

THESE Apollinaire Manegdlawende SAWADOGO

13%
Textes suspects

10% Similitudes

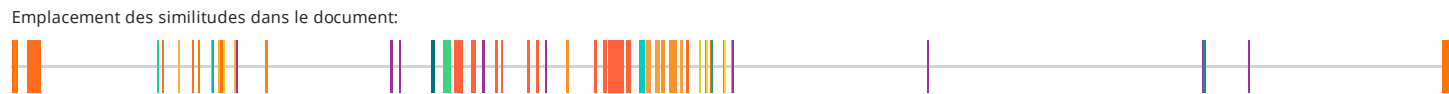
< 1% similitudes entre guillemets

< 1% parmi des sources mentionnées

2% Langues non reconnues

2% Textes potentiellement générés par IA

Nom du document: THESE Apollinaire Manegdlawende SAWADOGO.pdf	Déposant: Apollinaire Manegdlawendé SAWADOGO	Nombre de mots: 19008
ID du document: 38ff2f18e020b73292a43f13cb43a655af32ede9	Date de dépôt: 23/04/2024	Nombre de caractères: 137336
Taille du document d'origine: 4,14 Mo	Type de dépôt: interface	
	date de fin d'analyse: 23/04/2024	



Sources des similitudes

Sources principales détectées

N°	Description	Similitudes	Emplacements	Informations complémentaires
1	www.medicinesfax.org https://www.medicinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf 2 sources similaires	3%		Mots identiques: 3% (611 mots)
2	Document d'un autre utilisateur #d0ee45 Le document provient d'un autre groupe 5 sources similaires	1%		Mots identiques: 1% (267 mots)
3	Document d'un autre utilisateur #596e68 Le document provient d'un autre groupe 37 sources similaires	1%		Mots identiques: 1% (216 mots)
4	Document d'un autre utilisateur #e92f9d Le document provient d'un autre groupe 38 sources similaires	< 1%		Mots identiques: < 1% (208 mots)
5	www.medicinesfax.org https://www.medicinesfax.org/useruploads/files/65_SCA.pdf	< 1%		Mots identiques: < 1% (194 mots)

Sources avec similitudes accidentelles

N°	Description	Similitudes	Emplacements	Informations complémentaires
1	www.vooafrique.com Dans les hôpitaux du Faso, les malades du COVID-19 déplo... https://www.vooafrique.com/a/des-hopitaux-burkinabe-face-aux-plaintes-des-malades-du-covid-19/...	< 1%		Mots identiques: < 1% (29 mots)
2	Document d'un autre utilisateur #f02552 Le document provient d'un autre groupe	< 1%		Mots identiques: < 1% (29 mots)
3	www.malimedical.org http://www.malimedical.org/2018/1c.pdf	< 1%		Mots identiques: < 1% (40 mots)
4	Document d'un autre utilisateur #b32b4d Le document provient d'un autre groupe	< 1%		Mots identiques: < 1% (35 mots)
5	www.bibliosante.ml https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/1475/1/12M333.pdf	< 1%		Mots identiques: < 1% (33 mots)

Sources mentionnées (sans similitudes détectées) Ces sources ont été citées dans le document sans trouver de similitudes.

1	https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/ventricule_cardiaque/16900
2	https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/aorte/11297
3	https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/oreillette/14977
4	https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/veine_cave/11825
5	https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/artere_veine_pulmonaire/15644

Points d'intérêts

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

MINISTÈRE

1

Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE

L'INNOVATION

UNIVERSITE JOSEPH KI-ZERBO

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTÉ

2

Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

(UFR/SDS)

SECTION MEDECINE

Année universitaire : 2023-2024

Thèse N°

3

Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

Thèse présentée et soutenue publiquement le 1er juillet 2024 à 10H 30mn pour

4

Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Par

Apollinaire Manegdlawendé SAWADOGO

Né le 12 Septembre 1996 à Kaya (BURKINA FASO)

BILAN DE LA THROMBOLYSE INTRAVEINEUSE DE 2011 A 2022 DANS LES

SERVICES DE CARDIOLOGIE DES CENTRES HOSPITALIERS

UNIVERSITAIRES YALGADO OUEDRAOGO ET BOGODOGO

Directeur de thèse

Pr Yaméogo N Valentin

Président du jury

Pr Patrice Zabsonré

Membres du jury

Pr Yaméogo N Valentin

Dr Jonas Kologo

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

II

LISTE DES REONSABLES

ADMINISTRATIFS

ET DU PERSONNEL DE L'UFR/SDS

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

III



Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

IV

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

V

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

VI

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

VII

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

VIII

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

IX

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

X

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO
et de Bogodogo

XI

DEDICACE

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XIII

Nous avons le devoir de dédicacer pleinement avec la plus grande humilité qui sied, toutes ces personnes qui nous ont soutenu, qui nous ont supporté malgré nos défauts pour que nous puissions effectuer ce parcours et atteindre aujourd'hui l'un de nos plus grands objectifs.

Avec foi, amour et gratitude, nous dédions cette thèse :

Au Seigneur tout puissant notre Dieu, par qui toute chose commence et est permise, je m'agenouille devant vous une fois de plus loin de trop pour vous remercier de m'avoir permis aujourd'hui de réaliser mon rêve de devenir Médecin. J'aurai voulu le devenir beaucoup plus tôt mais il y'a eu certaines difficultés qui sans doute faisaient parties de mon destin et comme tout bon croyant je répète ce versé biblique " Car c'est une prophétie dont le temps est déjà fixé, elle marche vers son terme, et elle ne mentira pas ; si elle tarde, attend-la, car elle s'accomplira, elle s'accomplira certainement." Habacuc 2 : 3 LSG

A mon feu père, M. SAWADOGO Ouentaré Emile, qui a su m'élevé et m'éduquer dans le sens du devoir, ce qui m'a permis très vite de devenir un homme responsable avec une grande vision du monde et surtout de l'humain. Vous n'êtes plus de ce monde depuis 2018 mais je sais que vous êtes fier de moi du moins parlant des études parce que je ne me suis jamais écarté de vos enseignements. Pour ce qui est de ma vie para universitaire, il y'a certaines choses sur lesquelles vous aurez pu me guider mais hélas, vous n'êtes plus de ce monde.

Je ne parlerai jamais suffisamment de vos bonnes œuvres, pas moi ni personne d'autre. Vous avez vécu utile et actuellement mon souhait est que je puisse être plus utile pour notre famille, tous nos proches et la société plus que vous ne l'avez été. J'ai les larmes aux yeux en vous laissant cette note, je m'arrête là. Rest in peace dad. Much loving.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XIV

A maman OUEDRAOGO Saibata Sabine, vous êtes celle qui m'a appris à me prémunir à certains plaisirs du monde qui sont souvent des pièges. Vous m'avez éduqué dans la sobriété, vos conseils m'ont permis de tenir ces 08ans durant à l'Université sans que les difficultés ne me déroutent de mes objectifs. Votre modestie, votre sympathie et votre esprit de partage a profondément pénétré mon ADN et ce n'est pas par hasard si je suis devenu médecin parce que c'était dans votre nature de tendre la main. Vous qui en dépit de vos 08 autres enfants a toujours eu une admiration particulière pour moi en tant que benjamin et malgré que je suis devenu un homme vous continuez de vous inquiéter pour moi comme si j'étais toujours un bébé. Merci maman du fond du cœur. Je vous souhaite de vivre longtemps pour que je puisse essayer de vous rendre un tout peu vos bienfaits. Much loving mum.

A mes grands frères et sœurs dans l'ordre : Léopold, Michel, Dr Honorine, Solange, Béatrice, Fernand, Marie, Denise, Sidonie et Irène, vous êtes les artisans qui ont sculpté ma personne. En tant que benjamin, je suis la personne qui a le plus profité des conseils. Aucun qualificatif, aucune expression ne pourrait montrer à tel point vous avez contribué à réaliser ce rêve qui du reste est nôtre. J'espère que vous êtes fier de votre petit frère. Je vous demande de continuer de me guider dans mes actions et de me porter dans vos prières pour que je puisse devenir ou rester le petit frère modèle dont tout aîné rêverait d'avoir. Mille merci à vous, que Dieu tout puissant vous le rende au centuple et vous accorde longue vie.

A mes tantes, oncles, cousins et cousines, neveux et nièces, merci de m'avoir porté dans vos cœurs par vos prières et bénédictions. Apollinaire vous est reconnaissant.

.

REMERCIEMENTS

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XVI

Nos remerciements :

A tous nos maitres de l'UFR/SDS

Vous nous avez enseigné le savoir des sciences médicales, le savoir-faire et le savoir-être d'un bon médecin afin que nous puissions soulager les souffrances des malades dont nous aurons en charge. MERCI tout court à vous, que le Tout Puissant guide vos pas et vous permettre de continuer le noble métier d'enseignant et de soignant.

A notre maitre et Directeur de Thèse, le Professeur Nobila Valentin

YAMEOGO

Lorsque nous avons tapé la porte de votre bureau en Février 2023 pour demander votre encadrement pour la thèse, vous n'avez pas hésité un instant, vous nous avez proposé un thème toute suite et vous êtes resté disponible à chaque fois que nous avions besoin de vous. Nous sommes venus vers vous parce que vous êtes humain, vous avez une excellente qualité d'écoute et surtout une franchise qui permet de solidifier le ciment de la relation d'un maitre avec son élève, vous êtes un exemple de résilience, la preuve vivante qu'on peut bien avec le peu que l'on dispose réaliser nos rêves, vous êtes l'incarnation de l'insatiabilité dans la recherche de la

connaissance et du travail bien fait. Toutes nos excuses pour toutes les fois que nous n'avons pas été à la hauteur de vos attentes, nous continuons d'apprendre de vous et nous vous promettons de nous améliorer pour devenir un élève digne de votre rang. C'est un grand honneur pour nous d'avoir été encadré par un des plus jeunes Professeurs Titulaires, un des enseignants le plus aimé par les étudiants de l'UFR/SDS.

Merci beaucoup de nous avoir accordé ce précieux encadrement, nous espérons vraiment vous avoir rendu fier.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XVII

A tous nos instituteurs de l'école primaire Saint Paul de Kaya

Nous vous remercions pour avoir tracé le chemin. Vous avez supporté toutes nos erreurs et vous êtes restés professionnels alors que nous ne savions même pas les enjeux sur notre avenir encore moins l'impact sur notre vie de tous les jours. La cravache, les problèmes de sortie et les punitions nous ont appris toute suite qu'être élève avait des exigences. Merci pour tout.

Un MERCI particulier à notre Maitre de la Classe de CM2 M. Philipe

SAWADOGO, grâce à vous nous accepté reprendre la classe de CM2 malgré que nous avions eu l'examen afin de grandir un peu avant d'entamer le Secondaire. Ce conseil a sans doute été le déclic, cela nous a permis de grandir et d'être plus réfléchi. MERCI M. Philipe.

A nos enseignants du Lycée Provincial de Kaya, merci de nous avoir bien encadré et d'avoir eu confiance en nous et de nous avoir permis d'avoir confiance en nous-même. Vos conseils et instructions ont forgé en nous un élève avec une mentalité de gagnant et depuis lors nous n'avions plus eu peur d'affronter un défi, d'où le choix d'embrasser la Médecine à l'Université. Merci encore chers encadreurs.

A notre aîné le Docteur BANSE Shouaibou, un homme pieux qui a la crainte de DIEU et qui a pitié de ses semblables. Pourrais-je vous remercier assez ? Je demanderai juste à Dieu tout puissant de vous accorder vos aspirations, de vous rendre plus heureux avec votre famille. Merci du fond du cœur.

A notre aîné le Docteur ZINGUE OUATTARA, aujourd'hui Cardiologue.

Merci de nous avoir accompagner dans le peaufinage de la fiche de collecte ainsi que dans la collecte de données.

A notre aîné le Docteur KABORE Soaliou, merci de nous avoir accompagner dans l'analyse des données et dans l'interprétation des résultats.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XVII
I

A tous les externes du service de Cardiologie, merci pour le soutien.

A tous les médecins cardiologues, à tous les médecins en spécialisation, à tous

les internes et à tout le personnel du service de Cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et BOGODOGO veuillez

agréer l'expression de notre profonde gratitude.

A nos encadreur département de médecine et de pédiatrie du centre

hospitalier universitaire Tengandogo, Bogodogo et Charles du Gaulle. Merci

de nous accompagner avec abnégation, vos instructions nous ont été précieuse.

A mes amis Dr Rasmané OUEDRAOGO, Dr Fabrice OUEDRAOGO, Dr

Achille SAWADOGO, Dr KIEMDE Abdoul Karim, Dr Inzan OUATTARA,

Paulin OUEDRAOGO, Alice MARE, Habiba SAKINE, nous vous remercions

pour cette amitié inconditionnelle devenue fratrie devant l'histoire. Tous autant

que vous êtes, nous avons appris avec vous et nous vous sommes reconnaissant

de la lumière que vous avez apportée dans notre vie.

A ma petite amie KABORE Tuwendsida Bernadette Floriane, que dire...?

Depuis 2017, une relation débutée à distance est devenue aujourd'hui vitale pour

nous. Merci pour tes multiples interpellations, même si je les trouve très

restrictives, cela m'a permis de revenir sur le droit chemin de la responsabilité

entière d'un homme dans une relation amoureuse. Désolé d'être dur avec toi

également, je tiens ça de mon père qui n'arrêtait pas de dire "Je ne vais pas vous

élever comme si j'allais vous vendre au marché" pour dire qu'il nous punissait

pour que nous soyons des vrais hommes demain. Un grand merci d'avoir toujours

eu confiance en moi et surtout de m'avoir soutenu dans mes moments sombres.

Tu es pour moi une lumière, une forteresse et je sais que ce diplôme que j'obtiens

aujourd'hui t'appartient également. Je t'aime et j'aimerais partager le reste de ma

vie avec toi. Que le Tout Puissant nous accorde la possibilité de faire des noces et

de fonder une famille pour la Gloire de son nom. AMEN.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XIX

A mes voisins de quartier, M. Karim SOUDRE, Inspecteur Arouna SONDE,

Dr Moussa ZABSONRE, Dr Jacques KABRE, M. Malick OUEDRAOGO,

M. Grégoire Armel COMPAORE, M. Gilbert ZERBO, M. Harouna

KIEMTORE, M. Hamidou OUEDRAOGO, M. ZIE Jean Pierre, M. OUIYA

Bruno, M. Maxime OUIYA, M. Dinos ADIMOU, M. Yazid AGUE, M. Abdel

Sobour AREMOU, M. Gérard KABORE, merci de nous avoir accepté dans

votre quotidien, certains pour petit frère, d'autres pour enfant. Votre présence et

vos qualités respectives nous ont permis de vivre rassuré autour de vous. Nous

sommes reconnaissant de votre soutien et de vos bienfaits. Vous êtes une famille

pour nous et nous avons toujours trouvé un réconfort auprès de vous. Soyez-en

remerciez, Dieu vous garde à l'abris des supplices de ce monde.

A tous ceux et celles



Document d'un autre utilisateur

♥ Le document provient d'un autre groupe

qui de près ou de loin ont contribué à la
réalisation de ce

travail, nous vous disons grand merci.

HOMMAGES A NOS

MAITRES ET JUGES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXI

A notre honorable maître et Président du Jury

Pr Patrice ZABSONRE

Vous êtes :

☐ Professeur titulaire de cardiologie



Document d'un autre utilisateur

♥ Le document provient d'un autre groupe

à l'Unité de Formation et de

Recherche en Sciences De la Santé
(UFR /SDS) de l'Université Joseph

KI-ZERBO,

□ Médecin cardiologue, médecin biologiste du sport

□ Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan

□ Ancien Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de

cardiologie à l'UFR/SDS de Ouagadougou

□ Ancien Chef de service du service cardiologie du CHU-YO

□ Membre fondateur de la Société de Cardiologie du Burkina

(SOCARB)

□ Chevalier de l'Ordre national

Cher Maitre,

Permettez- nous de vous témoigner toute notre reconnaissance pour avoir en dépit

de vos multiples sollicitations, accepté avec spontanéité de présider ce jury de

thèse. L'assiduité et la rigueur dans le travail sont autant de qualités que vous

demandez chaque jour chez la jeune génération, faisant de vous un homme

admirable. Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements

théoriques forts enrichissants à l'Université et de votre encadrement pratique

pendant nos stages externés et internés. Permettez-nous de vous rendre ici un

hommage mérité.

Que le Seigneur Jésus Christ vous bénisse et vous permette de vivre encore

longtemps afin que nous puissions encore bénéficier de votre encadrement

combien particulier.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXII

A notre honorable maitre et Juge

Docteur Jonas Koudougou KOLOGO

Vous êtes :

□ Maitre de conférence agrégé



Document d'un autre utilisateur

Le document provient d'un autre groupe

à l'Unité de Formation et de Recherche

en Science de la Santé de l'Université Joseph KI-ZERBO

□ Médecin Cardiologue au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado

OUEDRAOGO

□ Membre de la Société de Cardiologie du Burkina

□ Membre de la Société Française de Cardiologie

□ Médecin Colonel Major des Forces Armées Nationales

□ Chef de service de Cardiologie de camp militaire Général Aboubacar

Sangoulé LAMIZANA

□ Médaillé d'honneur militaire

□ Chevalier de l'ordre de l'étaalon

Cher maitre,

Nous ne saurions vous traduire en quelques mots notre grande estime et notre

sincère reconnaissance. En nous faisant l'honneur de siéger dans ce jury, pour

juger ce travail, malgré votre agenda chargé. Nous avons eu le privilège de

bénéficier de votre encadrement aussi bien théorique que pratique au cours de

notre cursus. Votre immense savoir, votre simplicité, votre disponibilité et votre

attachement au travail bien fait, font de vous, un maitre admirable et respecté.

Puisse Dieu vous assurer le succès dans vos différents projets et vous accorder

une longue vie.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXII

I

A notre maitre et Directeur de Thèse

Professeur Nobila Valentin YAMEOGO

Vous êtes :

□ Professeur Titulaire

 **Document d'un autre utilisateur**
♥ Le document provient d'un autre groupe

à l'Unité de Formation et de Recherche en

Sciences de la Santé de l'Université Joseph KI-ZERBO

□ Médecin cardiologue au service de cardiologie du Centre Hospitalier

Universitaire Yalgado Ouédraogo

□ Chef de service du service de cardiologie du CHU YO

□ Titulaire d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine du Sport

□ Titulaire d'un DIU d'échographie cardiaque et vasculaire

□ Titulaire d'un DIU en coronarographie et en cardiologie

Interventionnelle

□ Titulaire d'un PhD en santé publique option épidémiologie

□ Docteur en physiologie, physiopathologie et pharmacologie cardio-

respiratoire et vasculaire.

□

 **Document d'un autre utilisateur**
♥ Le document provient d'un autre groupe

Directeur de l'Institut des Sciences du Sport et du Développement

Humains (ISSDH)

Cher maitre,

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant malgré vos nombreuses occupations de diriger cette thèse. Votre simplicité, votre contact facile, votre assiduité et votre rigueur dans le travail forcent l'admiration de tous et font de vous un grand exemple respecté. Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération. Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde gratitude et nous espérons que cela vous plaise. Puisse le Tout Puissant notre Dieu continuez de vous gratifier d'agréables surprises pour vous et pour votre Famille. Longue vie à vous cher maitre.

AVERTISSEMENT


« Par délibération,
l'UFR/SDS a arrêté que
les opinions émises dans

**11**


Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe


les dissertations qui seront
présentées doivent être
considérées comme
propres à leurs auteurs et

**12**

Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe

qu'elle n'entend leur

**13**

Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe

donner aucune

approbation ni

LISTE DES ABBREVIATIONS

ET SIGLES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXV
II

LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES

AOMI : Artériopathie des membres inférieurs

ACFA : Arythmie complète par fibrillation atriale

ACR : Arrêt cardiorespiratoire

AINS : Antiinflammatoire non stéroïdien

ALAT : Alamine amino transférase

AOD : Anticoagulants oraux directs

ASAT : Aspartate amino transférase

AVC : Accident vasculaire cérébral



Document d'un autre utilisateur

Le document provient d'un autre groupe

AVCI : Accident vasculaire cérébral ischémique

AVK : Anti vitamine K

BDC : Bruit du cœur

C : Celsius



Document d'un autre utilisateur

Le document provient d'un autre groupe

CHU-B : Centre hospitalier universitaire de Bogodogo

CHU-CDG : Centre hospitalier universitaire Charles De Gaulle

CHU-SS : Centre hospitalier universitaire Sourou SANOU

CHU-T : Centre hospitalier universitaire de Tengandogo

CHU-YO : Centre hospitalier universitaire Yalgado



Document d'un autre utilisateur

Le document provient d'un autre groupe

OUEDRAOGO

CK-Mb : Créatine kinase Mb

CMPP : Cardiomyopathie du péripartum

CPA : Consultation pré anesthésique

ECG : Electrocardiogramme

EP : Embolie pulmonaire

ETT : Echocardiographie doppler Trans thoracique

EVA : Echelle visuelle analogique

FAF : Femme au foyer

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXV

III

FEVG : Force d'éjection du ventricule gauche

HAD : Hypertrophie auriculaire droite

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

HTA : Hypertension artérielle

HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire

ICG : Insuffisance cardiaque globale

ICP : Index cardiopulmonaire

IMC : Indice de masse corporel

INR : International normalized ratio

Kg : Kilogramme

M : Mètre

MCV : Maladies cardiovasculaires

MHD : Mesure hygiéno diététique

Mm hg : Millimètre de mercure

MTEV : Maladie thromboembolique veineuse

NFS



Document d'un autre utilisateur
♥ Le document provient d'un autre groupe

: Numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

OS : Objectifs spécifiques

PC : Protéine c

PESI : Score de Pulmonary Embolism Severity Index

PS : Protéine S

PSE : Pousse seringue électrique

SCA ST+



www.bibliosante.ml
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/2110/1/19M22.pdf>

: Syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST

SDAGO : Schéma directeur d'aménagement du grand Ouaga

SGL : Sérum glucosé isotonique

SPSS : Statistical Package for social science

TA : Tension artérielle

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXI
X

TCA : Temps de céphaline activé

TDC : Trouble de la conduction

TDR : Trouble du rythme

TIH : Thrombopénie induite par l'héparine

TP : Temps de prothrombine

TVP : Thrombose veineuse profonde

UCV : Urgences cardiovasculaires

UI : Unité internationale

% : Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX ET
FIGURES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXX
I

Liste des tableaux

Tableau I : Score de probabilité clinique de Wells

Tableau II : Stratégie diagnostique de l'embolie pulmonaire

Tableau III: Score de Pulmonary Embolism Severity Index PESI

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des catégories
socioprofessionnelles.

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Tableau VI : Répartition selon les facteurs de risque cardiovasculaires

Tableau VII : Répartition des victimes de SCA selon la troponine à l'entrée.

Tableau VIII : Répartition des patients victimes d'embolie pulmonaire ayant
bénéficié d'une thrombolyse en fonction du score de PESI.

Tableau IX : Répartition de nos patients en fonction des tensions artérielle prises à l'entrée.

Tableau X : Répartition de nos patients victimes de SCA ST+ selon le territoire atteint.

Tableau XI: Répartition de la posologie de la Streptokinase pour les patients victimes de SCA

Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la posologie de la Streptokinase parmi les malades victimes d'embolie pulmonaire.

Tableau XIII : Répartition des décès en fonction de l'âge

Tableau XIV : répartition des malades décédés en fonction des complications présenté immédiatement après la thrombolyse

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXX
II

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Répartition selon les tranches d'âge des patients thrombolysés entre 2011 et 2022 dans les CHU-YO et CHU-B

Figure 3 : Répartition des patients selon l'année d'admission

Figure 4 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Figure 5 : Répartition des patients selon le performans status OMS à l'entrée.

Figure

**19**

dumas.ccsd.cnrs.fr
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164508v1/file/Med_generale_2015_Kare.pdf

6

**20**

Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

: Répartition des patients en fonction du délai de la thrombolyse par rapport au début de la symptomatologie

Figure 7 : répartition des patients en fonction des complications présentées après

la thrombolyse.

Figure 8: Répartition des malades décédés en fonction du délai de consultation

Figure 9 : Photo du dossier d'un malade thrombolysé

Figure 10 : Magasin de stockage des dossiers du service de cardiologie du CHU-YO

Figure 11 : Magasin de stockage des dossiers du service de cardiologie du

CHU-B

TABLE DES MATIERES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXX
IV

Table des matières

Table des matières XXXIV

INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME 1

1 Généralités sur la thrombose 4

1.1 Définition des concepts 4

1.2 Epidémiologie 4

1.3 Rappel anatomique 5

1.4 Etiopathogénie 5

1.4.1 Etiopathogénie de la maladie thromboembolique veineuse 5

1.4.2 Etiopathogénie de la thrombose artérielle 6

1.5 Facteurs de risque de la thrombose 6

1.5.1 Facteurs de risque de la maladie thromboembolique 6

1.5.2 Facteurs de risque cardiovasculaires 7

2 Présentation clinique et stratégies diagnostiques 7

2.1 Maladie thromboembolique 7

2.2 SCA 11

3 Traitement de la thrombose 13

3.1 MTEV 13

3.1.1 Traitement curatif 13

But 13

3.1.1.1 MOYENS 13

3.1.2 Traitement Préventif 17

3.2 SCA 18

3.2.1 Moyens médicamenteux 18

3.2.2 Indications 18

1. Objectifs 25

1.1 Objectif général 25

1.2 Objectifs spécifiques 25

2. Matériels et méthodes 27

2.1 Cadre de l'étude 27

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXX

V

2.2 Type et période d'étude 28

2.3 Critère d'inclusion 28

2.4 Echantillonnage 28

2.5 Techniques et outils de collecte 29

2.6 Variables 29

2.6.1 Variable dépendante 29

2.6.2 Variables indépendantes 29

2.7 Traitement et analyse des données 30

2.8 Définitions opérationnelles 31

2.9 Considérations éthiques 32

3 Description de la population étudiée 34

3.1 Données socio démographiques 35

3.1.1 Genre 35

3.1.2 Age..... 35

3.1.3 Profession 35

3.1.4 Résidence 36

3.2 Répartition selon les aspects cliniques 36

3.2.1 Années d'admission 36

3.2.2 Durée d'hospitalisation 37

3.2.3 Mode d'admission 38

3.2.4 Délai d'admission par rapport au début de la symptomatologie 38

3.2.5 Motif de consultation 38

3.2.6 Facteurs de risque cardiovasculaire 39

3.2.7 Diagnostic 40

3.2.8 Examen général 41

3.3 Répartition selon les aspects paracliniques 43

3.3.1 Données électrocardiographiques 43

3.3.2 Données de l'angioscanner thoracique 44

3.4 Protocole de thrombolyse 44

3.4.1 De la Posologie 44

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXX
VI

3.4.2 Du délai du début de la thrombolyse par rapport à la symptomatologie 46

3.4.3 De l'évolution post-thrombolyse 47

3.5 Mode de sortie 50

3.6 Cause de décès 50

3.7 Nombre de décès rapporté à l'âge 50

3.8 Nombre de décès rapportés au genre 51

3.9 Nombre de décès rapporté au délai de consultation 51

3.10 Diagnostic de décès 52

3.11 Analyse des complications post-thrombolyse immédiates des malades décédés 52

DISCUSSION 53

4.1. Les limites et les contraintes de l'étude 54

4.2. Les données sociodémographiques 54

4.2.1. Le genre 54

4.2.2. L'âge 54

4.2.3. Profession 55

4.2.4. Résidence 55

4.3. Aspects cliniques 55

4.3.1. Année d'admission 55

4.3.2. Mode d'admission 55

4.3.3. Durée d'hospitalisation et délai d'admission 56

4.3.4. Motif de consultation 56

4.3.5. Facteurs de risque cardiovasculaires 56

4.3.6. Diagnostic 57

4.3.7. Protocole de la thrombolyse 57

4.3.8. Délai du début de la thrombolyse 58

4.4. Données paracliniques 58

4.4.1. ECG 58

4.4.2. Coronarographie 58

4.5. Evolution post-thrombolyse 59

file:///C:/Users/APOLLINAIRE/Desktop/THESE%20JUILLET%202024%20Actu.docx%23_Toc161575867

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XXX
VII

4.5.1. Cliniques 59

4.5.2. Complications présentées 59

4.5.3. Mode de sortie 60

4.5.4. Complications post thrombolyse rapportées au décès 60

4.5.5. Références bibliographiques 68

4.5.6. ICONOGRAPHIE 73

4.5.7. ANNEXES XLIV

4.5.8. RESUME / ABSTRACT XLII

INTRODUCTION / ENONCE

DU PROBLEME

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

1

INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) constituent un problème majeur de santé



www.malimedical.org
<http://www.malimedical.org/2018/1c.pdf>

publique au niveau mondial et la prise en charge des urgences cardio-vasculaires

(UCV) constitue une priorité car elles mettent en jeu le pronostic vital à court

terme [1]. Les urgences cardio-vasculaires, sont des pathologies, qu'elles soient coronaires, hémodynamiques, rythmiques ou de toutes autres origines mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel du patient et nécessitent une prise en charge appropriée. Les maladies cardio-vasculaires ont conquis le devant de la scène épidémiologique en matière de morbidité et de mortalité dans les pays dits avancés, mais les pays en développement ne sont pas en reste : dans les pays développés, notamment en Europe, les maladies cardiovasculaires représentent 34% de la pathologie en général et en Afrique noire, on estime que les urgences cardio-vasculaires constituent 5% de l'ensemble des urgences [2]. En effet ces urgences



www.malimedical.org
<http://www.malimedical.org/2018/1c.pdf>

sont responsables de 12 millions de décès par an dans le monde [1]. En

2016, TOWSEN et al retrouvaient que les maladies cardiovasculaires causaient plus de 4 millions de décès chaque année en Europe, représentant 45 % de tous les décès. Les coronaropathies et les maladies cérébrovasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès par maladies cardiovasculaires, représentant respectivement 1,8 million et 1,0 million de décès. [3]. Ces décès auraient pu être évités si le traitement par la thrombolyse était disponible parce que le traitement thrombolytique agit en lysant les thrombus et offre une ré perfusion, ce qui permet de préserver la fonction du ventricule gauche et améliorer la survie [4]. Le profil épidémiologique alarmant des maladies cardiovasculaires en l'occurrence des urgences cardiovasculaires est intrinsèquement lié aux difficultés de leur prise en charge surtout dans les pays en voie de développement. En 2016 au TOGO, une

étude réalisée par DAMOURO et al a montré que l'absence des méthodes de revascularisation coronaire (thrombolyse) fait parties des facteurs qui expliquent la mortalité élevée dans nos pays en voie de développement [3]. Au Burkina Faso,

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

2

la thrombolyse n'a fait ses premiers pas qu'en 2011. En effet, YAMEOGO et al en 2011, sur un total de quarante-huit patients admis pour syndrome coronarien aigu ST+, trois ont bénéficié de la thrombolyse pour la première fois [4]. Après cela, la thrombolyse a été utilisé dans le traitement des embolies pulmonaires avec des résultats satisfaisants [5]. Une étude réalisé récemment en 2022 avait montré que sur 177 patients admis pour syndrome coronarien avec sus décalage persistant du segment ST, seulement 33 soit 18,64% ont bénéficié de la thrombolyse intra hospitalière [6]. Afin de rendre beaucoup plus performant la prise en charge de ces urgences cardiovasculaires par la thrombolyse, il est primordial de faire le point sur les patients thrombolysés et analyser ce bilan pour voir la place qu'elle occupe ainsi que les insuffisances à relever. Cependant, pour le moment, aucun bilan de la thrombolyse n'a été réalisé, ce qui constitue un gap scientifique, d'où l'intérêt de cette étude dont le but est de faire un bilan de la thrombolyse intraveineuse après une décennie de ses débuts dans les Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et Bogodogo.

PREMIERE PARTIE :

GENERALITES SUR LA

THROMBOSE

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

4

1 Généralités sur la thrombose

1.1 Définition des concepts

Une thrombose correspond à la formation d'un caillot de sang (thrombus) dans un vaisseau sanguin [9].

Une thrombose veineuse correspond à un caillot de sang qui se forme dans une veine. Elle touche le plus souvent les membres inférieurs et s'installe dans une veine profonde (Thrombose veineuse profonde) ou superficielle (Thrombose veineuse superficielle) [10].



www.inserm.fr | Thrombose veineuse (Phlébite) · Inserm, La science pour la santé
<https://www.inserm.fr/dossier/thrombose-veineuse-phlebite/>

Une thrombose veineuse correspond à un caillot de sang qui se forme dans une veine. Elle touche le plus souvent les membres inférieurs et s'installe dans une

veine profonde (Thrombose veineuse profonde) ou superficielle (Thrombose veineuse superficielle) [10].

La TVP peut être proximale ou distale. Si la TVP n'est pas bien prise en charge, on peut avoir une embolie pulmonaire [11].

1.2 Epidémiologie

Dans le monde, l'incidence annuelle de la thrombose veineuse profonde serait de 60 à 100 pour 100 000 personnes. L'embolie pulmonaire qui en est la principale conséquence a une incidence annuelle qui se situerait entre 23 et 107 pour 100 000 personnes [12].

En Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques sur la MVTE sont rares voire inexistantes. Dans une étude rétrospective réalisée à Yaoundé de Janvier 2013 à Décembre 2017 sur 93 patients atteints de la maladie veineuse thromboembolique, 36 d'entre eux étaient atteints d'embolie pulmonaire 38,7% [13].



www.larousse.fr | circulation sanguine - LAROUSSE
https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/circulation_sanguine/34108

Le sang parcourt un circuit fermé : il est éjecté du ventricule gauche dans

l'aorte et dans ses branches de division, traverse les capillaires, il revient à

l'oreillette droite par le système des deux veines caves. Parvenu dans le ventricule

droit, le sang est propulsé dans l'artère pulmonaire, franchit les capillaires

pulmonaires, où ont lieu les échanges gazeux, et, par les veines pulmonaires,

retourne à l'oreillette gauche. La circulation pulmonaire amène le sang veineux

(sang pauvre en oxygène et riche en gaz carbonique) au contact des alvéoles

pulmonaires pour le ré oxygéner totalement et éliminer son gaz carbonique en

excès.

L'appareil vasculaire peut être le siège de troubles variés : des accidents artériels

aigus occasionnés par des thromboses artérielles ainsi que des thromboses

veineuses dont le risque majeur est l'embolie pulmonaire [14].

1.4 Etiopathogénie

1.4.1 Etiopathogénie de la maladie thromboembolique veineuse



www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE_Aout_2020.pdf

C'est au pathologiste berlinois Rudolph Virchow au milieu du XIXe siècle que

revient le mérite d'avoir décrit les principaux mécanismes impliqués dans la

survenue des thromboses dans une triade qui porte son nom, la triade de Virchow:

- La stase sanguine : La stase joue un rôle essentiel en favorisant l'accumulation

des facteurs de la coagulation. Il peut être en rapport avec un alitement ou à

l'immobilisation prolongée, à l'insuffisance veineuse chronique ou aux

compressions extrinsèques (adénopathies, cancers digestifs ou pelviens).

-La lésion pariétale : La stase induit une hypoxie locale qui génère des lésions

endothéliales favorisant l'adhérence de plaquettes et de leucocytes conduisant à la

thrombose. Certaines pathologies peuvent entraîner des lésions endothéliales

même en absence de stase, c'est le cas par exemple des vascularites.

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/ventricule_cardiaque/16900

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/aorte/11297>

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/oreillette/14977>

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/veine_cave/11825

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/art%C3%A8re_veine_pulmonaire/15644


<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/oxyg%C3%A8ne/15084>

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/anhydride_carbonique/11182

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/thrombose/16574>

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/embolie_pulmonaire/12740

- L'hypercoagulabilité :

 **27** www.medicinesfax.org
https://www.medicinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE_Aout_2020.pdf

La coagulation est contrôlée par des inhibiteurs. Un déficit héréditaire en inhibiteur de la coagulation (antithrombine, PC, PS), ou une anomalie responsable d'une accélération de la génération de thrombine peuvent être la cause, ou du moins constituer un facteur de risque de survenue de thrombose.

Au cours de certaines pathologies, la thrombose peut être secondaire à plusieurs de ces mécanismes en même temps [15].

1.4.2 Etiopathogénie de la thrombose artérielle

Le syndrome coronarien aigu est lié à l'occlusion brutale totale ou partielle d'un ou de plusieurs vaisseaux coronaires ou de leurs branches, responsable d'une ischémie myocardique avec ou sans nécrose. La rupture ou l'érosion d'une plaque d'athérome suivie de la formation d'un thrombus en est le principal mécanisme étiopathogénique [16].

1.5 Facteurs de risque de la thrombose

1.5.1 Facteurs de risque de la maladie thromboembolique


Entre autres, nous avons les facteurs de risque transitoires :

La Chirurgie : Orthopédique, abdominale lourde, arthroscopie du genou,

neurochirurgie

Les Traumatismes : Fractures, contusions, entorses

L'obstétrique

 **28** www.bibliosante.ml
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/9233/1/10M270.pdf>

: Grossesse, accouchement, césarienne, post-partum, avortement

L'immobilisation : Alitement prolongé, paralysie, immobilisation plâtrée,

voyage
prolongé

Il y'a également les facteurs de risques liés au patient :

L'âge : risque progressivement croissant

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

Les médicaments : Contraception orale oestroprogestative, traitement hormonal substitutif de la ménopause, thrombopénie induite à l'héparine, chimiothérapie, tamoxifène, thalidomide, carbamazépine.

Les thrombophilies acquises, les thrombophilies constitutionnelles, les maladies inflammatoires.

1.5.2 Facteurs de risque cardiovasculaires

Nous avons les facteurs de risque modifiables et ceux non modifiables [17].

Facteurs de risque non modifiables : l'âge à partir de 45ans chez l'homme et

55ans chez la femme, le genre masculin et l'hérédité

Facteurs de risque modifiables : l'hypertension artérielle, le diabète,

l'hypercholestérolémie, le tabagisme, la sédentarité, l'obésité

2 Présentation clinique et stratégies diagnostiques

2.1 Maladie thromboembolique

29

www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

Le diagnostic positif de l'embolie pulmonaire repose sur une démarche en trois

temps :

1. Suspecter le diagnostic d'embolie pulmonaire

2. Etablir une probabilité clinique d'embolie pulmonaire

3. Prescrire un examen diagnostique

□ La suspicion d'EP porte sur un ensemble d'arguments : la douleur

thoracique très souvent de type pleural régulièrement augmentée par la

percussion et la pression des côtes, expectorations hémoptoïques, la

dyspnée isolée souvent brutale, inexpliquée mais souvent progressive, l'état

de choc

30

www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

avec ou sans signes d'insuffisance cardiaque droite. L'auscultation

pulmonaire est souvent normale. L'examen clinique peut également être

normal.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

8

□ Le tableau suivant établit le score de probabilité clinique de Wells,

permettant d'évoquer le diagnostic d'Embolie pulmonaire [18].

Tableau I : Score de probabilité clinique de Wells

Items Point

Facteurs de risque

-Age Sup 65 ans

-Antécédents de thrombose ou embolie

-Chirurgie sous anesthésie générale ou fracture des membres inférieurs dans le mois précédent

-Cancer solide ou hématologique actif ou en rémission depuis

moins d'un an

1

3

2

2

Symptômes

-Douleur unilatérale d'un membre inférieur

-Hémoptysie

3

2

Signes cliniques

-Douleur à la palpation d'un trajet veineux et œdème unilatéral

d'un membre inférieur

-Fréquence cardiaque 75-94 batt/min

Sup 94batt/min

4

3

5

Probabilité clinique d'EP :

Bas

Intermédiaire

Elevé

0-3

4-10

Sup 10

*Sup : supérieur ; Batt/min : battement par minute

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

Examens paracliniques de diagnostic

Après avoir suspecté l'embolie pulmonaire sur la base de la clinique du patient et après avoir calculé le score de probabilité clinique de Wells, certains examens paracliniques permettront de renforcer le diagnostic et d'autres de le confirmer. Parmi ces examens, nous avons le dosage des d-dimères, la radiographie du thorax, l'ECG, l'ETT et l'angioscanner.

D-Dimères

Le dosage sanguin des D-dimères a pour but d'infirmer une embolie pulmonaire : un bilan négatif va permettre de dire que ce n'est pas une embolie pulmonaire, mais certainement une autre maladie. Par contre, un bilan positif n'affirme pas qu'il s'agisse d'une embolie pulmonaire [19].

ECG

Il peut également être normal ou bien avec des anomalies telles qu'une tachycardie qui est le signe le plus fréquent. On peut dans certains cas avoir des signes de sévérité tels une HAD, une onde S en D1 et une onde Q en D3 « S1Q3 ».

». L'ECG peut présenter des

31 www.medicinesfax.org
https://www.medicinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

troubles de la repolarisation de V1 à V3 (T négative)

ainsi que des troubles de rythme supra-ventriculaire (ACFA).

Echocardiographie doppler Trans thoracique (ETT)

Elle peut apporter des signes précieux en faveur du diagnostic en montrant des

signes indirects d'un CPA (dilatation des cavités droites sans hypertrophie, dysfonction systolique du ventricule droit, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance tricuspide, dilatation de l'artère pulmonaire, dilatation de la veine cave inférieure, septum interventriculaire paradoxal).

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

10

Angioscanner thoracique

Très spécifique, elle confirme le diagnostic quelle que soit la probabilité clinique.

32 www.medicinesfax.org
https://www.medicinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

Classiquement, il montre une image de défaut intra-luminal avec la présence de lacunes endovasculaires ou l'absence d'opacification d'une section artérielle pulmonaire d'une artère segmentaire ou plus proximale.

Le tableau suivant établit la stratégie diagnostique de l'EP [18]

Tableau II : Stratégie diagnostique de l'embolie pulmonaire

*Angio CT : angioscanner thoracique, US membres inférieurs : Echographie

doppler des membres inférieurs1

1 B. Egger et J.-D. Aubert, « Embolie pulmonaire: prise en charge initiale », Rev

Med Suisse, vol. 134, p. 2640-2645, nov. 2017.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

11

2.2 SCA

La maladie coronarienne regroupe deux entités :

- le syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST (angor

instable et infarctus du myocarde ST-)

 **pharmacomedicale.org** | Dérivés Nitrés et apparentés
<https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/derives-nitres-et-apparentes>

- le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST
(infarctus du

myocarde ST+).

Le syndrome coronarien aigu (SCA) se caractérise par la persistance de la douleur

thoracique malgré l'arrêt du facteur déclenchant (activité sportive, froid, stress...)

et la prise de dérivés nitrés.

L'angor est dit instable en cas d'angor nouvellement apparu (moins de 8

semaines), d'intensité ou de fréquence croissante à l'effort, ou d'angor au repos.

Il n'y a pas d'élévation des biomarqueurs (troponine ou CK-MB).

L'infarctus du myocarde ST+ se caractérise par l'élévation des biomarqueurs

(troponine ou CK-MB) associée à un tableau clinique évocateur et/ou des signes

ECG (modification du ST, nouveau BBG, ou onde Q) : la douleur est le maître

symptôme, elle est type de serrement, s'étend sur tout le thorax et irradie au cou,

à la mâchoire, aux épaules et dans le dos. La douleur peut s'accompagner

d'essoufflement, de nausées ou vomissements, des étourdissements ou une perte

de conscience [16].

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

12

ECG

Les signes ECG suivent la chronologie de l'ischémie :

- Au début de l'ischémie, l'ECG est normal ou présente des ondes T amples positives asymétriques dans le territoire ischémique.
- Après 2 heures, le sus-décalage du ST apparaît, qui traduit le syndrome de menace.
- Après 24 heures, l'onde Q apparaît, qui signe la nécrose
- Après 48 heures, le segment ST revient à la ligne isoélectrique
- Après 72 heures, les ondes T s'inversent, ce signe pouvant persister quelques mois voire toute la vie [16].

Troponine

La troponine cardiaque est un marqueur très sensible et très spécifique de la souffrance myocardique. Elle est donc augmentée dans de multiples situations qui vont du marathon au syndrome coronarien aigu (SCA) [20].

Le diagnostic positif et la


34

www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/65_SCA.pdf

stratification sont basés principalement sur 3 critères :

Cliniques, Électrocardiographiques, en particulier les troubles de la repolarisation

du segment ST et de l'onde T et Biologiques, en particulier le dosage des

troponines [21].

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

13

3 Traitement de la thrombose

3.1 MTEV

3.1.1 Traitement curatif

□ But

-Rétablir la circulation sanguine , traiter les éventuelles complications, contrôler et corriger les facteurs de risque cardiovasculaires [22].

-Limiter l'extension de la thrombose et diminuer le risque de survenue d'une récurrence précoce [15].

3.1.1.1 MOYENS

□ MOYENS MEDICAMENTEUX

Avant de début le traitement de l'EP, il est intéressant d'établir le score pronostic de PESI qui permet d'orienter la prise en charge thérapeutique et d'avoir une surveillance adaptée.

Le tableau suivant établit le score de PESI [23]

Tableau III: Score de Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)

Paramètres	Points
Age	Age en années
Sexe masculin	+10 points
Cancer	+30 points
Insuffisance cardiaque chronique	+10 points
Maladie pulmonaire chronique	+10 points
FC sup 110	+20 points
PAS inf 100	+30 points
FR sup 30	+20 points
T° inf 36°C	+20 points
Etat cognitive altéré	+60 points
SpO2 inf 90%	+20 points
Total	230 points
Stratification du risque de décès en	
1mois	
Classe I	: inf ou = 65points : très bas
Classe II	: 66-85points : bas
Classe III	: 86-105points : modéré
Classe IV	: 106-125points : haut
Classe V	: sup 125points : très haut

*FC : fréquence cardiaque, FR : fréquence respiratoire, PAS : pression artérielle
systolique, SpO2 : saturation périphérique en oxygène, inf : inférieur, sup :
supérieur, T° : température

Le traitement anticoagulant de l'embolie pulmonaire aiguë doit être démarré dès que l'embolie pulmonaire est fortement suspectée :

- Les options d'anticoagulation initiale dans l'embolie pulmonaire aiguë comprennent l'héparine de bas poids moléculaire en sous-cutanée (HBPM) dont le chef de file est l'Enoxaparine. La dose préventive est de 4000UI/24H. En curatif, la posologie est de 0,01/Kg/12H [24].

**35**

www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

Avant de démarrer un traitement par de l'héparine, il est impératif d'éliminer les contre-indications et de faire un bilan pré-thérapeutique (un groupage sanguin, un dosage de la créatinine avec calcul de la clearance de la créatinine, une NFS, un Taux de prothrombine (TP) et un temps de céphaline activé (TCA)).

Les contre-indications absolues : les hémorragies patentes, les AVC hémorragiques récents, les interventions neuro-médullaires récentes, les traumatismes crâniens graves, les thrombopénies (plq<50000 G/l), les antécédents de TIH (pour l'héparine), les anomalies sévères de l'hémostase.

Les contre-indications relatives : les interventions chirurgicales récentes, les tumeurs cérébrales, les hémorragies digestives récentes, les ulcères gastroduodénaux évolutifs, les hématuries macroscopiques, les HTA sévères non contrôlées.

- Le traitement par les anti vitamine K (AVK)

Après l'introduction de l'héparine,

**36**

www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

le relais précoce par une anti vitamine K (dès le premier jour) contribue d'une part à éviter la survenue d'une TIH et d'autre part à diminuer la durée d'hospitalisation.

Après introduction de l'AVK, on doit poursuivre l'héparinothérapie jusqu'à

l'obtention d'un INR (internationalnormalizedratio) efficace. L'INR sera

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

16

**37**

www.medecinesfax.org
https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

contrôlé 72 heures après le début des AVK. La zone thérapeutique pour l'INR doit être comprise entre 2 et 3.

NB : Les AVK sont contre-indiqués durant toute la grossesse, ainsi, une TVP survenue chez une femme enceinte sera traitée par HBPM pour toute la durée nécessaire. L'allaitement est possible en cas d'utilisation d'AVK en raison d'une excrétion quasi-absente dans le lait maternel.

Cependant, les interactions médicamenteuses sont très nombreuses avec les AVK.

- Le traitement par les anticoagulants oraux directs

Les anticoagulants oraux directs (AOD) inhibent de façon spécifique et directe

(en opposition aux AVK qui exercent une inhibition "indirecte" des facteurs

vitamine-K dépendants) les facteurs de la coagulation activés.

Actuellement, les AOD comprennent 2 sous-classes :

- les inhibiteurs directs de la thrombine ("-gatan") avec un seul représentant : le

dabigatran

- les inhibiteurs directs du facteur Xa ("-xaban") avec le rivaroxaban et l'apixaban

Les améliorations pharmacologiques apportées par ces médicaments permettent

une utilisation à dose fixe par voie orale et sans suivi biologique du fait de

variabilités intra et inter-individuelles nettement moindres que les anti-vitamines

K. Parmi les caractéristiques pharmacocinétiques des AODs, il faut souligner le

délai d'action rapide (23 heures) permettant de s'affranchir de la nécessité d'un

relai héparinique et la demi-vie d'élimination rapide diminuant le risque

hémorragique [15].

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

17

- Le traitement par les fibrinolytiques



www.medecinesfax.org

https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/51_MVTE Aout 2020.pdf

Contrairement aux anticoagulants qui préviennent seulement l'extension et la

migration des thrombi, les fibrinolytiques ont une action lytique sur le thrombus.

Cependant, un risque hémorragique pourrait être associé.

Sauf contre-indication absolue, la fibrinolyse doit être employée en cas d'EP avec

état de choc. La fibrinolyse se réalise en complément du traitement anticoagulant

dont elle ne modifie ni la durée ni l'intensité.

La Streptokinase à la dose de 1 500 000 UI en 2 heures constitue le traitement

[15].

3.1.2 Traitement Préventif

La prévention repose sur des mesures simples :

-En milieu non hospitalier, on s'appesantit sur l'éviction ou le contrôle des

facteurs de risque thromboemboliques (Obésité, Sédentarité, HTA, Diabète,

tabagisme, etc)

-En milieu hospitalier surtout en chirurgie, la prévention repose sur les HBPM à

la posologie de 0,01/Kg/24H [15].

18

3.2 SCA

3.2.1 Moyens médicamenteux

Le traitement du syndrome coronarien repose sur le BASIC :

-Bêta-bloquants (Propanolol, Nadolol, Atenolol, Bisoprolol, Carvédilol,

Nebivolol)



www.ameli.fr | Infarctus : quel traitement ? | ameli.fr | Assuré
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/infarctus-myocarde/traitement>

: ils ralentissent la fréquence cardiaque et limitent l'intensité de la

pression que le sang exerce sur la paroi des artères

-Anti-aggrégants plaquettaires (Aspirine, Clopidogrel) : ils empêchent les

plaquettes de sang de s'agglutiner et donc de former des caillots

-Les statines : elles freinent la fabrication du cholestérol par le foie

-Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion : ils agissent sur certaines hormones

qui régulent la tension artérielle. Cela se traduit par une baisse de la tension

artérielle et du travail fourni par le cœur [22].

3.2.2 Indications

SCA ST +



www.efurgences.net | Syndrome coronarien aigu : le traitement
<https://www.efurgences.net/seformer/cours/2-sca-traitement>

Le traitement doit débuter sans attendre :

1. Oxygène : pas d'indication en dehors d'une décompensation cardiaque et/ou

SpO₂ < 90%.

2. Aspirine : 150-300 mg PO ou 75-250 mg IV puis 75 mg/jour à vie.

3. Antalgique : Morphine par titration lorsque EVA > 60/100

4. Dérivés nitrés : pas d'indication en dehors de l'OAP ou TA élevée. Contre-

indiqués en cas d'un infarctus dans le territoire inférieure (ventricule droit) et en

cas de tension artérielle < 12 cmHg.

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trop-cholesterol-triglycerides-dans-sang-dyslipidemie/traitement>

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypertension-arterielle-hta/traitement>

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypertension-arterielle-hta/traitement>

19



www.efurgences.net | Syndrome coronarien aigu : le traitement
<https://www.efurgences.net/seformer/cours/2-sca-traitement>

5. Traitement des troubles du rythme en urgence. Une TV ou un arrêt cardiaque

par fibrillation ventriculaire peut survenir à tout moment, à traiter par choc

électrique externe (CEE) au besoin.

NB : L'intervention coronarienne percutanée primaire (ICP) (ou

angioplastie) est la stratégie de ré perfusion préférée chez les patients qui ont un

SCA ST+ dans les 12 heures après le début des symptômes.

La fibrinolyse est recommandée dans les 12 heures après le début des

symptômes lorsque l'ICP n'est pas disponible [25].

Avant de débiter un traitement par les fibrinolytiques, il est obligatoire de s'en

assurer des critères :

-Douleur



42

www.medecinesfax.org

https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/65_SCA.pdf

précordiale prolongée depuis plus de 30 min et moins de 12 h résistant

aux dérivés nitrés, associée à des modifications ECG typiques :

-Un sus-décalage de ST \geq 2 mm en V2 -V3.

-Ou un sus-décalage de ST \geq 1 mm dans au moins 2 dérivations contiguës en

dehors de V2 -V3.

-Ou Bloc de branche gauche ou bloc de branche droit d'apparition récente [26].

<https://www.efurgences.net/seformer/breves/200-cee>

<https://www.efurgences.net/seformer/breves/200-cee>

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

20

Après avoir rassembler les critères pour la fibrinolyse, il est obligatoire d'en

éliminer les contre-indication [21].



43

www.medecinesfax.org

https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/65_SCA.pdf

Contre-indications absolues :

• AVC hémorragique quelle que soit l'ancienneté ou AVC d'origine

inconnue

• AVC ischémique de moins de 6 mois

• Traumatisme ou chirurgie majeure ou chirurgie cérébrale récente (moins

d'un mois)

• Néoplasie ou malformation vasculaire intracrânienne

• Saignement gastro-intestinal < 1 mois

• Pathologie de l'hémostase connue

• Dissection aortique

• Ponction biopsie dans les dernières 24 h (foie, rein, ponction lombaire)

Contre-indications relatives :

- Accident Ischémique Transitoire AIT
- Traitement par AVK
- Grossesse ou première semaine post-partum
- HTA réfractaire ($\geq 180/110$ mmHg)
- Maladie hépatique avancée
- Endocardite infectieuse
- Ulcère gastroduodénal active

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

21

Après cela, la Thrombolyse peut débuter avec la Streptokinase à la posologie de



www.efurgences.net | Syndrome coronarien aigu : le traitement
<https://www.efurgences.net/seformer/cours/2-sca-traitement>

1.500.000 UI en 45 min. quel que soit le poids (vitesse 65 ml/h) à la PSE pour les syndromes coronariens aigus et en 2H pour l'embolie pulmonaire.

NB : La Streptokinase peut provoquer des manifestations allergiques ou un choc anaphylactique. Elle est précédée d'une injection IV de 100 mg d'hémisuccinate

d'hydrocortisone et de 40mg d'Oméprazole.

DEUXIEME PARTIE :

NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie



Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe

des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

24

Question de recherche :

Quel est le nombre de malades thrombolysés entre 2011 et 2022 dans les centres

hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo

et Bogodogo ?

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

25

1. Objectifs

1.1 Objectif général

Faire le bilan de la thrombolyse intraveineuse entre 2011 et 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et BOGODOGO.

1.2 Objectifs spécifiques

OS1 : Décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas de thrombolyse

OS2 : Identifier les indications de la thrombolyse

OS3 : Décrire le protocole de thrombolyse pour chaque indication

OS4 : Décrire le pronostic post thrombolyse

PATIENTS ET METHODES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

27

2. Matériels et méthodes

2.1



Document d'un autre utilisateur

Le document provient d'un autre groupe

Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au BURKINA FASO, dans sa capitale

OUAGADOUGOU et plus précisément dans les services de Cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et BOGODOGO.

■ BURKINA FASO

Le Burkina Faso, pays sahélien avec d'environ 274 000 km² a une organisation sanitaire basée sur le district. Elle comporte une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins [7].

■ OUAGADOUGOU

C'est la capitale politique du pays, il est situé au Centre et compte cinq districts sanitaires : Signoghin, Bogodogo, Baskuy, Boulmiougo et Nongremasme [8].

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHU-YO) est le premier centre universitaire de la ville de Ouagadougou. L'hôpital regorge différentes spécialités et fournit au quotidien des services aux patients.

Le service de cardiologie est un des services du département de médecine du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo.

Les forces du service

Le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado

Ouedraogo prend en charge au quotidien les maladies cardio-vasculaires.



www.voaafrique.com | Dans les hôpitaux du Faso, les malades du COVID-19 déplorent l'insalubrité
<https://www.voaafrique.com/a/des-hopitaux-burkinabè-face-aux-plaintes-des-malades-du-covid-19/5393741.html>

LE



Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO

OUEDRAOGO

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado



Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

Ouedraogo

(CHU-YO) est le premier

centre universitaire de la ville de Ouagadougou. L'hôpital regorge différentes spécialités et fournit au quotidien des services aux patients.

Le service de cardiologie est un des services du département de médecine du



Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo.

Les forces du service

Le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado



Document d'un autre utilisateur
Le document provient d'un autre groupe

Ouedraogo

prend en charge au quotidien les maladies cardio-vasculaires.

Il assure la formation continue des professionnels de santé en général et

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

le service dispose d'une unité d'hospitalisation, d'une unité de soins intensifs cardiologique et d'une unité de consultation externe, d'explorations fonctionnelles et de suivi des patients.

Les faiblesses du service

Le personnel soignant quand bien même étoffé est encore en déca de la demande. Il y'a également les difficultés fréquentes de réaliser un électrocardiogramme et une échocardiographie-doppler. Le service ne dispose pas de la possibilité de réaliser une coronarographie et n'a pas de possibilité thérapeutiques chirurgicales.

LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE BOGODOGO

C'est également un centre de référence engagé dans la prise en charge des patients.

2.2 Type et période d'étude


Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte de données rétrospective sur une période onze ans allant du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2022.


**54**

Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe

Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale

**55**

Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe

descriptive

avec collecte de données

rétrospective sur une période onze ans allant du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2022.

2.3 Critère d'inclusion

Les patients inclus dans notre étude étaient ceux admis dans les services de cardiologie des centres hospitaliers universitaires Yalgado OUEDRAOGO et BOGODOGO entre 2011 et 2022 chez qui une thrombolyse a été réalisée et le dossier exploitable au moment de l'étude.

2.4 Echantillonnage

Il s'est agi d'un recensement des dossiers des patients répondant à nos critères d'inclusion.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

2.5 Techniques et outils

**56**

Document d'un autre utilisateur
 Le document provient d'un autre groupe



même pour l'étude.

Les données provenaient des dossiers cliniques des patients,

des registres d'hospitalisation, des fiches de référence et d'évacuation et des fiches

de surveillance et de traitement.

2.6 Variables

2.6.1 Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude a été la thrombolyse.

2.6.2 Variables indépendantes

□ Les données sociodémographiques : Age, genre, profession, résidence.

□ Les données cliniques : Date d'hospitalisation, durée du séjour, mode d'admission, motif de consultation, antécédents du malade

□ Antécédents médicaux : Hyper Tension Artérielle, Accident Vasculaire Cérébral, Diabète, Insuffisance rénale

□ Antécédents chirurgicaux : cardiovasculaire, digestive, orthopédique, gynéco-obstétrique

□ Habitudes alimentaires et mode de vie : tabac, alcool, cola, café, sédentarité

□ Antécédents familiaux : notion d'Hyper Tension Artérielle familiale ou de diabète

□ Les données de l'examen général : état général selon le performans status de l'Organisation Mondiale de la Santé, état de conscience, coloration cutanéomuqueuse et conjonctivale, présence d'œdèmes des membres inférieurs.

□ Les Constantes hémodynamiques : Tension Artérielle, Fréquence Cardiaque, Saturation périphérique en Oxygène, Température, Poids, Taille, Indice de masse corporelle

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

30

□ Les données de l'examen physique :

- Examen de l'appareil cardiovasculaire : morphologie du thorax, état du choc de pointe, aire de matité cardiaque, bruits du cœur, présence souffle cardiaque, présence des pouls périphériques, état des veines jugulaires

- Examen des autres appareils et systèmes réalisés

□ Les données des examens paracliniques

- Imagerie : Electrocardiogramme, Echodoppler cardiaque, echodoppler

veineux des membres inférieurs, Radiographie pulmonaire,

angioscanner thoracique

- Biologie : Troponine, d-dimères, glycémie, Triglycérides, High density

lipoproteins (HDL), Low density lipoproteins (LDL), Cholestérol totale,

Taux de Prothrombine, Numération formule sanguine, Ionogramme

sanguin, Urée, Créatininémie, Aspartate amino-transférase, alanine

amino-transférase.

□ Les données sur les indications thérapeutiques : syndrome coronarien

aigu, embolie pulmonaire

□ Les traitements reçus : streptokinase, autres

□ Protocole de la thrombolyse

□ Complications post thrombolyse

□ Mode de sortie : Guéri, évadé ou décédé

□ Cause de décès

2.7 Traitement et analyse des données

Les données ont été collectées à partir du logiciel Kobocollect et déployées sur la

plateforme kobotoolbox puis analysées à partir du logiciel stata dans sa version

16 point 0. Les tableaux et les figures ont été construits à partir du logiciel Excel

et Word dans les versions 2016.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

31

Définitions opérationnelles

Thrombolyse : C'est une méthode de traitement médicamenteux permettant de

dissoudre le caillot sanguin obstruant la lumière de l'artère. Ce procédé

thérapeutique utilise des thrombolytiques permettant de désobstruer l'artère

occluse soit dans les infarctus du myocarde où le délai de prise en charge est de

12H, soit dans les embolies pulmonaires graves où le délai de prise en charge est

de 6H ou soit dans les accidents vasculaires cérébraux notamment ischémiques

où le délai de prise en charge est fixée à 4H 30.

Délai de thrombolyse : C'est le temps à partir duquel le traitement par la

thrombolyse n'est plus efficace voire dangereux.

Infarctus du myocarde : Il est encore appelé crise cardiaque. C'est une douleur

thoracique à type de constriction, de survenue brutale et d'emblée maximale

siégeant sur toute l'étendue du thorax, irradiant vers les membres supérieurs et la

mandibule. La douleur dure au moins 20 minutes et résiste à la Trinitrine.

Embolie pulmonaire : C'est une maladie causée par l'obstruction partielle ou

totale de l'artère pulmonaire ou l'une de ses branches par un embole circulant

dans le sang, le plus souvent fibrino-cruorique. Il en résulte une douleur

basithoracique brutale et intense inhibant l'inspiration profonde.

Embolie pulmonaire grave : elle est définie selon le score de PESI (Pulmonary

Embolism Severity Index) qui établit le risque global de mortalité 30 jours après

le début de la maladie. Le score PESI est défini selon les items suivants:

- Classe I : ≤ 65 points (0-1,6%)
- Classe II : 66 à 85 points (1,7-3,5%)
- Classe III : 86 à 105 points (3,2-7,1%)
- Classe IV : 106 à 125 points (4-11,4%)
- Classe V : > 125 points (10-24,5)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

32

2.8 Considérations éthiques

La collecte des données a été effectuée à partir des dossiers des patients avec

l'accord des directions des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado

Ouedraogo et Bogodogo. Les fiches ont été remplies sur place avec anonymat et

les informations recueillies sont restées confidentielles.

RESULTATS

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

34

3 Description de la population étudiée

Durant la période d'étude, au total quatre-vingt-un dossiers exploitables de malades thrombolysés ont été retrouvé dans les Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et Bogodogo. Respectivement, nous avons collecté quarante-un dossiers pour le CHU-YO et quarante pour le CHU-B.

La figure ci-dessus représente le diagramme de flux des patients ayant bénéficié d'une thrombolyse au cours de la période d'étude.

Figure 1 : Diagramme de flux des patients thrombolysés dans les centres hospitaliers universitaires Yalgado OUEDRAOGO et Bogodogo

Total des malades thrombolysés

n=81

Total des malades
thrombolysés au CHU-YO

n=41

Total des malades
thrombolysés au CHU-B

n=40

Total des cas EP

n=25

Total des cas SCA

n=15

Total des cas EP

n=29

Total des cas SCA

n=12

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

35
3.1 Données socio démographiques

3.1.1 Genre

Notre échantillon était composé de 47 hommes soit 58,02% contre 34 femmes soit
41,98%. Le sexe ratio était de 1,38.

3.1.2 Age

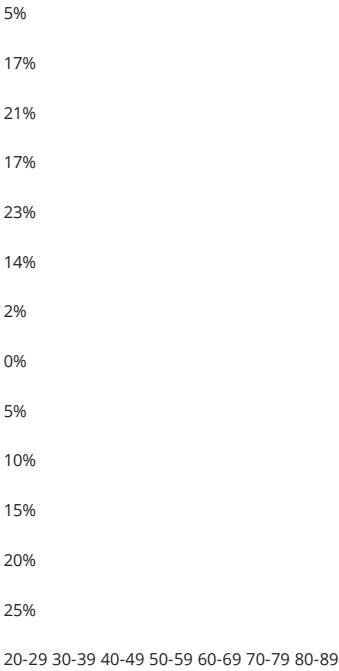
L'âge moyen était de 58,06 ans avec des extrêmes de 22 et 82 ans. Les patients
de moins de 60 ans représentaient 60%.

La figure 2 représente la répartition des patients selon les tranches d'âge.

Figure 2 : Répartition selon les tranches d'âge des patients thrombolysés entre
2011 et 2022 dans les CHU-YO et CHU-B

3.1.3 Profession

La majorité de nos patients étaient des commerçants soit 27,16%, suivi par les
fonctionnaires avec 25,93% et en troisième position par les femmes au foyer avec
une proportion 22,22%. Au total 11,11% de nos patients n'avaient pas leur
profession renseignés dans leur dossier. La tableau 13 montre la répartition des
patients en fonction de la profession.



Proportion

en

ta

ge

Tranches d'age

Tranches d'age

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

36

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des catégories socio-professionnelles.

Profession Effectif

n=81

Fréquence

%

Commerçants

Fonctionnaires

Femme au foyer

Cultivateurs

Elèves/étudiants

Non précisée

22

21

18

5

2

9

27.16

25.93

22.22

06.17

02.47

11.11

3.1.4 Résidence

Dans notre échantillon 80 patients soit 98,77% provenaient des zones urbaines et semi urbaines contre 1,23% des zones rurales.

3.2 Répartition selon les aspects cliniques

3.2.1 Années d'admission

La proportion des patients thrombolysés entre 2011 et 2019 représentait seulement 33,32% contre 66,68% entre 2020 et 2022.

La figure suivante établit la répartition des patients selon les années d'admission.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

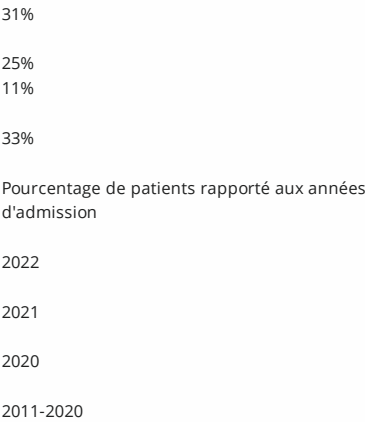
37

Figure 3 : Répartition des patients selon l'année d'admission

3.2.2 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,47 jours. Parmi les patients inclus dans notre étude 37,04% sont sortis au bout d'une semaine d'hospitalisation et plus de la moitié des patients ont eu un séjour d'au moins 14 jours.

La figure suivante représente la répartition des patients selon la durée de séjour.



Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

38

Figure 4 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

3.2.3 Mode d'admission

Cinquante deux de nos patients ont été référé soit 64,2%. Les patients transféré étaient au nombre de vingt un soit 25,93% et ceux qui ont été admi directement représentaient 9,88%.

3.2.4 Délai d'admission par rapport au début de la symptomatologie

Soixante sept patients ont consulté plus de 06H après de la symptomatologie soit 82,72%. Les patients qui se sont présentés avant la sixième heure représentaient 17,28% de notre cohorte.

3.2.5 Motif de consultation

Dans notre cohorte quarante neuf malades ont consulté pour une douleur de type angineuse soit un total de 60,49%. Un seul est arrivé dans état comateux, les trente un autres avaient une association de signes cliniques. Le tableau ci-après est une répartition des pations selon le motif de consultation

6

2 137,04% 51,85% 7,41% 2,47% 1,23%
0

5

10

15

20

25

30

35

40

45

1-7 jour 8-14 jours 15-21 jours 22-28 jours > 28 jours

P
o

u
rc

en
ta

ge

Durée d'hospitalisation en jours

Durée d'hospitalisation

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

39

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation

Effectif

n=81

Pourcentage

%

Douleur angineuse 49 60,49

Coma 1 1,23

Douleur thoracique + Dyspnée 15 18,51

Douleur thoracique + Syncope 12 14,81

Douleur thoracique + Toux +

Hémoptysie 2 2,46

Dyspnée paroxystique +

Lipothymie 1 1,23

Dyspnée + Syncope 1 1,23

3.2.6 Facteurs de risque cardiovasculaire

Parmi les patients inclus dans notre étude 37,03% d'entre eux étaient suivi pour Hypertension Artérielle, et 35,80% avaient au moins un indice de masse corporel (IMC) supérieur ou égale 25Kg/m2.

Le tableau suivant est la répartition des patients selon les facteurs de risque cardiovasculaire.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

40

Tableau VI : Répartition des patients selon les facteurs de risque cardiovasculaire

Facteurs de risque cardiovasculaires	Effectif
--------------------------------------	----------

Pourcentage
%

HTA	30	37,03
-----	----	-------

Diabète	8	9,87
---------	---	------

Sédentarité	23	28,39
-------------	----	-------

Surpoids	29	35,80
----------	----	-------

Tabac	14	17,28
-------	----	-------

Alcool	17	20,98
--------	----	-------

3.2.7 Diagnostic

Dans notre cohorte, tous les malades ayant bénéficié d'une thrombolyse pour SCA avaient un sus décalage du segment ST. Parmi eux, 26 avaient une troponine titre 1 positive soit 83,88%. Trois avaient une troponine titre 1 négative soit 9,67% et deux malade n'avaient pas les résultats de la troponine titre 1 renseignés ni sur le dossier ni sur la fiche récapitulative. Le tableau ci-après établit la répartition.

Tableau VII : Répartition des patients victimes de SCA selon la valeur de la troponine à l'entrée.

Désignation	Effectif	n=31	Pourcentage	%
-------------	----------	------	-------------	---

Troponine titre 1 positive	26	83,88
----------------------------	----	-------

Troponine titre 1 négative	3	9,67
----------------------------	---	------

3 9,67

Troponine titre 1 positive 2 6,45

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

41

Pour ce qui est de l'embolie pulmonaire, quarante d'entre eux avaient score de PESI supérieur à 105 correspondant à un risque haut/très haut et à une classe IV/classe V. Cette fréquence représente 92% de l'effectif. Un malade avait un score de PESI à 95 correspondant à un risque modéré et à une classe III. Trois malades avaient un risque faible avec un score de PESI inférieur ou égale à 65 correspond à une classe I. Parmi ces derniers, un avait en sous-jacent une CMPP décompensée en ICG, un autre avait une FEVG = 22% avec des thrombi intra OD et le dernier avait fait 02 épisodes de syncopes avant son admission. Le tableau ci-après établit la répartition des patients victimes d'embolie pulmonaire ayant bénéficié d'une thrombolyse en fonction du score de PESI.

Tableau VIII : Répartition des patients victimes d'embolie pulmonaire ayant bénéficié d'une thrombolyse en fonction du score de PESI.

Diagnostic Effectif

n=50

Pourcentage

%

EP score de PESI sup à 105, risque haut/très

haut, classe IV/V

46 92

EP score de PESI 95, risque modéré, classe

III

1 2

EP score de PESI inférieur à 65, risque

faible, classe I

3 6

3.2.8 Examen général

Etat général

Dans notre cohorte, trente-huit malades avaient un état général stade 3 soit une représentativité de 46,91%, cette proportion est suivie par le stade 2 avec une proportion de 37,04%. La figure ci-après établit la répartition des patients selon le performans status OMS à l'entrée.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

Figure 5 : Répartition des patients selon le performans status OMS à l'entrée.

Etat de conscience

Parmi nos patients, 93,83% sont entrés avec un état de conscience conservé, score de Glasgow à 15/15. Les patients obnubilés représentaient une proportion de 4,94 et un seul était dans un état comateux.

Constantes hémodynamiques

Tension artérielle

Cinquante patients inclus dans notre étude avaient une tension artérielle normale, treize avaient une HTA grade 1 et 9,88% n'avaient pas leur tension artérielle notée dans leur dossier à l'entrée. Le tableau suivant traduit la répartition de nos patients en fonction des tensions artérielle prises à l'entrée.

46,91%

37,04%

11,11%

4,94%

Etat général

Stade 3 Stade 2 Stade 4 Stade 1

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

Tableau IX : Répartition de nos patients en fonction des tensions artérielle prises à l'entrée.

Grade TA

Valeurs Effectif n=81

Pourcentage %

TA normale 90-139 50 61,72%

HTA grade 1 140-159 13 16,05%

HTA grade 2 160-179 4 4,94%

HTA grade 3 ≥ 180 4 4,94%

Imprenable - 2 2,47%

Non renseignés - 8 9,88%

*TA : tension artérielle, HTA : hypertension artérielle

3.3 Répartition selon les aspects paracliniques

3.3.1 Données électrocardiographiques

SCA

La totalité de nos patients thrombolysés pour SCA avaient un sus décalage du segment ST à l'ECG. Treize d'entre eux étaient atteint en antérieur étendu et dix en antéro-septo-apical. Le tableau suivant est la répartition de nos patients victime de SCA ST+ selon le territoire atteint.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

44

Tableau X : Répartition de nos patients victime de SCA ST+ selon le territoire atteint.

Territoire	Effectif n=31	Pourcentage %
Antérieur étendu	13	41,94
Antéro-septal	2	6,45
Antéro-septal-apical	10	32,25
Inférieur	5	16,13
Inférieur Antéro-septal	1	3,23

3.3.2 Données de l'angioscanner thoracique

Parmi nos patients victimes d'embolie pulmonaire, quarante un d'entre eux avaient une confirmation angioscanner de leur embolie inscrite sur leur dossier avant la thrombolyse. Cette fréquence représente 82% contre 18% pour ceux qui n'avaient pas une confirmation de l'embolie pulmonaire inscrite sur leurs dossiers avant la thrombolyse.

3.4 Protocole de thrombolyse

3.4.1 De la Posologie

Quatre-vingt malades ont été thrombolysé par de la Streptokinase dans notre cohorte soit 98,76%. Un seul a bénéficié de la Métalyse et la posologie était de 9000 UI à faire passer en 45min à la PSE soit 1,23%.

Parmi les patients ayant bénéficié de la Streptokinase, vingt-sept avaient une posologie de 1,5 millions UI diluée avec 50mL de SGI à faire passer en 45min à la pousse seringue électrique. Deux ont eu une durée de traitement d'une heure. Le tableau suivant présente la posologie de la Streptokinase pour les patients victimes de SCA.

45

Tableau XI : Répartition de la posologie de la Streptokinase pour les patients victimes de SCA

Posologie Streptokinase

Effectif

n=31

Pourcentage

%

1,5 millions diluée avec 50mL de SGI à faire passer en 45min à la PSE

27

87,10

1,5 millions diluée avec 250mL de SGI à faire passer en 45min à la PSE

2

6,45

1,5 millions diluée avec 50mL de SGI à faire passer en 1h à la PSE


2

6,45

*SGI : sérum glucosé isotonique, PSE : pousse seringue électrique, H : heure

46

Pour les patients victimes d'embolie pulmonaire, trente un ont bénéficié de 1,5 millions de Streptokinase diluée dans 50ml de SGI et passer en 2H à la PSE et les dix-neuf autres avaient des posologies différentes. Le tableau suivant établit la posologie de la Streptokinase parmi les malades victimes d'embolie pulmonaire.

59

www.bibliosante.ml
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/123456789/12970/1/Memoire%20D.E.S.Dr%20Yacouba%20KONE.pdf>

Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la posologie de la

Streptokinase parmi les malades victimes d'embolie pulmonaire.

Posologies Streptokinase Effectif

n=50

Pourcentage

%

1,5 millions diluée dans 50 mL de SGI à faire passer en 2H à la PSE

33

66

1,5 millions diluée dans 60 mL de SGI à faire passer en 2H à la PSE

7

14

1,5 millions diluée dans 50 mL de SGI à faire passer en 3H à la PSE

2

4

1,5 millions diluée dans 50 mL de SGI à faire

passer en 1H 30 à la PSE

7

14

1,5 millions diluée dans 50 mL de SGI à faire

passer en 4H à la PSE

1

2

*SGI : sérum glucosé isotonique, PSE : pousse seringue électrique, H : heure

3.4.2 Du délai du début de la thrombolyse par rapport à la

symptomatologie

Dans notre cohorte, 78% des patients ont consulté entre la 6^è et la 12^è heure après

le début de la symptomatologie et seulement 5% ont consulté avant 4H 30 contre

17% entre 04H 30 et 6H. La figure ci-dessous établit la répartition des patients en

fonction du délai de la thrombolyse par rapport au début de la symptomatologie.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

47

Figure 6 : Répartition des patients en fonction du délai de la thrombolyse par

rapport au début de la symptomatologie

3.4.3 De l'évolution post-thrombolyse

Etat hémodynamique

Soixante-deux patients avaient un état hémodynamique stable après la

thrombolyse soit 76,54% contre dix-neuf malades qui avaient un état

hémodynamique instable soit 23,46%.

Signes cliniques

Dans notre cohorte, pour les patients parmi lesquels la douleur thoracique était un

motif de consultation, soixante-sept patients soit 85,90% avaient une réduction ou

une disparition complète de la douleur thoracique après la thrombolyse. Onze

avaient signalé une persistance de la douleur thoracique soit une proportion de

14,10%. La totalité de ceux qui avaient la dyspnée dans leur motif de consultation

n'avaient plus de plainte après la thrombolyse. Le patient qui avait consulté dans

un état comateux avait une amélioration de son état de conscience.

Avant 04H 30

5% Entre 4H 30 et

6H
17%

Entre 6H et 12
78%

DÉLAI DE LA THROMBOLYSE RAPPORTÉ
AU DÉBUT DE LA SYMPTOMATOLOGIE

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

48

Données paracliniques

ECG

Par rapport aux patients victimes de SCA, vingt-cinq d'entre eux avaient présenté
une réduction du sus décalage du segment ST soit 80,64% contre 09,67% chez
qui il n'y avait pas d'évolution. Trois patients n'avaient pas leur ECG post-
thrombolyse renseigné dans leurs dossiers.

Coronarographie

Sur l'ensemble des trente un malades victimes de SCA ayant bénéficié d'une
thrombolyse, aucun n'a réalisé une coronarographie.

Complications présentées

Après la thrombolyse, quarante-neuf malades n'avaient pas présenté de
complications soit un total de 60,49% contre dix qui avaient présenté des épisodes
de saignements, neufs avaient présenté un trouble du rythme cardiaque et quatre
un choc cardiogénique. La figure suivant est la répartition des patients en fonction
des complications présentées après la thrombolyse.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

49

*TDR : trouble du rythme cardiaque, TDC : trouble de la conduction

Figure 7 : répartition des patients en fonction des complications présentées après
la thrombolyse.

Concernant les autres complications, il s'agissait :

Arrêt cardio-respiratoire en cours de thrombolyse

Douleur à la hanche

Sécheresse de la bouche

Céphalées

Détresse respiratoire

Orthopnée, choc anaphylactique

Vomissements bilieux

Arrêt respiratoire 9min après le début de la thrombolyse

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

50

3.5 Mode de sortie

Soixante-trois malades parmi les quatre-vingt-un soit 77,78% ont été exéaté avec des rendez-vous en consultation externe pour le suivi mais dix-huit malades sont décédés soit 22,22%.

3.6 Cause de décès

Parmi les dix-huit malades décédés, quatorze ont présenté un arrêt cardiorespiratoire, trois sont décédé de troubles du rythme et un est décédé d'hémorragie.

3.7 Nombre de décès rapporté à l'âge

La moyenne d'âge parmi les malades décédés est de 58,44 ans avec des extrêmes de 26 ans et 81 ans. Le tableau suivant fait la répartition des patients décédés selon l'âge.

Tableau XIII : Répartition des décès en fonction de l'âge

Age	Fréquence
N=18	
Pourcentage	
%	
55 2	11,11%
26 1	5,56%
37 1	5,56%
40 1	5,56%
42 1	5,56%
46 1	5,56%
58 1	5,56%
59 1	5,56%
62 1	5,56%
64 1	5,56%
67 1	5,56%
69 1	5,56%
70 1	5,56%
72 1	5,56%
74 1	5,56%
75 1	5,56%
81 1	5,56%

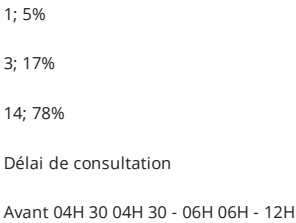
3.8 Nombre de décès rapportés au genre

Parmi les malades décédés, dix étaient des hommes soit 55,56% et huit étaient des femmes soit 44,44%.

3.9 Nombre de décès rapporté au délai de consultation

Quatorze malades avaient consulté entre la 6^è et 12^è heure après le début de la symptomatologie soit 77,78% de la cohorte des malades décédés. Un parmi les dix-huit malades décédé avait consulté avant les 04H 30 après le début de la symptomatologie. La figure ci-après établit la répartition des malades décédés en fonction du délai de consultation.

Figure 8: Répartition des malades décédés en fonction du délai de consultation



3.10 Diagnostic de décès

Parmi les malades décédés, douze étaient porteur d'embolie pulmonaire soit 66,67% et six étaient porteur de syndrome coronarien aigue soit 33,33%.

3.11 Analyse des complications post-thrombolyse immédiates des malades décédés

Parmi les dix-huit malades décédés, deux d'entre eux avaient présenté un arrêt cardio respiratoire au cours de la thrombolyse. Le premier est décédé neuf minutes après le début de la thrombolyse et le second une demi-heure plutard. Quatre avaient présenté des saignements (cathéter, épistaxis, crachats hémoptoïques). Le tableau suivant établit la répartition des malades décédés en fonction des complications présenté immédiatement après la thrombolyse.

Tableau XIV : répartition des malades décédés en fonction des complications présenté immédiatement après la thrombolyse

Type de complications post-thrombolyse présenté	Fréquence	n=18	Pourcentage	%
Choc cardiogénique	3	16,67		
Saignements	5	27,78		
Troubles du rythme cardiaque	2	11,11		
Troubles de la conduction	1	5,55		
Arrêt cardiorespiratoire	2	11,11		
Détresse respiratoire	3	16,67		
Aucune complication post-thrombolyse immédiate	2	11,11		

4.1. Les limites et les contraintes de l'étude

Les principales limites de notre étude ont été le caractère rétrospectif avec toutes les difficultés liées aux données manquantes, le caractère multicentrique incluant les grands centres ayant rendu laborieux la collecte et la centralisation des données. Cela a nécessité des déplacements d'un centre de collecte à un autre.

Néanmoins, cette étude multicentrique est l'une des premières réalisées au Burkina Faso portant sur le bilan global de la thrombolyse. Aussi malgré les données manquantes, des analyses statistiques ont pu être réalisées afin de détailler au maximum le thème étudié.

4.2. Les données sociodémographiques

4.2.1. Le genre

Dans notre étude, nous avons trouvé une prédominance masculine parmi les patients thrombolysés avec 58,02% d'hommes contre 41,98% femmes soit un sexe ratio était de 1,38. Ce résultat correspond à celui de BEN SALAH et al en Tunisie qui avait retrouvé une prédominance masculine exclusive avec un sexe ratio de 7,83 [29]. Cela montre à souhait la prédominance des facteurs de risque cardiovasculaires chez le genre masculin.

4.2.2. L'âge

Dans notre série, l'âge moyen était de 58,06 ans avec des extrêmes de 22 et 82 ans. Les patients de moins de 60 ans représentaient 60%. Nos résultats sont similaires à ceux de RIDENE N et al en Tunisie et de FEROUJJA M en Algérie qui avaient retrouvé respectivement un âge moyen de $59,7 \pm 11$ ans [30] et 67ans [31]. Ce résultat témoigne l'âge cité comme facteur de risque après 50ans.

4.2.3. Profession

La majorité de nos patients dans notre série étaient des commerçants avec une proportion de 27,16%, suivi par les fonctionnaires avec 25,93% et en troisième position par les femmes au foyer avec une proportion 22,22%. Ces proportions peuvent s'expliquer par le fait que les commerçants ont une mobilité très réduite

et sont en majorité analphabètes et donc ne font probablement pas de contrôle tensionnel ou de bilan de santé annuel.

4.2.4. Résidence

Dans notre échantillon 80 patients soit 98,77% provenaient des zones urbaines et semi urbaines contre 1,23% des zones rurales. Cela s'explique par le fait les centres de collecte sont des centres de référence et se trouve en zones urbaines, ce qui facilite l'accessibilité aux citoyens au détriment des villageois.

4.3. Aspects cliniques

4.3.1. Année d'admission

Dans notre série, la proportion des patients thrombolysés entre 2011 et 2019 représentait seulement 33,32% contre 66,68% entre 2020 et 2022. Ces chiffres témoignent de l'évolution graduelle des centres de collecte en terme d'équipement, de personnel et de disponibilité des thrombolytiques.

4.3.2. Mode d'admission

Dans notre cohorte, cinquante deux parmi nos patients ont été référés soit 64,2%.

Les patients transférés étaient au nombre de vingt un soit 25,93% et ceux qui ont été admis directement représentaient 9,88%. Cette répartition s'explique par le fait que nos centres de collecte sont des centres de référence et donc accueillent les patients venus des différents hôpitaux du pays.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

56

4.3.3. Durée d'hospitalisation et délai d'admission

Dans notre série, nous avons retrouvé une moyenne d'hospitalisation de 9,47 jours. Parmi les patients inclus dans notre étude 37,04% sont sortis au bout d'une semaine d'hospitalisation et plus de la moitié des patients ont eu un séjour d'au moins 14 jours. Nos résultats sont différents de celui de FEROUJIA M en Algérie qui avait retrouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 04 jours [31]. Cela pourrait s'expliquer par le retard de consultation dans notre contexte (82,06% des patients ont consulté plus de 06H après le début de la symptomatologie contre environ 02H [31]) entraînant l'installation des complications et une dégradation de l'état général responsable d'une prolongation du séjour hospitalier.

4.3.4. Motif de consultation

Dans notre cohorte, le motif de consultation était dominé par la douleur angineuse avec un total quarante neuf malades soit 60,49%. Nos résultats sont similaires à ceux de DEMBELE et al à Bamako qui avaient retrouvé également la douleur thoracique comme motif de consultant dominant avec une proportion de 30% [2]. Cela s'explique par le fait que la douleur thoracique représente le symptôme majeur dans l'embolie pulmonaire et l'infarctus du myocarde sus décalé, diagnostic essentiel des patients inclus dans notre étude.

4.3.5. Facteurs de risque cardiovasculaires

Dans notre cohorte, l'hypertension artérielle était le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé avec une proportion de 37,08%. Ces résultats sont identiques à ceux de PESSINABA au Sénégal qui avait retrouvé une proportion de 46% [32] et à ceux de LUCIE et al en France qui avaient retrouvé une proportion de 32,6% [33]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'hypertension artérielle est prédominant chez l'adulte.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

57

4.3.6. Diagnostic

Dans notre cohorte, tous les malades ayant bénéficié d'une thrombolyse pour SCA avaient un sus-décalage du segment ST. Parmi eux, 26 avaient une troponine titre 1 positive soit 83,88%. Trois avaient une troponine titre 1 négative soit 9,67% et deux malades n'avaient pas les résultats de la troponine titre 1 renseignés ni sur le dossier ni sur la fiche récapitulative. Ce résultat explique le fait que pour bénéficier d'un traitement par la thrombolyse, un patient doit forcément avoir un segment ST sus-décalé à l'électrocardiogramme. Aussi, la valeur de la Troponine positive ou négative ne contre-indique pas la thrombolyse.

Pour ce qui est de l'embolie pulmonaire, quarante d'entre eux avaient score de PESI supérieur à 105 correspondant à un risque haut/très haut et à une classe IV/classe V. Cette fréquence représente 92% de l'effectif. Un malade avait un score de PESI à 95 correspondant à un risque modéré et à une classe III. Trois malades avaient un risque faible avec un score de PESI inférieur ou égale à 65 correspond à une classe I. Ces taux s'expliquent par le retard de consultation des patients teinté de négligence et d'ignorance de nos patients.

4.3.7. Protocole de la thrombolyse

Dans notre série, quatre-vingt malades ont été thrombolysés par de la Streptokinase soit 98,76%. Un seul a bénéficié de la Métalyse et la posologie était de 9000 UI à faire passer en 45min à la PSE soit 1,23%. Ce résultat s'explique par l'inaccessibilité d'autres thrombolytiques dans notre contexte aussi bien dans la disponibilité que dans la cherté.

Parmi les patients ayant bénéficié de la Streptokinase, vingt-sept avaient une posologie de 1,5 millions diluée avec 50mL de SGI à faire passer en 45min à la PSE. Pour les patients victimes d'embolie pulmonaire, trente-un ont bénéficié de 1,5 millions de Streptokinase diluée dans 50mL de SGI et passer en 2H à la PSE

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

58

et les dix-neuf autres avaient des posologies différentes. Ces résultats nous apprennent la posologie de la streptokinase en situation normale.

4.3.8. Délai du début de la thrombolyse

Dans notre cohorte, 78% des patients ont consulté entre la 6^è et la 12^è heure après le début de la symptomatologie et seulement 5% ont consulté avant 4H 30 contre 17% entre 04H 30 et 6H. Nos résultats différents de ceux de FEROUJIA et al en Algérie qui avaient retrouvé que la majorité des patients après 03H du début de leur symptomatologie avait déjà reçu la thrombolyse [31]. Cet écart s'explique d'une part par le manque d'un service médical d'urgence dans notre contexte qui puisse transporter les malades rapidement vers les services spécialisés et d'autre part par le manque d'équipement de nos hôpitaux pour réaliser dans examens complémentaires rapidement et débiter un protocole de soins dans les plus brefs délais.

4.4. Données paracliniques

4.4.1. ECG

Par rapport aux patients victimes de SCA, vingt-cinq d'entre eux avaient présenté une réduction du sus décalage du segment ST soit 80,64% contre 09,67% chez qui il n'y avait pas d'évolution. Cela montre à souhait l'efficacité de la thrombolyse dans la prise en charge.

4.4.2. Coronarographie

Dans notre cohorte, aucun malade n'avait bénéficié d'une coronarographie. Cela s'explique d'une part par l'indisponibilité de cet examen et d'autre part par sa cherté qui le rend inaccessible par le burkinabè moyen.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

59

4.5. Evolution post-thrombolyse

4.5.1. Cliniques

Soixante-deux patients avaient un état hémodynamique stable après la thrombolyse soit 76,54% contre dix-neuf malades qui avaient un état hémodynamique instable soit 23,46%. Cela traduit l'efficacité de la thrombolyse dans la prise en charge des syndromes coronariens ainsi que des embolies pulmonaires. Malgré les retards de consultation et l'installation de certaines complications, la thrombolyse arrive à lyser le caillot et restaurer un état général et des constantes hémodynamiques stables.

Egalement, dans notre cohorte, pour les patients parmi lesquels la douleur thoracique était un motif de consultation, soixante-sept patients soit 85,90% avaient une réduction ou une disparition complète de la douleur thoracique après la thrombolyse. Onze avaient signalé une persistance de la douleur thoracique soit une proportion de 14,10%. La totalité de ceux qui avaient la dyspnée dans leur

motif de consultation n'avaient plus de plainte après la thrombolyse. Le patient qui avait consulté dans un état comateux avait une amélioration de son état de conscience. Ces données sont la preuve que la thrombolyse est un excellent moyen de traitement des syndromes coronariens et des embolies pulmonaires.

4.5.2. Complications présentées

Dans notre série, après la thrombolyse, quarante-neuf malade n'avaient pas présenté de complications soit un total de 60,49% contre neufs qui avaient présenté un trouble du rythme cardiaque et dix des épisodes de saignements. Nos résultats sont similaires à ceux de JEBALI et al en Tunisie qui avaient retrouvé sur deux cohorte des taux de succès respectivement de 52 % versus 60 % [34]. Nos résultats sont également similaires à ceux de WATSON en Grande Bretagne qui avait obtenu une lyse complète du caillot chez 95% des patients et seulement 5% de décès [4]. Ces résultats témoignent de l'efficacité de la thrombolyse comme

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

60

traitement d'urgence dans les syndromes coronariens aigus et dans les embolies pulmonaires.

4.5.3. Mode de sortie

Dans notre cohorte, soixante-trois malades parmi les quatre-vingt-un soit 77,78% ont été exécuté avec des rendez-vous en consultation externe pour le suivi mais dix-huit malades sont décédés soit 22,22%. Parmi les patients décédés, la majorité étaient arrivés avec un état général altéré avec des pathologies sous-jacentes et un parterre de complications.

Quatorze malades avaient consulté entre la 6^è et 12^è heure après le début de la thrombolyse soit 77,78% de la cohorte des malades décédés. Un parmi les dix-huit malades décédé avaient consulté avant les 04H 30 après le début de la symptomatologie. Ce résultat montre l'impact du retard de consultation sur le succès ou l'échec de la thrombolyse.

4.5.4. Complications post thrombolyse rapportées au décès

Parmi les dix-huit malades décédés, deux d'entre eux avaient présenté un arrêt cardio respiratoire au cours de la thrombolyse. Le premier est décédé neuf minutes après le début de la thrombolyse et le second une demi-heure environ. Quatre avaient présenté des saignements (cathéter, épistaxis, crachats hémoptoïques). Ce résultat témoigne la fréquence des saignements post thrombolyse à titre de complications et son impact dans l'évolution clinique du patient.

CONCLUSION

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

62

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les syndromes coronariens aigus et les embolies pulmonaires sont les pathologies essentielles qui nécessitent un recours à la thrombolyse comme moyen thérapeutique. Les résultats des malades traités par thrombolyse sont probants et très bien encourageant. Cependant, certains malades ayant accusé un grand retard de consultation et arrivant dans un état général altéré font face à des complications à type de saignement surtout même perdent la vie. Par ailleurs nous avons également vu que biens des malades auraient pu bénéficier de la thrombolyse mais à cause de l'indisponibilité des thrombolytiques ou de la cherté des médicaments ils n'en ont pas bénéficié et ne s'en sont pas sortis dans la majorité

des cas.

SUGGESTIONS

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

64

SUGGESTIONS

Au terme de notre travail, nous avons quelques suggestions à l'endroit de notre ministère de tutelle, de la Société de Cardiologie du Burkina, de tout agent de santé et à toute la population.

□ A l'endroit du Ministère de la santé :

-Renforcer les programmes d'informations de sensibilisation et de formations sur

les maladies cardiovasculaires. Cette approche de Santé Publique axée sur la prévention primaire est bien possible, plus simple, très efficace et moins coûteux. Des efforts sont déjà fait mais il en reste encore à faire parce que jusque-là, biens des personnes ignorent encore les mesures d'hygiène et de diététique simples de pratique permettant de prévenir les maladies cardiovasculaires.

-Opérationnaliser les Services d'Aides Médicales d'Urgence (SAMU) pour la prise en charge pré hospitalière des patients.

-Opérationnaliser l'Assurance Maladie Universelle (AMU) afin de permettre l'accessibilité aux thrombolytiques.

En dehors de la prévention, du SAMU et de l'AMU, il y'a l'épineuse question des consommables médicaux prenant en compte certains médicaments pour les urgences cardiovasculaires. La suggestion à ce niveau pour sur la disponibilisation des streptokinases et la subvention des prix pour permettre l'accessibilité par les malades.

□ A l'endroit des hôpitaux

-De créer un département d'archivage des dossiers médicaux

-D'informatiser les dossiers médicaux

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

65

□ A l'endroit de la Société de Cardiologie du Burkina :

-De grands efforts sont faits avec les animations réalisées par les D.E.S sous la supervision des Maitres sur des thématiques axées sur les maladies cardiovasculaires, une belle occasion d'aborder la Cardiologie dans son ensemble pas à pas au grand bonheur de la population, sans compter les différents organisés annuellement.

-En plus de ces belles actions, nous suggérons d'appuyer les associations de jeunes ayant la santé dans son viseur pour la réalisation de certaines activités terrain afin d'être plus proche de la population bénéficiaire. Ces activités peuvent être des sensibilisations dans des marchés et "yaars" sur les mesures hygiéno-diététiques ainsi que sur l'automesure de la Tension artérielle, des dépistages, etc.

□ A l'endroit de tout agent de santé :

Respecter la pyramide du système de santé de notre pays en référant les malades qui doivent être référer pour n'est pas retarder la prise en charge optimale qui du reste est collégiale et parfois multidisciplinaire.

□ A l'endroit des étudiants en sciences de la santé

-De bien renseigner dans les dossiers médicaux l'entièreté de l'information médicale

-De bien tenir les dossiers médicaux et de veiller à ne pas égarer les examens

complémentaires

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

66

□ A l'endroit de tout thésard et de tout futur thésard

D'exploiter minutieusement les dossiers médicaux et de les ranger comme il se doit afin de permettre aux autres d'utiliser ultérieurement.

□ A l'endroit de la population :

-Adopter un mode de vie sain (activité physique régulière, éviter l'automédication, etc) et des habitudes alimentaires non compromettantes (éviter l'abus d'alcool, le tabagisme, les repas excessivement gras, sucré ou salé).

Comme le disait Hippocrate, père fondateur de la médecine moderne "Que ta nourriture soit ton médicament et que ton médicament soit ta nourriture." Cette célèbre phrase des siècles d'avant Jésus Christ est encore à jour et reste valable pour nous aujourd'hui.

-Consulter dans un centre de santé en cas de sensation de douleur angineuse, rester observant du traitement prescrit, respecter les rendez-vous médicaux.

-Faire au moins un bilan annuel de santé comportant une glycémie veineuse à jeun, une lipidémie standard et une créatininémie.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

67

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

68


4.5.5. Références bibliographiques

1. Diop TM, Mangané M, Almeimoune A, Dembele AS, Diango MD.

Urgences cardio-vasculaires au service d'accueil des urgences du chu

Gabriel Touré. Mali méd (En ligne). 2018 ;23(3):1-4.

2.

**BU - Le Masson de Rance - Olivier.odt** | Dépôt ----- Trace d'apprentissage de la formation à la recherche documentaire -----(966213)_BU - Le Masson de Rance - Oliv...
♥ Le document provient de mon groupe

Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M,

Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update

2016. European Heart Journal. 7 nov 2016 ;37(42):32-45.

3.

**hsd-fmsb.org**
<http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/download/3460/2963/9855>

Damorou F, Baragou S, Pio M, Afassinou YM, N'da NW, Pessinaba

S, et al. Morbidité et mortalité hospitalière des maladies cardiovasculaires

en milieu tropical : exemple d'un centre hospitalier à Lomé (Togo). Pan

African Medical Journal [Internet]. 2014 ;17(1).

4. Yaméogo NV, Sika A, Yameogo A, SEGHA A, Naibe TD, Millogo

G, et al. Thrombolyse dans l'IDM avec ST+: les premiers du CHU Yalgado

OUEDRAOGO. Revue CAMES Série D. 1 janv 2012 ;13(21-3).

5. . Taryèba André Arthur Seghda. Place de la thrombolyse dans la prise en charge de l'embolie pulmonaire dans le service de cardiologie du centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo. Thèse. Médecine: Ouagadougou ; 2015. 60p.

6. Banse Souhaibou. Etude des facteurs associés au pronostic des syndromes coronariens aigus de 2016 à 2021 au Burkina Faso: Etude multicentrique réalisée dans les centres hospitaliers universitaires de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. Thèse. Médecine: Ouagadougou; 2022. 95p.

7. Observatoire National de la Santé du Burkina Faso. Etat de santé de la population du Burkina Faso: Rapport 2019. 2020 ; 86(17-21).

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

69

8. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Monographie de la ville de Ouagadougou: Résultats du cinquième recensement général de la population et de l'habitat. 2022 ; 136(1).

9. Leonardo D V. Thrombose artérielle. Sanofi SA, 2018. Disponible sur: <https://www.thrombosiscare.be/fr-BE/wat-is-een-veneuze-trombose/.../wat-is-een-veneuze-trombose/thrombose-arterielle>

10. Leonardo D V. Thrombose veineuse. Sanofi SA, 2018.

11. Didier S, Carine D. Thrombose veineuse (Phlébite).

12. Éric B, Antoine L, Philippe R. Épidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse. Elsevier Masson SAS, 2008. 5(1).

13. Simeni Njonou S R, Boombhi J, Ahmadou M, Kuate M, Pefura I, Ménanga A, et al. Épidémiologie de la maladie veineuse thromboembolique à Yaoundé : étude transversale en Afrique subsaharienne. Rev. Médecine Interne, 2019. 186(3).

14. Larousse E. Circulation sanguine, 2020. 48(11-17).

15. Brahim L, Souad A. Maladies thrombo-emboliques veineuses. N°0851202069. 2020. 37

16. Cinzia R, Jean-Claude T. Syndrome coronarien aigu (SCA). ICM, 2019. 7(2-6)

17. Christophe L, Hélène E, Olivier P. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. | SFC. 2020. 78(60-69).

18. Egger B, Aubert J D. Embolie pulmonaire: prise en charge initiale. Rev Med Suisse, 2017. 38(34-37).

19. Cauchie M, Cauchie F, De Frotos C. Embolie pulmonaire : symptômes, causes, traitements, signes, durée. Planet Publishing, 2022.

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

70

20. Robert-Ebadi H, et Righini M. Diagnostic de l'embolie pulmonaire.

Rev. Mal. Respir., 2011 vol. 28, no 6, p. 790-799

21. Brahim L, Souad A. Syndrome coronarien aigue. N°0865201947. 2020.

39.

22. Thomas F. Infarctus: quel traitement? Ameli.fr, 2023. Disponible sur:

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/infarctus-myocarde/traitement>

23. Milène B. Diagnostic de l'embolie pulmonaire. Urgences-Online, 2019.

24. Bull T M, Hountras P. Embolie pulmonaire - Troubles pulmonaires.

MSD, 2023.

25. Gazzah M, Khelifa K, Chouchene I, Bouchoucha S, Ghannouchi S,

Derbel F. Syndrome coronarien aigu: le traitement. Efurgences, 2022.

26. Cinzia R, Jean-Claude T. Syndrome coronarien aigu (SCA). ICM,

2019. 7(1-2)

27. C. Ben Salah et al., « Thrombolyse préhospitalière du syndrome coronarien

aigu ST+ (SCA ST+) chez les patients présentant une hyperglycémie à la

phase initiale », Ann. Endocrinol., vol. 78, no 4, p. 408, sept. 2017, doi:

10.1016/j.ando.2017.07.621.

28. N. Ridene et al., « Thrombolyse pré-hospitalier du syndrome coronarien

aigu ST+ chez les sujets diabétiques », Ann. Endocrinol., vol. 76, no 4, p.

530, sept. 2015, doi: 10.1016/j.ando.2015.07.773.

29. E. Masson, «



www.em-consulte.com | Présentation d'un jeu d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire pour les patients post AVC et leur entourage - EM consulte
<https://www.em-consulte.com/article/1106608/presentation-d-un-jeu-d-education-therapeutique-pl>

Thrombolyse intraveineuse des infarctus cérébraux:

expérience de l'unité stroke CHU Tizi Ouzou (Algerie)

», EM-Consulte.

Consulté le: 13 mars 2024.

30. Dembele. B et al., « Les Motifs de Consultation en Urgence dans une Unité

de Cardiologie de Bamako », Health Sci. Dis., vol. 24, no 6, Art. no 6, mai

2023, doi: 10.5281/hsd.v24i6.4539.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/authors/bull-todd>

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/authors/hountras-peter>

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

71

31. S. Pessinaba et al., « Enquête de prévalence des facteurs de risque

cardiovasculaire en population générale à Saint-Louis (Sénégal) », Ann.

Cardiol. Angéiologie, vol. 62, no 4, p. 253-258, août 2013, doi:

10.1016/j.ancard.2013.02.005.

32. Feroudja et al., « Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaires

en population générale: particularités chez la femme en Afrique

subsaharienne – étude TAHES », EM-Consulte.

33. C. Jebali, Y. Hasni, N. Ibn Hassine, M. A. Jaouadi, et N. Chebili, « La

thrombolyse en pré-hospitalier : diabétique versus non diabétique », Ann.

Endocrinol., vol. 79, no 4, p. 266, sept. 2018, doi:

10.1016/j.ando.2018.06.204.

34. L. Watson, C. Broderick, et M. P. Armon, « Thrombolysis for acute deep

vein thrombosis », Cochrane Database Syst. Rev., no 11, 2016, doi:

10.1002/14651858.CD002783.pub4.

ICONOGRAPHIE

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

ICONOGRAPHIE

Figure 9 : Photo anonyme du dossier d'un malade ayant bénéficié d'une thrombolyse (Auteur : SAWADOGO Apollinaire Manegdlawendé)

Figure 10 : Magasin de stockage des dossiers du service de cardiologie du CHU-
YO (Auteur : Dr Faridatou COMPAORE)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLII

Figure 11 : Magasin de stockage des dossiers du service de cardiologie du CHU-
B (Auteur : Dr Faridatou COMPAORE)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLII
I

ANNEXES

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLI
V

ANNEXES

Annexe 1 : fiche de collecte des données

CHU / __/

(Yalgado Ouédraogo=1, Bogodogo=2)

Diagnostic / __/

(SCA ST+=1, EP = 2, AVCI=3)

Autres à préciser / _____/

□ DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Age : / __/ (18-60=1, 60-90=2, +90=3)

Sexe : / __/ (Homme=1, Femme=2)

Profession : / _____/

Résidence : / _____/ (Urbain, rural)

□ DONNEES CLINIQUES

Date et heure d'hospitalisation: / _____/ _____/

Durée du séjour : / __/ (0-7jours=1, 7-15jours=2, 15-30jours=3, +30=4)

Mode d'admission : / __/

(1=référé, 2=transférer, 3=venu de soi-même, 4=autre)

Motif de consultation : / __/

(Douleur angineuse=1, Coma=2, Association de signes cliniques=3)

Délai d'admission par rapport au début de la symptomatologie / __/

(Avant 6H=1, Après 6H=2)

Antécédents

Médicaux : / __/

(1=HTA, 2= Diabète, 3=AVC, 4=Néphropathie, 5=Autres, Aucun=6)

Chirurgicaux : /___/

(1=cardiovasculaire, 2=digestive, 3=orthopédique, 4=autres, Aucun=5)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLV

Habitudes alimentaires et mode de vie : /___/

(1=Tabac, 2=Alcool, 3=Cola, 4=café, 5=Sédentarité 6=activité physique

régulière, 7=autres, Aucun=8)

Familiaux : /___/

(1=HTA, 2= Diabète, 3=AVC, 4=Néphropathie, 5=Autres, Aucun=6)

Examen général

Etat général : /___/ (1=stade 1, 2=stade 2, 3=stade 3, 4=stade 4)

Etat de conscience : /___/ (1=conservé, 2=obnubilé, 3=coma, score de

Glasgow à.....

Conjonctives bien colorées : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Ictère : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Œdèmes de membres inférieurs : /___/ (1=Oui, 2=Non)

Constantes

Tension Artérielle /_____/ mmhg

Fréquence Cardiaque/_____/ bpm

Température/_____/ c

Poids /_____/ kg

Taille /_____/m

Indice de masse corporel /_____/ kg/m²

SpO₂ /_____/ %

Examen Physique

Examen de l'appareil cardiovasculaire

o Cœur

Thorax de morphologie normale /___/

(OUI=1, NON=2)

BDC /___/

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLV

I

(Bruits du cœur audibles réguliers sans souffle =1, Bruits du cœur audibles

réguliers avec souffle=2, Bruits du cœur audibles irréguliers sans souffle=3,

Bruits du cœur audibles irréguliers avec souffle=4, Bruits du cœur

assourdis=5)

Signe de Harzer / __/ (Présent=1, Absent=2)

Choc de point / __/

(Choc de point visible et palpable=1, choc de pointe non visible mais

palpable=2)

o Vaisseaux

Veines / __/

(Turgescence spontanée des veines jugulaires et reflux hépato jugulaire=1,

Pas de turgescence spontanée des veines jugulaires, pas de reflux=2)

Artères / __/

(Pouls périphériques biens perçus=1, Pouls périphériques non biens

perçus=2)

o Autres appareils ou systèmes

Poumons / __/ (Libres=1, Râles=2)

Abdomen / __/ (souple dépressible sans masse=1, Hépatomégalie=2)

□ DONNEES PARACLINIQUES

o IMAGERIE

Electrocardiogramme (ECG):

Présence de sus-décalage / __/

(ST+=1, ST-=2)

Territoire concerné / __/

(Antérieur étendu=1, Inférieur=2, Antéro-septal=3, Antéro-septal-

apical=4, Septal profond=5)

Rythme sinusal / __/ (OUI=1, NON=2)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLV

II

Cycle régulier / __/ (OUI=1, NON=2)

Fréquence cardiaque / __/ (-60=1, 60-100=2, +100=3)

Troubles du rythme / __/

(Extrasystoles=1, FA=2, TV=3, Bradycardie=4, Autres=5)

Troubles de la conduction / __/

(Bloc sino-auriculaire=1, Bloc auriculo-ventriculaire=2, Bloc de

branche=3, Autres=4)

Echocardiographie doppler Trans thoracique :

Cavités cardiaques droites dilatées / __/ (OUI=1, NON=2)

Cavités cardiaques gauches dilatées / __/ (OUI=1, NON=2)

Fraction d'éjection du ventricule gauche normale / __/ (OUI=1, NON=2)

Valves mitrales normales / __/ (OUI=1, NON=2)

Valves aortiques normales / __/ (OUI=1, NON=2)

Veines caves inférieures normales / __/ (OUI=1, NON=2)

Artère pulmonaires normale / __/ (OUI=1, NON=2)

PAPS normale / __/ (OUI=1, NON=2)

HTAP / __/ (OUI=1, NON=2)

Autres anomalies / _____/ A préciser

Radiographie pulmonaire :

Cardiomégalie / __/ (OUI=1, NON=2)

Syndrome d'épanchement pleural liquidien / __/ (OUI=1, NON=2)

Syndrome d'épanchement pleural gazeux / __/ (OUI=1, NON=2)

Autres anomalies / _____/ A préciser

Angioscanner thoracique : si EP

Embolie pulmonaire / __/ (OUI=1, NON=2)

Autres anomalies / _____/ A préciser

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLV

III

Scanner cérébral : Si AVCI

Diagnostic d'accident vasculaire cérébral ischémique / __/ (OUI=1,

NON=2)

o BIOLOGIE

Troponine Titre 1: / __/ ng/MI (Positive=1, Négative=2) si SCA ST+

Troponine Titre 2: / __/ ng/MI (Positive=1, Négative=2) si SCA ST+

INR / __/ (Normale=1, NON=2)

D-dimères / __/ ng/MI (Normale=1, Elevée=2)

Glycémie : / __/ mmol/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

ASAT / __/ UI/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

ALAT / __/ UI/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

HDL : / __/ mmol/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

LDL : / __/ mmol/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

Cholestérol Totale : / __/ mmol/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

Taux de Prothrombine: / __/% (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

Numération formule sanguine:

Hémoglobine/ __/ g/dL (Normale=1, Anémie=2)

Plaquette/ __/ /mm3 (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

Globules blancs: / __/ mm3 (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

Urée / __/ mmol/L (Normale=1, Elevée=2)

Créatininémie / __/ µmol/L (Normale=1, Elevée=2)

Ionogramme Sanguin:

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLI
X

Natrémie /___/ mmol/L (Normale=1, Basse=2)

Kaliémie /___/ mmol/L (Normale=1, Elevée=2, Basse=3)

□ DONNEES THERAPEUTIQUES

o PROTOCOLE DE LA THROMBOLYSE

-Prise décision de la thrombolyse par un cardiologue titulaire /___/

(OUI=1, NON=2)

Recueil de consentement /___/ (OUI=1, NON=2)

Recherche de complications /___/ (OUI=1, NON=2)

Début de la thrombolyse :

-Recueil de plaintes /___/ (OUI=1, NON=2)

-Prise de constantes hémodynamiques /___/ (OUI=1, NON=2)

-Streptokinase /___/ (OUI=1, NON=2)

-Posologie 1,5 millions dans 50cc de SGI à faire passer en 2H à la PSE /___/

(OUI=1, NON=2)

-Références du produit /___/ (OUI=1, NON=2)

-Incidents-Accidents/___/ (OUI=1, NON=2)

-Médicaments d'accompagnement /___/

(Corticoïdes=1, Omeprazole=2, Autres à préciser)

Fin de la thrombolyse

-Recueil de plaintes /___/ (OUI=1, NON=2)

-Incidents-Accidents/___/ (OUI=1, NON=2)

-Prise de constantes hémodynamiques (TA, FC) /___/ (OUI=1, NON=2)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

L

o DELAI DE DEBUT DE LA THROMBOLYSE PAR RAPPORT

A LA SYMPTOMATOLOGIE /___/

(Avant 4H 30=1, 4H-6H=2, 6H-12H=3)

o EVOLUTION APRES THROMBOLYSE

-Clinique

Douleur thoracique /___/

(Réduction ou disparition de la douleur=1, Persistance de la douleur=2)

Etat hémodynamique /___/

(Stable=1, Instable=2)

-Paraclinique

ECG

ST+ /___/

(Réduction de ST+=1, Absence d'évolution=2)

TDR /___/ (OUI=1, NON=2)

TDC /___/ (OUI=1, NON=2)

Coronarographie réalisée, Si SCA ST+ /__/ (OUI=1, NON=2)

Résultat /__/ (Bonne évolution=1, Mauvaise évolution=2)

o COMPLICATIONS PRESENTEES APRES LA

THROMBOLYSE /__/

(Troubles du rythme cardiaque=1, Troubles de la conduction=2,

Saignements=3, Choc cardiogénique=4, Absence de complications=5)

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres

Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

LI

o MODE DE SORTIE /__/

(Exéat=1, Décédé=2, Evadé=3)

o CAUSE DU DECES /__/

(Troubles du rythme=1, Troubles de conduction=2, Hémorragie=3, ACR=4)

RESUME / ABSTRACT

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLII

RESUME / ABSTRACT

Résumé

Titre : Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011-2022 dans les services de cardiologie des centres hospitaliers universitaires yalgado ouedraogo et bogodogo

Objectif : Faire le bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO et BOGODOGO.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte de données rétrospective sur une période onze ans allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2022.

Résultats : Au total 81 patients ont été inclus dans notre étude soit 41 du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO et 40 pour celui de BOGODOGO. Parmi ces patients, 54 souffraient d'embolie pulmonaire et 27 de syndrome coronarien aigue. Le genre masculin était dominant avec une proportion de 58,02% et un sexe ratio de 1,38. L'âge moyen était de 58,06 ans, la profession dominante était les commerçant et la résidence dominante était le milieu urbain. 66,68% ont été reçu entre 2020 et 2022 et 82,72% d'entre eux sont rentrés plus de 06H après le début de la symptomatologie et la durée moyenne du séjour hospitalier était de 9,47 jours. Le motif de consultation était dominé par la douleur thoracique et le facteur de risque cardiovasculaire dominant était l'hypertension artérielle avec une proportion de 37,03%. La streptokinase a été le thrombolytique le plus utilisé avec une proportion de 98,76%. La posologie dominante pour le syndrome coronarien aigue était de 1,5million de streptokinase dilué dans 50ml de Sérum glucosé isotonique à faire passer en 45 min ; celui de l'embolie pulmonaire était de 1,5millions de streptokinase dilué dans 50ml de Sérum glucosé isotonique à faire passer en 2H. Après la thrombolyse, 76,54% des patients présentaient de bonnes constantes hémodynamiques, la douleur

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLII

I

thoracique de l'entrée était amendée ou disparue totalement chez 85,90 % avec une réduction du sus décalage du segment ST chez 80,64% des patients souffrant de syndrome coronarien aiguë. Aucun malade n'avait pu réaliser une coronarographie. La principale complication présentée le saignement. 77,78% des malades thrombolysés sont sortis guéris et 22,22% sont décédés. Parmi les malades décédés, 77,78% avaient consulté plus de 6H après le début de la symptomatologie. L'embolie pulmonaire était la plus grande faucheuse avec une proportion de 66,67% contre 33,33% pour le syndrome coronarien aiguë.

Conclusion : Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les syndromes coronariens aigus et les embolies pulmonaires sont les pathologies essentielles qui nécessitent un recours à la thrombolyse comme moyen thérapeutique. Les résultats des malades traités par thrombolyse sont probants et très bien encourageant. Cependant, certains malades ayant accusé un grand retard de consultation et arrivant des un état général altéré font face à des complications à type de saignement surtout ou même perdent la vie. Par ailleurs nous avons également vue que biens des malades auraient pu bénéficier de la thrombolyse mais à cause de l'indisponibilité des thrombolytiques ou de la cherté des médicaments ils n'en ont pas bénéficié et ne s'en sont pas sortis dans la majorité des cas.

Mots-clés: Bilan Thrombolyse, 2011-2022

Auteur: SAWADOGO Apollinaire Manegdlawendé

Contact: (226) 73158323

Email: apollinaresawadogo114@gmail.com

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLI
V

Abstract

Title: Assessment of intravenous thrombolysis from 2011-2022 in the cardiology departments of the Yalgado Ouedraogo and Bogodogo university hospital centers.

Objective: To take stock of intravenous thrombolysis from 2011 to 2022 in the cardiology department of the Yalgado OUEDRAOGO and BOGODOGO University Hospital Center.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection over an eleven-year period from January 1, 2011 to December 31, 2022.

Results: A total of 81 patients were included in our study, i.e. 41 from the Yalgado

OUEDRAOGO University Hospital Center and 40 from that of BOGODOGO.

Among these patients, 54 suffered from pulmonary embolism and 27 from acute coronary syndrome. The male gender was dominant with a proportion of 58.02% and a sex ratio of 1.38. The average age was 58.06 years, the dominant profession was tradesman and the dominant residence was urban. 66.68% were received between 2020 and 2022 and 82.72% of them returned more than 6 hours after the start of the symptoms and the average length of hospital stay was 9.47 days. The reason for consultation was dominated by chest pain and the dominant cardiovascular risk factor was high blood pressure with a proportion of 37.03%. Streptokinase was the most used thrombolytic with a proportion of 98.76%. The dominant dosage for acute coronary syndrome was 1.5 million streptokinase diluted in 50ml of isotonic glucose serum to be administered over 45 min; that of pulmonary embolism was 1.5 million streptokinase diluted in 50ml of isotonic glucose serum to pass over 2 hours. After thrombolysis, 76.54% of patients presented good hemodynamic constants, entry chest pain was improved or disappeared completely in 85.90% with a reduction in ST segment elevation in 80.64% of patients suffering. Acute coronary syndrome. No patient was able to

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLV

perform a coronary angiography. The main complication presented was bleeding. 77.78% of thrombolyzed patients were cured and 22.22% died. Among the patients who died, 77.78% had consulted more than 6 hours after the start of the symptoms. Pulmonary embolism was the biggest killer with a proportion of 66.67% compared to 33.33% for acute coronary syndrome.

Conclusion: At the end of our study, we can say that acute coronary syndromes and pulmonary embolisms are the essential pathologies, which require recourse to thrombolysis as a therapeutic means. The results of patients treated with thrombolysis are convincing and very encouraging. However, some patients who have suffered a long delay in consultation and who arrive in an altered general state face complications such as bleeding especially or even lose their lives.

Furthermore, we have also seen that many patients could have benefited from thrombolysis but due to the unavailability of thrombolytics or the high cost of drugs, they did not benefit from it and did not survive in the majority of cases.

Keywords: Thrombolysis assessment, 2011-2022

Author: SAWADOGO Apollinaire Manegdlawendé

Contact: (226) 73158323

Email: apollinaresawadogo114@gmail.com

SERMENT D'HIPPOCRATE

Bilan de la thrombolyse intraveineuse de 2011 à 2022 dans les services de cardiologie des Centres
Hospitaliers Universitaires Yalgado OUEDRAOGO et de Bogodogo

XLII

**Document d'un autre utilisateur**

♥ Le document provient d'un autre groupe

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers

condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de

l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai

jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce

qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés

et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser

les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai

à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis

**Document d'un autre utilisateur**

♥ Le document provient d'un autre groupe

resté

fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et

**Document d'un autre utilisateur**

♥ Le document provient d'un autre groupe

méprisé de mes confrères

si j'y manque.