

MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE

Ministère National des Enseignements
Supérieurs et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1992

N° 1

LES DOULEURS THORACIQUES EN CONSULTATION CARDIOLOGIQUE

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le à
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par :

MADemoiselle YOUMA SALL

Pour l'obtention du grade de
Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Membres du Jury

Président : Professeur Abdoulaye AG RHALY
Membres : Docteur Bah KEITA
Docteur Kassoum SANOGO
Docteur Boubacar A. DIALLO
Directeur de thèse : Professeur Mamadou Koréïssi TOURE



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1991-1992

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S. CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Professeur Bakary M. CISSE	Sécrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D E Rde Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho-Traumat.Sécourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Ortho-Traumato
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Madame SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesth-Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesth-Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Docteur A.K. TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Path
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie

2 . DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef D E R Sciences Fond.

3 . DOCTEURS 3e CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mahamadou CISSE	Biologie
Professeur Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Professeur N'Yenigue S. KOITA	Chimie organique

4 . ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5 . MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Immunologie
Docteur Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1 . PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D E R Médecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2 . ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Med-Interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie
Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médec-Interne
Docteur Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

D.E.R. de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1 . PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2 . MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législ Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matières Médicales
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D E R SCES Pharmacie
Docteur Drissa DIALLO	Matières médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1 . PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (Chef D.E.R)
Docteur Hubert Balique	Maître de Conférence- Santé Publique

2 . ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur BOcar G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Bouba DIARRA	Bactériologie
Profession Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie

Docteur Aliou KEITA
Docteur Boubacar KANTE
Docteur Souleymane GUINDO
Docteur Mme Sira DEMBELE
Dr Modibo DIARRA
Dme MAIGA Fatoumata SOKONA

Galénique
Galénique
Gestion
Maths
Nutrition
Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA
Docteur Saharé FONGORO
Docteur Bakoroba COULIBALY
Docteur Benoît KOUMARE
Docteur Ababacar I. MAIGA
Docteur Mamadou DEMBELE

Chirurgie
Néphrologie
Psychiatrie
Chimie Analytique
Toxicologie
Médecine Interne

C. E. S

Docteur Daba SOGODOGO
Docteur Georges YAYA (Centrafrique)
Docteur Abdou ISSA (Niger)
Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)
Docteur Askia Mohamed (Niger)
Docteur Oumar BORE
Docteur N'DJIKAM Jonas (Cameroun)
Docteur DEZOUMBE Djoro (Tchad)
Docteur Aboubacrine A. MAIGA
Docteur Dababou SIMPARA
Docteur Mahamane TRAORE
Docteur Mohamed Ag BENDECH
Docteur Mamadou MAIGA

Chirurgie
Ophtamologie
Ophtamologie
Ophtamologie
Ophtamologie
Ophtamologie
Ophtamologie
Ophtamologie
Ophtamologie
Santé Publique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Santé Publique
Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J.P. BISSET
Professeur F. ROUX
Professeur G. FARNARIER
Professeur G. GRAS
Professeur E.A. YAPO
Professeur Babacar FAYE
Professeur Mamadou BADIANE
Professeur Issa LO

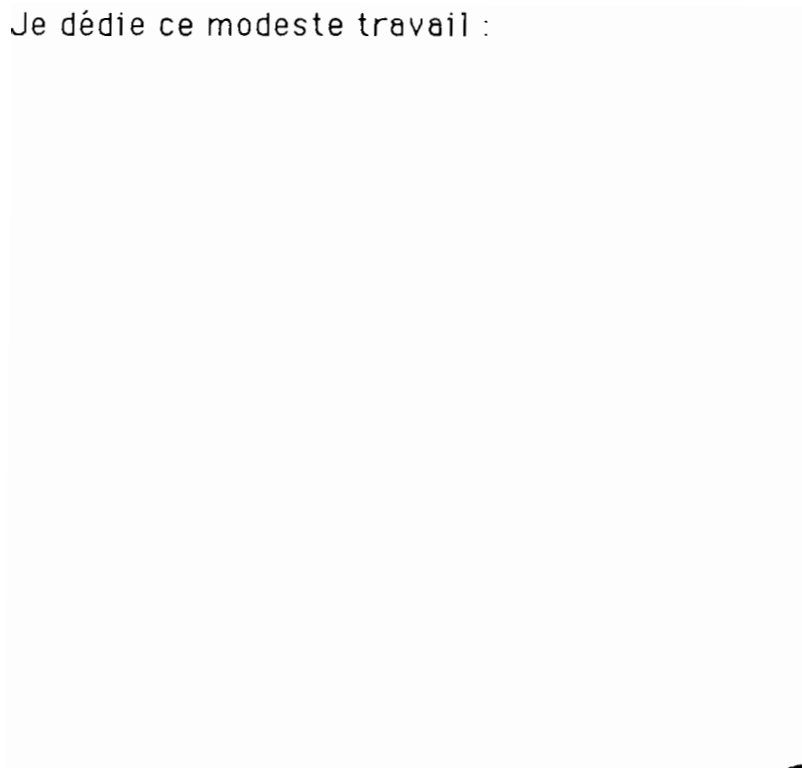
Biophysique
Biophysique
Physiologie
Hydrologie
Biochimie
Pharmacodynamie
Pharmacie Chimique
Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	HGT
Docteur Tahirou BA	HGT
Docteur Amadou MARIKO	HGT
Docteur Badi KEITA	HPG
Docteur Antoine Niantao	HGT
Docteur Kassim SANOGO	HGT
Docteur Yéya I MAIGA	INRSP
Docteur Chompere KONE	INRSP
Docteur Adama SANOGO	INRSP
Docteur BA Marie P. DIALLO	INRSP
Docteur Almahady DICKO	PMI - SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	PMI - CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur TRAORE J. THOMAS	IOTA
Docteur P. BOBIN	Institut Marchoux
Docteur A. DELAYE	HPG

Je rends hommage à Dieu de m'avoir donné la vie et le courage pour réaliser ce modeste travail.

Je dédie ce modeste travail :



A tous ceux qui souffrent sur la terre

In mémoriam

A Feu El Hadji Boutout Sall

Tu ne cessais de nous dire que le premier mari d'une femme est son métier. Dommage que tu ne sois pas au rendez-vous.

Paix à ton âme

A Feu Amadou Sow

A Feue Gabrielle Kane

A Feue Sanata Diarra

A Feue Banani Sakiliba

A Feue Mme Ba Oumou Sall.

Vous qui n'avez pas eu la chance de partager avec nous la joie de ce jour immémorial.

Nos respectueuses pensées vont vers vous.

A mon père

Nous savons qu'être aîné d'une si grande famille n'est pas tâche facile. Mais cela ne t'a pas empêché de suivre de très près notre éducation et de nous donner le goût du travail bien fait.

A ma mère

Ta as toujours souhaité voir ta dernière fille terminer ses études, tes vœux sont exaucés et continue de prier car nous en avons toujours besoin.

Puisse ce travail qui est le vôtre, être la concrétisation de vos sacrifices et l'expression de mon profond attachement.

A mes aînées.

Mme SARR Bintou
Mme SIDIBE Oulimata

Vous vous êtes toujours sacrifiées pour moi, soyez toujours patientes et courageuses.

A mes cadets

Boutout Sall
Oumar Sall
Samba Sall

J'espère que vous vous battrez contre vent et marée, car la voie de la réussite est longue et pleine d'embûches. Je vous souhaite courage et persévérance.

Puisse se resserrer davantage les liens solides qui nous unissent. Trouvez ici le témoignage de toute mon affection.

A Mes oncles

Mes tantes

Mes cousins

Mes cousines

Mes beaux-frères

Mes belles-soeurs

Mes neveux

Mes nièces

Je vous aime tous

Mme Sall Bintou Aw

Mme Sow Djénéba Bâ

Toute Mon affection

Mes remerciements vont :

Au Professeur Abdoulaye Ag Rhaly
Professeur agrégé en médecine interne
Chef de DER de Médecine
Conseiller Technique au Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

En acceptant de présider ce jury, vous nous faites un grand honneur. Pour votre disponibilité et votre amabilité, permettez-nous de vous adresser l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Au Professeur Mamadou Koréïssi Touré
Professeur agrégé en cardiologie
Médecin chef du service de cardiologie du Point G
Directeur technique de l'hôpital du Point G.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en nous proposant sans hésiter ce sujet.

C'est dans votre service que nous avons découvert les réalités de la médecine hospitalière. L'enseignement de haute qualité que nous avons reçu de vous, restera pour nous un acquis inoubliable.

Votre rigueur, votre discrétion et votre disponibilité illustrent éloquemment notre admiration.

Veillez accepter notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Boubacar A. Diallo
Assistant chef de clinique de l'ENMP
Spécialiste en cardiologie et en pneumologie

Vous nous honorez pleinement en acceptant de siéger dans ce jury. Nous avons bénéficié de vos grandes connaissances, de votre encadrement, votre clairvoyance, votre soutien moral et matériel, qui font de vous un homme ayant un sens élevé des relations humaines.

Sans votre esprit de décision, ce travail n'aurait sans doute pas eu lieu. Vous resterez pour nous un grand frère, que ce travail qui est le vôtre, soit le témoignage de notre éternelle reconnaissance.

Au Docteur Bah Kéïta
Assistant chef de clinique à l'ENMP
Spécialiste en pneumologie

Tous mes remerciements pour avoir accepté de juger ce travail et de lui accorder votre indulgence.

Au Docteur Kassoum Sanogo
Médecin spécialiste en cardiologie et médecin chef du service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Reconnaissante des nombreux conseils que vous avez bien voulu me prodiguer, je vous remercie d'accepter, de juger ce travail auquel vous avez contribué à l'élaboration.

Au Professeur Sidi Yaya Simaga

Au Professeur Sambou Soumaré et son épouse

Au Docteur Moussa Harama

Au Docteur Ousmane Koïta

Au Docteur Seydou Doumbia

Au Docteur Berthé Safiatou et son époux

Au Docteur Souleymane Singaré,

A qui je souhaite une vie plus calme.

A la "grande" Mme Mantia Diallo

Toute ma sympathie.

A Maître Idrissa Traoré

Toute ma reconnaissance et sincères
amitiés.

A Malick Aba Guisse

En ce jour solennel, je ne peux oublier le rôle
important que tu as joué pour la concrétisation
de ce travail.

A la famille Alkaou Kéïta

A Mme Kéïta Mariame

C'est l'occasion pour moi de te renouveler toute
ma sympathie et mon attachement.

Sincères amitiés

A tous mes amis et amies

A tous mes copains et copines

A Modibo Sow

A Modibo Diarra

Ce travail est le vôtre. Il sera pour moi le rappel constant de tant d'efforts consentis gratuitement en ma faveur.

Toute ma reconnaissance.

A Mme Diallo Marie-Yvonne

Toute ma sympathie.

A mes collègues internes

A toute ma promotion

En souvenir de notre lutte commune à la recherche de la connaissance.

A tout le personnel du service de cardiologie.

Toute ma reconnaissance pour votre entière disponibilité et votre sincère dévouement.

A mes maîtres à quel que niveau que ce soit

A tout le corps professoral et à la direction de l'école de médecine et de pharmacie.

A tout le personnel de la bibliothèque.

A tous ceux qui de loin ou de près ont participé à l'élaboration de ce travail.

SOMMAIRE

Introduction	1
Généralités	2
A- Douleur thoracique	3
B- Rappel sur les douleurs thoraciques cardio-vasculaires et extra-cardiaques	7
Méthodologie	12
Résultats	14
A- Analyse globale	15
B- Douleur thoracique cardio-vasculaire	39
Commentaire et discussion	47
Conduite à tenir devant une douleur thoracique	51
- Conclusion et recommandations	54
I- Bibliographie et annexes	56

Abréviations

H V G =	hypertrophie ventriculaire gauche
H A G =	hypertrophie auriculaire gauche
H V D =	hypertrophie ventriculaire droite
I C =	Insuffisance cardiaque
E C G =	Electro-cardiogramme
Pleuro-Pneumo =	pleuro-pneumopathie.
H T A =	hypertension artérielle.

I- INTRODUCTION

INTRODUCTION

La douleur est une plainte fonctionnelle couramment rencontrée en cardiologie. Elle représente 40,74% de la consultation dans le service de cardiologie de l'hôpital du Point G.

Elle pose un problème diagnostique même dans les pays développés et encore plus en Afrique où l'équipement médical est insuffisant.

Il s'agit d'un sujet difficile car étudiant un symptôme subjectif : **la douleur**.

La survenue de la douleur thoracique même en l'absence de lésion cardiaque, inquiète, car le cœur est l'organe qui fait peur. Et nous savons également qu'il est assez souvent le parking privilégié de nos angoisses et des dystonies neuro-végétatives. Il n'est donc pas étonnant que les patients qui ressentent une douleur dans la poitrine la considèrent immédiatement comme une douleur cardiaque, alors que bien d'autres organes peuvent en être responsables.

Ainsi, la fréquence de ce symptôme et les difficultés surtout de son abord étiologique nous ont conduit à réaliser ce travail dans le but :

- d'étudier les différents aspects clinique et complémentaire ;
- de rechercher les principales étiologies et d'apprécier, l'évolution sous traitement ;
- de dégager une conduite à tenir devant une douleur thoracique.

Ce travail a été conduit dans le service de cardiologie du Professeur TOURE à l'hôpital du Point G. Il s'est étendu sur 12 mois et a porté sur 100 (cent) patients.

Il n'a pas la prétention de répondre à toutes les interrogations que soulève la douleur thoracique, mais simplement d'apporter notre contribution à la compréhension du phénomène.

II- GENERALITES

- A- Douleur thoracique
- B- Rappel sur les douleurs thoraciques cardio-vasculaires et extra-cardiaques

GENERALITES

A- La douleur thoracique (Réf. 5 - 6 - 2 -16)

La douleur thoracique est un symptôme extrêmement fréquent, posant le problème de sa signification aussi bien en urgence hospitalière qu'en pratique courante.

N'oublions pas que le coeur se situe chez l'embryon dans le même métamère que d'autres tissus et organes tel que la plèvre et l'épaule.

1- Mécanisme

La douleur est le témoin d'une lésion tissulaire constituée ou en voie de constitution.

Elle est déclenchée par la stimulation des terminaisons nerveuses non myélinisées.

Une stimulation peu intense est responsable d'une sensation de pression, alors que forte elle déclenche une sensation douloureuse.

Le myocarde insensible à la piqûre car pauvre en récepteur, le devient lorsque les récepteurs assez disséminés sont stimulés par les métabolites libérés au cours de l'ischémie

Les viscères creux et le parenchyme des viscères pleins sont sensibles à la distension de leur capsule et d'un spasme musculaire.

Les muscles, les séreuses et la cage thoracique peuvent être sensibles à des stimulations notamment diffuses.

2- localisation

Après avoir parcouru les nerfs et la moelle, les influx nerveux vont au cerveau, qui localise leur origine en fonction de son "expérience" antérieure. Toute stimulation douloureuse est localisée en fonction d'une représentation fidèle des régions dans le cortex cérébral.

Le cerveau n'ayant pas de représentation pour les viscères intrathoraciques, les stimuli provenant alors de ces viscères ne sont pas bien connus.

C'est par les premiers segments thoraciques que pénètrent les fibres sensibles du coeur.

La transmission des influx provenant de l'aorte, des hiles pulmonaires, de l'oesophage et de certaines structures musculo-squelettiques et dorsales se fait par les mêmes segments spinaux.

La douleur myocardique peut-être irradiée dans les territoires cutanés correspondant aux premières racines dorsales notamment la paroi antéro-latérale gauche de la poitrine et le bord interne du membre supérieur.

Ainsi, dans les douleurs provenant des viscères intra-thoraciques (coeur, aorte, oesophage), la localisation est médio-thoracique profonde, tandis qu'en cas d'atteinte pariétale, elle est superficielle.

3- Transmission et projection de la douleur

C'est par la corne postérieure que les influx pénètrent dans la moelle en passant par les nerfs périphériques et les racines postérieures.

Après une synapse, ils vont dans la moelle pour atteindre ensuite le thalamus.

Ils parviennent au cortex cérébral après un relais où ils sont perçus, localisés et interprétés. Les influx somatiques et viscéraux n'empruntent pas les mêmes voies mais convergent tous vers la corne postérieure de la moelle.

Les influx somatiques empruntent les nerfs spinaux. Dans la moelle, ils passent par une voie multisynaptique.

Les influx viscéraux sont acheminés par les nerfs et la chaîne sympathiques, et suivent le faisceau spino-thalamique dans la moelle.

Ces considérations anatomiques rendent compréhensible le mécanisme de la projection de la douleur.

La douleur "projetée" est une douleur provenant d'un organe et interprétée comme provenant d'un autre.

On peut l'expliquer par 3 mécanismes :

a- les stimuli provenant des viscères intra-thoraciques peuvent aboutir à un ou plusieurs segments médullaires.

Exemple : la partie sensible du péricardre pariétal étant la face inférieure, se projette vers les segments C3 à C5 par le nerf phrénique. Or cette zone se trouve être aussi le lieu de projection du moignon de l'épaule. Le cerveau ayant une représentation plus précise de l'épaule que du péricarde, donc une douleur péricardique peut être prise pour une douleur de l'épaule.

b- toute stimulation douloureuse est localisée par le cerveau dans la partie innervée par le nerf excité.

Exemple : la compression de la 7e racine cervicale gauche recevant les influx des muscles pectoraux du même côté peut ainsi être à l'origine d'une douleur thoracique.

c- les connexions entre les segments médullaires. Les influx pénétrant dans un segment peuvent diffuser aux segments sus et sous-jacents. Ceux-ci peuvent être stimulés par l'influx provenant d'autres viscères.

Exemple : on peut interpréter une douleur angineuse comme une douleur de l'épigastre ou de l'hypocondre droit chez un patient atteint de cholécystite.

Tout trouble en rapport avec les fibres ascendantes profondes de la région thoracique doit pouvoir provoquer une douleur dans le thorax et dans le bras gauche ou dans ces deux (2) régions.

4- Variabilité de la perception douloureuse

La perception douloureuse peut être modérée, abolie ou intense. L'infarctus du myocarde peut se constituer sans douleur et le seul témoin est la cicatrice retrouvée sur l'électrocardiogramme (E. C. G). Cette constitution indolore peut s'expliquer par :

- une interruption des voies de la sensibilité douloureuse surtout chez les diabétiques, dont les voies de la sensibilité viscérale sont lésées ;
- une inhibition de la conduction douloureuse.

D'authentiques infarctus indolores sont décrits en l'absence de diabète. Ils s'expliquent par l'altération des terminaisons nerveuses intramyocardiques secondaires à l'ischémie chronique. Chez les psychotiques également, l'infarctus peut être silencieux par perturbation de la conduction douloureuse.

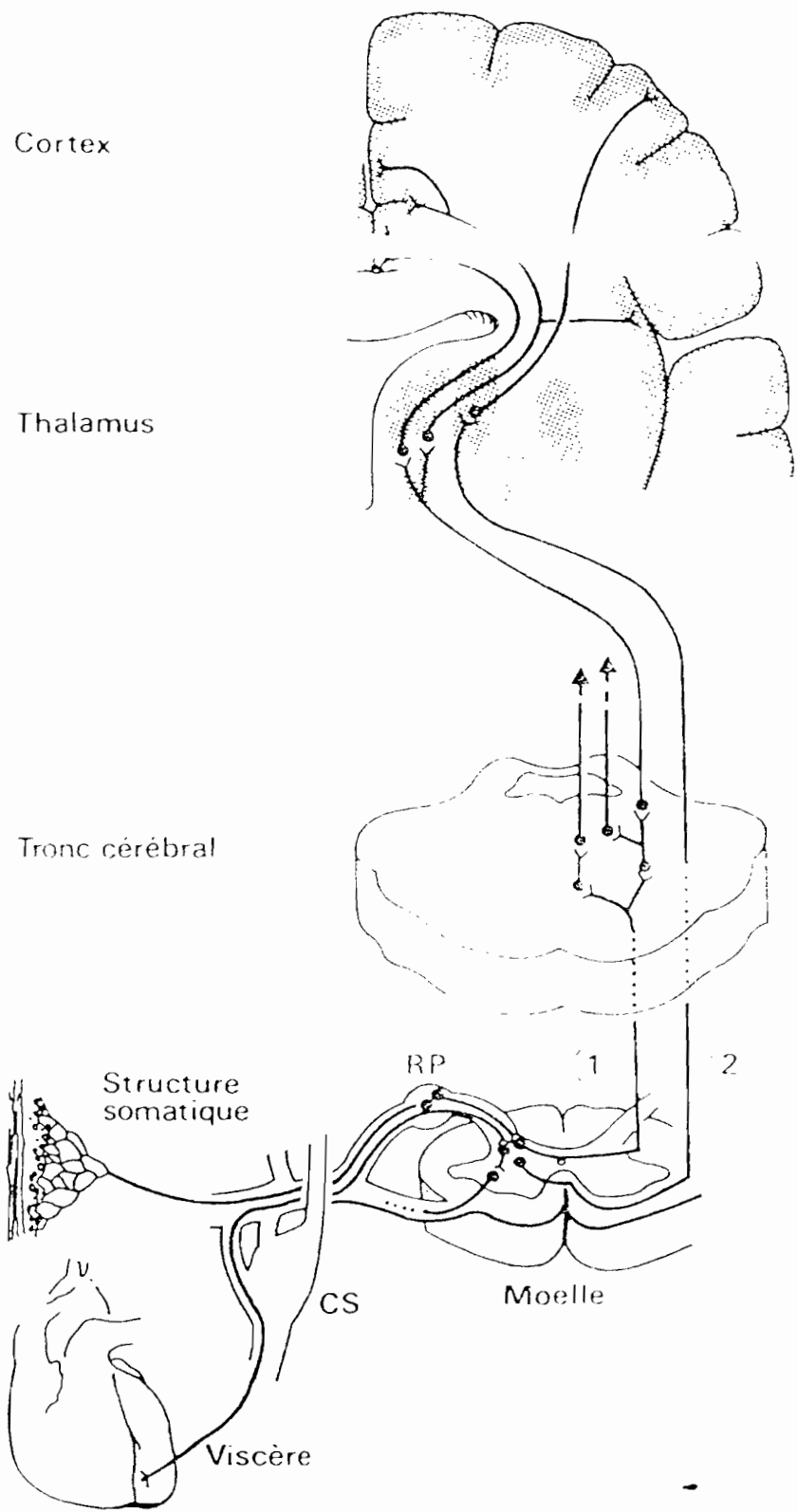


FIG. 6-1 — VOIES DE LA SENSIBILITÉ DOUTOUREUSE VISCÉRALE (1) ET SOMATIQUE (2).

CS : chaîne sympathique; RP : racine postérieure. (réf 5)

B- Rappel sur les douleurs thoraciques cardio-vasculaires et extra-cardiaques

I- Les douleurs thoraciques cardio-vasculaires

1- Les cardiopathies ischémiques (Réf. 5-6-8-12-14-20)

a- l'angine de poitrine : est l'expression douloureuse de l'hypoxie myocardique. Deux (2) grands aspects physiopathologiques peuvent être distingués :

- impossibilité de faire face à l'augmentation des besoins en oxygène du myocarde ;
- réduction brutale du débit coronarien.

Ces deux mécanismes peuvent être associés chez un même patient. La douleur thoracique étant le symptôme évocateur se caractérise par :

- son siège médian rétrosternal profond,
- son type constrictif, angoissant,
- sa brièveté,
- sa survenue brutale à l'effort qu'elle arrête,
- ses irradiations au membre supérieur gauche, aux deux derniers doigts, mais aussi à la mâchoire, à la nuque ou au dos,
- sa retrocession rapide sous trinitrine.

b- l'infarctus du myocarde : est un accident majeur de l'insuffisance coronarienne. Il peut survenir à des moments différents de l'évolution clinique de l'atteinte coronarienne. La douleur thoracique est le signe révélateur et se caractérise par :

- son siège rétrosternal, médian,
- son type constrictif, transfixiant,
- son intensité extrême,
- ses irradiations plus étendues,
- sa longue durée,
- sa survenue brutale en dehors de tout effort, souvent nocturne,
- sa résistance à la trinitrine.

Les patients ayant déjà souffert d'angine de poitrine ne s'y trompent pas car la douleur est différente.

2- La péricardite (Réf. 5 - 15 - 20)

C'est l'inflammation du péricarde. La douleur thoracique fait partie des signes fonctionnels caractéristiques de la péricardite. Elle est caractérisée par la variabilité de son intensité, sa durée et sa localisation (médiante, rarement à l'épigastre ou à l'hypocondre).

La douleur péricardique peut simuler à tout égard une douleur angineuse, mais en sa faveur, on retiendra qu'elle est plus prolongée, fébrile, exagérée par les mouvements respiratoires et calmée par des attitudes antalgiques.

3- Le prolapsus de la valve mitrale (Réf. 1 - 5 -22)

Il se traduit par le bombement anormal d'une (1) ou des deux (2) valves mitrales, laissant entendre un clic mésosystolique et un souffle télésystolique à l'auscultation. Le prolapsus peut survenir sur des valves normales ou lésées.

La douleur est présente dans 50% des cas, atypique, localisée et sans lien avec l'effort.

Parfois, la douleur peut ressembler à celle de l'angine de poitrine. Le prolapsus de la valve mitrale est rapidement diagnostiqué par les caractères auscultatoires et les critères échocardiographiques.

4- Dissection aortique (Réf. 5 - 17 - 20)

C'est le clivage des tuniques de l'aorte secondaire à des lésions dégénératives provoquant une nécrose de la tunique fibreuse. Ce clivage est fait par un hématome sous pression responsable de la douleur. Cette douleur se caractérise par :

- son siège retrosternal ;
- son caractère migrateur ascendant et descendant le long du sternum, vers les lombes ou l'abdomen ;
- son type de déchirure, très intense ;
- sa survenue brutale, parfois syncopale ;
- sa durée prolongée ne cédant qu'à l'administration d'un morphinique.

A l'examen une asymétrie des chiffres tensionnels aux deux (2) bras et des pouls, voire un souffle diastolique d'insuffisance aortique sont notés.

Cette douleur diffère de celle de l'infarctus par la présence de l'asymétrie des pouls, d'une hypertension artérielle, et la normalité de l'ECG et des enzymes cardiaques.

5- L'embolie pulmonaire (Réf. 5 -20)

Elle traduit l'oblitération par un embol de l'artère pulmonaire ou de ses branches. L'embol peut être un caillot, un agglomérat microbien ou une bulle d'air, rarement un corps gras.

Il existe deux variétés d'obstruction :

- l'obstruction de grosse artère pulmonaire par un embol volumineux : dans ce cas la douleur est de type viscéral. Le siège est médio-thoracique profond sans irradiation, de durée variable, se calmant spontanément ou par un morphinique. A cela s'associe souvent un état de choc.

- l'oblitération d'une artère pulmonaire périphérique par un embol de petite taille : il apparaît une infiltration hémorragique dans la zone concernée. L'inflammation s'étend à la plèvre pariétale au regard de la zone. Ce qui explique le caractère somatique de la douleur, donc latéralisée dans un hémithorax, violente, variable avec les mouvements respiratoires, à type de point de côté, prolongée. La douleur peut être médio-thoracique, constrictive, simulant ainsi une coronaropathie.

6- Douleur d'origine artérielle pulmonaire (Réf. 5-6-20)

Elle est due à une hypertension artérielle pulmonaire, qui provoque la distension brutale du tronc de l'artère pulmonaire et de ses grosses branches. la douleur est retrosternale médiane, à type d'écrasement. L'absence d'irradiation aux bras et à la mâchoire fait la différence avec la douleur de l'infarctus du myocarde.

Elle doit être citée pour éviter la confusion avec une douleur angineuse car la douleur impose l'arrêt de l'effort.

II- Les douleurs thoraciques extra-cardiaques (Réf. 5 - 6 - 20)

A- Douleur d'origine pulmonaire

1- Douleur d'origine bronchique : traduit l'inflammation de l'arbre trachéo-bronchique. La douleur est à type de brûlure retrosternale haute avec sensation d'irritation des voies respiratoires.

2- Douleur d'origine pleurale : les nerfs intercostaux innervent la plèvre, donc la douleur est de type somatique. Elle est bien

localisée dans la région thoracique, en coup de poignard. Elle est exacerbée ou déclenchée par les mouvements respiratoires, aggravée par la toux et les changements de position. Sa projection à l'épaule du même côté est faite par le nerf phrénique.

L'apparition progressive de la douleur est symptomatique d'un épanchement liquidien tandis que sa survenue brutale témoigne d'un pneumothorax.

B- Douleur d'origine digestive

a- **L'ulcère gastro-duodéal** : la douleur est basithoracique, à irradiation postérieure dans le dos, périodique et rythmée par le repas, avec une notion de prise d'anti-inflammatoire.

b- **La pancréatite aiguë** : se manifeste par une douleur thoracique retro-sternale, atroce, brutale. Elle se caractérise surtout par l'existence d'une attitude antalgique (antéflexion avec compression abdominale), des signes de choc, la palpation douloureuse de l'hypocondre droit.

c- **La cholécystite** : se traduit par une douleur médio-thoracique à type de brûlure irradiant vers l'épaule ou le cou. A cela s'ajoutent une douleur de l'hypocondre droit avec défense localisée, fièvre et troubles digestifs.

d- **La colite aiguë** : survient le plus souvent chez un sujet anxieux avec troubles du transit, douleur basithoracique en barre.

C- Douleur d'origine oesophagienne

La douleur provient de la distension, du spasme ou des contractions trop rapprochées induites par la stimulation des récepteurs. Elle se voit essentiellement dans le reflux gastro-oesophagien, le spasme oesophagien, la rupture spontanée de l'oesophage et la hernie hiatale.

Au niveau du 1/3 supérieur de l'oesophage la douleur est à type de serrement retro-sternal, alors qu'elle est à type de brûlure pour le 1/3 inférieur.

La douleur est peu intense, intermittente, à irradiation diffuse (ascendante ou descendante le long du sternum), parfois aux épaules et aux bras sauf en cas de spasme. Elle est accrue ou déclenchée par la position couchée, un repas (2 h après) ou un effort de soulèvement et la consommation d'excitant. Elle suit la déglutition et est soulagée par l'ingestion d'eau.

Pour la rupture spontanée de l'oesophage la douleur est violente à type de déchirure comparable à celle de la dissection aortique.

D- Douleurs pariétales

Ce sont des douleurs bien localisées par le patient. Elles ont en commun certains caractères tels que :

- la reproduction de la douleur par la pression,
- le déclenchement de la douleur par les mouvements.

E- Douleur thoracique et trouble psychologique

La description d'une telle douleur est atypique. Elle est constrictive le plus souvent, sans relation avec un syndrome organique et sans siège anatomique fixe. Sa survenue est favorisée par tous les états émotifs, l'anxiété. Elle ne cède pratiquement à aucun traitement et réveille rarement le patient. L'asthénie neuro-circulatoire se manifeste par une douleur thoracique avec palpitation et essoufflement faisant penser ainsi au patient à une atteinte cardiaque.

Un entretien médecin-malade permettra d'éclaircir les soucis, les émotions et surtout les contrariétés à la base de la névrose expliquant le caractère rebelle de la douleur.

III- METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

Cette étude prospective sur la douleur thoracique a été conduite de janvier 1991 à décembre 1991 dans le service de cardiologie de l'hôpital du Point G.

L'unique critère de recrutement a été la plainte fonctionnelle à type de douleur thoracique signalée par le patient vu en consultation externe. Outre l'examen physique, les patients ont bénéficié d'un électrocardiogramme (E.C.G) de base et d'une radiographie thoracique standard. Certains examens complémentaires sont demandés en fonction de l'orientation clinique (l'endoscopie oesogastro-duodénale, écho cardiographie).

Le faible niveau économique de la population et le coût élevé des examens complémentaires expliquent :

- la déperdition de beaucoup de nos malades incapables d'assurer les frais de leurs bilans ;
- notre abandon de certains examens initialement envisagés dans le protocole.

Ainsi, nous avons exclu de l'étude tous les malades non revus ou n'ayant pas ramené leur résultat.

Nous avons retenu comme antécédent cardiologique l'existence de :

- angine et polyarthralgie,
- hypertension artérielle,
- cardiopathie.

N.B : un exemplaire de notre dossier clinique est porté en annexe.

IV- RESULTATS

- A- Analyse globale
- B- Douleurs thoraciques cardio-vasculaires

A- Analyse globale

Nous avons retenu, après étude des dossiers, 100 (cent) malades qui ont répondu en totalité à nos critères de sélection.

1- Répartition selon le sexe et l'âge (Tableau I)

Tableau I

Tranche d'âge	Masculin		Féminin		Total
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%	
6 - 14	4	4%	4	4%	8
15 - 24	6	6%	12	12%	18
25 - 34	9	9%	16	16%	25
35 - 44	4	4%	19	19%	23
45 - 54	7	7%	5	5%	12
55 - 64	5	5%	1	1%	6
65 - 74	3	3%	2	2%	5
> 74	3	3%	0	0	3
Total	41	41%	59	59%	100

Dans l'ensemble, les femmes (59%) souffrent plus que les hommes (41%) de douleur thoracique. Une analyse plus détaillée montre que la prédominance féminine est très nette dans les tranches d'âge jeune. Cette tendance s'inverse à partir de 45 ans où les hommes deviennent majoritaires.

2- Répartition selon l'ethnie (Tableau II)

Tableau II

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	30	30%
Peulh	19	19%
Sarakollé	18	18%
Malinké	16	16%
Minianka	4	4%
Maure	4	4%
Kassonké	3	3%
Sénoufo	2	2%
Ouolof	1	1%
Sonrhäï	1	1%
Bobo	1	1%
Bozo	1	1%
Total	100	100%

Dans notre échantillon nous avons successivement : les Bamanans (30%), les Peulhs (19%), les Sarakolés (18%) et les Malinkés (16%).

Ces 4 ethnies avec 83% dominent largement : ce qui semble en accord avec la structure démographique de Bamako.

3- Répartition selon le lieu de résidence (Tableau III)

Tableau III

Lieu de résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Bamako	80	80%
2ème région	9	9%
1ère région	5	5%
3ème région	3	3%
4ème région	3	3%
Total	100	100%

80% de nos malades résident dans le District de Bamako.
Le reste (20%) se répartit entre les 4 premières régions.

4- Répartition selon la profession (Tableau IV)

Tableau IV

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagères	33	33%
Fonctionnaires	23	23%
Scolaires	12	12%
Sans emploi	10	10%
Artisans	6	6%
Commerçants	5	5%
Cultivateurs	5	5%
Autres	6	6%
Total	100	100%

Les ménagères sont majoritaires avec 33%, suivies des fonctionnaires avec 23%.

12% sont des scolaires (élèves et étudiants).

Et 10% n'ont pas d'emploi (chômeurs et retraités).

N.B. : Autres : non scolarisé, vendeur, manoeuvre, Chauffeur.

Sans emploi : chômeur, retraité

5- Répartition selon le siège de la douleur (Tableau V)

Tableau V

Siège	Effectif absolu	Pourcentage
Médio-thoracique	73	73%
Sous mammaire gauche	15	15%
Basi-thoracique	9	9%
Thoraco-abdominal	3	3%
Total	100	100%

73% des Consultants souffrent de douleur de siège médio-thoracique.
Les autres localisations viennent loin après :

15% pour le siège sous mammaire gauche.

9% pour le siège basi-thoracique,
et 3% pour la localisation thoraco-abdominale.

6- Répartition selon le type de la douleur (Tableau VI)

Tableau VI

Type de douleur	Effectif absolu	Pourcentage
Piqûre	51	51%
Constriction	34	34%
Brûlure	9	9%
Déchirure	6	6%
Total	100	100%

Il ressort de l'étude de ce tableau VI que la douleur à type de piqûre est la plus fréquente (51%) suivie de la douleur à type de constriction avec une fréquence de 34%.

Pour 9% des cas, la douleur est à type de brûlure et dans 6% des cas , elle est à type de déchirure.

7- Répartition selon l'intensité de la douleur (Tableau VII)

Tableau VII

Intensité	Effectif absolu	Pourcentage
Minime	28	28%
Peu intense	56	56%
Intense	16	16%
Total	100	100%

Ce tableau VII montre que dans 56% des cas la douleur est peu intense. Minime pour 28%, elle est intense pour 16% seulement.

8- Répartition selon l'irradiation (Tableau VIII)

Tableau VIII

Irradiation	Effectif absolu	Pourcentage
Sans irradiation	35	35%
Diffuse thoraco abdominale	34	34%
Brachiale	20	20%
Lombaire	11	11%
Total	100	100%

Pour 65% de nos malades se plaignant de douleur thoracique, il y a une notion d'irradiation.

L'irradiation diffuse c'est-à-dire thoraco-abdominale vient en tête avec 34%, suivie de l'irradiation brachiale avec 20%.

Il n'y a pas de notion d'irradiation chez 35% des malades.

9 - Répartition selon la durée de la douleur (Tableau IX)

Tableau IX

Durée de la douleur	Effectif absolu	Pourcentage
Brève (moins de 3 mn)	57	57%
Longue (3 - 10 mn)	32	32%
Très longue (plus 10 mn)	11	11%
Total	100	100%

la durée de la sensation douloureuse est variable dans notre échantillon. 89% de nos malades ont une douleur brève (moins de 3 mn) ou longue

(3 - 10 mn).

Seuls 11% ont une douleur très longue excédant les 10 mn et pouvant durer plusieurs heures.

10- Répartition selon le facteur déclenchant (Tableau X)

Tableau X

Facteur déclenchant	Effectif absolu	Pourcentage
Sans facteur	53	53%
Effort	38	38%
Après alimentation	5	5%
Faim	4	4%
Total	100	100%

Il ressort de l'analyse de ce tableau X que chez 53% des malades, la douleur est spontanée sans facteur déclenchant.

Chez 38% des patients la douleur apparaît à l'effort.

La douleur apparaît après une alimentation à satiété chez 5%, alors que 4% rattachent la leur à la faim.

11- Association facteur de risque en fonction du sexe
(Tableau XI)

Tableau XI

Facteur de risque	Masculin	Féminin	Total
Sans facteur	16%	47%	63%
Tabac	15%	2%	17%
Alcool + tabac	8%	0%	8%
H T A	0%	7%	7%
Autres excitants (thé - cola)	1%	3%	4%
Alcool	1%	0%	1%
Diabète	0%	0%	0%
Total	41%	59%	100%

La très grande majorité des femmes (79,66%) n'ont aucun facteur de risque alors que les hommes (60,97%) en ont au moins un.

12- Répartition selon les antécédents (Tableau XII)

Tableau XII

Antécédent	Effectif absolu	Pourcentage
Cardiologique	45	45%
Digestif	18	18%
Sans antécédent	18	18%
Chirurgicaux	11	11%
Pulmonaire	8	8%
Total	100	100%

Ce sont les anciens malades de la sphère cardio-respiratoire qui consultent le plus. C'est ainsi que 53% ont un passé cardio-respiratoire. 18% un antécédent digestif et 11% un antécédent chirurgical. Les malades sans antécédent médico-chirurgical ne représentent que 18% de l'effectif total.

13- Fréquence des symptômes accompagnant la douleur
(Tableau XIII)

Tableau XIII

Symptômes	Effectif absolu	Pourcentage
Toux	1	1%
Hypersudation	1	1%
Trouble digestif	3	3%
Vertige	6	6%
Sans signe	7	7%
Dyspnée	11	11%
Palpitation	21	21%
Associations symptomatiques	50	50%
Total	100	100%

La quasi-totalité de nos malades (93%) ont au moins un signe d'accompagnement allant de la simple toux à l'hypersudation et aux vertiges.

Les symptômes cardio-vasculaires isolés (dyspnée et palpitation) sont les plus fréquemment rencontrés.

Mais l'association polysymptomatique avec 50% des cas reste majoritaire

13- Répartition selon l'examen physique (Tableau XIV)

Tableau XIV

Résultat examen physique	Normal	Anormal	Total
Coeur et vaisseaux	54%	46%	100
Poumons	86%	14%	100
Abdomen et viscères	89%	11%	100

A l'examen physique :

- des anomalies cardio-respiratoires sont retrouvées dans 60% des cas. Il s'agit de la présence de :

- * troubles du rythme,
- * bruits anormaux, de souffles,
- * différentes associations,
- * râles crépitants et sibilants et un silence respiratoire.

- chez 11% des malades une anomalie viscérale, essentiellement une hépatomégalie, est notée.

15- Répartition selon l'aspect radiologique (Tableau XV)

Tableau XV

Résultat radiologique	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	59	59%
Cardiomégalie	31	31%
Suspicion d'épanchement péricardique	4	4%
Opacité + épanchement pleural	3	3%
Epanchement pleural	2	2%
Kyste pleuro-périardique	1	1%
Total	100	100%

Tous nos malades ont eu une radiographie standard de face.
Chez 59% des malades aucune anomalie radiologique n'apparaît.
Le cliché est anormal chez 41%. Il s'agit :

- de gros coeur chez 31 malades,
- d'épanchement péricardique chez 4 malades,
- et un foyer pleuro-parenchymateux chez 5 malades.

16- Répartition selon l'aspect électrique (Tableau XVI)

Tableau XVI

Résultat E C G	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	55	55%
HVG	10	10%
Trouble de la répolarisation	10	10%
HVG + HAG	8	8%
Trouble du rythme	6	6%
Nécrose évolutive	5	5%
Microvoltage	4	4%
HVD	2	2%
Total	100	100%

L'E C G a été fait systématiquement chez tous nos malades.

45% d'entre eux ont une anomalie électrique .

Les plus fréquentes sont une hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) et un trouble de la répolarisation avec une fréquence de 10% chacun.

Chez 55%, l'ECG ne présente aucune anomalie.

N.B : Il y a une grande ressemblance entre les résultats de la radiographie et ceux de l'ECG tout au moins dans leur composante normale.

17- Fréquence selon l'aspect échocardiographique

(Tableau XVII)

Tableau XVII

Résultat échocardiographique	Effectif absolu	Pourcentage
Valvulopathie	12	32,43%
Normal	7	18,92%
Cardiomyopathie dilatée et anomalie de la cinétique	5	18,2%
Prolapsus de la valve mitrale	4	10,81%
Epanchement péricardique	4	10,81%
Anomalie de la cinétique segmentaire	4	10,81%
Cardiopathie congénitale	1	2,70%
Total	37	100%

Seuls 37 de nos patients ont eu un échocardiogramme. Il est normal chez 7 d'entre eux.

Il est perturbé dans la majorité des cas avec comme lésion dominante les atteintes valvulaires (12 cas) suivie de cardiomyopathie dilatée et d'anomalie de la cinétique (5 cas). Ailleurs, il s'agit de prolapsus de la valve mitrale (4 cas), d'épanchement péricardique (4 cas), d'anomalie de la cinétique segmentaire (4 cas) et d'un cas de cardiopathie congénitale.

18- Répartition selon les résultats de l'endoscopie
oeso-gastro-duodénale (Tableau XVIII)

Tableau XVIII

Résultat endoscopie	Effectif absolu	Pourcentage
Normale	7	53,85%
Gastrite	5	38,46%
Ulcère duodéal	1	7,69%
Total	13	100%

Seulement 13 de nos malades ont eu une endoscopie oeso-gastro-duodénale. Elle est normale chez 7 malades. Chez 5 malades, elle retrouve une gastrite et un ulcère duodéal chez 1 patient.

19- Répartition des cas selon les diagnostics retenus
(Tableau XIX)

Tableau XIX

Diagnostics retenus	Effectif absolu	Pourcentage
Sans affections apparentes	42	42%
Valvulopathie	18	18%
Cardiopathie schémique	9	9%
H T A	7	7%
Cardiomyopathie en I C	5	5%
Gastrite	5	5%
Pleuro -pneumopathie	5	5%
Prolapsus de la valve mitrale	4	4%
Péricardite	4	4%
Jlcère duodéal	1	1%
Total	100	100%

L'observation de ce tableau montre que 18% des malades ont une valvulopathie, 9% une cardiopathie ischémique, 4% une péricardite, 4% un prolapsus de valve.

Dans l'ensemble, seuls 47% des patients ont une affection cardiovasculaire alors que les 53% n'en ont aucune.

20- Corrélation entre le siège de la douleur et les diagnostics retenus (Tableau XX)

Tableau XX

Diagnostics retenus	Siège			
	Médico-thoracique	Sous-mammaire gauche	Basi-thoracique	Thoraco-abdominal
Sans affections apparentes	28%	9%	3%	2%
Valvulopathie	14%	3%	1%	0
Cardiopathie ischémique	7%	1%	1%	0
HTA	5%	2%	0	0
Cardiomyopathie en IC	4%	0	1%	0
Gastrite	4%	0	1%	0
Pleuro-pneumopathie	4%	0	1%	0
Prolapsus de la valve mitrale	4%	0	0	0
Péricardite	3%	0	0	0
Ulcère duodéal	0	0	0	1%
Total	73%	15%	9%	3%

La corrélation entre l'étiologie et le siège de la douleur est très aléatoire. C'est ainsi que la douleur est médio-thoracique dans la presque totalité des cas et quelque soit le diagnostic. Cependant, il est à remarquer que les cardiopathies ischémiques siègent électivement en médio-thorax.

21- Corrélation entre le type de douleur et les diagnostics retenus (Tableau XXI)

Tableau XXI

Diagnostics retenus	Types			
	Piqûre	Constriction	Brûlure	Déchirure
Sans affections apparentes	28%	8%	4%	2%
Valvulopathie	8%	8%	1%	1%
Cardiopathie ischémique	1%	5%	1%	2%
HTA	4%	2%	1%	0
Cardiomyopathie en IC	3%	2%	0	0
Gastrite	3%	0	2%	0
Pleuro-pneumopathie	3%	2%	0	0
Prolapsus de la valve mitrale	0	3%	0	1%
Péricardite	0	4%	0	0
Ulcère duodénal	1%	0	0	0
Total	51%	34%	9%	6%

Dans 28 cas sur 51, la douleur thoracique sous forme de piqûre ne correspond à aucune pathologie déterminée. Si l'on s'intéresse aux cardiopathies ischémiques classiquement douloureuses, seul 1 cas est retrouvé dans le lot.

Dans le cas de la constriction, seuls 10 malades sur 34 n'ont pas d'affection cardiovasculaire. Dans ce groupe de 24 malades, 12 ont une affection cardio-vasculaire classiquement douloureuse.

Dans les cas de brûlure, de déchirure, les affections cardio-vasculaires sont dominantes.

Dans l'ensemble, les douleurs sous forme de piquêre (51 cas) n'intéressent que très exceptionnellement le système cardio-vasculaire. Dans tous les autres cas, une pathologie cardio-vasculaire est présente le plus souvent.

22- Corrélation entre l'intensité de la douleur et les diagnostics retenus (Tableau XXII)

Tableau XXII

Diagnostics retenus	Intensité		
	Minime	Peu intense	Intense
Sans affections apparentes	21%	21%	0
Valvulopathie	2%	14%	2%
Cardiopathie schémique	0	1%	8%
H TA	3%	4%	0
Cardiomyopathie en IC	0	4%	1%
Gastrite	2%	3%	0
Pleuro-pneumopathie	0	3%	2%
Prolapsus de la valve mitrale	0	3%	1%
Péricardite	0	2%	2%
Ulcère duodénal	0	1%	0
Total	28%	56%	16%

L'intensité de la douleur aussi subjective soit-elle, reste très suggestive de la pathologie sous-jacente.

C'est ainsi que dans les douleurs d'intensité minime ou peu intense représentant 84% des modes d'expression, seuls 5 cas d'affections

cardiovasculaires classiquement douloureuses sont retrouvés. Par contre pour le mode **"intense"** représentant 16% des cas, les atteintes cardiovasculaires douloureuses sont en très grande majorité avec 68,75%. C'est dire que l'intensité de la douleur peut représenter un élément subjectif certes, mais quand même un bon élément d'orientation vers le diagnostic étiologique de la douleur.

23- Corrélation entre l'irradiation de la douleur et les diagnostics retenus (Tableau XXIII)

Tableau XXIII

Diagnostics retenus	Irradiation			
	Sans-irradiation	Diffuse thoracique abdominale	Brachiale	Lombaire
Sans affections apparentes	14%	13%	11%	4%
Valvulopathie	4%	10%	2%	2%
Cardiopathie ischémique	1%	1%	7%	0
HTA	4%	2%	0	1%
Cardiomyopathie en I C	2%	3%	0	0
Gastrite	2%	1%	0	2%
Pleuro-pneumopathie	4%	0	0	1%
Prolapsus de la valve mitrale	1%	2%	0	1%
Pericardite	2%	2%	0	0
Ulcère duodénal	1%	0	0	0
Total	35%	34%	20%	- 11%

Si 65% des patients ont une irradiation douloureuse, 35% d'entre eux

n'en ont aucune et cela en dépit de certaines affections reconnues comme ayant une tendance à irradier.

Les irradiations, lorsqu'elles existent, sont indicatives dans les affections spécifiques. C'est ainsi que les douleurs des cardiopathies ischémiques irradient électivement au bras, les douleurs gastriques sont diffuses mais aussi vont dans le dos, les douleurs péricardiques restent diffuses thoraco-abdominales.

24- Corrélation entre la durée de la douleur et les diagnostics retenus (Tableau XXIV)

Tableau XXIV

Diagnostics retenus	Durée		
	Brève moins de 3 mn	Longue (3 - 10 mn)	Très longue (plus de 10 mn)
Sans affections apparentes	33%	7%	2%
Valvulopathie	8%	9%	1%
Cardiopathie ischémique	2%	2%	5%
HTA	5%	2%	0%
Cardiomyopathie en I C	2%	2%	1%
Gastrite	3%	2%	0
Pleuro-pneumopathie	2%	2%	1%
Prolapsus de la valve mitrale	1%	2%	1%
Péricardite	0	4%	0
Ulcère duodéal	1%	0	0
Total	57%	32%	11%

- 57 de nos malades ont de brèves douleurs. On retrouve parmi eux 2 cas de cardiopathie ischémique, 3 cas de gastrite, 2 pleuro-pneumopathies,

1 ulcère. Il faut noter que 33 de ces malades n'ont aucune pathologie susceptible d'expliquer la douleur.

· 32 malades ont une douleur de longue durée. Cette durée de la douleur peut être l'expression de toutes les pathologies rencontrées au cours de notre étude sauf l'ulcère dont nous n'avons récolté qu'un seul cas.

· Les douleurs très longues restent l'apanage d'affections diverses mais surtout de cardiopathies ischémiques qui représentent 5 cas sur 11.

25- Evolution selon les diagnostics retenus (Tableau XXV)

Tableau XXV

Diagnostics retenus	Evolution	
	Favorable	Décès
Sans affections apparentes	42%	0
Valvulopathie	17%	1%
Cardiopathie ischémique	8%	1%
HTA	7%	0
Cardiomyopathie en IC	4%	1%
Gastrite	5%	0
Pleuro-pneumopathie	5%	0
Prolapsus de la valve mitrale	4%	0
Péricardite	3%	1%
Ulcère duodéal	1%	0
Total	96%	4%

L'évolution est favorable chez nos 42 malades n'ayant aucune affection apparente. Nous n'avons enregistré aucun décès dans le groupe.

Parmi les 58 malades ayant un diagnostic étiologique nous enregistrons 4 décès tous imputables à des affections cardio-vasculaires.

B- Douleurs thoraciques cardio-vasculaires

1- Répartition de la douleur thoracique cardio-vasculaire (Tableau I)

Tableau I

Diagnostics retenus	Effectif absolu	Pourcentage
Cardiopathie ischémique	9	52,94%
Péricardite	4	23,53%
Prolapsus de la valve mitrale	4	23,53%
Total	17	100%

Sur les 100 malades de notre échantillon, 17 patients seulement ont une atteinte cardiaque responsable de douleur thoracique.

Chez 9 malades, il s'agit de cardiopathie ischémique, de péricardite dans 4 cas, de prolapsus de la valve mitrale dans 4 cas.

2- Répartition selon l'âge et le sexe (Tableau II)

Tableau II

Tranche d'âge	Masculin		Féminin		TOTAL	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
6 - 14	1	5,88%	1	5,88%	2	11,76%
15 - 24	0	0%	2	11,76%	2	11,76%
25 - 34	1	5,88%	0	0%	1	5,88%
35 - 44	0	0%	2	11,76%	2	11,76%
45 - 54	4	23,53%	0	0%	4	23,53%
55 - 64	2	11,76%	0	0%	2	11,76%
65 - 74	1	5,88%	1	5,88%	2	11,76%
> 74	2	11,76%	0	0%	2	11,72%
TOTAL	11	64,71%	6	35,29%	17	100%

La prédominance masculine est manifeste avec 64,71% contre 35,29% pour le sexe féminin.

La tranche d'âge de 45-54 ans est la plus touchée avec 23,53%.

L'âge moyen est de 46 ans, ce qui est aussi celui des coronariens.

Le ratio : 1,83.

3- Répartition selon la profession (Tableau III)

Tableau III

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagères	4	23,53%
Fonctionnaires	4	23,53%
Scolaires	1	5,88%
Sans emploi	5	29,41%
Artisans	0	0%
Cultivateurs	1	5,88%
Commerçants	0	0%
Autres	2	11,77%
Total	17	100

Les sans emploi occupent la première place avec 29,41%, suivis des ménagères et fonctionnaires à proportion égale de 23,53%.

4- Répartition selon le siège de la douleur (Tableau IV)

Tableau IV

Siège	Effectif absolu	Pourcentage
Médio-thoracique	14	82,35%
Sous-mammaire gauche	1	5,88%
Basi-thoracique	2	11,77%
Thoraco-abdominal	0	0%
Total	17	100

Chez 82,35% la douleur est de siège médio-thoracique. Les sièges sous-mammaire gauche et basi-thoracique sont également représentés avec une proportion respective de 5,88% et 11,77%.

5- Répartition selon le type de la douleur (Tableau V)

Tableau V

Type	Effectif absolu	Pourcentage
Piqûre	1	5,88%
Constriction	12	70,59%
Brûlure	1	5,88%
Déchirure	3	17,65%
Total	17	100

Chez 70,59 des malades, la douleur est à type de constriction. Les autres types sont représentés à un faible taux.

6- Répartition selon l'intensité de la douleur (Tableau VI)

Tableau VI

Intensité	Effectif absolu	Pourcentage
Minime	0	0
Peu intense	6	35,29%
Intense	11	64,71%
Total	17	100

La douleur est intense chez 11 malades, et peu intense chez 6 malades.

7- Répartition selon l'irradiation de la douleur (Tableau VII)

Tableau VII

Irradiation	Effectif absolu	Pourcentage
Sans irradiation	4	23,53%
Thoraco-abdominale	5	29,41%
Brachiale	7	41,18%
Lombaire	1	5,88%
Total	17	100%

L'irradiation est brachiale dans 41,18% des cas et thoraco-abdominale dans 29,41%.

Chez 23,53% des malades la douleur est sans irradiation.

8- Répartition selon la durée de la douleur (Tableau VIII)

Tableau VIII

Durée	Effectif absolu	Pourcentage
Brève (moins 3 mn)	3	17,65%
Longue (3 - 10 mn)	8	47,06%
Très longue (plus 10 mn)	6	35,29%
Total	17	100

Dans 47,06% des cas, la douleur est longue (3-10 mn) et 35,29% souffrent plus longtemps (plus de 10 mn).

Chez 17,65% la douleur est brève (moins de 3 mn).

9- Répartition des facteurs de risque en fonction du sexe (Tableau IX)

Tableau IX

Facteurs de risque	Masculin	Féminin	Total
Sans facteur	3	5	8
Tabac	3	0	3
Tabac + alcool	5	0	5
H T A	0	1	1
Autres excitants (thé-café-cola)	0	0	0
Alcool	0	0	0
Diabète	0	0	0
Total	11	6	17

Ce tableau montre que 8 malades sont sans facteur de risque.

La majorité des hommes a au moins un facteur de risque (8 cas sur 11).

10- Répartition selon le facteur déclenchant (Tableau X)

Tableau X

Facteur déclenchant	Effectif absolu	Pourcentage
Sans facteur	6	35,29%
Effort	11	64,71%
Après alimentation	0	0
Faim	0	0
Total	17	100

Les malades sans facteur déclenchant ne représentent que 35,29%.
La douleur est reliée à l'effort chez 64,71%.

11- Répartition suivant l'évolution (Tableau XI)

Tableau XI

Evolution	Effectif absolu	Pourcentage
Favorable	15	82,24%
Défavorable	2	11,76%
Total	17	100

Sous traitement spécifique, l'évolution a été favorable dans 15 cas.
Nous avons enregistré 2 cas de décès.

NB : Les deux autres décès cardiovasculaires enregistrés au cours de l'étude ne sont pas douloureux classiquement. Il s'agit d'une cardiomyopathie et d'une valvulopathie (voir tableau XXV).

V- COMMENTAIRE ET DISCUSSION



Commentaire et discussion

De janvier 1991 à décembre 1991 dans le service de cardiologie de l'hôpital du Point G, 1384 malades ont été vus pour douleur thoracique seule ou associée à d'autres symptômes.

Durant la même période, nous avons reçu à nos consultations 3 397 malades, soit une fréquence de 40,74 % de douleur thoracique.

Seuls 100 malades ont été l'objet de notre étude, car beaucoup de patients initialement recrutés n'ont pas pu supporter le coût des examens complémentaires.

La douleur thoracique est un symptôme très fréquent.

Cette particulière fréquence a déjà été soulignée par Froment (13-21) en 1962, qui estimait que 30% des consultants étaient vus pour douleur thoracique. Ce taux est inférieur à celui de notre étude.

Tout consultant pour douleur thoracique est retenu dans notre protocole, quelque soit son âge, ce qui explique la représentation de toutes les tranches d'âge. L'âge moyen est de 36 ans dans l'ensemble, mais est de 46 ans pour la douleur thoracique cardio-vasculaire.

La distribution selon l'âge et le sexe a permis de noter une prédominance féminine 59%, et qui devient masculine à partir de la tranche d'âge 45 -54 ans.

Ceci est probablement en rapport avec une étiologie cardiaque, d'autant plus que nous ne recrutons pratiquement pas de pathologie cardiaque responsable de la douleur chez les sujets d'âge inférieur ou égal à 30 ans.

Nous rappelons que la cardiopathie ischémique est une pathologie de l'adulte masculin de la 5 - 6e décade en général.

La prédominance féminine est présente également dans notre pratique médicale quotidienne, où nous observons plus de femmes, le plus souvent atteintes de dystonie neurovégétative ou de névrose cardiaque. Cette observation a été faite par Da Casta en 1817, et également par JULLIEN en 1985 (16) qui signale une prédominance nette de névrose cardiaque chez les femmes avec une fréquence de 60%.

Pour Verbanck (27) les douleurs thoraciques "**angor like**" sont en rapport avec des troubles paniques méconnus. Elles surviennent surtout chez des sujets jeunes de moins de 30 ans et de surcroît de sexe féminin.

La répartition ethnique n'offre aucune particularité et est en accord avec la distribution démographique de Bamako.

La majorité de nos malades résident à Bamako et Koulikoro, plus proches de l'hôpital du Point G.

Les ménagères prédominent dans notre échantillon parce que victimes d'un fort taux de chômage, de déperdition scolaire et de problèmes sociaux.

La cardiopathie ischémique atteint surtout les gens de statut économique aisé.

L'interrogatoire est fondamental dans le but de caractériser la douleur notamment la localisation, le type, la durée, l'irradiation, l'intensité et les symptômes associés.

Le siège médio-thoracique de la douleur est dominant avec 73%, et présent dans tous les diagnostics retenus.

La douleur à type de piqûre est la plus décrite avec 51% et n'est le propre d'aucune pathologie. Nous constatons que la douleur à type de constriction est plus décrite dans la cardiopathie ischémique.

Une notion d'irradiation existe chez 67% de nos malades sans spécificité pathologique. L'irradiation brachiale, apanage de la cardiopathie ischémique est retrouvée dans d'autres affections non cardio-vasculaires.

La douleur dure moins de 3 minutes chez 57% des patients.

Nous n'observons pas de corrélation franche entre ces caractères et l'existence d'une étiologie.

L'intensité de perception douloureuse est subjective et sa classification pose des problèmes, car d'une part le malade ne dispose pas d'échelle de mesure et d'autre part il n'existe toujours pas de corrélation entre l'intensité douloureuse et la sévérité lésionnelle (23). La douleur thoracique est peu intense dans 56% des cas. Elle est très intense dans 16% des cas. Malgré la subjectivité de l'intensité, nous observons qu'une douleur très intense oriente vers une affection cardio-vasculaire douloureuse.

Pour la répartition des facteurs de risque, le sexe masculin prédomine avec 67,57%. Cette fréquence concorde avec notre milieu social où rares sont les interdits pour les hommes contrairement aux femmes. Il est primordial de noter l'importance de la consommation tabagique (15 cas sur 25), une association de facteur de risque est notée dans 8 cas (tous des hommes).

47% des malades ont un facteur déclenchant de la douleur. Il s'agit essentiellement de l'effort avec 38%. 53% des malades sont sans facteur.

Un passé cardio-vasculaire est retrouvé chez 53% des malades car ce sont les anciens malades du service qui consultent le plus.

L'association polysymptomatique est majoritaire avec 50% des cas. Les symptômes cardio-vasculaires isolés à type de dyspnée et palpitation sont rencontrés avec une fréquence respective de 11% et 21%.

Pour l'examen physique nous notons une anomalie cardio-respiratoire dans 60 cas. Ce sont toujours les anciens malades du service.

Pour l'examen radiologique nous notons 41 cas d'anomalies dont la cardiomégalie est largement représentée avec 31 cas.

Chez 45% des malades, le tracé électrique est perturbé. L'hypertrophie ventriculaire gauche et le trouble de la repolarisation viennent en premier lieu avec une fréquence de 10% chacun.

L'échographie cardiaque n'a été faite que chez 37 malades dont 30 cas révèlent une anomalie.

13 malades, seulement ont bénéficié de l'endoscopie oesogastro-duodénale, qui montre une anomalie chez 6 malades (5 gastrites et 1 ulcère).

L'échocardiographie et l'endoscopie oesogastro-duodénale n'ont pas été faites chez tous les malades à cause d'une part du faible niveau de vie économique, de la peur du malade et d'autre part à cause des manques techniques. C'est surtout sur orientation étiologique que ces examens ont été demandés.

Sur le plan étiologique, 47 patients ont une affection cardio-vasculaire contre 53 patients sans atteinte cardiaque. Parmi les 47 malades, 17 seulement ont une affection cardiaque classiquement douloureuse. Il s'agit de cardiopathie ischémique (9 cas), péricardite (4 cas) et de prolapsus de la valve mitrale (4 cas).

Dans nos observations, la douleur thoracique non étiquetée vient en première position avec 42%, qui est supérieur aux valeurs données par Askenasie (2) 38% et Diarra (9) 14,4%. Tous ces malades ont un dénominateur commun qui est l'anxiété.

Nous recrutons également un faible pourcentage d'ulcère duodéal, 1 cas soit 7,62%, noté aussi par Maïga (19) avec 1 cas soit 1,8% de douleur thoracique.

Chez 5%, un diagnostic de pleuro-pneumopathie a été retenu.

Dans de nombreux travaux faits sur les cardiopathies classiquement douloureuses, notamment la cardiopathie ischémique et la péricardite, la douleur thoracique demeure le symptôme essentiel de découverte orientant vers le diagnostic cardiaque. Cette fréquence varie selon les auteurs.

Pour la cardiopathie ischémique, dans notre étude, le chiffre est de 52,94%. Ce qui rejoint les observations faites par Camara (7) 62%, Touré (26) 26,2%, Théra (25) 63,33% au Mali, 78% pour Dutoit (11) en France, et 52% pour Bouramoué (4) au Congo.

Pour la péricardite, nous avons obtenu un pourcentage de 23,53%, faible par rapport à celui obtenu par Bâ (3) 64,51% et Ducam (10) 65% au Mali, Malu (18) 94,1% en France, Serme (24) 94,6% à Ouagadougou.

La douleur thoracique est certes le signe révélateur le plus important des affections cardio-vasculaires classiquement douloureuses, mais elle est sans étiologie le plus souvent attribuée à des troubles psychosomatiques ou d'autres affections non cardiaques.

Il existe bien d'autre cause de douleur thoracique, dont nous ne parlons pas, car n'apparaissant pas dans notre échantillon.

VI- CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DOULEUR THORACIQUE

Conduite à tenir devant une douleur thoracique

La douleur est une plainte fonctionnelle courante à nos consultations, comme le présent travail l'atteste. Son approche parfois difficile peut être facilitée par :

- un interrogatoire poussé pour préciser les antécédents, les facteurs de risque, les caractères de la douleur et les signes connexes ;
- un examen physique cardio-respiratoire, mais également des autres organes ;
- et enfin, des examens complémentaires en fonction de l'orientation étiologique.

C'est ainsi que :

1- Une douleur médiothoracique antérieure, constrictive, angoissante, irradiant vers la mâchoire et le bras gauche, de durée brève, survenant à l'effort et imposant son arrêt, intense, avec un examen cardiaque physiologique, fait penser à une ischémie coronaire. La confirmation repose sur le tracé électrique fait en urgence.

Une douleur ayant les mêmes caractères mais de durée plus prolongée, souvent nocturne, à irradiation plus étendue, très intense, évoque une nécrose myocardique, qui sera confirmée par l'électro-cardiogramme, les dosages enzymatiques.

Une douleur médiane, à type de pesanteur, sans irradiation spécifique, de durée prolongée, d'intensité variable avec les mouvements respiratoires, ayant des positions antalgiques, chez un patient fébrile oriente vers une péricardite, dont l'auscultation d'un frottement enlève tout doute.

N'importe lequel de ces tableaux impose le transfert du patient dans le service de cardiologie pour sa prise en charge.

2- Une douleur thoracique localisée, à type de point de côté, sans irradiation, exagérée par les mouvements respiratoires, chez un patient dyspnéique et fébrile, évoque plus une atteinte pleuro-pulmonaire que cardiaque. La confirmation sera faite par l'examen physique cardio-respiratoire et un cliché pulmonaire.

3- une douleur médio-thoracique, à type de brûlure, rythmée par les repas, à irradiation diffuse le plus souvent vers le dos, avec éructation, régurgitation ou pyrosis et un examen physique cardio-respiratoire normal, oriente vers une étiologie digestive.

4- une douleur thoracique sans siège fixe, à type de piquûre le plus souvent, sans irradiation spécifique, d'intensité variable, de durée brève, chez un patient anxieux, multifonctionnel, avec un examen physique physiologique évoque une atteinte psychosomatique.

5- toute douleur thoracique localisée pouvant être reproduite par la pression ou les mouvements n'est pas d'origine cardiaque, mais pariétale.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion et recommandations

Cette étude s'est déroulée dans le service de cardiologie du Professeur TOURE, sur une période de 12 mois.

100 malades ont été retenus sur 1 384 patients consultant pour douleur thoracique.

La douleur thoracique est donc un motif fréquent de consultation en cardiologie, rarement due à une étiologie cardiaque.

Dans notre étude, seulement 17% ont une affection cardiaque responsable de la douleur.

Il s'agit en fait d'un symptôme subjectif dont l'évaluation est difficile.

Elle impose une démarche rigoureuse avec un interrogatoire complet, un examen physique cardio-respiratoire et général, et des explorations complémentaires en fonction de l'orientation étiologique. C'est à ce prix que la recherche étiologique sera fructueuse.

A propos rappelons l'apport inestimable de l'échocardiographie tant au plan diagnostic que thérapeutique, même si des insuffisances sont apparues :

- notre appareil est multifonctionnel donc surexploité avec des pannes fréquentes ;
- le coût de l'examen est prohibitif (6 750 F) par rapport au revenu moyen ;
- ils ne sont que deux (2) opérateurs et ne disposent que de 2 rotations hebdomadaires à la machine.

L'envahissement actuel du service de cardiologie sera certainement réduit par une sélection rigoureuse des malades par un premier tri opéré par les médecins généralistes.

A l'étape de la prise en charge des douleurs thoraciques cardiaques, le transfert du patient dans le service de cardiologie est souhaité, service dont l'équipement en infrastructure et personnel s'impose aujourd'hui avec une acuité particulière.

Notre étude n'a pas la prétention d'être complète.

Nous souhaiterions une amélioration de nos moyens d'investigation permettant ainsi une étude approfondie sur la douleur thoracique.

-

VIII-BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

- 1- Alpert M. A ; Mukerji- V ; Sabeti M ; Russel - JL ; Beitman G. D. - Mitral valve prolapsus, panic disorder, and chest pain - Med-clin - North Am. 1991 Sept ; 75 (5) : 1119 - 33
- 2- Askenasie R. . - les urgences cardiologiques : la douleur thoracique dans Manuel de médecine d'urgence, situations, attitudes thérapeutiques, pharmacologie. - Paris, 1985, 2e édit; p 43-49.
- 3- Bâ N. - Contribution à l'étude des péricardites en milieu hospitaliers bamakoïses (à propos de 31 cas). - thèse Méd. 1977, Bamako, 98 p N° 20
- 4- Bouramou C, N'koua JL ; Exaba J. . - cardiopathies ischémiques en République Populaire du Congo, études des 1er cas - Cardiol - tropic, 1980 - 6 (17).
- 5- Bourdanas JP. . - les douleurs thoraciques : les signes fonctionnels cardiaques dans Traité de médecine interne. - Pierre Godeau, Tome1, 2e édit, p 550 - 560.
- 6- Braunwold E - Douleurs thoraciques dans principes de médecine interne Harrisson T.R. - Paris, 1975, Tome I p 25 - 31.
- 7- Camara K. . - Cardiopathies ischémiques en Rép. du Mali. Etude de 45 cas observés à l'hôpital du Point G. - Thèse Méd. - 1982, Bamako 62 p, N° 31
- 8- Coataniec G. - L'angine de poitrine. - La pratique médicale - Paris, 1988 ; p 13 - 18
- 9- Mme Diarra A. S. - Contribution à l'étude des plaintes somatiques masquant les troubles psychique en médecine interne à l'hôpital du Point G. (à propos de 90 cas cliniques). Thèse Méd. 1989 - Bamako; p 151, N° 63.
- 10- Ducam H ; Bâ N ; Duflo B ; Ag Rhaly A et Touré M.K. - A propos de 36 cas de péricardites observés chez l'adulte à Bamako. - Cardiologie Tropicale 1978, 4 (15) , p 145 - 151
- 11- Dutoit A ; Mahien G ; Petit A ; Gabaret P ; Jacquemart T ; Rihani R; Graux P ; Cornaert P ; Groicel L. - Myocardial infarctus in patient aged 70 years and over - Ann Cardiol - Angeiol - Paris, 1990 sept, 39 (7) ; p 403 - 9

- 12- Flammang D, Waynberger M. - Angine de poitrine - Douleurs thoraciques. - EMC, France, urg, 24112 A 10, 1er édit, 7-1987 C, 5p.
- 13- Froment R. - Précis de clinique cardio-vasculaire. - Masson et cie, édit, Paris, 1962.
- 14- Guerot CL. - Infarctus du myocarde. - E. M.C, France, urg, 24112 A20, 4-1987, 17 p.
- 15- Hallali P. - Péricardites aiguës et épanchements non inflammatoires du péricarde. - E.M.C, France, coeur-vaisseaux, 11015 A 10, 7 1988, 16 p
- 16- Jullien JL ; Jullien-Maheï N. - Manifestations fonctionnelles cardio vasculaire simulant une affection cardio-vasculaire. - E.M.C, France, coeur-vaisseaux, 11037 A 10, 5 - 1985, 6 p .
- 17- Lellouche D; Benhoïem-Sigaux N ; Palsky E. - Dissection de l'aorte. - E.M.C, France, coeur vaisseau, 11311 A 10, 5 ; 1985.
- 18- Malu K. - Péricardite et syndrome d'immuno-déficience acquise. - Arch, Mal, coeur, Paris, 1988, 2(87),p 207- 211.
- 19- Maïga B. - Ulcères duodénaux à Bamako, aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, biologiques et économiques (a propos de 55 cas). - Thèse méd 1988, Bamako, N° 40.
- 20- Marullo S; Squara P, Ranco P. - Cardiologie et pathologie vasculaire. - D.C.E.M Médecine, France, 1987, 3 .
- 21- Morand Ph, Einas ch, Gibelin P Caussement A. - Interrogatoire et examen du cardiaque. - Editions techniques, - E.M.C, France, cardiologie - Angiologie, 11001 L 10, 1991, 13 p.
- 22- Penther.Ph. - prolapsus valvulaire mitrale. - E.M.C, France, coeur-vaisseaux 11010 A 40, 12- 1984, 10P
- 23- Quymi A.A. - Existe -t-il une relation entre l'intensité des douleurs précordiales et la sévérité de l'atteinte coronarienne ? . - Act. Med. Int - Angiologie (2), N° 23 Oct 1983 : p 538-540.
- 24- Serme D; Iengani A Ouandaogo J B. - Péricardites aiguës de l'adulte à Ouagadougou : aspects cliniques et étiologiques de 37 cas.- cardiologie tropicale, 1991, 17 (68).

25- Thera ALF. - Cardiopathies ischémiques : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs à propos de 30 cas observés à l'hôpital du point G.- thèse Méd, Bamako, 1989, n° 36.

26- Touré MK et coll. - Les cardiopathies ischémiques en Rép du Mali : aperçu de son importance en Afrique. - Mali Medical 1985. VIII, 1 - 2 ; P25- 29.

27- Verbanck P; Sternon J; . - Alarming chest pains in the young adult : a propos of a case. - Rév-Med-Brux, 1991 mar; 12(3): P 95-100.

Les douleurs thoraciques

I. Identité

Nom :

Age :

Sexe :

Adresse :

Ethnie :

Profession :

II. Motif de consultation et caractères de la douleur

III. Antécédents

- Cardio-vasculaires :

- Pleuro-pulmonaires :

- Digestifs :

- Autres :

IV. Examen physique

- Cardio-vasculaires :

- Poumons :

- Abdomen et viscères :

- Autres :

- Osteo articulaire thorax

V. Hypothèses diagnostiques

VI. Examens complémentaires

- Radio :

- E C G :

- Echo :

- Fibroscopie :

- Sanguins :

- Urinaires :

- Selles :

- Autres :

VII. Diagnostic

VIII. Traitement et évolution

FICHE SIGNALITIQUE

TITRE : Les douleurs thoraciques en consultation cardiologique.

AUTEUR : Mademoiselle Youma SALL

ANNEE : 1992

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine
et Pharmacie - BP 1805 Bamako - MALI

Secteur d'intérêt : Douleur thoracique cardiaque et non cardiaque

Résumé :

Une étude prospective d'une année a été effectuée au service de cardiologie de l'hôpital du Point G à Bamako, sur les douleurs thoraciques (1 384 malades pendant cette période), 3 394 malades ont été enregistrés à la même époque.

La fréquence de la douleur thoracique est estimée à 40,74%. 100 patients ont été retenus pour l'étude.

Nous remarquons une prédominance féminine qui devient masculine à partir de la quarantaine.

Nous ne constatons presque pas d'étiologie cardio-vasculaire chez les sujets jeunes de moins de 30 ans. La douleur thoracique d'origine cardio-vasculaire n'est retrouvée que chez 17% des patients ayant fait l'objet de l'étude.

Aucune affection cardio-vasculaire n'est retrouvée chez 53% des patients.

Mots clef : Douleur thoracique, cardiopathie ischémique
péricardite, prolapsus de la valve mitrale.

SUMMARY

A study of one year has been carried out in the cardiology department of Point-G. hospital in Bamako about chest pains (1 384 patients during this period)

3 394 patients have been recorded at the same time.

The frequency of chest pain is estimated to 40,74%.

100 patients have been retained. We observe a feminine prevalence which become masculine from about forty.

We scarcely don't observe a cardiovascular cause among the young subjects under 30 years old.

The chest pain caused by cardiovascular disease is found to 17% of patients of the study.

No cardiovascular disease to the 53% of patients.

Clue words : Chest pain, ischemic heart disease, pericarditis, mitral valve prolapse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, 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 un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans 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 moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.