

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple — Un But — Une Foi

Ministère de l'Éducation Nationale

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 19

N° 36

CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES
ASPECTS CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS
A PROPOS DE 30 CAS OBSERVES A L'HOPITAL du POINT-G

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le ——— Mai 1990
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Par
Alousseyni THERA

Président ; Pr Mahamane Khalil MAIGA
Membres ; Dr Kasoum SANOGHO
Dr Antoine NIENTAO
Pr Mamadou Koureïchi TOURE
Directeur ; Dr Boubacar DIALLO

LES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

Aspects cliniques, Thérapeutiques et évolutifs

A propos de 30 observations dans le service
de cardiologie de l'hôpital du Point G

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1989 - 1990

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. Professeur Sambou SOUMARE | Directeur Général |
| 2. Professeur Moussa TRAORE | Directeur Général Adjoint |
| 3. Docteur Hubert BALIQUE | Conseiller Technique |
| 4. Bakary M. CISSE | Secrétaire Général |
| 5. Hama B. TRAORE | Econome |

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES :

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| 1. Professeur Mamadou Lamine TRAORE | Chef de D.E.R. Chirurgie |
| 2. Professeur Aliou BA | Ophthalmologie |
| 3. Professeur Bocar SALL | Orthop. Traumat. Secouri. |
| 4. Professeur Mamadou DEMBELE | Chirurgie Générale |
| 5. Professeur Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 6. Professeur Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 7. Professeur Abdoul Alassane TOURE | Orthopédie-Traumatologie |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE :

| | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| 1. Docteur Bénitiéni FOFANA | Gynécologie-Obstétrique |
| 2. Docteur Mme SY Aïda SOW | Gynécologie-Obstétrique |
| 3. Docteur Amadou Ingré DOLO | Gynécologie-Obstétrique |
| 4. Docteur Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 5. Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA | Odonto-Stomatologie |
| 6. Docteur Djibril SANGARE | Chir. Générale Soins Inf. |
| 7. Docteur Salif DIAKITE | Gynécologie-Obstétrique |
| 8. Docteur Massaoulé SAMAKE | Gynécologie-Obstétrique |
| 9. Docteur Abdoulaye DIALLO | Ophthalmologie |
| 10. Docteur Alhousséini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 11. Docteur Mme Fanta Sambou DIABATE | Gynécologie-Obstétrique |
| 12. Docteur Abdoulaye DIALLO | Anesthésie Réanimation |
| 13. Docteur Sidi Yaya TOURE | Anesthésie Réanimation |

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 1. Professeur Bréhima KOUMARE | Chef D.E.R. Microbiologie |
| 2. Professeur Siné BAYO | Anatomie Pathologie |
| | Histologie-Embryologie |
| 3. Professeur Abdel Karim KOUMARE | Anatomie |
| 4. Professeur Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique |

2. DOCTEURS D'ETAT

| | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1. Professeur Yéya Tiémoko TOURE | Biologie |
| 2. Professeur Amadou DIALLO | Biologie-Génétique |

DOCTEURS 3ème CYCLE

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Professeur Bouba DIARRA | Microbiologie |
| 2. Professeur Niamanto DIARRA | Mathématique |
| 3. Professeur N'Golo DIARRA | Botanique |
| 4. Professeur Souleymane TRAORE | Physiologie Générale |
| 5. Professeur Salikou SANOGO | Physique |
| 6. Professeur Daouda DIALLO | Chimie Minérale |
| 7. Professeur Bakary SACKO | Biochimie |

CHARGE DE COURS

| | |
|------------------------------------|--|
| 1. Modibo DIARRA | Diététique-Nutrition |
| 2. Docteur Boubacar KANTE | Pharmacie Galénique |
| 3. Docteur Alou KEITA | Pharmacie Galénique |
| 4. Docteur Souleymane GUINDO | Gestion |
| 5. Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU | Pharmacie Galénique |
| 6. Monsieur Cheick Tidiani TANDIA | Hygiène du Milieu Ingénieur Sanitaire |
| 7. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu Ingénieur Sanitaire |

ASSISTANTS ET C.E.S

| | |
|--|--------------------------|
| 1. Docteur Bah KEITA | Pneumo-phtisiologie |
| 2. Docteur Hamar Alassane TRAORE | Médecine Interne |
| 3. Docteur Kader TRAORE | Médecine Interne |
| 4. Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP | Chirurgie Générale |
| 5. Docteur Sekou SIDIBE | Orthopédie-Traumatologie |
| 6. Docteur Moussa I. MAIGA | Gastro-Entérologie |
| 7. Docteur Elabou BOUGOUDOGO | Microbiologie |
| 8. Docteur Mamadou A. CISSE | Urologie |
| 9. Docteur Mme COUMARE Fanta Coulibaly | T.P. Soins Infirmiers |
| 10. Docteur Daba SOGODOGO | Chirurgie Générale |
| 11. Docteur Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 12. Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA | Dermatologie-Léprologie |
| 13. Docteur Drissa DIALLO | Matière Médicale |

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| 1. Professeur Oumar SYLLA | Pharmacie Chimique |
| 2. Professeur Alain GERAULT | Biochimie |
| 3. Docteur Alain LAURENS | Chimie |
| 4. Monsieur Sidiki DIABATE | Bibliographie |
| 5. Professeur GENIAUX | C.E.S. Dermatologie |
| 6. Professeur LAGOUTE | C.E.S. Ophtalmologie |
| 7. Professeur Philippe VERIN | C.E.S. Ophtalmologie |
| 8. Professeur E.A. YAPPO | Biochimie |
| 9. Professeur Théophile SODOGANDJI | Pharmacodynamie |
| 10. Professeur Tchqke LEOPOLD | Pharmacie Chimique |
| 11. Professeur Ababacar FAYE | Pharmacodynamie |

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. Professeur Moussa HARAMA | Chimie Organique Minérale |
| 2. Professeur Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 3. Professeur Mme THIAM Afssata SOW | Biophysique |
| 4. Professeur Yénimégué Alber DEMBELE | Chimie Organique |
| 5. Professeur Bakary M. CISSE | Biochimie |
| 6. Professeur Mamadou KONE | Anatomie Phys. Humaines |

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

- | | |
|-------------------------------------|---------------|
| 1. Docteur Ogobara DOUMBO | Parasitologie |
| 2. Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA | Parasitologie |

5. MAITRES ASSISTANTS

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. Docteur Hama CISSE | Chimie Générale |
| 2. Docteur Amadou TOURE | Histo-Embryologie |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Professeur Souleymane SANGARE | Chef D.E.R. Pneumo- Phtologie |
| 2. Professeur Abdoulaye Ag-RHALY | Médecine Interne |
| 3. Professeur Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 4. Professeur Mamadou Kouréïssi TOURE | Cardiologie |
| 5. Professeur Mahamane MAIGA | Néphrologie |
| 6. Professeur Ali Nouhoum DIALLO | Médecine Interne |
| 7. Professeur Bawba KOUMARE | Psychiatrie |
| 8. Professeur Moussa TRAORE | Neurologie |
| 9. Professeur Issa TRAORE | Radiologie |
| 10. Professeur Mamadou Marouf KEITA | Pédiatrie |
| 11. Professeur Eric PICHARD | Médecine Interne |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Docteur Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| 2. Docteur Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 3. Docteur Boubacar DIALLO | Cardiologie |
| 4. Docteur Dapa Ali DIALLO | Hématologie-Médecine Int. |
| 5. Docteur Somita M. KEITA | Dermato. Léprologie |

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Professeur Boubacar CISSE | Chef de D.E.R. Toxicologie |
|------------------------------|-------------------------------|

2. MAITRES ASSISTANTS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. Docteur Boulkassoum HAIDARA | Législ. Gest. Pharm. et |
| 2. Docteur Elimane MARIKO | Pharmacodynamie |
| 3. Docteur Arouna KEITA | Matière Médicale |
| 4. Docteur Ousmane DOUMBIA | Pharmacie Chimique |

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

1. Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU Pharmacie Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

1. Professeur Sidi Yaya SIMAGA Chef de D.E.R. Santé
Publique
2. Docteur Hubert BALIQUE Maître de Conférence

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

1. Docteur Sory Ibrahima KABA Epidémiologie
2. Docteur Sanoussi KONATE Santé Publique
3. Docteur Moussa MAIGA Santé Publique
4. Docteur SOULA Santé Publique
5. Docteur Bocar TOURE Santé Publique

JE DEDIE CE TRAVAIL

A TOUS LES HOMMES QUI TRAVAILLENT AVEC
AMOUR POUR LA PAIX ET LA SANTE

A TOUS CEUX QUI SOUFFRENT DE CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES
A TRAVERS LE MONDE

A MON PERE in memorium

Vous avez eu une bonne initiative en nous indiquant le chemin de l'école. Durant toute votre vie, vous ^{avez} été sacrifié pour un être qui vous est cher. Brave homme, vous resterez pour nous un modèle admirable de courage.

A MA MERE

Vous avez été toujours soucieuse de notre bien être et de notre réussite. Vous n'avez jamais cessé d'être disponible pour nous, même dans les moments les plus critiques. Ce travail est le fruit de vos longues années de souffrance et de vos multiples sacrifices pour vos enfants.

A MES GRANDS PARENTS in memorium
En témoignage de ma profonde reconnaissance

A MES FRERES ET SOEURS
COUSINS ET COUSINES

Pour tous les liens qui nous unissent et pour engager les plus jeunes à la persévérance et l'endurance parce que le chemin de la réussite dans ce monde impitoyable est long et plein d'embûches. Vous pouvez faire mieux pour le bien être de nous tous.

A MES ONCLES
A MES TANTES
En témoignage de mon affectueuse reconnaissance

A Sinaly THERA
A Koro THERA
A Ladji THERA in memorium
A Moctar THERA
En témoignage de mon affectueuse reconnaissance

A Hèla DIALLO et famille
En témoignage de ma profonde gratitude

AUX JUMEAUX DE KOULIKORO
Lassana SIDIBE
Fousseyni SIDIBE
Pour le soutien moral et matériel que vous n'avez cessé de m'apporter au cours de ce travail

A Mohamed COULIBALY dit grand frère
Toute ma profonde sympathie

A Mamadou OUEDRAOGO
Je vous souhaite longue vie et bonne santé

A LA FAMILLE DIALLO
A LA FAMILLE TABOURE
En témoignage de ma profonde gratitude

A LA FAMILLE KONAKE et particulièrement à Kadidia KONAKE, toute mon affection

A SEYBA SACKO et famille
Tout mon respect

A BOUBACAR KEITA
A GAOUSSOU BARRY
Je vous souhaite longue vie et bonne santé

A LA FAMILLE FOFANA et,
A AMI FOFANA
Toutes mes amitiés

A mon voisin de chambre et ami Kardigué CAMARA
Puissent les liens d'amitié se raffermir davantage

A MES CAMARADES ET AMIES Adama Salif DIALLO, Mamoutou OUATTARA,
Kalilou TRAORE, Daouda DIARRA, Amadou MANE, Sory KEITA,
Abdoulaye KEITA,
Toutes mes amitiés

A MES COLLEGUES DE SERVICE Mamadou Y. DAOU, Lassana FOFANA,
Oumou Z. MAIGA,
En souvenir des agréables moments passés ensemble

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE CARDIOLOGIE

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION

A Assetou KASSE, Djeneba GUINDO, Fanta DIABATE, Maimouna MALLE,
Toutes mes amitiés

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A L'ELABORATION DE CE TRAVAIL.

A NOS JUGES

A notre maître et président de thèse

Monsieur le Professeur Mahamane Khalil MAIGA
- Chef de Service de la Néphrologie
- Professeur Agrégé de l'ENMP

Vous nous avez fait l'honneur d'assurer la présidence de ce Jury malgré vos multiples occupations.

Vous avez su par votre enseignement dynamique et pratique nous initier à la néphrologie.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître Dr Antoine NIENTAO

- Capitaine de l'Armée
- Spécialiste en médecine interne et en diabétologie
Médecin à l'Hôpital G. TOURE

A certains moments passés à votre contact, nous avons été frappés par votre modestie, votre simplicité et votre sympathie.

Vos grandes qualités de technicien associées à vos qualités humaines ont fait de vous un maître admiré.

Merci surtout pour la disponibilité que vous nous témoignez là en acceptant spontanément d'être de nos juges.

A notre frère aîné Dr KASSOUM SANOGHO
- Spécialiste en Cardiologie
- Medecin à l'hôpital G. TOURE

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de juger cette thèse et vous assurons de notre respectueux attachement

A notre maître Monsieur Mamadou Kouréfchi TOURE
- Pr Agrégé de Cardiologie
- Chef de Service de Cardiologie du Point G
- Professeur à l'ENMP

Notre séjour en cardiologie, nous a permis de savoir réellement qui vous êtes.

Votre rigueur scientifique, votre esprit d'organisation et de méthode, votre respect de la personne humaine, surtout votre sens de l'honnêteté vous imposent sur la scène internationale et honorent toute l'Afrique.

Vous avez inspiré et suivi la réalisation de ce travail avec un grand intérêt et une bienveillante attention. Nous osons croire toutefois que cette attente ne sera pas déçue.

Nous gardons de vous l'image d'un grand maître dévoué et serviable.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et Directeur de thèse Dr BOUBACAR DIALLO
- Spécialiste en cardiologie et en Pneumologie
- Assistant Chef de clinique à l'ENMP

La richesse et la clarté de votre enseignement nous ont toujours séduit.

Les connaissances acquises à votre contact sont à la hauteur de votre vaste culture.

En prenant le risque de nous confier ce travail, vous nous honorer pleinement.

Vous avez été pour nous plus qu'un maître, un frère.

Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance non seulement pour avoir oeuvré dans notre formation en cardiologie, mais surtout pour votre souci à nous préparer à la vie dans l'honneur et le travail consciencieux.

Puissions-nous ne jamais vous oublier, voilà l'humble témoignage de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

PAGE

| | | |
|---------------|---|-------|
| CHAPITRE I | : INTRODUCTION----- | 1 |
| CHAPITRE II | : METHODOLOGIE----- | 2-3 |
| CHAPITRE III | : ANALYSE DESCRIPTIVE DE NOS OBSERVATIONS---- | 4-11 |
| | A. Age et Sexe----- | 6-7 |
| | B. Répartition selon l'ETHNIE----- | 7 |
| | C. Répartition selon la PROFESSION----- | 8 |
| | D. Répartition selon les facteurs de RISQUE- | 9-10 |
| | E. Répartition selon les CIRCONSTANCES DE -- | 11 |
| | DECOUVERTE | |
| CHAPITRE IV | : ASPECTS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES----- | 12-15 |
| CHAPITRE V | : ASPECTS RADIOLOGIQUES----- | 16-17 |
| CHAPITRE VI | : ASPECTS THERAPEUTIQUES----- | 18-20 |
| CHAPITRE VII | : EVOLUTION ET PRONOSTIC----- | 21-22 |
| CHAPITRE VIII | : PLACE DES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES DANS -- | 23-25 |
| | L'HOSPITALISATION DE LA MEME PERIODE | |
| CHAPITRE IX | : CONCLUSION----- | 26-27 |
| CHAPITRE X | : BIBLIOGRAPHIE----- | 28-33 |

ANNEXE

CHAPITRE I : INTRODUCTION

INTRODUCTION

Si l'on admet, au vu des statistiques, la moindre fréquence des affections coronariennes dans notre continent par rapport aux pays développés, il n'en demeure pas moins que sa négation pure et simple ou sa sous estimation représente un aspect dangereux de notre ignorance (7).

Cependant, la fréquence avec laquelle les affections coronariennes sont observées chez l'Africain noir augmente considérablement et rapidement. Plus rapidement, semble t-il, que ne le voudrait le développement socio-économique qui pourrait être le facteur déterminant de cette émergence apparemment progressive, dont nous citons quelques étapes :

- 1946 - BECKER, chez les Bantous, une thrombose coronarienne sur 2560 necropsies = 0,04 p. 100
- 1954 - EDINGTON, au Ghana : 27 stenoses coronariennes athéromateuses sur 467 autopsies de "cardiaques" = 5,7 p. 100
- 1960 - QUENUM, à Dakar : 3 infarctus sur 2500 necropsies = 0,12 p. 100
- 1970 - COUTURIER et Coll, à Dakar : 12 observations en un an sur 4000 hospitalisés : 0,3 p. 100, et sur 200 maladies cardiovasculaires = 6 %
- 1974 - BERTRAND et Coll, Abidjan : 75 observations en 7 ans = 0,35 p. 100 des hospitalisations ; 1,5 p. 100 des cardiopathies
- 1977 - GIRAUD, 60 observations en 36 mois à Saint-Louis du Sénégal, 0,7 p. 100 des consultants.
- 1980 - BOURAMOUE, au Congo, 25 observations 0,7 p. 100 des hospitalisations, 5 p. 100 des cardiopathies.
- 1981 - TOURE, au Mali, 11 infarctus.

Après la thèse de CAMARA (10) en 1982 et la dernière publication du Pr TOURE (39) en 1985, il nous a paru utile d'apporter notre contribution quant à l'analyse des aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection hautement invalidante.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

De la période d'Octobre 1988 à Décembre 1990, 30 cas de cardiopathies Ischémiques sont recrutés dans le service de cardiologie du Pr TOURE à BAMAKO.

Nos seuls moyens diagnostics ont constamment été la clinique et l'ECG associés. Les autres moyens diagnostics (ECG d'effort, coronarographie, scintigraphie isotopique au thalium, échocardiographie) ne sont pas utilisés parce que non encore disponibles au Mali.

Quant à l'enzymologie, elle n'a, non plus été retenue, à cause des difficultés pour nos laboratoires d'effectuer les examens biologiques élémentaires.

Notre type d'observation est en annexe.

CHAPITRE III : ANALYSE DESCRIPTIVE DE NOS OBSERVATIONS

Tableau 1

Résultats de nos observations

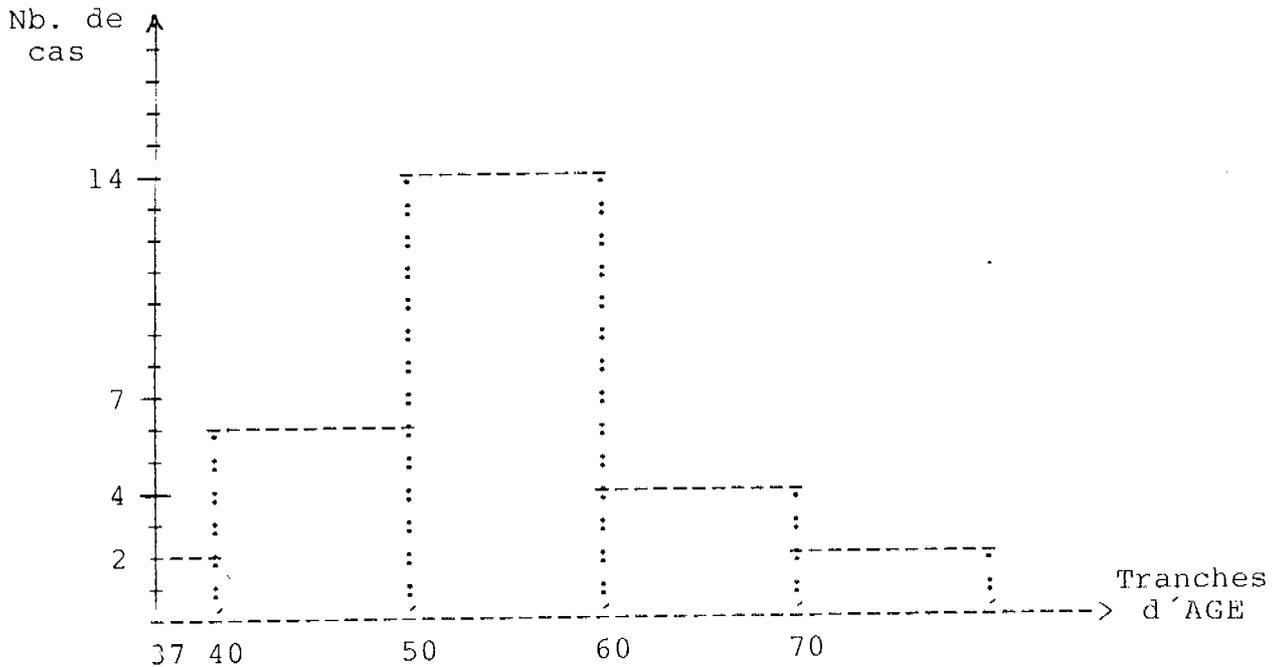
| NOMS, PRENOMS | AGE | SEXE | FACTEURS DE RISQUE | TYPE DE C.I. | EVOLUTION |
|---------------|-----|------|-----------------------|-----------------|---------------|
| A. BORE | 50. | M | Aucun | Angor | ? |
| AA. DIAW. | 54. | M | HTA, tab, alc | Nécrose | Satisfaisante |
| Ab. SOW. | 65+ | M | HTA, tabac | Nécrose | ? |
| A. SOW. | 53. | M | Tabac | Angor | Satisfaisante |
| B. CAMARA | 67. | M | HTA | Angor | " |
| B. DIAKITE | 42. | M | Aucun | Angor | " |
| B. DOUMBIA | 40. | M | Aucun | Angor | decès |
| B. KONTA. | 48. | M | HTA, tabac | Nécrose | Satisfaisante |
| C. COULIBALY | 60 | M | HTA, Obésité | Angor | Non satisfai. |
| D. DIAKITE | 66. | M | HTA, Diab, ta | Angor | ? |
| D. KEITA. | 52. | M | HTA, tabac | Nécrose | ? |
| D. THIAM | 37 | F | Aucun | Angor | Satisfaisante |
| D. TOURE | 57 | F | HTA | Angor | " |
| G. CISSE. | 55. | M | HTA, tabac | Nécrose | " |
| I. SANGARE | 52. | M | HTA, Obésité | Angor | ? |
| J. CAMARA. | 52. | M | Tabac | Nécrose | decès |
| J. TRAORE. | 48. | M | HTA, tabac | Angor | Satisfaisante |
| K. CAMARA | 67. | F | HTA | Nécrose | decès |
| L. KEITA | 71 | M | Aucun | Angor | Satisfaisante |
| L. SIDIBE | 52. | M | HTA | Angor | " |
| M. BA. | 87 | F | Aucun | Angor | " |
| M. BAH | 86 | M | HTA, tabac | Angor | " |
| M. KEITA | 42 | F | Aucun | Angor | ? |
| M. K. DIARRA. | 50. | M | HTA, tabac | Angor | ? |
| M. TRAORE. | 46. | M | HTA, tabac | Nécrose | decès |
| M. SOW. | 60. | M | HTA, tab, Alc | Angor | Satisfaisante |
| N. HAIDARA. | 56. | M | HTA, tab, Obe | Nécrose | " |
| S. DIALLO. | 54. | M | Tabac | Angor | Satisfaisante |
| S. TOURE | 53. | M | HTA | Angor | ? |
| Y. KONATE. | 54. | M | HTA, tabac, | Nécrose | Satisfaisante |
| | | | Alcool | | |

ANALYSE DESCRIPTIVEA. AGE ET SEXERépartition selon les tranches d'AGE et le SEXE

| AGE | SEXES | | TOTAL | |
|---------|--------|--------|--------|--------|
| | HOMMES | FEMMES | HOMMES | FEMMES |
| | Nb. | % | Nb. | % |
| 37 - 40 | 1 | 3,33 | 1 | 3,33 |
| 41 - 50 | 6 | 20 | 1 | 3,33 |
| 51 - 60 | 13 | 43,33 | 1 | 3,33 |
| 61 - 70 | 3 | 10 | 1 | 3,33 |
| > 70 | 2 | 6,66 | 1 | 3,33 |
| TOTAL | 25 | 83,33 | 5 | 16,66 |

- Tableau n° 2

Répartition suivant les tranches d'AGE et le SEXE

Graphique de répartition
par tranche d'AGE

Les âges de nos malades sont compris entre 37 et 87 ans avec un âge moyen global de 54 ans.

Les âges des malades de sexe masculin s'échelonnent entre 42 et 71 ans, alors que ceux de sexe féminin, entre 37 et 87 ans.

Les tranches d'âge de la 5e et 6e décade sont les plus touchées, elles représentent 46,66 % dans notre étude. C'est sans doute à cette période de la vie qu'on rencontre la plus forte intoxication tabagique.

Il faut cependant remarquer que si cette observation est très objective pour les hommes avec 20 et 43,33 % des cas respectifs dans ces tranches, chez les femmes il y a une répartition parfaitement uniforme. C'est souligner l'importance des facteurs de risque, mais aussi de la protection dont semble jouir le sexe féminin vis-à-vis de cette affection.

Les hommes prédominent avec 83,33 %. Cette prédominance masculine est la même dans presque toutes les études.

B. REPARTITION SELON L'ETHNIE

| ETHNIE | Nombre de cas | Pourcentage |
|----------|---------------|-------------|
| Peulh | 12 | 40 |
| Bamanan | 6 | 20 |
| Malinké | 7 | 23,33 |
| Maure | 3 | 9,99 |
| Sarakolé | 1 | 3,33 |
| Bozo | 1 | 3,33 |

- Tableau n°3
Répartition selon l'ethnie

Si l'étude de TOURE (31) en 1981 n'a pas souligné l'aspect ethnique, la thèse de CAMARA (10) en 1982 aussi bien que le travail de TOURE (32) en 1985, ont porté comme nous, leur attention sur cet aspect. La même constatation, à savoir la prédominance des cardiopathies ischémiques chez les peulhs est faite dans ces travaux. Cette prédominance demande confirmation par des études plus poussées. Cependant nous pouvons peut être évoquer l'alimentation à base de produits animaux de ce groupe ethnique.

C. REPARTITION SELON LA PROFESSION

| PROFESSION | Nombre de cas | Pourcentage |
|---|---------------|-------------|
| Travailleurs manuels et les sans emploi | 6 | 20 |
| Cadres moyens | 7 | 23,33 |
| Cadres supérieurs et commerçants | 17 | 56,66 |
| TOTAL | 30 | 100 |

- Tableau n° 4
Répartition des malades selon la profession

La population de statut économique aisé est le plus souvent frappée par l'affection : 56,66 % des cas. Ce qui rejoint les observations déjà faites à Bamako par TOURE et CAMARA avec respectivement 45 et 46,86 % des cas, et au Congo par BOURAMOU (7) avec 52 % des cas.

La catégorie moyenne avec 23,33 % est également fortement frappée par la maladie, à peu près dans les mêmes proportions que chez CAMARA qui trouve 22,22 %, TOURE 27,27 % et BARABE 26,66 %, mais en deçà des chiffres de BERTRAND qui trouve 66,66 % (4).

Enfin les revenus faibles, représentés par les travailleurs manuels et les sans emploi, sont atteints 6 fois sur 30, soit 20 %. C'est dire que cette catégorie qui représente la très grande majorité de la population active, est de façon absolue, moins atteinte que le reste. Ceci est en accord avec la plupart des publications. Seul RANDRYAMAMPANDRY (27) à Madagascar publie des chiffres plus élevés avec 71,74 %. A cet égard, il considère la malnutrition comme un probable et nouveau facteur de risque.

D. REPARTITION SELON LES FACTEURS DE RISQUE

Seuls l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme, l'obésité, le diabète, l'alcoolisme sont recherchés au cours de notre étude.

| Facteurs de risque | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|--------------------|--------|-------|--------|------|-------|-------|
| | Nb. | % | Nb. | % | Nb. | % |
| HTA | 17 | 40,47 | 2 | 4,76 | 19 | 45,23 |
| Tabagisme | 15 | 35,71 | 0 | - | 15 | 35,71 |
| Obésité | 4 | 9,52 | 0 | - | 4 | 9,52 |
| Alcool | 3 | 7,14 | 0 | - | 3 | 7,14 |
| Diabète | 1 | 2,3 | 0 | - | 1 | 2,3 |

- Tableau n° 5

Répartition des facteurs de risque selon le sexe

L'analyse du tableau n° 5 montre que l'hypertension artérielle est le facteur de risque le plus fréquemment rencontré, 19 fois soit 45,23 %, suivie du tabagisme 15 fois soit 35,71 %.

L'hypertension artérielle apparaît donc comme étant le facteur de risque le plus important et peut être la pathologie cardio vasculaire la plus fréquente au Mali.

La prédominance de l'hypertension artérielle par rapport aux autres facteurs de risque a déjà été affirmée par TOURE (32) et CAMARA (10), également par BERTRAND (4) et BOURAMOUE (7) respectivement avec 50 % et 48 %. Elle est au 2^e rang pour certains (17, 23,31) et au 3^e rang pour d'autres (27,28).

Le tabagisme avec 35,71 % est le 2^e facteur de risque après l'hypertension artérielle. L'importance de l'intoxication tabagique chiffrée en paquets-année, va de 25 à 80 avec une moyenne de 49 paquets-année. Donc le risque de cardiopathies ischémiques croît avec l'intoxication tabagique.

Les autres facteurs de risque (obésité, alcoolisme, diabète) sont également rencontrés, mais leur fréquence varie d'un auteur à un autre.

| Nombre de facteurs cumulés | MALADES | |
|----------------------------|---------|-------------|
| | Nombre | Pourcentage |
| 0 | 7 | 23,33 |
| 1 | 8 | 26,66 |
| 2 | 10 | 33,33 |
| 3 | 5 | 16,66 |
| TOTAL | 30 | 100 |

- Tableau n° 6

L'étude de l'association des facteurs de risque (tableau n°6) montre que 23 de nos malades ont au moins un facteur de risque. Les 7 autres, dont 4 femmes, n'en représentent aucun.

En moyenne nous comptons 1,4 facteur de risque par individu.

Les malades ayant deux facteurs de risque sont les plus nombreux, 10 cas soit 33,33 %. L'hypertension artérielle est associée au tabagisme chez 9 de ces dix malades.

La triple association, certes moins importante existe également chez 16,66 % des malades.

La double association des facteurs de risque apparaît plus importante dans notre étude par rapport à celles de TOURE (9,9 %) en 1981, CAMARA (15,55 %) et BOURAMOUE (7) 28 %.

E. REPARTITION SELON LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

| SEXE | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|-----------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | Nb. | % | Nb. | % | Nb. | % |
| Tableau dominant | | | | | | |
| Douleurs thoraciques | 18 | 60 | 1 | 3,33 | 19 | 63,33 |
| Insuffisance ventriculaire gauche | 3 | 10 | 1 | 3,33 | 4 | 13,33 |
| Accident vasculaire cérébral | 2 | 6,66 | 0 | - | 2 | 6,66 |
| Poussée hypertensive | 1 | 3,33 | 2 | 6,66 | 3 | 10 |
| Troubles du rythme | 1 | 3,33 | 0 | - | 1 | 3,33 |
| Insuffisance cardiaque globale | 1 | 3,33 | 0 | - | 1 | 3,33 |
| TOTAL | 26 | 86,66 | 4 | 13,33 | 30 | 100 |

- Tableau n°7

Répartition des circonstances de découverte selon le SEXE

L'analyse du tableau n°7 montre que la douleur thoracique représente le mode de découverte le plus fréquemment rencontré (63,33 %).

Nos résultats rejoignent ceux de l'ensemble de la littérature où la douleur thoracique est le signe révélateur le plus important avec des chiffres variables suivant les auteurs.

Les autres modes classiques de découverte, rares individuellement, représentent globalement 36,66 % des circonstances. Ils ne sont donc pas négligeables et doivent être constants à l'esprit.

L'assystolie est également un mode de découverte courant : 16,66 % dans notre étude, contre 24,43 et 28,88 % lors des études précédentes en 1981 et 1985 respectivement. Elle est plus importante pour N'DORI (23) 35 % et BOURAMOUE (7) 36 %. Seul ADAMS publie un faible pourcentage (2,3).

CHAPITRE IV : ASPECTS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES

LES ASPECTS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES

Tous les malades ont un électrocardiogramme (ECG) de base avec 12 dérivations standards à l'admission et un suivi ECG quotidien pendant toute l'hospitalisation.

| SEXE | HOMMES | | FEMMES | | TOTAL | |
|-----------------------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | Nb. | % | Nb. | % | Nb. | Nb. |
| Type de C.I. | | | | | | |
| Angine de poitrine | 16 | 53,33 | 4 | 13,33 | 20 | 66,66 |
| Infarctus du myocarde | 9 | 30 | 1 | 3,33 | 10 | 33,33 |
| TOTAL | 25 | 83,33 | 5 | 16,66 | 30 | 100 |

- Tableau n° 8
Répartition des C.I. selon le sexe

Dans notre étude, nous rencontrons 20 cas d'angor, soit 66,66 % et 10 cas d'infarctus, soit 33,33 % (Cf tableau n° 8). Dans les deux situations la prédominance masculine est écrasante avec 80 % dans l'angor et 90 % dans l'infarctus du myocarde. Ceci rejoint les illustrations déjà faites dans le paragraphe relatif à la répartition suivant l'âge et le sexe (Cf tableau n° 2).

Cette prédominance masculine existant également dans la presque totalité de la littérature étrangère (7, 11, 17, 23, 27).

| TOPOGRAPHIE | Nombre | Pourcentage |
|-------------------|--------|-------------|
| Autéro-septal | 2 | 20 |
| Antérieur étendu | 3 | 30 |
| Postéro-inferieur | 3 | 30 |
| Septal-profond | 2 | 20 |
| TOTAL | 10 | 100 |

- Tableau n° 9
Répartition topographique de l'infarctus

Dans l'infarctus du myocarde, les sièges antérieur étendu et postérieur sont les plus fréquents avec 30 % chacun. Dans l'étude précédente faite par CAMARA, ce sont les sièges postérieur et antéro-septal qui sont prédominants avec 28,89 % chacun, alors que le siège antérieur ne fait que 6,66 %.

Les topographies antéro-septale et septal profond apparaissent aussi à la même fréquence 20 % chez nous contre 4,44 % chez CAMARA (10), 9 % chez TOURE (32) et 8 % chez BOURAMOUE (7).

| TOPOGRAPHIE | Nombre | Pourcentage |
|--------------------|--------|-------------|
| Antéro-apicale | 5 | 25 |
| Apico-latérale | 5 | 25 |
| Latérale | 5 | 25 |
| Antérieur-étendue | 3 | 15 |
| Postéro-latérale | 1 | 5 |
| Postero-inferieure | 1 | 5 |
| TOTAL | 20 | 100 |

- Tableau n° 11
Répartition topographique de l'angine

Les troubles de la repolarisation affectant l'onde T sont les plus fréquents, 9 fois soit 45 %. Dans 25 % des cas, l'ischémie est sous épicaudique et dans 20 % elle est sous endocaudique.

L'association ischémie-lésion est également fréquente, on la rencontre 6 fois, soit 30 %.

Cinq cas de lésions s'observent (25 %) dont 15 % de lésion sous endocaudique et 10 % de lésion sous épicaudique.

Les localisations préférentielles de ces troubles de la repolarisation sont surtout antéro-apicale, apico-laterale et latérale avec 25 % chacun. Ici nous sommes en accord avec GIRAUD (19) chez qui les sièges apico-lateral et antéro-apical sont prédominants. Mais d'une façon générale la topographie de l'angine de poitrine est vraiment diversifiée suivant les auteurs.

Suivant les topographies antéro-apicale et latérale nous sommes en parfait accord avec l'étude précédente de CAMARA (10) qui trouve les mêmes pourcentages, mais chez lui comme chez GIRAUD (19), c'est le siège postéro-latéral qui prédomine.

Autres anomalies électrocardiographiques
- Tableau n° 12

| Autres anomalies ECG | Type | Nombre | Pourcentage |
|---------------------------|------|--------|-------------|
| Troubles du rythme | TV | 1 | 3,33 |
| | TSV | 3 | 10 |
| | ES | 4 | 13,33 |
| Troubles de la conduction | BBG | 2 | 6,66 |
| | BBD | 1 | 3,33 |

Elles sont peu nombreuses et ne présentent aucune particularité. Nous rencontrons des tachycardies ventriculaires (TV), des tachycardies supra-ventriculaires (TSV), des extrasystoles (ES) sous forme des troubles du rythme et des cas de bloc de branche gauche (BBG), de bloc de branche droit (BBD).

Ces anomalies électriques sont présentes chez 11 patients soit 36,66 %.

Ces anomalies électrocardiographiques existent fréquemment au cours de l'infarctus du myocarde surtout à la phase aiguë, mais leur importance varie d'une publication à une autre : 22,22 % pour CAMARA (10) 48 % pour BOURAMOUE (7), 53,33 % pour BARABE (2).

CHAPITRE V : ASPECTS RADIOLOGIQUES

LES ASPECTS RADIOLOGIQUES

Une radiographie de thorax de face est pratiquée chez 23 malades.

Une cardiomégalie est visible 8 fois soit 34,78 %

Les autres images radiologiques anormales sont à type de stase pulmonaire ou d'hypertension artérielle pulmonaire.

Cette fréquence relativement importante de gros coeur radiologique témoigne de la sévérité de la cardiopathie ischémique. Elle peut signifier également un retard dans le recrutement de nos malades. Toutefois la souffrance myocardique secondaire à l'ischémie tissulaire n'est pas la seule étiologie (hypertension artérielle, valvulopathies).

CHAPITRE VI : LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

Chaque fois le traitement est adapté au tableau clinique, mais également à la disponibilité en médicaments et aux possibilités financières du malade.

Les mesures hygiéno-diététiques sont systématiques :

- sevrage tabagique complet et définitif
- régime desodé strict ou non selon la sévérité
- correction de l'excès pondéral et des autres facteurs de risque chaque fois que cela est possible.

Nous sommes loin des schémas thérapeutiques modernes à cause de l'équipement insuffisant de nos infrastructures sanitaires (absence de service de réanimation et de monitoring des malades).

| GROUPES MEDICAMENTEUX | D.C.I. | Pourcentage |
|---|-------------------------------|-------------|
| <u>ANTICOAGULANTS</u> | - Heparinate de Ca | 10 |
| | - Acénocoumarol | |
| <u>ANTI-AGREGANTS PLAQUETTAIRES</u> | - Dipyridamole | 23,33 |
| | - Acide acétyl Salicylique | |
| | | |
| <u>DERIVES NITRES RETARDS</u> | - Trinitrine | 63,63 |
| | - Dinitrate d'Iso- | |
| | - Sorbide | |
| <u>ANTAGONISTES du CALCIUM</u> | - Tildien | 33,33 |
| | - Nifédipine | |
| | - Isoptine | |
| <u>BETA-BLOQUANTS</u> | - Acébutolol | 16,66 |
| | - Nadolol | |
| <u>SYDNONIMINES</u> | Molsidomine | 6,66 |

- Tableau n 13
Principaux médicaments utilisés

Tous nos infarctus reçoivent un traitement anticoagulant par calciparine (heparinate de calcium) à la phase aiguë, relayé par le sintrom (acénocoumarol) et suivant les règles de l'art.

Nous y associons en monothérapie un dérivé nitré retard, un inhibiteur calcique, un bêta-bloquant ou la molsidomine.

Dans l'ensemble, les dérivés nitrés sont utilisés 19 fois soit 63,33 %, les inhibiteurs calciques 10 fois, soit 33,33 %, les bêta-bloquants 5 fois, soit 16,66 %.

La molsidomine (Corvasal) est donnée à un seul malade (6,66 %).

Le traitement médical, dans les cas d'angine est conduit par les mêmes moyens thérapeutiques, seule la calciparine est remplacée par un anti-agrégant plaquettaire (23,33 %) ou un anticoagulant par os (sintron). Ce dernier est peu utilisé à cause de l'impossibilité d'un suivi biologique régulier et aussi du faible niveau d'information médicale.

Un traitement digitalo-diurétique est proposé à 4 malades en assystolie.

CHAPITRE VII : EVOLUTION ET PRONOSTIC

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Vingt et un malades sur trente sont restés suivis par notre équipe de cardiologie, soit 70 % de l'ensemble.

Seize de nos patients (76,19 %) ont une évolution satisfaisante avec disparition du syndrome douloureux et stabilisation des signes électrocardiographiques.

L'évolution demeure non satisfaisante pour un seul malade, soit 4,76 %, qui a présenté des complications emboliques, avec hémiplégié et aphasie, malgré un traitement bien adapté.

Enfin, dans 19,04 % des cas, un décès est survenu, tous des cas de nécrose. Quatre décès sur 10 infarctus soit 40 % est un chiffre alarmant qui atteste de la gravité particulière de l'infarctus. L'importance de ce chiffre peut aussi s'expliquer par le retard enregistré avant l'hospitalisation et du manque dans le service d'une unité de soins intensifs pour coronariens.

Nous enregistrons là le taux de mortalité le plus important comparativement à TOURE (31) en 1981 (25 %), CENAC (11) (18,18 %) ; BARABE (2) (20 %) et BOURAMOUE (7) (30 %).

Dans l'ensemble l'évolution est relativement favorable à court terme, mais elle reste difficilement appréciable à long terme compte tenu de la durée de l'étude et surtout du fait que les patients ne reviennent plus en consultation de surveillance lorsque rien ne les inquiète (30 % dans notre étude).

CHAPITRE VIII : PLACE DES CARDIOPATHIES DANS
L'HOSPITALISATION DE LA MEME PERIODE

PLACE DES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES DANS
L'HOSPITALISATION DE LA MEME PERIODE

I. Morbidité cardiovasculaire

Dans le service de cardiologie disposant d'un lit de 1ère catégorie et de 17 lits de 2ème catégorie, d'Octobre 88 à Décembre 89, 399 malades cardiovasculaires sont hospitalisés dont 285 hommes, soit 58,89 %; et 164 femmes, soit 41,10 %.

Les différentes affections ayant fait l'objet d'une hospitalisation sont résumées dans le tableau ci-dessous (tableau n°14),

| Affections cardio-vasculaires | Nombre | Pourcentage |
|-------------------------------|--------|-------------|
| Cardiomyopathies | 223 | 55,88 |
| Hypertension artérielle | 56 | 14,03 |
| Accident vasculaire cérébral | 43 | 10,77 |
| Coeur pulmonaire chronique | 22 | 5,51 |
| Cardiopathies ischémiques | 14 | 3,50 |
| Valvulopathies | 12 | 3 |
| Dysrythmies | 12 | 3 |
| Péricardites | 6 | 1,5 |
| Phlébites | 5 | 1,25 |
| Précordialgies atypiques | 3 | 0,75 |
| Cardiopathie congénitale | 1 | 0,25 |
| Endocardites | 1 | 0,25 |
| Cardite rhumatismale | 1 | 0,25 |
| TOTAL | 399 | 100 |

dont l'analyse montre que les cardiomyopathies, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux sont les causes les plus fréquentes d'hospitalisation.

Les cardiopathies ischémiques viennent au 5è rang après le coeur pulmonaire chronique.

Du 9è rang pour DIARRA (15) en 1982 avec 2,84 % des pathologies cardiovasculaires, les cardiopathies ischémiques viennent au 5è rang dans notre étude avec 3,50 %.

Pour BERTRAND (4) avec 1,16 % elles occupent le 11è rang des pathologies cardiovasculaires en 1979, et pour FOFANA (17) c'est

le 7^e rang avec 1,49 % en 1987.

II. Mortalité cardiovasculaire

| Décès | Nombre | Pourcentage |
|----------------------|--------|-------------|
| Assystolie globale | 27 | 47,36 |
| A.V.C. | 12 | 21,05 |
| Insuffisance renale | 4 | 7,01 |
| CPC | 4 | 7,01 |
| O.A.P. | 5 | 8,77 |
| Necrore myocardique | 4 | 7,01 |
| Cardite rhumatismale | 1 | 1,75 |
| TOTAL | 57 | 100 |

- Tableau n° 15

Les cardiopathies ischémiques, 3,50 % des malades cardiovasculaires hospitalisés, 6,89 % des causes de décès cardiovasculaires, sont entrain de gagner du terrain bien qu'elles demeurent toujours précédées par d'autres affections sur le plan morbidité et mortalité.

Pour BERTRAND (4) elles représentent 5,82 % des causes de décès cardiovasculaires, et pour FOFANA (17) c'est 1,96 % en 1987.

CHAPITRE IX : CONCLUSION

CONCLUSION

Nous avons recueilli d'Octobre 1988 à Décembre 1989, 30 dossiers de cardiopathies ischémiques dans le service de cardiologie de l'hôpital du Point G à BAMAKO.

Il ressort de cette étude :

- Une prédominance masculine avec 83,33 % des cas ;
- Une fréquence élevée des cardiopathies ischémiques dans la 5^e et 6^e décade chez les sujets de sexe masculin, chez les sujets de sexe féminin il y a une répartition parfaitement homogène entre les tranches d'âge ;
- La fréquence particulièrement élevée chez les peulhs (40 % des cas) comme le montrent nos travaux et ceux de CAMARA (10) en 1982 ;
- La population de statut socio-économique aisé est la plus touchée par l'affection (56,66 % des cas) ;
- Les facteurs de risque sont donnés par l'hypertension artérielle avec 45,23 % et le tabagisme 35,71 % des cas ;
- Les circonstances de découverte restent dominées par la douleur thoracique avec 63,33 % suivie de loin par l'insuffisance cardiaque (16,66 %) ;
- Aucune particularité clinique et électrocardiographique ne se dégage de notre étude. Quant au traitement, il a été seulement médicamenteux. Les techniques invasives de désobstruction coronarienne et la chirurgie de revascularisation n'ont pas été possibles ;
- Les aspects évolutifs sont dominés par la stabilisation (76,19 % des cas). A côté on note 4 décès (19,04 %), tous des cas de nécrose. Quarante pour cent de mortalité parmi les infarctus est un chiffre alarmant qui atteste de l'évolution particulièrement grave de la nécrose myocardique.

La présence de complications thrombo-emboliques (4,76 % des cas) paraît une particularité à notre étude, parce que beaucoup d'auteurs ont affirmé sa rareté chez le Noir africain.

Les cardiopathies ischémiques, 5^e rang de l'hospitalisation des pathologies cardiovasculaires, est entrain de gagner du terrain si on se réfère à sa place au sein des pathologies cardiovasculaires dans l'étude précédente (15). Ceci n'est pas étonnant avec l'hypertension artérielle frappant environ 18 % de la population malienne (29) et l'intoxication tabagique croissante.

Concernant la prévention, des mesures doivent être prises à l'échelon national et international pour lutter contre ces deux fléaux et éviter ainsi que cette affection ne soit un jour un problème de santé publique dans le continent Noir africain.

La prise en charge des coronariens dont nous rappelons que 40 % meurent dans les suites d'un infarctus, est un problème urgent à résoudre. Ne faut-il pas envisager, devant ce fléau menaçant, l'édification d'un Centre moderne de cardiologie ? Nous pensons qu'il est vraiment temps.

CHAPITRE X : BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMS (C)
Pronostic à long terme de l'infarctus du myocarde
CONCOURS MEDICAL 1986 - P. 3175-3178
2. BARABE (P), CHARLES (D) et TALBI (D)
L'infarctus du myocarde en Algérie
A propos de 30 observations
Cardiol, Tropic, 1982, 8 (29)
3. BERTRAND (E)
Précis de pathologie cardiovasculaire Tropicale
SANDOZ - 1979, Rueil de Malmaison
4. BERTRAND (E), BENAMBOT (J), GUEHI (A)
LE BRAS (M) et BEDA (B)
Morbidity et Mortalité cardiovasculaires d'un service de
medecine interne à Abidjan en 1974
Cardiol Tropic 1979, 5 (17)
5. BERTRAND (M,E)
L'ischémie myocardique silencieuse
Cardiol - Tropic 1988, 12 (30)
6. BOUNHOURE (J,P), MARCO (F)
Pronostic de l'infarctus du myocarde
Arch. Mal. coeur, 1987, 37 n 3
P. 618 - 625
7. BOURAMOUE (C), N'KOUA (J,L), EXOBA (J)
Cardiopathies ischémiques en République Populaire du CONGO
Etudes des premiers cas
Cardiol - Tropic 1982, 8 (29)
8. BROTTIER (L) et coll
L'infarctus du myocarde complication meconnue de la maladie
BECET ?
Aun Cardiol - Angefol, 1986, 35, (8), 491 - 497
9. BROUSTET (J,P)
Réadaptation des coronariens
Ed. SANDOZ 1973
10. CAMARA (K)
Cardiopathies Ischémiques en République du Mali
Etude de 45 cas observés à l'Hôpital du Point G
Thèse Med. 1982 BAMAKO
11. CENAC (A) et Coll
L'infarctus du myocarde à NIAMEY
22 Observations
Cardiol - Tropic 1983, 9 (36) 161 - 168
12. CLOAREC (M), PARIS
Maladie coronarienne, 28 ans de recul
Act. Med. int - Angéologie (3)
n 38 - Juin 1986

13. DARNE (M), RICHARD (L)
Tabac, facteur de risque vasculaire
Angéo. 1988. 2 P. 33 - 37
14. DAVY (J,M) SEBAG (C)
Traitement du syndrome de menace
Infor, Cardiol. Nov. 1981 P. 925 - 931
15. DIARRA (M,B)
Morbidity et Mortalité cardiovasculaires hospitalières
A propos de 772 cas
Thèse Med. BAMAKO 1982
16. FASSA (Y)
Cardiopathies Ischemiques en Afrique Noire Emmergence et
Progression
Thèse Med. DAKAR 1979 n 8
17. FOFANA (M) et Coll
Profil et Evolution de la mortalité et de la morbidité
cardiovasculaires à CONAKRY
Ann. Cardiol Angéiol. 1988, 37 (8) 413 - 417
18. FOFANA (M) et Coll
L'infarctus du myocarde à CONAKRY
A propos de 11 cas avec 4 coronarographies
Ann. Cardiol Angéiol, 1988, 37 (8)
19. GIRAUD (J)
Etude de 60 cas de coronaropathies de l'Africain Noir
Med. Tropic., Vol 40 n 4
Juillet - Août 1980
20. HOPKINS (P,N) et Coll
A survery of 246 suggested coronary risk factors-
Artériosclérioroses
1981 40, I
Ed. SANDOZ - 1986 n 8
21. KANTE (M)
L'insuffisance cardiaque
A propos de 200 cas observés en milieu hospitalier
Thèse Med. BAMAKO, 1979 n 34
22. KORNITZER (M), DESSOLIN (H)
La maladie coronarienne
Epidemiologie - Etiologie
Paris - Flammarion Medecine Sciences et Pren de l'Université
de MONTREAL
1980 P. 17 - 80
23. N'DORI (R)
Les coronaropathies de l'Africain à Abidjan
Popul. et Santé Tropic
Pfizer Déc. 1989 n 40

24. PASSA (Ph)
Insuffisance coronarienne et Diabète
Ann. Cardiol Angéiol 1985 (n 10)
703 - 706
25. PENTHER (Ph) et Coll
Infarctus antérieur du VG et infarctus postérieur du VD par
thrombose de l'IVA
Ann. Cardiol. Angéiol 1988, 37 (7) 361 - 363
26. PEZARD (Ph) et Coll
Diagnostic de l'insuffisance coronarienne chronique.
Ann. Cardiol. Angéiol 1989 38 (3) 163 - 170
27. RANDRYAMAMPANDRY et Coll
L'infarctus du myocarde en milieu Malgache
Cardiol. Tropic 1983, 9 (36)
28. REY (J,L) et Coll
Infarctus à coronaires angiographiquement normales
Ann. Cardiol. Angéiol 1989, 34 (3) 131 - 135
29. SANOGO (M,K)
Complications de l'HTA et leur évolution observées en milieu
hospitalier
Thèse Med. BAMAKO 1980 n 184
30. SANOGO (T)
Morbidity et Mortalité cardiovasculaire hospitalières
observées à l'hôpital du Point G
Thèse Med. BAMAKO 1985 n 16
31. TOURE (M,K) et Coll
Emergence de l'infarctus du myocarde en République du MALI
MALI MEDICAL 1981 IV, n 1
p. 25 - 28
32. TOURE (M,K) et Coll
Les cardiopathies Ischémiques en République du MALI
Aperçu de son importance en Afrique
MALI MEDICAL 1985, VIII, 12
25 - 29
33. VALTY (J)
Signes cardiologiques
Ed. SANDOZ 1985
34. WALTON (K,M)
Physiologie des dépôts lipidiques dans les artères
Angéo. 1989 4 p. 121 - 130

A N N E X E

SERVICE DE SANTE

-o- FICHE DE CORONARIEN -o-

DATE
NOM PRENOM
AGE SEXE POIDS TAILLE

LIEU DE RESIDENCE DU MALADE

ZONE SOUDANIENNE
ZONE SAHELIENNE
NOMADE

ALIMENTATION REGIME DE BASE

HUILE VIANDE
BEURRE POISSON DE MER DU FLEUVE

NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

CADRE SUPER 8
CADRE MOYEN
CULTIVATEUR PECHEURS SANS PROPES.

ACTIVITE PHYSIQUE QUOTIDIENNE

A PEU PRES 30 m 60 mm/j (PAYSAN)
BUREAU AUTO
NOMBRE DE CIGARETTE/J PENDANT
ARRETE DEPUIS OU NON

ENZYMES

RADIO

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

CONCLUSION ET TRAITEMENT

EVOLUTION

- CLINIQUE
- E.C.G
- BIOLOGIQUE

NOM :

PRENOMS :

TITRE de la THESE :

A N N E E : 19.. - 19..

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : M A L I

LIEU DE DEPOT : B I B L I O T H E Q U E Ecole Nationale de
Médecine et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET :

RESUME :

(6) MOTS-CLES :