Rev. méd. Madag. 2018; 8(1): 793-796

La Revue Médicale de Madagascar

Article original

Aspects épidémio-cliniques et étiologiques de l'insuffisance cardiaque du sujet jeune vue aux services de cardiologie du CHU Befelatanana d'Antananarivo

Epidemiological, clinical and etiological aspects of heart failure in young patients in the cardiologic department at Befelatanana Hospital of Antananarivo

L.R. Ramiandrisoa (1), N.A. Randriamihangy (2), B. Ramilitiana (3), D.M. Rakotoniaina (1), S. Rakotoarimanana (4), N. Rabearivony (1)

(1) Service de Cardiologie, CHU Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

(2) Service de Cardiologie, CHU Mahavoky Atsimo, Mahajanga, Madagascar

(3) Service de Néphrologie, CHU Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

(4) Service des Soins Intensifs Cardiologiques, CHU Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

(5) Faculté de Médecine, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction. *L'insuffisance cardiaque constitue un problème de santé publique qui affecte particulièrement les sujets âgés dans les pays développés, contrastant à ce qui se passe dans les pays en voie de développement où la population de jeune âge serait la plusconcernée.*
But. *Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des insuffisances cardiaques du sujet jeune de 18 à 45 ans.*
Méthode. *Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée chez les malades hospitalisés aux services de Cardiologie et de Soins Intensifs Cardiologiques du CHU Befelatanana d'Antananarivo sur 18 mois (01 février 2014 à 30 juillet 2015). La réalisation de l'échographie cardiaque était indispensable pour inclure le patient dans l'étude.*
Résultats. *Soixante-dix-sept patients étaient retenus, soit 14,86% de tous les insuffisants cardiaques hospitalisés. L'âge moyen des patients était de 33,83 ans. L'insuffisance cardiaque était globale chez 67 patients (87%). L'échographie cardiaque retrouvait une dilatation du ventricule gauche chez 57 patients (74%) et une dysfonction systolique ventriculaire gauche chez 58 patients (75,32%). Les étiologies étaient : l'hypertension artérielle dans 21 cas (27,3%), la cardiomyopathie du péripartum dans 19 cas (24,6%), les valvulopathies dans 16 cas (20,2%), les cardiomyopathies d'origine éthylique dans 9 cas (11,7%), les cardiomyopathies dilatées d'étiologie non retrouvée dans 6 cas (7,8%), les cardiopathies ischémiques dans 4 cas (5,2%) et les cardiopathies congénitales dans 2 cas (2,6%). La létalité hospitalière était de 19,4% (15 patients).*
Conclusion. *L'insuffisance cardiaque est une pathologie grave et fréquente. Elle touche les sujets jeunes et actifs. L'hypertension artérielle est un élément important à maitriser dans notre santé communautaire pour ralentir l'apparition de ses complications.*
Mots-clés : *insuffisance cardiaque, jeune, Madagascar*

Abstract

Introduction. *Heart failure is a public health problem that particularly affects older people in developed countries, contrasting with what happens in developing countries where the young population would be the most concerned.*
Aims. *The aim of the study was to describe the epidemiologic, clinical and etiological aspects of heart failures in the young age from 18 to 45 years.*
Patients and methods. *It was a cross-sectional descriptive study in the department of Cardiology and Intensive Care Unit of Cardiology at Befelatanana hospital in Antananarivo over a 18 months-period (from february 2014 to july 2015). Echocardiography was the essential criterion to enroll the patient in the study.*
Results. *We enrolled 77 patients. It was 14.86% of all hospitalized heart failure patients. The mean age was 33.83 years. Heart failure was congestive in 67 patients (87%). Echocardiography found dilation of the left ventricle in 57 patients (74%) and left ventricular systolic dysfunction in 58 patients (75.32%). The causes were: hypertension in 21 cases (27.3%), peripartum cardiomyopathy in 19 cases (24.6%), valvular heart disease in 16 cases (20.2%), ethylic cardiopathy in 9 cases (11.7%), dilated cardiomyopathy with no cause found in 6 cases (7.8%), ischemic heart disease in 4 cases (5.2%), and congenital heart disease in 2 cases (2.6%). The hospital mortality was 19.4% (15 patients).*
Conclusion. *Heart failure is a serious disease. It affects young and active population. So hypertension is one of the main diseases to manage in the public health.*
Key words: *heart failure, young, Madagascar*

* Auteur correspondant: L.R. Ramiandrisoa (ritchyram@yahoo.com)
ISSN 2222-792X

Introduction

L'insuffisance cardiaque (IC) constitue un important problème de santé publique par sa fréquence, sa mortalité, mais aussi sa morbidité et les ressources médicales et économiques significatives qu'elle absorbe [1,2]. Son évolution est émaillée d'épisodes de décompensations aiguës, sources d'hospitalisations nombreuses dont la létalité est élevée [3]. Cette pathologie affecte particulièrement les sujets âgés dans les pays développés tandis que dans les pays en voie de développement, la population concernée est surtout jeune [4,5]. En Afrique, l'insuffisance cardiaque constitue une des principales circonstances de découverte des maladies cardiovasculaires [3,6]. A Madagascar, la prévalence de l'insuffisance cardiaque semble augmenter mais nous ne disposons pas encore de données concernant cette pathologie chez les sujets jeunes. Ainsi, nous avons mené cette étude pour décrire les aspects épidémiologiques et étiologiques des insuffisances cardiaques chez les jeunes de 18 à 45 ans.

Matériels et méthodes

L'étude s'est déroulée dans les services de cardiologie et de soins intensifs cardiologiques du CHU Befelatanana d'Antananarivo. Ce CHU constitue le centre national de référence. Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur une période de 18 mois (1er février 2014 au 31 juillet 2015). Nous avons inclus dans l'étude les patients des deux sexes d'âge inférieur ou égal à 45 ans, hospitalisés pour insuffisance cardiaque. Les dossiers incomplets ont été exclus. L'insuffisance cardiaque était évoquée sur les bases cliniques, radiographiques, électrocardiographiques et confirmée par l'échocardiographie. Le diagnostic d'une insuffisance cardiaque systolique était posé devant une altération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) inférieure à 55% chez le sujet jeune; elle est diastolique devant une fraction d'éjection préservée supérieure ou égale à 55% associée à un trouble de la relaxation du ventricule gauche [7].

Les variables étudiées étaient : le genre, l'âge, les facteurs de risque cardio-vasculaire, les motifs de consultation, le mode de décompensation de l'insuffisance cardiaque, les données des examens complémentaires et les étiologies retrouvées. L'histoire de la maladie associée aux antécédents, à la clinique et aux examens paracliniques biologiques et morphologiques ont permis de poser le diagnostic étiologique des cardiopathies.

Le diagnostic d'une cardiopathie hypertensive était retenu chez les sujets hypertendus et non ou insuffisamment traités avec des signes électriques et échographiques d'hypertrophie voire de dilatation cavitaire. Nous avons posé le diagnostic de cardiopathie ischémique devant l'association d'une histoire clinique de précordialgies à des troubles de la repolarisation d'origine coronarienne à l'ECG, des troubles segmentaires de la cinétique à l'échocardiographie, et parfois une élévation de la troponine cardiaque. La cardiomyopathie dilatée (diamètre télédiastolique du ventricule gauche supérieur à 55 mm) d'origine éthylique était retenue devant une notion d'éthylisme chronique associée à une dilatation cavitaire et une hypokinésie globale à l'échocardiographie. Le diagnostic de cardiomyopathie du péripartum (CMPP) était évoqué chez les femmes présentant une insuffisance cardiaque entre le huitième mois de grossesse et les cinq premiers mois du post-partum sans étiologie retrouvée pouvant expliquer l'insuffisance cardiaque. Enfin, le diagnostic de cardiomyopathie dilatée idiopathique était retenu en l'absence de facteurs pouvant expliquer la dilatation des cavités cardiaques et la dysfonction myocardique.

Pour les calculs statistiques, nous avons utilisé le logiciel Epi-info 7®. Les résultats sont représentés sous forme d'effectif, de fréquence et de moyenne pour les variables continues. Nous avons utilisé le test de Khi-deux pour évaluer l'association des variables qualitatives. La valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Aspects épidémiologiques et cliniques

Nous avons enregistré 987 patients hospitalisés. Parmi eux, 518 étaient hospitalisés pour IC dont 77 cas étaient des sujets jeunes ayant au plus 45 ans. La prévalence totale des IC hospitalisées était de 52,48% et les jeunes représentaient 14,86% des IC hospitalisées. L'âge moyen de nos patients était de 33,83 ans. Le genre féminin était le plus touché et représentait 73% de notre population d'étude. L'HTA a été le principal facteur de risque cardiovasculaire, retrouvé chez 33,7% des patients. Les motifs de consultation étaient dominés par la dyspnée (Tableau 1). Il y avait eu un lien significatif entre le genre et le terrain hypertendu. en effet, parmi les 26 patients hypertendus, 20 patients soit 76,9% était de genre féminin contre seulement 6 patients soit 23,1% de genre masculin avec un p-value égal à 0,01. L'insuffisance cardiaque globale était la plus retrouvée (Tableau 1). Il y avait 15 décès en hospitalisation soit 19,4% de l'échantillon.

Données des radiographies du thorax et des électrocardiogrammes

Une cardiomégalie était retrouvée chez 66 patients soit

Tableau 1. Répartition des patients selon les données de la clinique, de l'électrocardiogramme et de la radiographie thoracique.

	Effectif	Pourcentage
Motif de consultation		
Dyspnée	72	93,5
Douleur thoracique	1	1,2
Crachat hémoptoïque	1	1,2
Œdème des membres inférieurs	42	54,5
Palpitations	6	7,8
Toux chronique	5	6,5
Asthénie	20	25,9
Mode de décompensation		
IC globale	67	87
IC gauche	9	11,6
IC droit	1	1,2
Anomalies électrocardiographiques		
HAG	27	35,1
HAD	9	11,6
HVG	17	22,1
Tachycardie sinusale	62	80,5
ACFA	7	9,1
ESSV	3	3,4
ESV	11	14,3
BBG complet	3	3,9
Anomalies radiologiques		
Cardiomégalie	66	85,7
Poumon cardiaque	49	63,6

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire ; **BBG** : Bloc de Branche Gauche ; **ESSV** : Extrasystole Supraventriculaire ; **ESV** : extrasystole ventriculaire ; **HVG** : Hypertrophie Ventriculaire Gauche ; HAG : Hypertrophie Auriculaire Gauche ; **HAD** : Hypertrophie Auriculaire Droite ; **IC** : Insuffisance Cardiaque ; **OMI** : Œdème des Membres Inférieurs.

85,7%. L'anomalie électrocardiographique la plus retrouvée était la tachycardie sinusale (Tableau 1).

Données de l'échocardiographie

Une cardiomyopathie dilatée était retrouvée chez 57 patients soit 74%. Cinquante-huit patients (75,32%) avaient une dysfonction systolique du ventricule gauche (Tableau 2).

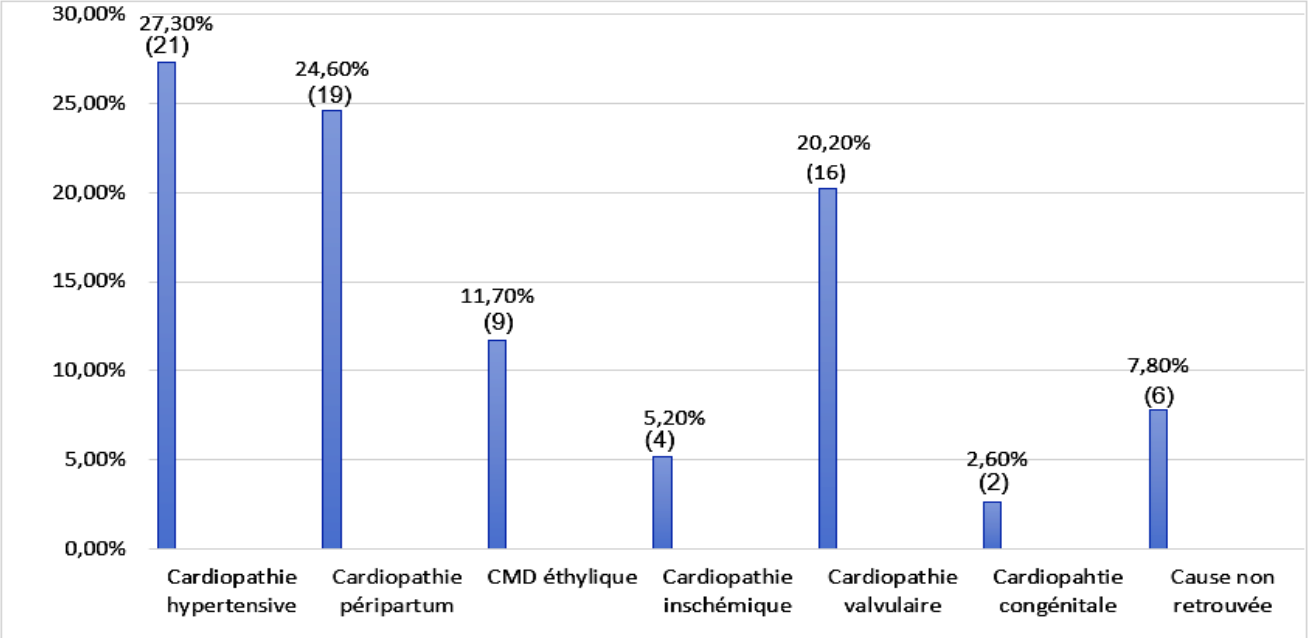
Données étiologiques

La cardiopathie hypertensive était l'étiologie la plus fréquente (Figure 1). Les valvulopathies retrouvées étaient le rétrécissement mitral chez 7 patients (9,1%), l'insuffisance mitrale chez 7 patients (9,1%) et l'insuffisance aortique chez 2 patients (2,6%). Nous avons recruté 2 cas de cardiopathie congénitale à type de communication interventriculaire.

Tableau 2. Principaux résultats de l'échocardiographie

	Effectif	Pourcentage
FEVG		
Inférieure à 20%	8	10,4
20 à 39%	30	38,9
40 à 55%	19	24,7
Supérieure à 55%	20	25,9
DTDVG		
Inférieur à 55 m (VG non dilaté)	20	26
Supérieur à 55 m (VG dilaté)	57	74
Anomalies morphologiques		
Rétrécissement mitral	7	9,1
Insuffisance mitrale	7	9,1
Insuffisance aortique	2	2,6
Hypokinésie globale	38	49,3
Hypokinésie segmentaire	7	9,1
HVG	13	16,8
Thrombus intra cavitaire	5	6,5

DTDVG : Diamètre Télédiastolique du Ventricule Gauche ; **FEVG :** Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche ; **HVG :** Hypertrophie Ventriculaire Gauche ; **VG** : Ventricule Gauche.



CMD: Cardiomyopathie

Figure 1. Répartition des patients selon l'étiologie de l'insuffisance cardiaque

Discussion

Notre étude montre que les activités d'hospitalisation en cardiologie étaient consacrées principalement à l'insuffisance cardiaque. La part des sujets jeunes touchés devrait inciter à des mesures préventives sur les facteurs étiologiques. Il faut signaler que la prévalence des IC en Afrique noire [7,8] est élevée et concerne une population jeune contrairement à ce qui se passe dans les pays développés, chez qui la population âgée semble la plus frappée par cette pathologie [9]. Le dépistage et le traitement précoce de l'HTA, ainsi que l'éradication de la cardiopathie rhumatismale dans les pays développés expliqueraient cette situation. La prédominance féminine serait liée à la prévalence élevée de la cardiomyopathie du péripartum en Afrique [7].

Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient dominés par l'HTA (33,7%) comme dans les études consacrées aux IC en Afrique [5,6,8].

Dans notre étude, la dyspnée représentait le premier motif de consultation avec 87,5% des cas. Benyass *et al.* [10] au Maroc et Kingue *et al* [11] au Cameroun avaient rapporté des taux semblables respectivement dans 91% et 95,2% des cas.

Le stade d'IC globale avec 87% des cas dans notre étude et 71,1% dans la série de Pio M *et al* [7] montre le grand retard de consultation en cardiologie comme en témoigne la cardiomégalie à la radiographie (85,3%), l'altération de la FEVG (74%) et la dilatation du VG (74%) à l'échocardiographie. Les raisons de ce retard étaient multiples : l'ignorance, la pauvreté, le recours aux soins traditionnels avant les soins conventionnels et parfois la prise en charge des patients par des personnels médicaux non qualifiés. Le stade avancé des lésions myocardiques pouvait être aussi lié à une mauvaise compliance thérapeutique chez des patients antérieurement diagnostiqués comme l'avait montré l'étude de Yayehd *et al* [12].

La cardiopathie hypertensive était la première cause de l'IC au cours de notre étude, concordante avec celle de Pio M [7] en 2014 où elle était responsable de 42% de l'IC des sujets jeunes. Nous assistons ainsi à un recul des valvulopathies rhumatismales [13] et à une ascension de la cardiopathie hypertensive [6,11,14]. L'HTA, de prévalence élevée en Afrique, est un facteur de risque modifiable [5,10,15], mais l'inobservance thérapeutique est aussi très élevée en Afrique noire [16].

La cardiomyopathie du péripartum est une cause rare en France (0,8%) [14] mais plus fréquente en Afrique à cause des conditions socio-économiques défavorables [17].

La cardiopathie éthylique était rapportée à des fréquences variables selon les pays : 11,7% dans notre étude, 3,2% en Afrique et 3,8% en Europe [5,7]. Mais des investigations étiologiques manquaient dans notre série pour rattacher à l'alcool seul la cause de l'insuffisance cardiaque.

La fréquence des cardiopathies ischémiques en

Afrique était semblable à celle de notre étude [11,14]. Le faible taux pourrait être lié à l'absence de coronarographie ou à son coût trop élevé pour la plupart des patients ayant l'indication mais aussi l'âge limité à 45 ans.

Conclusion

L'insuffisance cardiaque des sujets jeunes de notre étude était liée principalement à l'hypertension artérielle. L'éducation des jeunes sur le dépistage et le traitement précoce de cette affection devrait être renforcée. Il en est de même pour la lutte contre l'intoxication éthylique. Mais la place des cardiopathies du péripartum et rhumatismales reste assez importante. La fréquence des patients vus au stade avancé de l'insuffisance cardiaque témoigne d'une prise en charge non optimale et/ou tardive. La prise en charge médicale initiale dans les structures périphériques devrait être mieux organisée pour que ces patients soient adressés assez tôt en cardiologie. Mais la conscientisation des patients sur les signes et les facteurs de risque et/ou cause de la maladie ainsi que leur participation effective dans la prise en charge devraient être aussi améliorées.

Références

1. Gaspoz JM. Coûts et bénéfices du traitement de l'insuffisance cardiaque. *Schweiz Med Wochenschr* 1999;129:131–7.
2. Baragou S, Pio M, Afassinou M, *et al.* Coût de l'hospitalisation des insuffisances cardiaques en Afrique Subsaharienne : le cas du Togo. *J Rech Sci Univ Lome* 2012;1:147–61.
3. Roul G, Bareiss P. Épidémiologie de l'insuffisance cardiaque. Propos Cardiol 2006;9:5–8.
4. Paule P, Bream L, Mioule D, *et al.* Insuffisance cardiaque d'origine non infectieuse en zone tropicale : approche étiologique et principes thérapeutiques. *Rev Med* 2007;67:579–86.
5. Mendez G, Cowie M. The epidemiological feature of heart failure in developing countries: a review of the literature. *Int J Cardiol* 2001;80:213–9.
6. Mayosi MB. Contemporary trends in the epidemiology and management of cardiomyopathy and pericarditis in sub-Saharan Africa. *Heart* 2007;93:1176–83.
7. Goeh-Akue, Afassino Y, Baragou S, *et al.* Insuffisances cardiaques du sujet jeune : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques au CHU Lomé. *Ann Cardiol Angéiol* 2014;63:240–44.
8. Ellenga Mbolla BF, Gombett R, Atipo-Ibara BI. Impact de l'hypertension artérielle sévère dans l'insuffisance cardiaque aiguë à Brazzaville (Congo). *Med Sante Trop* 2012;22:98–9.
9. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, *et al.* 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:1495–539.
10. Benyass A, Bouzelmat H, Jaakik I, *et al.* L'insuffisance cardiaque dans un centre hospitalier marocain: aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. *Med Maghreb* 2011;187:35–41.
11. Kingue S, Dzudie A, Menanga A, *et al*. Nouveau regard sur l'insuffisance cardiaque chronique de l'adulte en Afrique à l'ère de l'échocardiographie Doppler : expérience du service de médecine de l'hôpital général de Yaoundé. *Ann Cardiol Angéiol* 2002;54:276–83.
12. Yayehd K, Damorou F, N'cho Mottoh MP, *et al*. Observance thérapeutique de l'insuffisant cardiaque à Lomé. *Ann Cardiol Angeiol* 2013;62:22–7.
13. Kramoh KE, N'Goran YNK, Aké-Traboulsi E, et al. Cardites rhumatismales en Côte d'Ivoire : évolution de la prévalence hospitalière durant la décennie 2000–2009. *Ann Cardiol Angeiol* 2013;62:34–7.
14. Samadoulougou AK, Lengani A, Zabsonré P, *et al.* Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des cardiopathies ischémiques dans le service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou. *Med Afr Noire* 2011;58:15–8
15. Yayehd K, Damorou F, Akakpo R, *et al.* Prévalence de l'hypertension artérielle et description de ses facteurs de risque à Lomé (Togo) : résultats d'un dépistage réalisé dans la population générale en mai 2011. *Ann Cardiol Angeiol* 2013;62:43–50.
16. Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Millogo RCG, *et al.* Facteurs associés à un mauvais contrôle de la pression artérielle chez les hypertendus noirs africains: étude transversale de 456 hypertendus burkinabé. *Ann Cardiol Angeiol* 2013;62:38–42.
17. Solange F. Mongo Ngamami1, Bertrand F. Ellenga Mbolla, Siama Nzaka-Sikou. Cardiomyopathie du peripartum : aspects epidemiologiques, cliniques et pronostiques dans le service de cardiologie et Médecine Interne du CHU de Brazzaville (Congo). Rev. Cames Sante vol.2, n° 1, juillet 2014.