



PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AU CHU DE REFERENCE NATIONALE DE NDJAMENA-TCHAD.

Aboubakar A.M, Zakaria A.-M.Z, Mahamat-Azaki O, Mahamat Y.K, Ali A.A, Nelson N.L, Soha A.A, Lucien A, Temoua N.D, Ibrahim T.A.



INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque (IC) est définie comme une défaillance des fonctions cardiaques, provoquant une diminution de la perfusion sanguine de l'ensemble des organes du corps. Le cœur devenant ainsi incapable d'assurer dans les conditions normales le débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes [1]. Elle est la seule atteinte cardiovasculaire dont l'incidence et la prévalence augmentent en raison du vieillissement de la population [2]. Selon la cavité cardiaque atteinte de façon exclusive ou prédominante, on distingue l'insuffisance ventriculaire gauche, l'insuffisance ventriculaire droite et l'insuffisance cardiaque globale [3]. L'insuffisance cardiaque associée à une dysfonction systolique du ventricule gauche est une insuffisance cardiaque dite « classique » associée à une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) inférieure à 45 %. Celle à fraction d'éjection préservée correspond à la présence de symptômes et de signes d'insuffisance cardiaque malgré la présence d'une fraction d'éjection du ventricule gauche normale [4]. On estime que la prévalence de l'IC varie de 0,4% à 2% de la population générale européenne et à 1% en France [5]. La prévalence de l'IC augmente avec l'âge [6], de 3% chez les patients âgés de moins de 45 ans, à 10% chez les patients âgés de plus de 70 ans. Un chiffre en Constante augmentation, aux dépens de l'IC à fonction systolique préservée, vu d'une part, le vieillissement de la population et d'autre part, l'amélioration de la prise en charge des cardiopathies notamment les cardiopathies ischémiques [7]. Les données de la Société Européenne de Cardiologie suggèrent qu'il y a au moins 15 millions de patients souffrant d'insuffisance cardiaque en Europe, sur une population de 900 millions d'habitants répartis dans 51 pays, soit une prévalence de 17‰ [8]. L'insuffisance cardiaque est un problème croissant de santé publique aux Etats-Unis [9]. Il y'a approximativement 5 millions d'Américains souffrant d'insuffisance cardiaque, et plus de 550 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année [9]. Le nombre de patients insuffisants cardiaques pourrait atteindre 10 millions en 2037 avec l'impact considérable sur le système de santé américain et représenter un fardeau économique significatif [10].

OBJECTIFS

➤ Objectif général

Contribuer à la Prise en charge des insuffisances cardiaques dans le service de cardiologie du CHU la Référence Nationale de N'Djamena.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence des insuffisances cardiaques
- Déterminer ses profils clinique et para clinique ;
- Identifier les différents facteurs de risque et les principales étiologies.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, réalisée dans le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire de référence nationale de N'Djamena (Tchad) sur une période de 15 mois, allant du 1er aout 2019 au 31 octobre 2020 ayant inclus tous les patients hospitalisés durant la période d'étude, consentants, et présentant des signes d'insuffisance cardiaque.

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS 23.0.

RESULTATS

Au total nous avons enregistré 301 cas d'insuffisance cardiaque sur 976 admissions totales durant la période d'étude, soit une prévalence hospitalière de 30,8% avec une prédominance féminine (sex-ratio à 0,96).

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 51ans et plus, avec les extrêmes de 18 à 70ans.

Les facteurs de risque les plus retrouvés étaient l'HTA avec une proportion de 39,7% suivi de l'âge (37,19%), la ménopause (22,61%), le sexe (21,11%) et le diabète (16,58%).

Les antécédents de cardiopathie représentaient 15,08% des cas, néanmoins ils ne sont pas reconnus dans 8,54% des cas. Sur le plan familial, les antécédents sont représentés dans 17,09% des cas par l'HTA.

La dyspnée d'effort était présent dans 50,25% des cas dont en stade IV de la NYHA, 28% en stade III et 5,53% en stade II.

Les signes fonctionnels étaient dominés par La dyspnée et la toux suivies de la douleur thoracique respectivement avec 100%, 80,90% et 71,36%.

Les signes cliniques ont été représentés par la tachycardie, la présence des râles crépitants et les OMI avec respectivement dans 81,41% ; 80,40 % et 71,36% des cas.

Les anomalies électrocardiographiques sont représentées par le HVG, HAG et les troubles de la repolarisation dans 42,72% ; 28,67% et 27,67%. Les ACFA ont été observées dans 20,62%.

Une cardiomégalie et un syndrome interstitiel à la radiographie thoracique étaient retrouvés respectivement dans 84,92% et 65,33% des cas.

L'insuffisance cardiaque était souvent découverte au stade IV avec une FEVG altérée prédominante (54,78%). Les cardiopathies hypertensives (33,7 %), les cardiopathies valvulaires (16,6 %) et les cardiopathies d'allure ischémiques (15,1 %) étaient les étiologies les plus fréquentes. Les médicaments les plus utilisés étaient les diurétiques de l'anse (97 %), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (96 %) et les bêtabloquants (93,5 %). Le taux de mortalité hospitalière était de 9 % dans notre série.

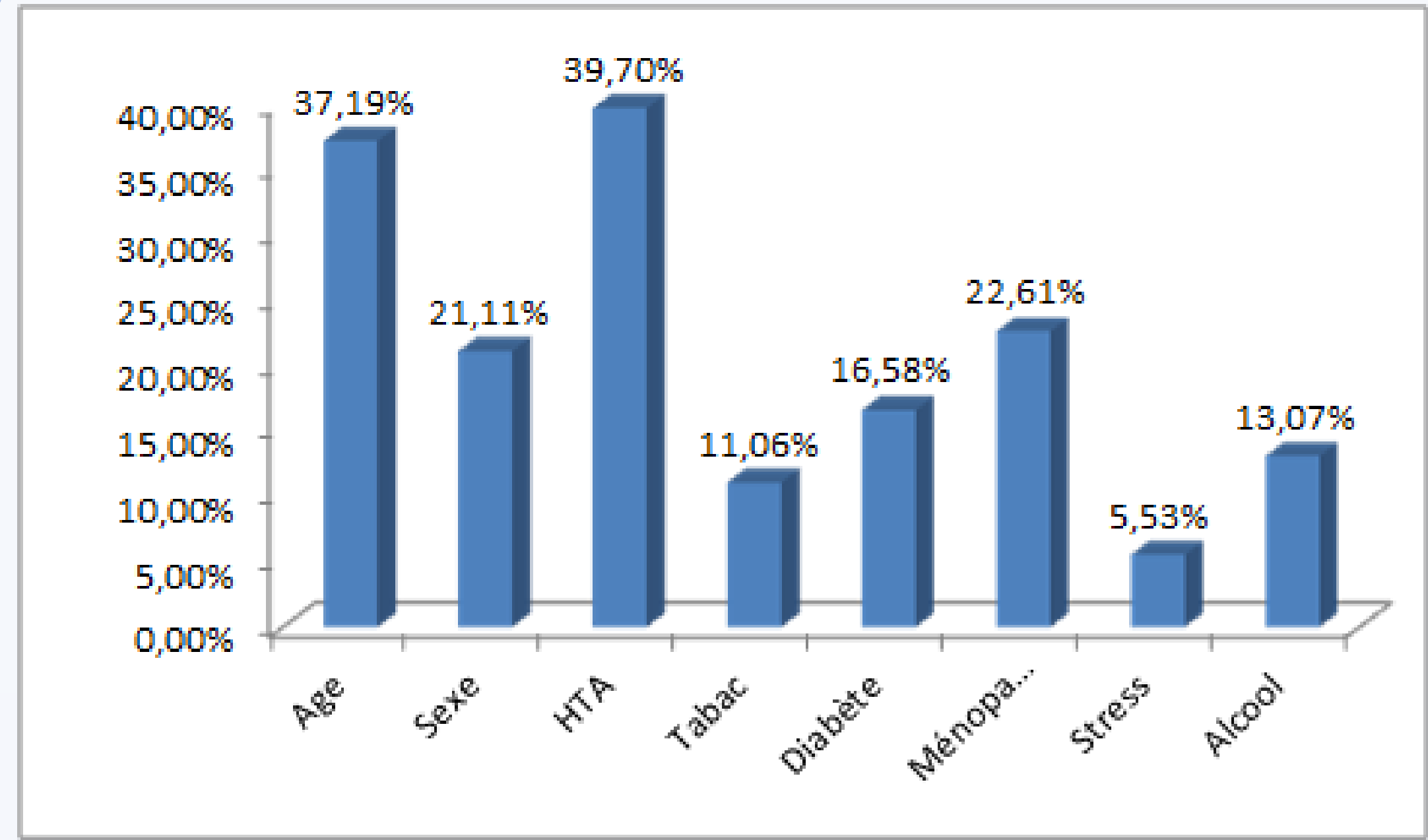


Figure 1: Répartition des patients selon les FDRCV

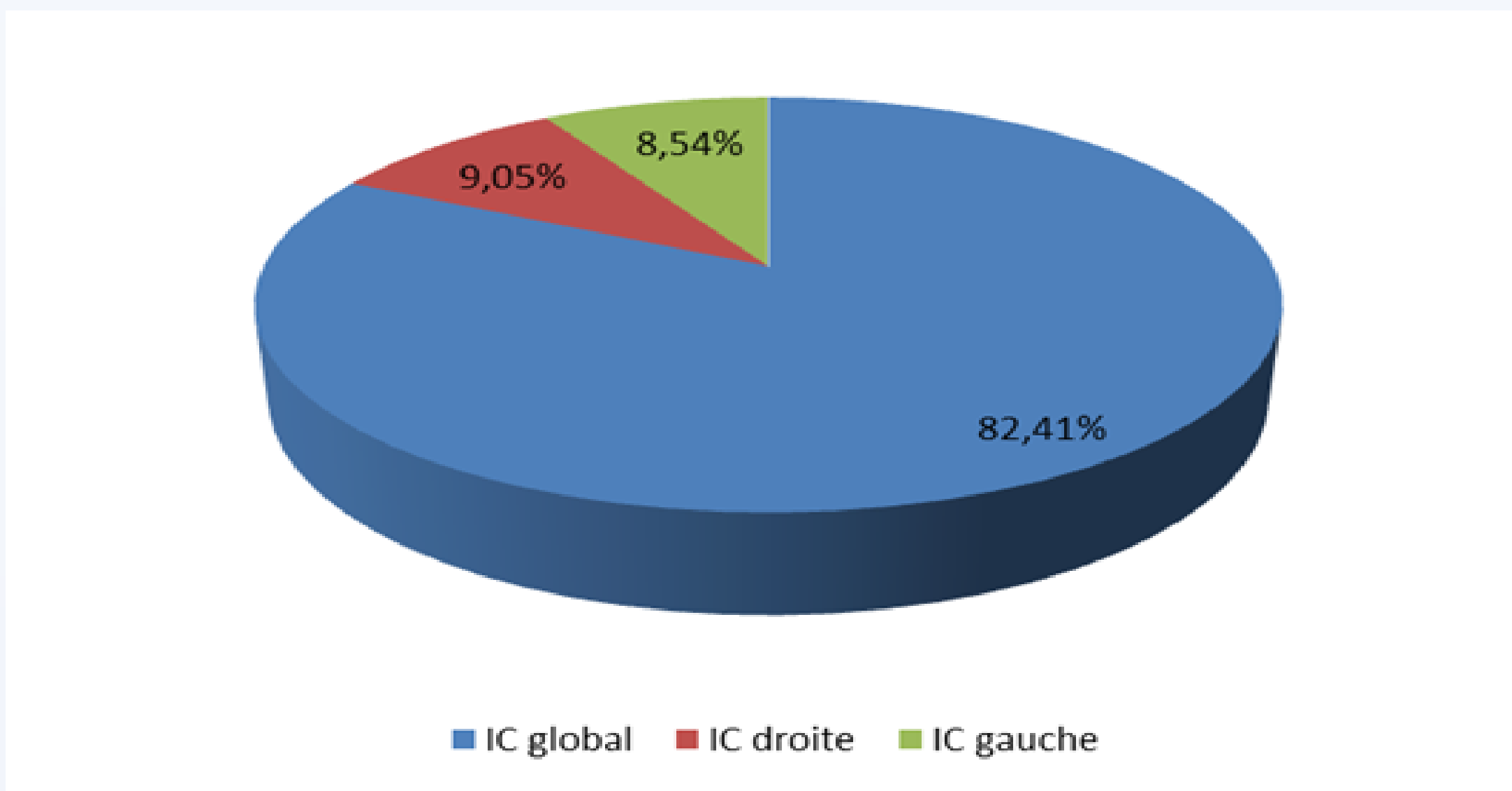


Figure 2: Répartition selon les types d'insuffisances cardiaques

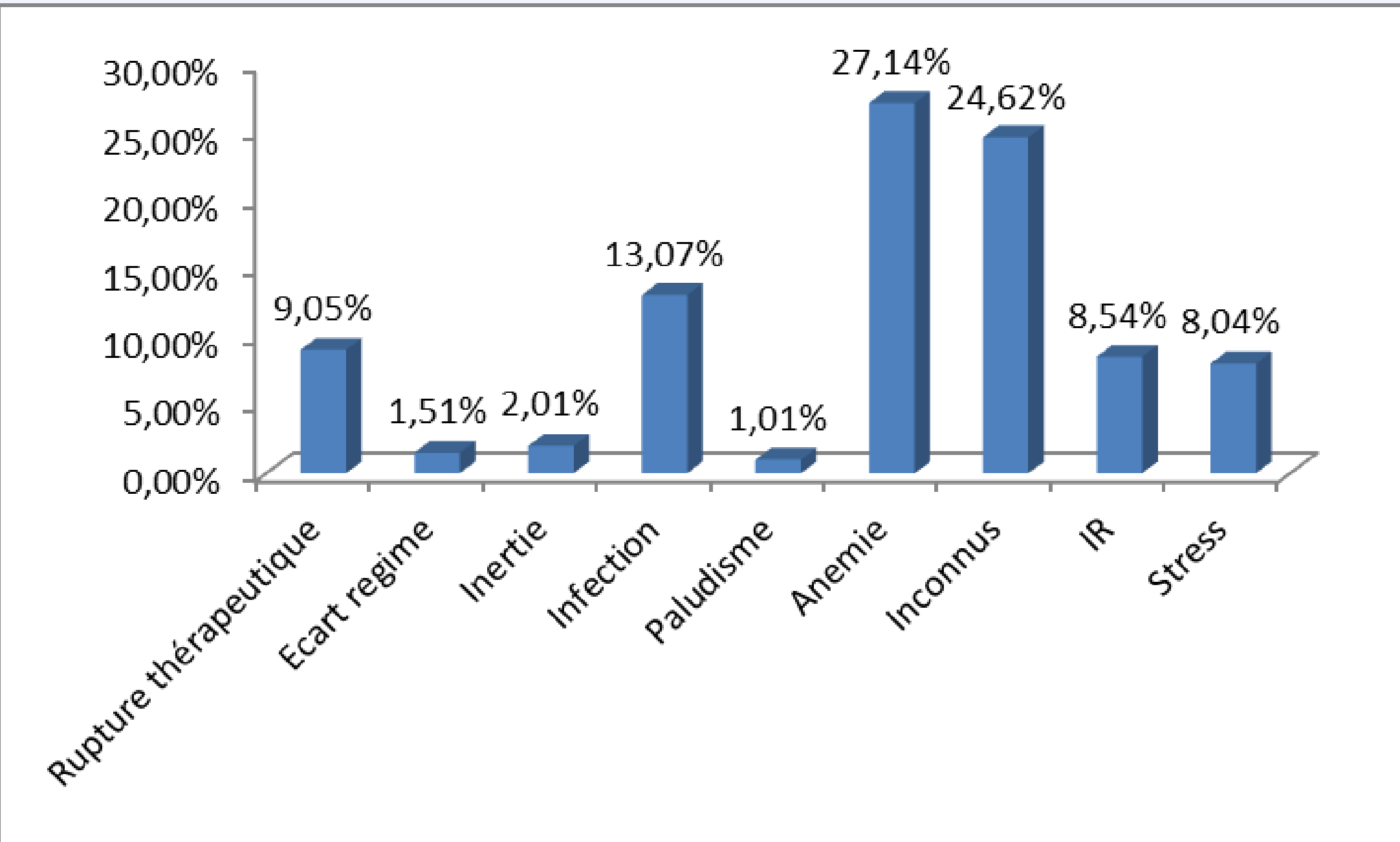


Figure 3: Répartition selon les facteurs de décompensation

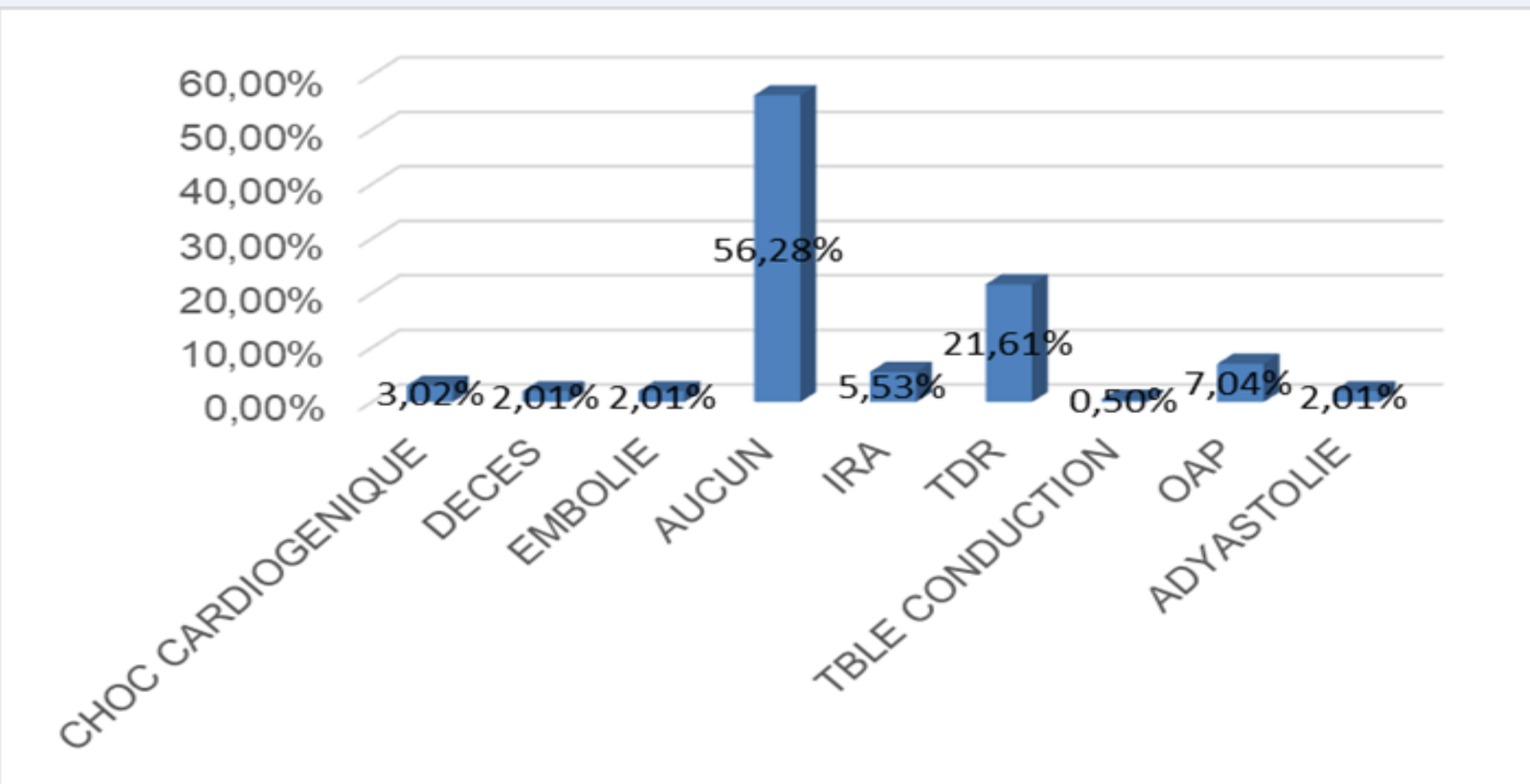


Figure 4: Répartition selon les complications

CONCLUSION

L'insuffisance cardiaque est fréquente, l'HTA est l'étiologie dominante et sa prise en charge demeure un problème préoccupant dans notre contexte, du fait de l'insuffisance de plateau technique adéquat et d'assurance maladie.

REFERENCES

- [1] Lacroix D. (2010). Cardiologie Sous l'égide du Collège National des Enseignants de Cardiologie. ELSEVIER MASSON S.A.S.
- [2] Pousset F, Isnard R, Komajda M. Insuffisance cardiaque : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. Cardiologie. 2003;11(036):G-20.
- [3] Letac B .Pathologie cardiovasculaire : connaissance de base pour la pratique quotidienne. 2eme Edition Ellipses (Montréal); 1994; 121-148; 224-253
- [4] Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart 2007;93:1137–1146.
- [5] URCAM île de France. La prise en charge de l'insuffisance cardiaque systolique en Ile-de-France. Juin 2005.
- [6] Gurné O. épidémiologie de l'insuffisance cardiaque. Vaisseaux, cœur, poumons 2009, V1239F; 3-5
- [7] Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D.The epidemiology of heart failure: the Framingham study.J Am coll cardiol 1993;22:6A-13.
- [8]. Dickstein, K., et al., ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J, 2008. 29(19): p. 2388-442.
- [9] Hunt, S.A., et al., 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. Circulation,2009. 119(14): p. e391-479.
- [10] Rich, M.W., Epidemiology, pathophysiology, and etiology of congestive heart failure in older adults. J Am Geriatric Soc, 1997. 45(8): p. 968-74.