sa classification pose des problèmes, car il n'existe pas toujours de corrélation entre l'intensité de la douleur et la sévérité lésionnelle.

La localisation au niveau du creux xiphoïdien représentait 29,6%. Notre résultat est différent à ceux de Diakité [6] qui trouvait une localisation épigastrique dans 34,0 % des cas et de Nobila et al [7] qui trouvait prédominance retro sternale dans 28,7 % des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de méthodologie car l'étude de Diakité [6] a été effectuée au SAU et celle de Nobila et al [7] a été effectuée dans un service de cardiologie.

L'irradiation de la douleur était dorsale des 11,1%. Notre résultat est différent de celui de Diakité [6] qui trouvait une irradiation multiple dans 33,3 % cas, suivi de l'irradiation dorsale avec 33%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'irradiation de la douleur n'était pas précisée chez tous nos patients

La brûlure a été le type de douleur le plus fréquent avec 7,4 %, notre résultat est différent de celui de Diakité [6] qui trouvait 39,0 %, de type de pique et celui de Friedel [13] 84,1% des cas serrement-constriction-étouffement. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la douleur n'était pas typée chez tous nos patients

Parmi les signes associés la dyspnée a été prédominante avec 25,0%. Ce résultat est proche à celui de Diakité [6] qui trouvait 21,0% de dyspnée. Ce résultat est différent de celui de ELLENGA et al [8] qui trouvait la fièvre comme signe associé le plus fréquemment rencontré dans 47,7% suivie par la dyspnée dans 42% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer la fréquence élevée des patients immunodéprimés dans l'échantillon de L'ELLENGA et al.

3.5.3. Caractéristiques Cliniques

Dans notre échantillon le score OMS était à 3 dans 22,2 % des cas. Cette altération de l'état général pourrait s'expliquer par l'âge avancé de nos patients, et le délai long de cour aux soins.

On notait une hyperthermie dans 11,1% cas. Ce résultat est différent de celui de ELLENGA et al [8] qui a trouvé une hyperthermie dans 47,7% des cas. La fréquence élevée des patient VIH dans l'étude de l'ELLENGA et al [8] pourrait expliquer cette différence.

On notait une saturation en oxygène inférieure à 95% dans 22,2% des cas. Cette fréquence de désaturation pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des causes pulmonaire dans notre étude.

La pression artérielle était normale dans 44,4 % et on notait une hypertension artérielle systolique dans 18,5% des cas par contre Diakité [6] a trouvé une pression artérielle normale dans 90,0%. Cette différence pourrait s'expliquer par les âges différents des deux populations.

La fréquence cardiaque était normale dans 81,5 % par contre Diakité [6] a trouvé une fréquence cardiaque normale dans 66,7 % des cas. Dans notre étude, les patients avaient une tachycarde ($FC \geq 100$ bat /min) dans 18,5 % des cas. Cette tachycardie pourrait s'expliquerait par la conséquence de la douleur sur le système cardiovasculaire.

Parmi les anomalies de l'examen clinique pulmonaire les râles crépitants représentaient 55,6% des cas. Ce résultat est différent à celui de Diakité [6] qui a trouvé des crépitant dans les champs pulmonaires dans 15,7 %.

3.6. Caractéristiques des examens para cliniques

Parmi les patients ayant réalisé la radiographie du thorax, 75% avaient une pneumopathie interstitielle et 25% avait une pleurésie par contre dans l'étude de Diakité [6] la radiographie pulmonaire était anormale dans 13,9 % des cas, 8,3% des patients présentaient des opacités parenchymateuses et 77,6 % des patients n'avaient pas de radiographie pulmonaire.

Parmi les patients ayant réalisé de l'angio-scanner thoracique, 45,5% avaient une pneumonie, 27,3 avaient une embolie pulmonaire et épanchement pleural dans 27,3% des cas.

Parmi les patients ayant réalisé un ECG, la nécrose et le trouble de la repolarisation représentaient chacune 22,2% ce résultat est comparable à celui de Diakité [6] qui a trouvé une anomalie électrique dans 31,5%

L'échocardiographie Doppler cardiaque était anormale chez 37,0 % de nos patients et présentaient des anomalies variées.

Parmi les patients ayant réalisé une coronarographie, 40% avaient un syndrome coronarien aigu et plaque non significative dans 10% des cas.

Parmi les patients ayant réalisé une fibroscopie œsogastroduodénale, 45,5% avaient une gastrite, 36,4% avaient un ulcère gastrique et 9,1% avaient une œsophagite.

Les anomalies biologiques observées étaient les suivantes :

Parmi les patients ayant réalisé la troponine, 18,8% avaient un taux supérieur à 0,04ng/ml. Ce résultat est proche à celui de Diakité [6] qui a trouvé une élévation de la troponine dans 18,5 % des cas.

Parmi les patients ayant réalisé les D-Dimères, 71,4% avaient un taux supérieur à 500ng/l

3.7. Diagnostics de sortie

Les causes de douleur thoracique étaient dominées par causes digestives et pulmonaires puis de causes cardiaques et psychiatriques respectivement 38,2%, 38,2%, 20,6% et 2,9%. Notre résultat est proche à celui de L'ELLENGA et al [8] qui ont trouvé des causes broncho-pulmonaires dans 59% des cas suivies des causes gastroœsophagiennes dans 18,2% des cas et les pathologies cardiovasculaires 11,4% des cas. Par contre Nobila et al [7] ont trouvé une prédominance des causes cardiaques et digestives respectivement dans 37,6 % et

31,9 %. Cette différence avec l'étude de Nobila et al [7] pourrait s'expliquer par la différence de méthodologie car l'étude de Nobila [7] a été effectuée dans un service de cardiologie.

3.8. Evolution :

L'évolution a été favorable dans **92,6%** des cas.

L'évolution a été marquée par le décès dans 3,7 % des cas.

Dans notre échantillon **81,4%** des patients n'ont pas dépassé 06 jours d'hospitalisation à la Polyclinique.

La durée moyenne d'hospitalisation était de $5,19 \pm 4,515$ jours.

CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

❖ Conclusion et recommandations

✓ Conclusion :

Notre étude dont le but était d'étudier les aspects épidémiologique, clinique et étiologique de la DTNT à la Polyclinique GUINDO. Elle a permis de confirmer que la DTNT est un motif d'hospitalisation fréquent à la Polyclinique GUINDO avec une fréquence de 4,34%. HTA a été le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé, la douleur était intense dans 22,2% et à type de brûlure dans 7,4% des cas. Les principales étiologies retrouvées sont les pathologies digestives et pulmonaires. Tout cas de DTNT doit nécessiter une exploration complète pour ne pas passer à côté des pathologies graves.

✓ **Recommandations**

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

• **Au Ministère de la santé**

- L'organisation de la médecine d'urgence pré-hospitalière par la création de SAMU.
- L'organisation des campagnes de sensibilisation à l'adresse de la population pour un changement de comportement contre les facteurs de risque des pathologies digestives, pulmonaires et cardiovasculaires.

• **A la direction de la Polyclinique GUINDO**

- Rendre disponible et accessible des examens para cliniques et les médicaments nécessaires pour le diagnostic et la prise en charge des urgences cardiovasculaires et digestives.
- Créer une unité de soins intensifs cardiologiques(USIC)
- Adapter les analyses biologiques du laboratoire du SAU aux besoins du service,
- L'élaboration des protocoles de prise en charge des douleurs thoraciques

• **Aux médecins prestataires**

- caractériser les DTNT par un interrogatoire et un examen clinique complet
- Tenir correctement les dossiers des malades ;
- Rechercher, prévenir et traiter tous les autres facteurs de risque cardiovasculaire et comorbidités associées aux DTNT ;
- Prendre en charge rapidement des cas de DTNT.

- **Aux parents et entourage :**

- Fréquenter précocement les structures de santé avant toute complication liée aux DTNT ;
- Adhérer aux programmes d'information, d'éducation, et de communication sur les DTNT et les facteurs de risque associés.
- Comprendre la nécessité d'une bonne compliance aux soins pour éviter l'installation des complications.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références :

1. L. Herzig N. Mühlemann F. Verdon N. Jaunin-Stalder B. Favrat. Douleurs thoraciques en médecine ambulatoire. Sans oublier les patients qui n'ont « rien au cœur ». Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 2724-9
2. Toute référence à cet article doit porter la mention : La Combe B, Borie R. Douleurs thoraciques. EMC - Traité de Médecine Akos 2012 ;7(3):1-8 [Article 1-0430].
3. Warnant · T. Moumneh · P.-M. Roy · A. Penalzoza. Douleur thoracique aux urgences : utilisation adéquate des scores diagnostiques. Ann. Fr. Med. Urgence (2020) 10 :89-93
4. Audrey GUERINEAU. Etablissement d'un score prédictif de Syndrome Coronarien Aigu (SCA) lors de la Régulation d'un appel au Centre 15 pour douleur thoracique : le score SCARE. Thèse : Med : Université François Rabelais.2017 ; 20 : 58p
5. Ferretti-Picco, E., Govciyan, S., Claessens, Y.-E., & Levraut, J. (2013). Épidémiologie des douleurs thoraciques prises en charge dans le service des urgences du centre hospitalier universitaire de Nice. Annales Françaises de Médecine D'urgence. 2013 ; 3 : 347–352.
6. DIAKITE Amadou N'Famoussa. Etude épidémio clinique et thérapeutique des douleurs thoraciques non traumatiques aux urgences. These med ; USTTB ; FMOS, 2013, N°12 :118p
7. Nobila Valentin Yaméogo, Larissa Justine Kagambèga, Aimé Arsène Yaméogo, Koudougou Jonas Kologo, Georges Rosario Christian Millogo et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des douleurs thoraciques en consultation externe de cardiologie à Ouagadougou. Pan African Medical Journal. 2014 ; 19 : 1-5
8. Ellenga Mbolla BF, Gombet TR, Atipo Ibara BI, Ikama MS, Massamba Miabaou D, Etitiele F. Douleurs thoraciques non traumatiques de l'adulte :

- étiologies et prise en charge au CHU de Brazzaville (Congo). *Mali Médical*. 2009 ;24(2) :35-38.
9. I.M. Ernestho-ghoud, S.H. Razafimahefa, H.F.R. Raveloson, D. Randriamanana, N. Rabearivony. Profil épidémio-clinique des précordialgies à l'Unité de Cardiologie de l'hôpital Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo. *Rev. méd. Madag.* 2013 ; 3(2) : 257-263
 10. Sidy Karim SANOGO. Apport de l'angioscanner dans la prise en charge des douleurs thoraciques en pathologie cardiovasculaire au CHU Mere-enfant le "Luxembourg" These med ; FMOS ; USTTB, 2020, N°67 : p76.
 11. Elodie SCHAFFHAUSER. Douleur thoracique non traumatique en médecine d'urgence pré hospitalière : Une évaluation complexe en l'absence d'infarctus du myocarde. These med : Université de Strasbourg, 2020, N°59 :76p.
 12. Hadrien Friedel. Epidémiologie des patients présentant une douleur thoracique et recherche de critères spécifiques du syndrome coronarien aigu par l'évaluation de leur régulation médicale. These med : Université Bourgogne, 2016 : 86p.
 13. Audrey GUERINEAU. Etablissement d'un score prédictif de Syndrome Coronarien Aigu (SCA) lors de la Régulation d'un appel au Centre 15 pour douleur thoracique : le score SCARE. These med ; Université François Rabelais, 2017, N°37 : 58p.
 14. R. Sfar, H. Khlifi, T. Kamoun, H. Regaieg, M. Nouira, M. Ben Fredj et al. Douleurs thoraciques et scintigraphie myocardique : à propos de 171 cas. *Médecine Nucléaire*. 2013 ; 37 :446-450
 15. Maxime INGRET. Place d'une unité douleur thoracique dans la filière d'urgences cardiologiques au chu de Nancy. These med ; Université Lorraine, 2013 :189p

ANNEXES

Annexes

Fiche d'enquête

Fiche d'enquête N° :

Date d'entrée :

Q1 Début de la douleur en Heure : //

1 : Moins de 24 ; 2 : 24-48 ; 3 : 48-72 ; 4 : Plus de 72

**Q2 Délai entre le début de la douleur et le début de la prise en charge en
heure : //**

1 : Moins de 24H ; 2 : 24-48 ; 3 : 48-72 ; 4 : Plus de 72

Numéro identifiant : //

Q3 Age en Année//

1 : 18-40 ; 2 : 41-60 ; 3 : 61-80 ; 4 : 81 et plus

Q4 Sexe : //

1 : M ; 2 : F

Q5 Profession : //

1=Employé (e) de bureau, 2= Ouvrier, 3= Commerçant (e), 4= Femme au foyer,
5=Agriculteur,

6= Etudiant, 7=Employé (e) de mine, 8= Autres.....

Q6 Résidence : //

1 : Bamako 2 : Kayes ; 3 : Koulikoro ; 4 : Ségou ; 5 : Sikasso ; 6 : Mopti ; 7 :
Tombouctou ; 8 : Gao ; 9 : Taoudéni ; 10 : Koutiala ; 11 : Bougouni ; 12 : Kidal,
13 : Ménaka ; 14 : Autres :

Q7 Statut matrimonial //

1=Célibataire, 2=Marié (e), 3=Divorcé (e), 4=Veuf (ve)

Q8 Moyens de recours à la clinique/ /

1=Ambulance médicalisée, 2=Véhicule de la protection civile avec oxygène à bord, 3=Véhicule personnel, 4=Véhicule de transport en commun, 5=Engin à 2 roues, 6= à Pied

7=Autres (A préciser) :.....

Q9 Anamnèse

➤ **Antécédents médicaux**

1=Angine de poitrine / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

2=IDM / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

4=Pneumopathie / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

5=Drépanocytose / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

6=UGD / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

7=RAA / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

8=MVTE / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

9=Autres.....

Q10 Antécédents Chirurgicaux :.....

Q11 Facteurs de risque

1=HTA : / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

2=Diabète / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

3a =Tabac / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

3b=Tabac nombre paquet année/ /

1= inf à 10 ; 2= 10 – 20 ; 3= Sup à 20

4=Dyslipidémie : / /

1= Oui ; 2= Non ; 3= Ne sait pas

5=Sédentarité / /

1= Oui ; 2= Non 3=Non précisée

6=Stress / /

1= Oui ; 2= Non 3=Non précisé

7=Alcool / /

1= Oui ; 2= Non 3=La prise non précisée

8=Anxiété / /

1= Oui ; 2= Non 3=Non précisée

9=Ménopause / /

1= Oui ; 2= Non, 3= Non précisée

10=Autres.....

Q12 Circonstances d'apparition / /

1=Effort, 2=Repos, 3=Post prandial, 4=Froid,

5=Autres.....

Q13 Evaluation Visuelle Analogique (EVA) : De 1 à 10 : / /

1= 0-3 ; 2= 4-6 ; 3= 7 et plus

Q14 Siege de la douleur/ /

1=Retro sternal, 2=Précordial, 3=Latérale droite, 4=Latérale gauche,
5=Épigastrique, 6=Dorsale

7= Autres.....

Q15 Type / /

1=Constrictif, 2=Oppressif, 3=Coup de Poignards, 4=Brûlure, 5=Piqûre

6=Autres.....

Q16 Irradiations / /

1=MSG, 2=MSD, 3=Bi brachiales, 4=Mâchoires, 5=Rétro sternales, 6=Dorsales

7=Autres.....

Q17 Facteurs calmants/ /

1=position assise, 2=Décubitus dorsal, 3=DLG, 4=DLR, 5=Antéflexion, 6=
Prise de Trinitrine (TNT), 7=Arrêt de l'effort

8=Alimentation, 9= Prise d'anti acide, 10= Autres

.....

Q18 Facteurs aggravants / /

1=Mouvements respiratoires, 2=Toux, 3=Décubitus, 4=Alimentation, 5=Effort
Physique

6=Autres.....

Q19 Durée de la douleur en heure/ /

1 : Moins de 24H ; 2 :24-48 ; 3 : 48-72 ; 4 : Plus de 72

Q20 Rythme de douleur / /

1=Continu, 2=intermittente, 3= Non précisé

4=Autres.....

Q21 Signes associés à la douleur //

1= Perte de connaissance, 2= Etat de choc, 3=Vomissement, 4=Nausée Oui,
5=Dyspnée, 6=Toux, 7=Expectoration, 8=Pyrosis, 9=Fièvre, 10=Palpitation,
11=Autres.....

Examens cliniques :

Q22 Paramètres vitaux

Pression artérielle :.....

Poids :.....

Taille :

Tour de Taille :.....

- **IMC en Kg/m² //**

1= 18,5 à 24,9 ; 2=inf à 18,5 ; 3=25 à 29,9 ; 4=30 à 34,9 ; 5= sup ou égal à
40

- **Température//**

1=26°C-37,5°C, 2=inf à 36°C, 3=37,5°C à 37,9°C ; 4= Sup ou égale à 38°C

- **FC en Battement/minute //**

1= 60-100, 2=inf à 60, 3= Sup à 100 4 : indéterminée

- **FR en cycle/minute //**

1=14-22, 2=inf à 14, 3= Sup à 22 4 : indéterminée

- **So2 à l'air ambiant //**

1= Sup ou égale à 95 ; 2=inf à 95 ; 3= indéterminée

9=Autres.....

Q23 Inspection

1=Etat général (score OMS) / /

1= 0 ; 2= 1 ; 3=2 ; 4=3 ; 5=Non évalué

2=Pâleur conjonctivo-muqueuse/ /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

3=Cyanose/ /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

4=TVJ/ /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

5=Distension thoracique/ /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

6=Dyspnée / /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

7=Angoisse/ /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

8=Sueurs froides/ /

1= Oui ; 2=Non ; 3= Non précisée

Q24 Examen cardiaque //

1=Normal :

2=Anormal

Résultat :.....
.....
.....

Q25 Examen artériel

1=Normal:

2=Anormal

Résultat :.....
.....
.....

Q26 Examen veineux

1=Normal:

2=Anormal

Résultat :.....
.....
.....

Q27 Examen pleuro pulmonaire //

1=Normal :

2=Anormal

Résultat :.....
.....
.....

Q28 Autres examens physiques

Résultat :.....
.....
.....

Examens complémentaires :

Q29 Radio de thorax :

1=Normale :

2=Anormale 3=Non réalisée

Résultat :.....
.....
.....

Q30 Electro cardiogramme (ECG) : //

1=Normal:

2=Anormal 3=Non réalisé

Résultat :.....
.....
.....

Q31 Echographie doppler cardiaque//

1=Normale :

2=Anormale 3=Non réalisée

Résultat :.....
.....
.....

Q32 Fibroscopie œsogastroduodénale: //

1=Normale :

2=Anormale 3=Non réalisée

Résultat :.....
.....
.....

Q33 Scanner thoracique : //

1=Normal :

2=Anormal 3=Non réalisé

Résultat :.....
.....
.....

Q34 Coronarographie : //

1=Normale :

2=Anormale 3=Non réalisée

Résultat :.....
.....
.....

Q35 Biologie :

1=Troponine/ /

1= Inf à 0,04 ng/ml ; 2= Sup à 0,04 ng/ml ; 3= Non= réalisée

2=CPK.MB/ /

1= \leq 168 UI/L; 2= $>$ 168 UI/L; 3=Non réalisée

3=D – Dimères/ /

1= \leq 500ng/l; 2= $>$ 500ng/l; 3=Non réalisées

4=Lipasemie/ /

1= $<$ 190 U/L; 2= \geq 190 UI/L; 3=Non réalisée

5=CRP/ /

1= $<$ 06mg/L; 2= \geq 06mg/L; 3=Non réalisée

6=LDL en g/l / /

1= $<$ 1,10; 2= 1,10 à 1,60 ; 3= \geq 1,60 ; 4= Non réalisé

7=LDH en g/l / /

1= \geq 0,45; 2= $<$ 0,45 ; 3= Non réalisé

8=Glycémie à jeun en g/l / /

1= $<$ 0,70; 2= 0,70 à 1,10 ; 3= 1,11 à 1,25 ; 4= \geq 1,260 ; 5= Non Réalisée

9=HbA1c en %

1= < 6,5; 2= 6,5 à 7,5 ; 3= Sup à 7,5 ; 4= Non Réalisée

10= Créatininémie umol/l / /

1= < 62; 2= 62 à 120 ; 3= >120 ; 4= Non réalisée

11=NFS :

- Hématie mm³/ /

1= < 4000; 2= 4000 à 5500 ; 3= > 5500 ; 4= Non Réalisée

- Hémoglobine g/dl / /

1= < 11; 2= 11 à 18 ; 3= > 18 ; 4= Non Réalisée

- VGM en fl / /

1= < 80; 2= 80 à 100 ; 3= > 100 ; 4= Non Réalisé

- TCMH pg / /

1= < 27; 2= 27 à 34 ; 3= > 34 ; 4= Non Réalisé

- CCMH en pourcentage / /

1= < 32; 2= 32 à 36 ; 3= > 36 ; 4= Non Réalisé

- Hématocrites en pourcentage / /

1= < 37; 2= 37 à 45 ; 3= > 45 ; 4= Non Réalisés

- Plaquettes en mm³ / /

1= < 150; 2= 150 à 400 ; 3= > 400 ; 4= Non Réalisées

- Leucocyte mm³ / /

1= < 4000; 2= 4000 à 10000 ; 3= > 10000 ; 4= Non Réalisé

- Polynucléaire Neutrophile mm³ / /

1= < 2000; 2= 2000 à 7000 ; 3= > 7000 ; 4= Non Réalisé

- Polynucléaire Basophile mm³ / /

1= < 100; 2= ≥ 100 ; 3= Non Réalisée

- Polynucléaire Eosinophile mm³ / /

1= < 20; 2= 20 à 500 ; 3= > 500 ; 4= Non Réalisé

- Lymphocytes mm³ / /

1= < 800; 2= 800 à 4000 ; 3= > 4000 ; 4= Non Réalisé

- Monocytes mm³ / /

1= < 120; 2= 120 à 1200 ; 3= > 1200 ; 4= Non Réalisée

10=Autres.....

Q36 Diagnostic(s) retenu (s):

.....
.....
.....

Q37 Evolution //

1 : Bonne ; 2 : Décès ; 3 : Autres complications (à préciser) :.....

Q38 Evacuation vers autre établissement Sanitaire //

1 : Du Mali,

2 : Hors du Mali 3=Non

(Motif) :.....
.....
.....

3 : Autre (à préciser) :.....

Fiche signalétique

Nom : SANGARE

Prénom : Moussa

Titre : Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des douleurs thoraciques non traumatiques à la Polyclinique GUINDO.

Directrice de thèse : Pr KAYA Assétou SOUKHO

Pays de soutenance : Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2023

Lieu : Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Pays originaire : Mali

Secteur d'intérêt : Urgence médico- thoracique, gastroentérologie, cardiovasculaire, médecine interne

Résumé :

La douleur thoracique (DT) est définie comme une sensation anormale et pénible, localisée dans la région du thorax, elle peut avoir des caractéristiques différentes, peut être aiguë ou chronique, localisée ou étendue et peut irradier ou non. Son mode d'apparition et de déclenchement, ses caractéristiques et son évolution sont importants. Elle est un motif de consultation fréquent aux Urgences.

Son but était d'étudier l'aspect épidémiologique, clinique et étiologique des douleurs thoraciques non traumatiques à la Polyclinique GUINDO.

Nous avons effectué du 01 Janvier 2022 au 31 décembre 2022, une étude descriptive et analytique avec enquête rétrospective sur 01 ans, portant sur l'exploitation des dossiers des patients âgés de 18 et plus pour douleurs thoraciques non traumatiques ou ayant présenté des douleurs thoraciques non traumatiques durant l'hospitalisation. Les enquêtes ont eu lieu à la Polyclinique.

Nous avons colligé 27 cas répartis en 16 femmes (59,3%) et 11 hommes (40,7%). Le sex-ratio 0,68. La prévalence des douleurs thoraciques était de 4,34%. La tranche d'âge la plus concernée était de 61-80 ans avec Moyenne d'âge de 60,41 ± 16,329 ans. Le véhicule personnel a été majoritairement utilisé pour le transport des patients. Plus de la majorité des patients (59,3 %) étaient vu tardivement après les 72 premières heures. L'HTA a été le FDR le plus fréquemment associés soit 59,3%. Le signe clinique associé couramment a été la dyspnée soit 25,0%. Les signes para cliniques ont été dominés par les pneumopathies interstitielles 75% à la radiographie pulmonaire, gastrite 45,5% à la FOGD, les anomalies de la repolarisation 22,2% % à l'ECG, syndrome coronarien aigu 40% et l'élévation de la troponine 18,8% %. Les causes de douleur thoracique étaient dominées par causes digestives et pulmonaires puis de causes cardiaques et psychiatriques respectivement 38,2%, 38,2%, 20,6% et 2,9%. L'évolution a été favorable dans 92,6% dans notre étude avec 1 cas de décès.

Tout cas de DTNT doit nécessiter une exploration complète pour ne pas passer à côté des pathologies graves.

Mots clés : *Douleur, thorax, Polyclinique GUINDO.*