

Ministère de l'Enseignement,
Supérieure et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET

D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2010 – 2011

Thèse N°

THESE

**ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DES THESES
REALISEES EN CARDIOLOGIE DE 1998 A 2008**

Présentée et soutenue le...30/07/2011 devant la **Faculté de médecine
de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

PAR M^{ME} FATOUMATA MAMADOU KANTE

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENTE : Professeur SIDIBE ASSA TRAORE

MEMBRE : Professeur KASSOUM SANOGO

CODIRECTEUR : Professeur MAMADOU BOCARY DIARRA

DIRECTEUR : Professeur ABDEL KADER TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

ALLAH tout puissant, le clément, le miséricordieux pour m'avoir assisté toute ma vie durant, dans toutes mes entreprises ; que ses noms soient exaltés. Gloire à toi seigneur des cieux et de la terre. Tu as accepté mes absences mais je n'ai manqué d'apprécier ta présence. Merci de m'avoir permis de surmonter les obstacles de la vie. Je me remets à toi et te confie ma vie professionnelle. Donne-moi d'avoir pour mes patients le même regard d'amour que tu as pour moi.

Son Prophète Mohamed (S.A.W), l'exemple, le Guide, le Sage. Que le salut, la paix soient sur lui et ceux qui le suivront jusqu'au dernier jour.

A ma grand-mère Safiétou Chidda Maïga : c'est une grâce du Seigneur que de t'avoir parmi nous aujourd'hui. J'ai eu pour privilège de bénéficier de ta tendresse et ton réconfort. Plus qu'une grand-mère tu as été une maman, un père et une confidente pour moi et je prie Dieu de continuer de t'accorder la force et la santé pour que nous puissions toujours jouir de tes bons soins.

A mon grand père Feu Ibrahim Kanté : tu nous as quittés prématurément mais le moment passé avec toi a été l'un des meilleurs moments de ma vie. Tu as été pour moi le meilleur ami du monde.

A mon père Mamadou Kanté : Affectueux et que j'aime beaucoup, tu as tout fait pour que tes filles puissent étudier, tu as souffert avec nous pendant nos examens et nos échecs.

Merci pour ton soutien, merci pour les conseils, puisse ce travail être le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude

A ma Mère : Maïmouna Maïga :

Infatigable, courageuse dévouée et pleine de compassion et d'amour pour le prochain.

Je me souviendrai pendant le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prière, pour qu'en fin arrive ce beau jour tant attendu.

A Saïdou Maïga : merci pour **tes conseils et ton soutien**

A ma tante Salma Touré : affectueuse et pleine d'amour pour le prochain.

Merci pour ton amour et ton soutien.

A mes tantes et oncles : Fatoumata Hassimi, Koumba, Chatto Maïga, Bibata Maïga, yaya Maïga. Mes sincères remerciements

A mes frères et sœurs: Safétou, Lalla aïcha, Aïssata, Balikissa , Diahara, Halima.

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous. Merci pour votre affection.

A mes cousins et cousines :

Toute ma gratitude et mon attachement.

A mes amies : Larissa, Gladys, Ruth

Vous avez été comme des sœurs pour moi merci pour votre affection et votre soutien.

REMERCIEMENTS

A l'ensemble du corps professoral de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

A L'ensemble du personnel du service de cardiologie de l'hôpital mère-enfant le Luxembourg :

Mme Maïga Asmaou Keïta, Mme Doumbia Koumba Thiam, Dr Toé,

Mme Diakité Djènèbou : Merci pour ta simplicité, ton attention et surtout ta disponibilité.

Mme Sissoko, Marie-France

Tous les CES et internes du service de cardiologie

ABREVIATIONS :

ANEH: Agence nationale pour l'évaluation des hôpitaux

ANSSA : Agence nationale de la sécurité sanitaire des aliments

AVC: accident vasculaire cérébral

BBD : bloc de branche droit

BDC: bruits du cœur

CAV: communication atrio-ventriculaire

CHU: centre hospitalier universitaire

CIA: communication inter auriculaire

CIV: communication inter ventriculaire

CMD: cardiomyopathies dilatées

CNESS : comite national d'éthique et des sciences de la vie

CNTS: centre national de transfusion sanguine

CREDOS: Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant

CPC: Cœur pulmonaire chronique

DEAP : département d'épidémiologie et des affections parasitaires

DMT : direction de la médecine traditionnelle

ECG: électrocardiogramme

FE : fraction d'éjection

HBAG : hémi bloc antérieur gauche

HTA: hypertension artérielle

HTAP: hypertension artérielle pulmonaire

HVG: hypertrophie ventriculaire gauche

IAo : insuffisance aortique

IC : insuffisance cardiaque

ICG: insuffisance cardiaque globale

ICT: index cardio-thoracique

IDM: infarctus du myocarde

IEC: inhibiteurs de l'enzyme de conversion

IERGG: Institut d'Etudes et de recherches en géronto-gériatrie dénommée la Maison des Aînés

IM : insuffisance mitrale

IRC: insuffisance rénale chronique

IRM: imagerie par résonance magnétique

LBMA : laboratoire de biologie moléculaire appliquée

LCV: laboratoire central vétérinaire

LNS: laboratoire national de la santé

MCP: myocardopathies

MRTC: Malaria research and training center

OAP: oedème aigu du poumon

OMI: œdème des membres inférieurs

Path cv: pathologies cardiovasculaires

PCA: persistance du canal artériel

RAA : rhumatisme articulaire aigu

RAo : rétrécissement aortique

RHJ : reflux hépato-jugulaire

RM : rétrécissement mitrale

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

T4F : tétralogie de Fallot

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

A notre maître et président du jury : Professeurs SIDIBE ASSA TRAORE

Agrégée en endocrinologie- FMPOS.

Coordinatrice du CES d'endocrinologie, maladies métabolique et nutrition FMPOS.

Lauréate de la meilleure performance éducatrice Alger 2002.

Lauréate "women of excellence" Ambassade des USA Bamako 2011.

Chef du service du pool médecine à l'hôpital du Mali.

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre faculté d'écoute, d'analyse, votre simplicité et votre souci pour la formation sont des qualités professionnelles qui ont suscité en nous admiration et confiance.

Recevez chère maître, l'expression de notre attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et juge Pr. Kassoum Sanogo spécialiste en pathologie cardiovasculaire

Maître assistant à la FMPOS,

Chef de service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel TOURE ;

Directeur médical du dit hôpital.

Cher Maître,

Vous nous faites un honneur, en acceptant de siéger dans ce jury. Vos qualités humaines mais aussi et surtout votre simplicité et votre disponibilité forcent l'admiration. Nous gardons de vous l'image d'un maître soucieux de la formation de ses élèves.

Nous vous prions d'agréer cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude.

A notre maître et Co Directeur de thèse : Pr. Mamadou Bocary Diarra

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire

Spécialiste en cardiologie pédiatrique

Membre de la société panafricaine des médecins

Membre de la société française de cardiologie filiale d'échographique.

Chef du service de cardiologie de l'hôpital Mère-Enfant le Luxembourg.

Cher Maître,

Quel privilège, et quel honneur vous nous avez fait en nous ouvrant les portes de votre service. Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait, la méthode, la précision. Votre modestie, votre simplicité, et votre sagesse cachent un homme de science rigoureux, de grandes qualités humaines. La manière avec laquelle vous arrivez à gérer vos multiples sollicitations de façon harmonieuse et efficace nous a beaucoup fascinés. Tout cela démontre, votre amour pour le travail bien fait, votre courage et votre sens pointu d'organisation.

Croyez, honorable maître à notre très haute considération.

A notre maître et Directeur de thèse : Pr. Abdel Kader Traoré

Professeur agrégé en médecine interne

Chargé de l'enseignement de la sémiologie médicale, de la pathologie médicale et de l'endocrinologie à la FMPOS

Ex Directeur du CNAM.

Perfectionniste chevronné, vos qualités académiques, votre grande culture scientifique et votre rigueur imposent respect et admiration.

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail, Tout en vous témoignant notre estime infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre haute considération.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	12
1. GENERALITES.....	15
2. METHODOLOGIE.....	27
3. RESULTATS.....	30
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	64
5. CONCLUSION.....	93

6. RECOMMANDATIONS.....98

7. BIBLIOGRAPHIE.....99

ANNEXES

INTRODUCTION

Première cause de mortalité dans le monde avec 36% selon l’OMS en 2008, la maladie cardiovasculaire constitue un problème majeur de santé publique [1]

Actuellement l’hypertension artérielle est la plus fréquente des maladies cardiovasculaires [1]

L’hypertension artérielle avec ses accidents évolutifs (accident vasculaire cérébral), la cardite rhumatismale et les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) constituent une préoccupation majeure dans nos pays [2].

La thrombose veineuse touche 1 à 2 personnes sur 1000 dans le monde industrialisé et provoque plus de 600000 décès par an [2].

En France les maladies cardiovasculaires sont responsables chaque année de 170000 décès où plus de 20 millions de patients sont actuellement traités pour maladies cardiovasculaires (2 français sur 3 de plus de 35 ans) [2].

Dans la plupart des pays en développement la fréquence des maladies cardiovasculaires est sous évaluée du fait de l’absence de grandes enquêtes épidémiologiques pouvant apporter des données de base.

Sur 17,5 millions de décès par maladie cardiovasculaire en 2005 plus de 80% ont été constaté dans les pays à faibles et moyens revenus [3].

En 2010 les maladies cardiovasculaires constitueront le 1^{er} facteur de mortalité dans les pays en développement selon l’OMS [2].

Les maladies cardiovasculaires sont rapidement devenues un problème de santé publique en Afrique surtout avec l’émergence de l’athérosclérose et ses complications [2].

Dans les statistiques des grands hôpitaux 10-20% des décès sont dues à la maladie cardiovasculaire; ces pourcentages sont du même ordre en Ouganda, au Nigeria, au Sénégal et à Abidjan [4]. 1^{ère} cause de mortalité en Tunisie avec 30% [5].

Au Mali des études hospitalières ont montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est de 11,1% pour Touré [6] en 2005.

Avec l'urbanisation les pathologies cardiovasculaires deviennent de plus en plus fréquentes au MALI, d'où la nécessité de dégager les plus fréquentes voire les plus redoutables afin d'apporter une solution. C'est l'intérêt de notre étude qui s'est assigné les objectifs suivants.

OBJECTIFS :

1. Objectif général :

- Faire une mise au point de la bibliographie des pathologies cardiovasculaires au Mali de 1998 à 2008.

2. Objectifs spécifiques :

- Recenser toutes les thèses réalisées sur les pathologies cardiovasculaires au Mali de 1998 à 2008.
- Compiler les résumés de tous les travaux recensés.
- Faire la synthèse des études par centre d'intérêt

1. GENERALITES :

Le cœur est un organe musculaire creux situé dans le médiastin antérieur et assurant par ses contractions rythmées la circulation sanguine [7].

RAPPEL ANATOMIQUE

Le cœur est anatomiquement situé dans un espace appelé médiastin, 2/3 à gauche et 1/3 à droite de la ligne médiane. C'est la partie médiane de la cage thoracique délimitée par les deux poumons, le sternum et la colonne vertébrale. Il se trouve un peu à gauche du centre du thorax, en arrière du sternum, sur le diaphragme. C'est un organe creux mû par un muscle, le myocarde, et enrobé par le péricarde et l'endocarde ; il est entouré par les poumons.

Il y est suspendu par un pédicule formé de l'aorte, de l'artère pulmonaire, des quatre veines pulmonaires, des deux veines caves et des nerfs sympathiques et parasymphatiques. Son orientation générale chez l'homme est en bas et à gauche. L'axe anatomique du cœur est généralement peu mobile avec les battements. Il pèse 250g chez l'adulte normal.

Le cœur est composé de deux parties fonctionnellement et anatomiquement distinctes, le cœur droit et le cœur gauche. Chacune de ces deux parties est elle-même subdivisée en oreillette et en ventricule. Les deux parties du cœur fonctionnent de façon synchrone. L'épaisseur de la paroi qui forme chacune des cavités est proportionnelle à l'activité mécanique de la paroi ; les oreillettes sont plus

minces que les ventricules, et le ventricule droit qui travaille contre les résistances plus faibles est plus mince que le ventricule gauche, ces différences sont réversibles, le ventricule droit pouvant par exemple s'épaissir s'il doit éjecter en partie contre les résistances comme cela est le cas dans certaines cardiopathies congénitales.

La circulation sanguine a un sens et va du cœur gauche au cœur droit ; il existe entre les différentes parties de la circulation un système de valves qui empêche le sang de refluer là d'où il vient. Les oreillettes et les ventricules sont séparés les uns des autres par des valves qui s'ouvrent vers la cavité ventriculaire et empêchent le reflux dans les oreillettes. Ces valves sont fibreuses, non musculaires, mais sont rattachées à des piliers musculaires qui en assurent l'ouverture synchrone. Les valves des orifices pulmonaire et aortique sont en « nid de pigeon » et empêchent le reflux du sang artériel dans les ventricules.

Comme tous les organes le cœur possède des artères et des veines dites coronaires. Les artères coronaires sont les premières de l'arbre vasculaire artériel, et les veines les dernières du système veineux. Les artères coronaires prennent naissance dans le creux des valves sigmoïdes aortiques antérieurs, circulent à la surface du myocarde et plongent dans l'épaisseur du muscle qui est donc irrigué de l'extérieur vers l'intérieur. L'artère coronaire droite se distribue essentiellement dans le ventricule droit et sur la face postérieure du cœur, la coronaire gauche donne rapidement une artère inter ventriculaire antérieure qui assure la vascularisation de la majorité du myocarde. Les veines coronaires sont collectées dans une sorte de vaste poche veineuse appelée sinus coronaire, qui s'ouvre dans l'oreillette droite.

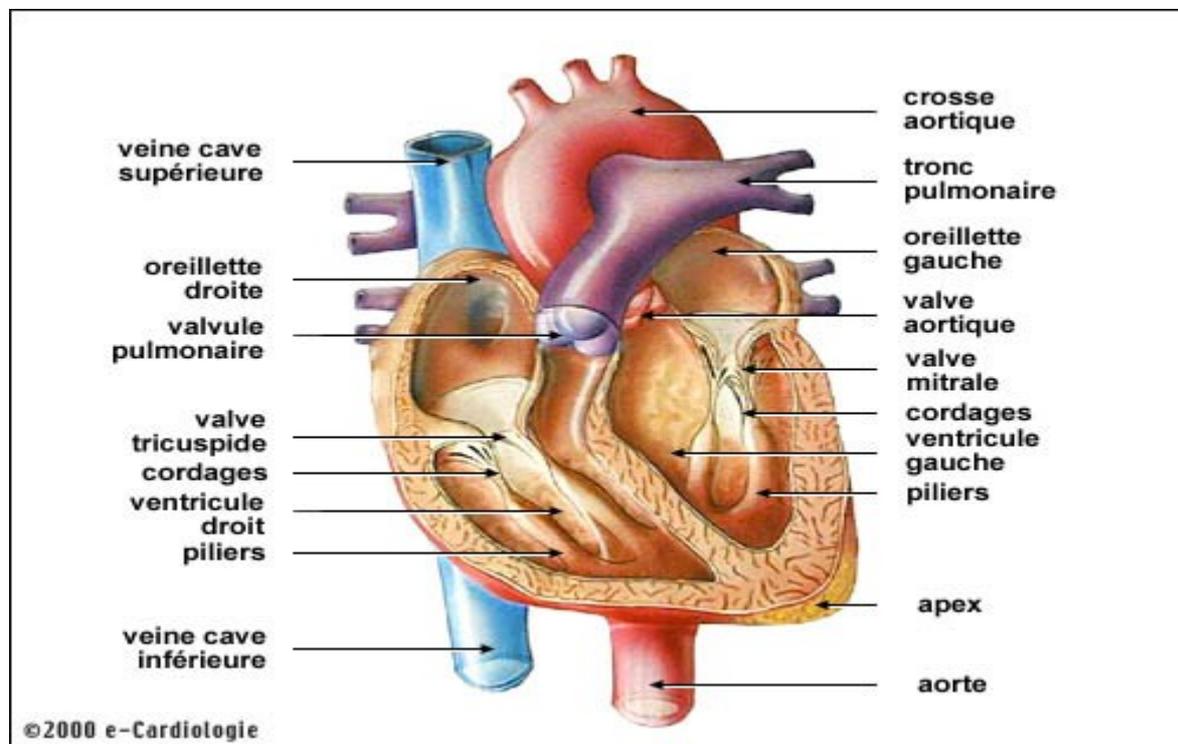


Figure 1 : Coupe schématique du cœur, destinée à montrer les cavités, les valves, les cordages, les piliers et les gros vaisseaux du cœur [9]

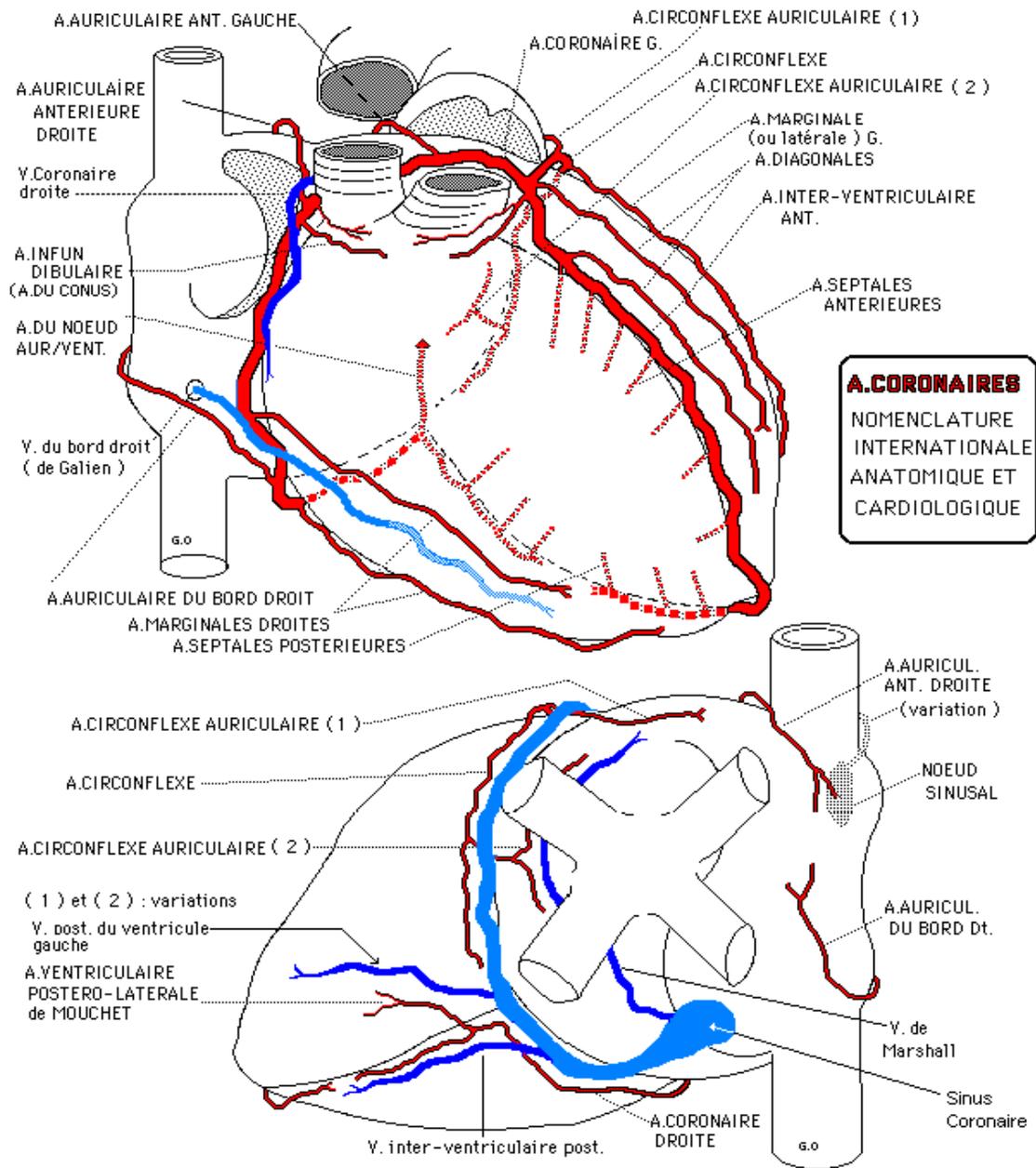


Figure 2: artères et veines coronaires

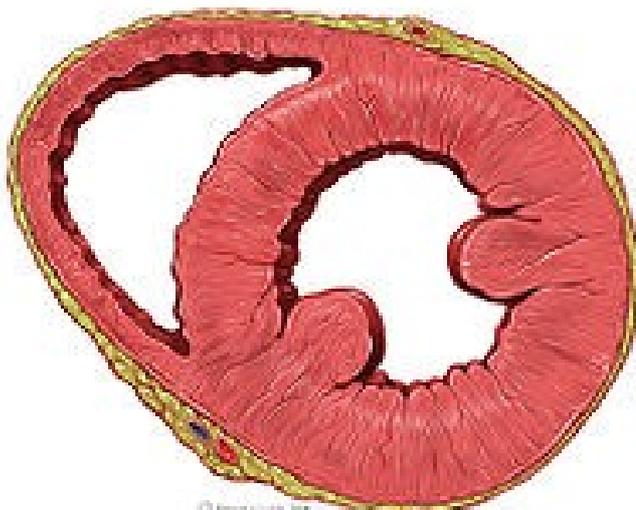


Figure 3 : Coupe transversale à travers les ventricules (le ventricule gauche est à droite de l'image) [8]

Le ventricule gauche est bien plus massif que le ventricule droit parce qu'il doit exercer une force considérable pour forcer le sang à traverser tout le corps contre la pression corporelle, tandis que le ventricule droit ne dessert que les poumons.

Bien que les ventricules se trouvent en bas des atria (oreillettes), les deux vaisseaux par lesquels le sang quitte le cœur (l'artère pulmonaire et l'aorte) se trouvent en haut du cœur.

La paroi du cœur est composée de muscles qui ne se fatiguent pas. Elle consiste en trois couches distinctes.

- La première est le **péricarde** (*pericardium*) qui se compose d'une couche de **cellules épithéliales** et de **tissu conjonctif**.
- La deuxième est l'épais **myocarde** (*myocardium*) ou muscle cardiaque.
- À l'intérieur se trouve l'**endocarde** (*endocardium*), une couche additionnelle de cellules épithéliales et de tissu conjonctif

Les cavités ventriculaires proprement dites sont faites d'anfractuosités complexes qui forment un réseau musculaire trabéculaire. Les cavités des oreillettes sont sillonnées de fins muscles pectinés.

Le myocarde est formé de travées fibreuses en spirales, ou en « corde de montagne », orientées selon un axe dirigé en bas et à gauche. Cet axe est le véritable axe de force du cœur, il dépend de la fonction mécanique. Cette orientation disparaît et ces travées si le cœur continue à se battre sans travailler, comme cela peut être le cas dans certaines greffes réalisées expérimentalement.

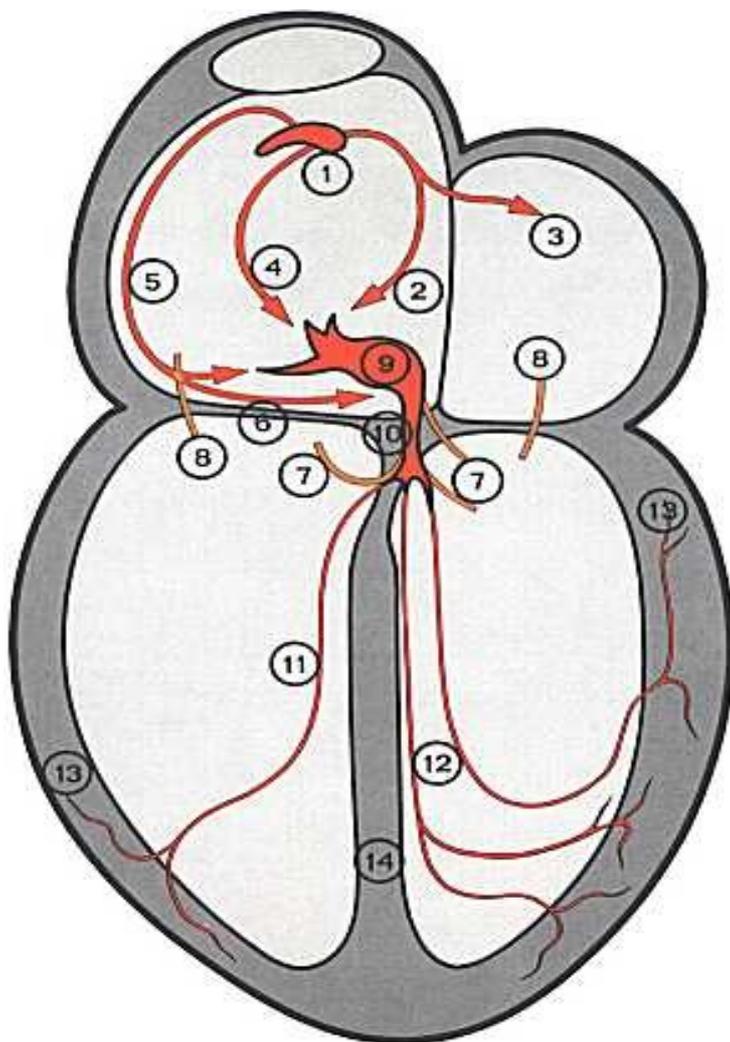
1.1. INNERVATION DU CŒUR :

Le cœur ne possède ni innervation motrice, ni innervation sensitive, mais il possède une innervation sympathique et vagale. Son activité rythmique est automatique, elle est assurée par un système électrique particulier, le tissu de conduction. Ce tissu possède un centre d'automatisme, le nœud sinusal, qui envoie spontanément sans influence extérieure une impulsion électrique; celle-ci se propage à tout l'organe par des voies privilégiées dont la conduction est facilitée.

Le nœud sinusal d'où part l'impulsion électrique a une forme de virgule qui fait légèrement saillie sur le pourtour intra cavitaire de la veine cave supérieure. Le nœud auriculo ventriculaire d'Aschoff-Tawara est à la jonction de l'oreillette droite et du septum proche des valves auriculo-ventriculaires; il se prolonge par le faisceau de

His dans l'épaisseur du septum, lequel se divise en deux branches, une pour chacun des deux ventricules.

Les systèmes sympathiques et parasympathiques permettent au myocarde de s'adapter aux influences extérieures.



- 1- Nœud sino-auriculaire
- 2- Faisceau internodal antérieur
- 3- Faisceau de Bachman
- 4- Faisceau internodal moyen (Wenckebach)
- 5- Faisceau internodal postérieur (Thorel)
- 6- Faisceau de James
- 7- Faisceau de Mahaim
- 8- Faisceau de Kent
- 9- Nœud auriculo-ventriculaire
- 10- Faisceau de His
- 11- Branche droite du faisceau de His
- 12- Branche gauche du faisceau de His
- 13- Fibres de Purkinje
- 14- Septum interventriculaire

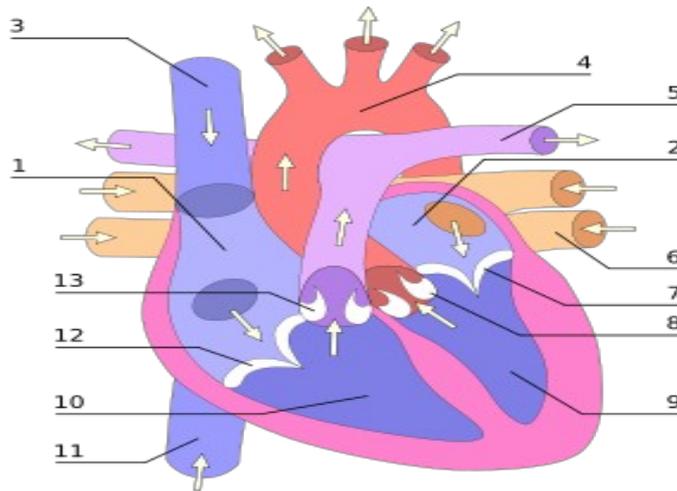
Figure 4: Automatisme cardiaque [10]

1.2. PHYSIOLOGIE DU CŒUR :

Du sang appauvri en oxygène par son passage dans le corps entre dans l'atrium droit par trois veines, la veine cave supérieure (*vena cava superior*), la veine cave inférieure (*vena cava inferior*) et le sinus coronaire. Le sang passe ensuite vers le ventricule droit. Celui-ci le pompe vers les poumons par l'artère pulmonaire (*arteria pulmonalis*).

Après avoir perdu son dioxyde de carbone aux poumons et s'y être pourvu de dioxygène, le sang passe par les veines pulmonaires (*venae pulmonales*) vers l'oreillette gauche. De là le sang oxygéné entre dans le ventricule gauche. Celui-ci est la chambre pompante principale, ayant pour but d'envoyer le sang par l'aorte (*aorta*) vers toutes les parties du corps sauf les poumons.

Le cœur a besoin d'une quantité importante de sang, offerte par les artères coronaires (dont la circulation est dite diastolique) gauche et droite (*arteriae coronariae*), des embranchements de l'aorte.



1-Atrium droit, 2-Atrium gauche 3-Veine cave supérieure 4-Aorte 5-Artère pulmonaire 6-Veine pulmonaire 7-Valve mitrale (atrio-ventriculaire) 8-Valve aortique 9-Ventricule gauche 10-Ventricule droit 11-Veine cave inférieure 12-Valve tricuspide (atrio-ventriculaire) 13-Valve sigmoïde (pulmonaire)

Figure 5 : physiologie [8]

1.3. LA RÉVOLUTION CARDIAQUE



Figure 6 : battements cardiaques filmés en IRM ; seuls les ventricules sont visibles [8]

La fréquence cardiaque au repos est de 60 à 80 battements par minute, pour un débit de 4,5 à 5 litres de sang par minute. Au total, le cœur peut battre plus de 2 milliards de fois en une vie. Chacun de ses battements entraîne une séquence d'événements collectivement appelés la *révolution cardiaque*. Celle-ci consiste en trois étapes majeures : la *systole auriculaire*, la *systole ventriculaire* et la *diastole* :

- ✓ Au cours de la systole auriculaire, les oreillettes se contractent et éjectent du sang vers les ventricules (remplissage actif). Une fois le sang expulsé des oreillettes, les *valves auriculo-ventriculaires* entre les oreillettes et les ventricules se ferment. Ceci évite un reflux du sang vers les oreillettes. La fermeture de ces valves produit le son familier du battement du cœur [8]
- ✓ La systole ventriculaire implique la contraction des ventricules, expulsant le sang vers le système circulatoire. Une fois le sang expulsé, les deux *valves sigmoïdes* - la valve pulmonaire à droite et la valve aortique à gauche - se ferment.

Ainsi le sang ne reflue pas vers les ventricules. La fermeture des valvules sigmoïdes produit un deuxième bruit cardiaque plus aigu que le premier. Pendant cette systole les oreillettes maintenant relâchées, se remplissent de sang [8].

- ✓ Enfin, la diastole est la relaxation de toutes les parties du cœur, permettant le remplissage (passif) des ventricules, par les oreillettes droites et gauches et depuis les veines caves et pulmonaires.

Le cœur passe 1/3 du temps en systole et 2/3 en diastole.

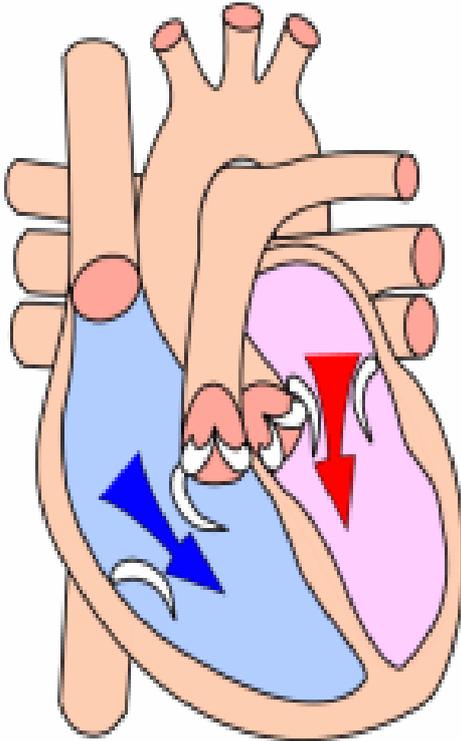


Figure 7 : Diastole et systole auriculaire [8]
[8]

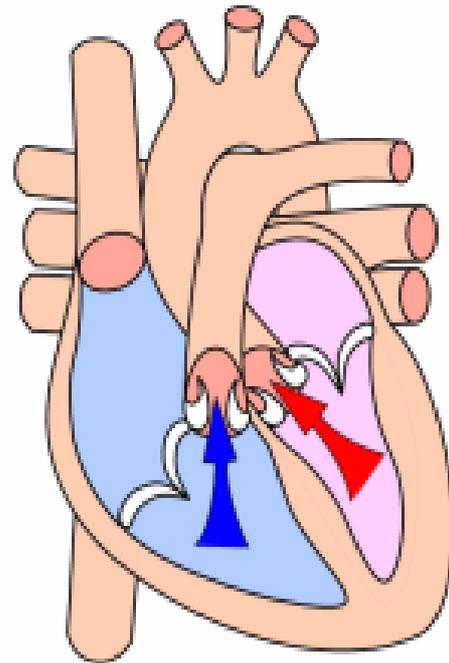


Figure 8: Systole ventriculaire [8]

1.4. Régulation des contractions cardiaques

1.4.1. Automatisme cardiaque :

Le muscle cardiaque est "myogénique". Ceci veut dire qu'à la différence du [muscle](#) squelettique, qui a besoin d'un stimulus conscient ou réflexe, le muscle cardiaque s'excite lui-même. Les contractions rythmiques se produisent spontanément, bien que leur fréquence puisse être affectée par des influences nerveuses ou hormonales telles l'exercice ou la perception de danger.

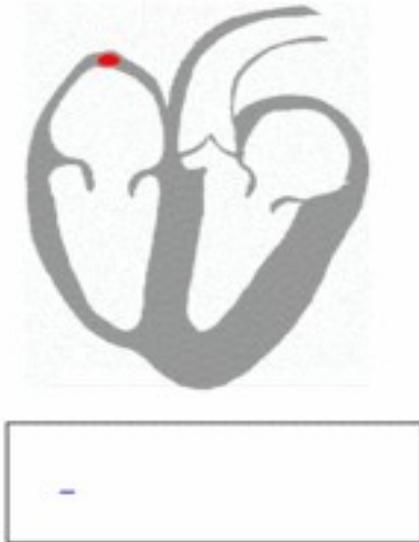


Figure 9 : La dépolarisation des cellules cardiaques au cours d'un cycle [8]

La séquence rythmique des contractions est coordonnée par une dépolarisation (inversion de la polarité électrique de la membrane par passage actif d'ions à travers celle-ci) du nœud sinusal ou nœud de Keith et Flack (*nodus sinuatrialis*) situé dans la paroi supérieure de l'atrium droit. Le courant électrique induit, de l'ordre du millivolt, est transmis dans l'ensemble des oreillettes et passe dans les ventricules par l'intermédiaire du nœud atrio-ventriculaire. Il se propage dans le septum par le faisceau de His, constitué de fibres spécialisées appelées fibres de Purkinje et servant de filtre en cas d'activité trop rapide des oreillettes. Les fibres de Purkinje

sont des fibres musculaires spécialisées permettant une bonne conduction électrique, ce qui assure la contraction simultanée des parois ventriculaires. Ce système électrique explique la régularité du rythme cardiaque et assure la coordination des contractions auriculo-ventriculaires. C'est cette activité électrique qui est analysée par des électrodes posées à la surface de la peau et qui constitue l'électrocardiogramme ou ECG.

1.4.2. Régulation par le système nerveux central :

La puissance et la fréquence des contractions sont modulées par des centres du système nerveux autonome situés dans le bulbe rachidien, par le biais de nerfs cardio-modérateur et cardio-stimulateur. Ces centres nerveux sont sensibles aux conditions sanguines: pH, concentration en dioxygène.

1.4.3. Régulation hormonale :

Les hormones telles que l'[adrénaline](#) et la [noradrénaline](#) (hormones du système adrénergique ou sympathique) ou les [hormones thyroïdiennes](#) (T3) favorisent la contractilité. Le système sympathique en plus de son action directe sur le cœur va provoquer une dilatation des [artères coronaires](#) qui vascularisent le cœur permettant alors une augmentation du débit sanguin dans le muscle cardiaque. Le système sympathique va également augmenter la [fréquence cardiaque](#), contribuant également à la majoration du débit.

Ces hormones agissent par l'intermédiaire de récepteurs qui sont de deux types pour le système sympathique : les récepteurs alpha et les récepteurs bêta. La stimulation des récepteurs alpha peut entraîner l'apparition des troubles du rythme (extrasystoles). La stimulation des récepteurs bêta comportent l'accélération du rythme cardiaque, l'augmentation de l'excitabilité et de la contractilité myocardique.

Il existe actuellement des substances chimiques capables de stimuler ou d'inhiber séparément ces 2 types de récepteurs et qui peuvent être utilisées comme

médicaments. Les plus utilisées sont bêta-stimulantes comme l'[isoprénaline](#) ou [bêta-bloquantes](#), comme le [propranolol](#), l'[acébutolol](#)... D'autres substances agissent sur les deux types de récepteurs en les stimulant, comme l'[adrénaline](#).

1.5. CLASSIFICATION DES PATHOLOGIES CARDIAQUES

1.5.1. [coronaropathie](#) : maladie des artères coronaires qui prive le muscle cardiaque d'oxygène. Réversible, elle se manifeste par une [douleur thoracique](#) sévère appelée [angine de poitrine](#) (angina pectoris). L'[occlusion](#) aiguë d'une artère provoque la nécrose des cellules du muscle cardiaque ([infarctus du myocarde](#)).

1.5.2. L'[insuffisance cardiaque](#) est la perte progressive de la capacité du cœur d'assurer le débit sanguin. Elle se manifeste par une [dyspnée](#), par des œdèmes des membres inférieurs et peut aller jusqu'à l'[œdème aigu du poumon](#).

1.5.3. Les valvulopathies : atteintes des valves se manifestant parfois par un « souffle cardiaque ».

1.5.4 L'[endocardite](#) et la [myocardite](#) sont des [inflammations](#) du cœur d'étiologie bactérienne ou virale.

1.5.5 L'[arythmie](#) est une irrégularité des battements cardiaques.

Un [trouble de conduction](#) entraîne une bradycardie.

1.5.6 L'[embolie pulmonaire](#) est l'obstruction d'une artère pulmonaire par un caillot.

1.5.7 Les cardiopathies congénitales, sont des malformations cardiaques, il peut y avoir des inversions des ventricules, des oreillettes ou des deux, malformation des gros vaisseaux proches du cœur, ou plus fréquemment un mauvais cloisonnement

par les septums, particulièrement la non fermeture du foramen ovale entre les oreillettes.

2. METHODOLOGIE :

2.1. LE CADRE DE L'ETUDE : Le Mali

2.1.1. Situation géographique :

D'une superficie de 1 241 000 kilomètres carré, s'étalant sur plus de 1500 Km du nord au sud entre les 10^{ème} et 25^{ème} parallèle nord et sur plus de 1800 km, entre 4⁰ 5 Est et 12⁰5 de longitude Ouest. L'hydrographie de la république du Mali est essentiellement constituée par le bassin supérieur du fleuve Sénégal et le cours moyen du fleuve Niger ; tous deux issus du Fouta -djalon (Guinée). Les deux fleuves y reçoivent des affluents, notamment, le Falémé pour le Sénégal, le Bani et Sankarani pour le Niger.

La langue officielle est le Français, les langues nationales sont le Bambara, le songhoï, le peulh, le Soninké, Sénoufo, Malinké, Tamacheck, Minianka, Bobo etc..., et la plus parlée est le Bambara. Cette immense plaine limitée au Nord par le Sahara, est coupée par quelques massifs montagneux, tels les monts Mandingues et surtout la falaise de Bandiagara. C'est l'état le plus étendu de l'Afrique occidentale.

On distingue au Mali deux saisons principales, d'une durée variable suivant la latitude :

- saison humide de juin à septembre
- saison sèche d'octobre jusqu'en mai regroupant :
 - la saison fraîche d'octobre- novembre à mi-février,
 - la saison chaude de mars à mai.

L'harmattan, vent alizé desséchant, venant du nord-Est, souffle aussitôt après l'hivernage.

2.1.2. La population Malienne : Le Mali compte 14.517.176 habitants selon le recensement général de la population en 2009. Le taux de croissance annuel est de (3,6%), la densité de la population est de 11, 71 habitants/Km². L'espérance de vie à la naissance est de 49,2ans. L'indice de fécondité est de 7,29 enfants par femme (2009).

Le PIB national est estimé à 8,77 milliards \$USD (2008).

La grande majorité de la population est musulmane 80%, les animistes 18% et les chrétiens 2%. Les principales ethnies sont les Bambaras 33% ; les peuhls 10% ; les Sénoufos 9% ; les songhoï 7% les Malinkés 6% les Touaregs 5%.

L'indicateur de développement humain durable est de 0,3% en 2010. Cette population hétérogène souffre de multiples problèmes de santé et l'acquisition de toutes ces données statistiques nécessite des travaux de recherches.

2.1.3. Mali et recherche scientifique :

Au Mali la recherche scientifique est assurée par les facultés de l'université et par plusieurs autres institutions étatiques et non étatiques. Dans le domaine de la santé, la recherche fait intervenir toutes les facultés mais la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie (FMPOS) a réalisé le maximum d'étude souvent en collaboration avec les hôpitaux universitaires de GABRIEL TOURE et du POINT G. L'importance particulière de certains laboratoires est à souligner : le DEAP, la LBMA, la MRTC, le LNS, le LCV. Plusieurs d'autres structures, institutions étatiques tels l'institut national de recherche en santé publique (INRSP); le centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), la DMT/INRSP, le CREDOS, IERGG, ANEH, ANSSA, CNESS, le conseil national de sécurité sanitaire des aliments, le CNTS, le Centre National d'Odontostomatologie (CNOS/CHUOS), la Cellule de Planification et de Statistique sanitaire (CPS), la Direction Nationale de la Santé (DNS), Le Comité Sectoriel de lutte contre le SIDA(CSLS), L'Institut des Sciences Humaines (ISH), le Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement (CERPOD /CILSS/INSAH), Institut Bio- Mérieux de Bamako s'impliquent beaucoup dans la recherche en santé.

Les institutions non étatiques comme les ONG (Population Council, Save the Children (SC), le Groupe Pivot /Santé Population (GP/SP)), les organismes internationaux et les associations participent aux travaux de recherche mais souvent aux titres de partenaires financiers.

2.2. LE TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude bibliographique portant sur les différentes Thèses traitant de la pathologie cardiovasculaire soutenues à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) de Bamako de 1998 à 2008.

2.2. ECHANTILLON D'ETUDE :

L'étude a porté sur les thèses de Doctorat

2.2.1. CRITERES D'INCLUSION :

Nous avons pris en compte toutes les thèses de doctorat ayant porté sur les pathologies cardiovasculaires durant la période 1998 – 2008.

2.2.2. CRITERE DE NON INCLUSION :

Nous n'avons pas inclus dans notre étude :

- toutes les thèses qui n'ont pas été réalisées durant la période de l'étude.
- Toutes les thèses ne portant pas sur les pathologies cardiovasculaires.

2.3. METHODES :

Nous avons procédé par consultation sur place.

Par la suite nous avons systématiquement examiné année par année les titres des thèses répertoriées au niveau de la bibliothèque. Nous avons noté les références bibliographiques de toutes celles qui portaient sur les pathologies cardiovasculaires pendant la période (1998-2008)

Nous avons lu et résumés les travaux selon la méthode de l'IMRAD (introduction, méthodologie, résultats, analyse et discussion).

Puis les résumés obtenus ont été compilés pour former le répertoire des résumés.

Ensuite nous avons procédé à une analyse et une classification systématique des résultats obtenus, ainsi 17 grands centres d'intérêts ont été retenus sur la base desquels sera réalisée une synthèse.

3. RESULTATS :

3.1. Schémas globaux :

Nous avons retrouvé 78 thèses réparties comme suit :

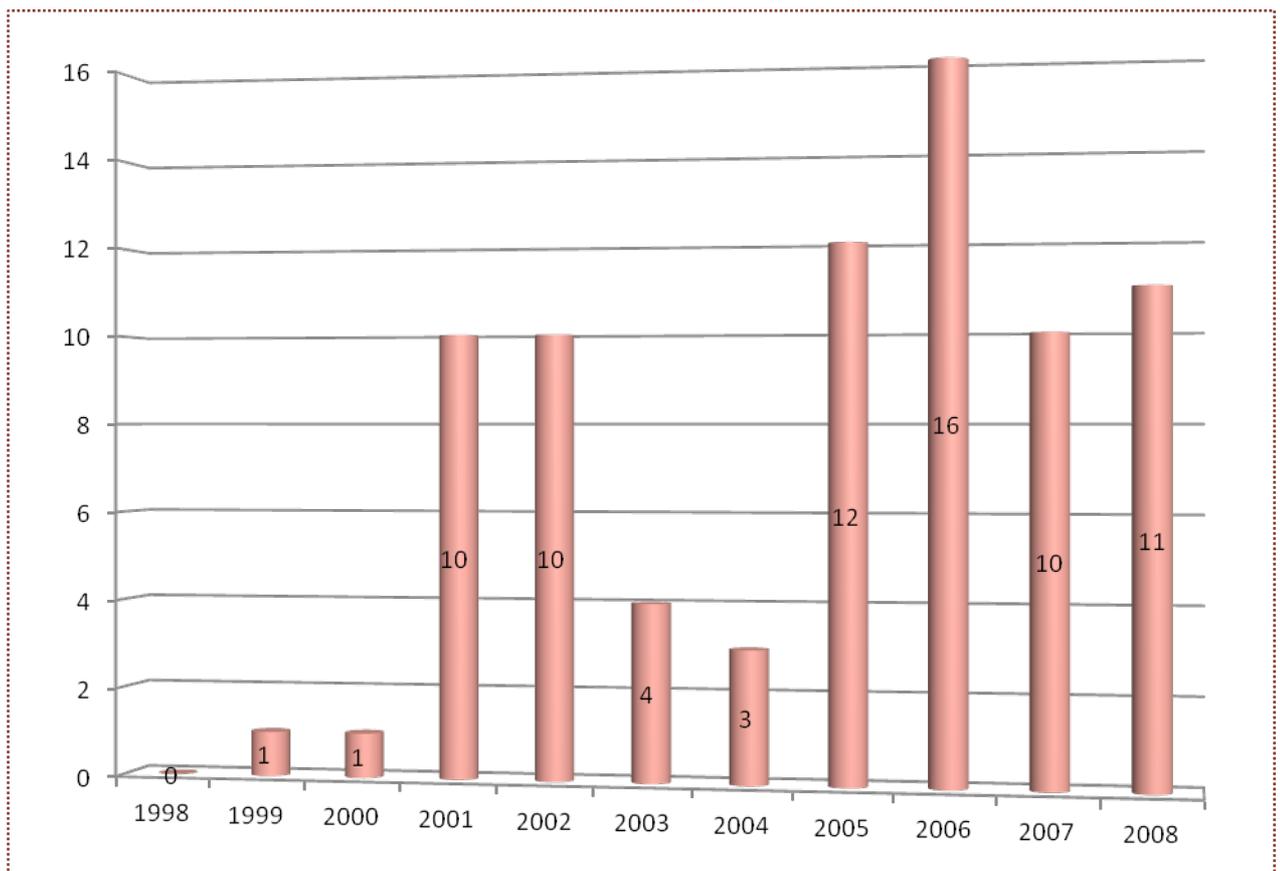


Figure 10 : répartition des thèses selon les années d'étude

Le nombre de thèses soutenues en cardiologie de 1998 à 2008 a été de 78, dont 16 soutenues en 2006.

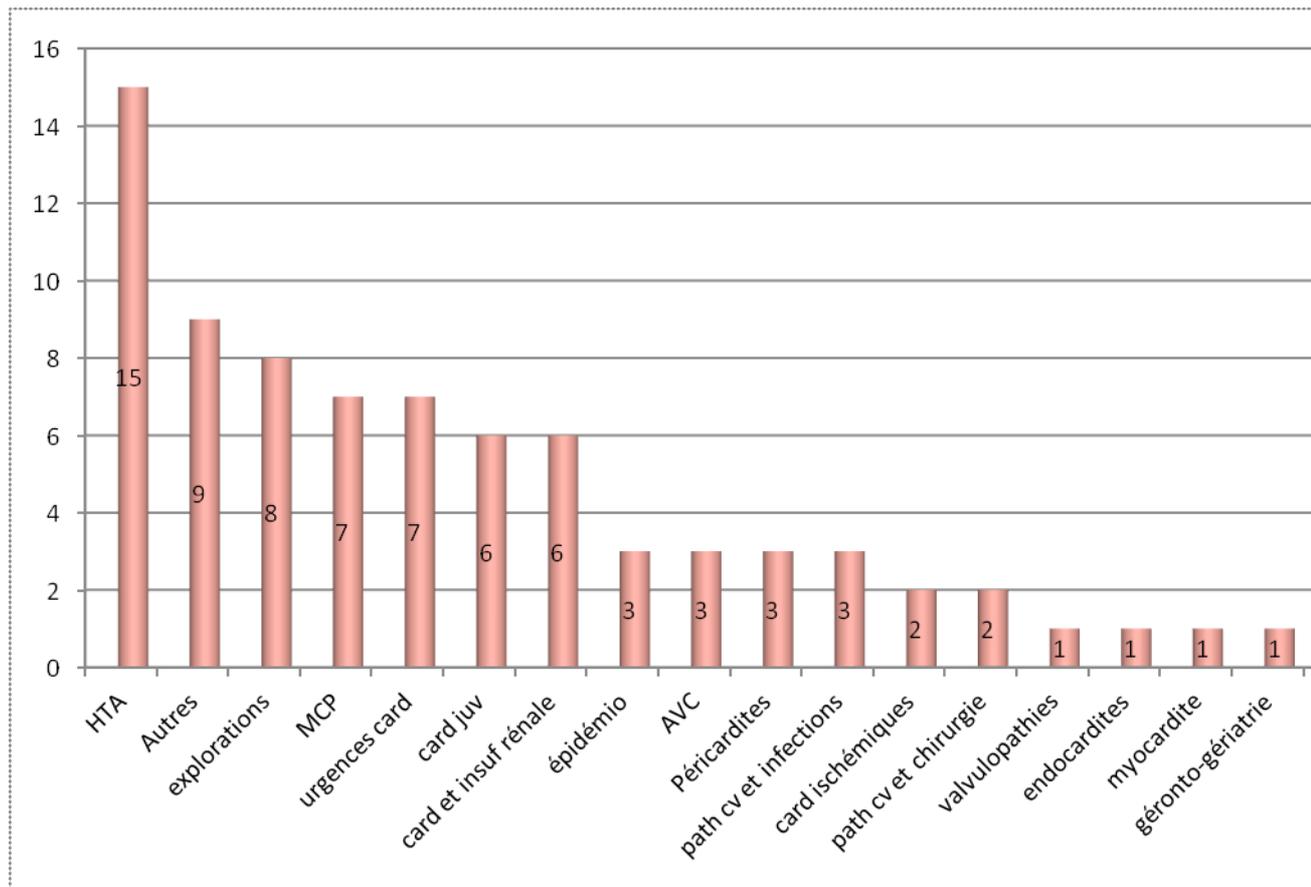


Figure 11 : répartition des thèses selon les centres d'intérêt

- 15 études soit 19,2% des études ont portés sur l'HTA,
- les explorations avec 8 études soit 10,3%, occupaient la deuxième place,
- les myocardopathies, les urgences cardiovasculaires viennent au troisième rang avec 7 études chacun soit 9%.
- les cardiopathies juvéniles à égalité avec les cardiopathies associées à l'insuffisance rénale chronique avec 6 études soit 7,7% occupaient le quatrième rang,
- au cinquième rang venaient les études épidémiologiques, *les accidents vasculaires cérébraux, *les péricardites, *les pathologies cardiovasculaires associées aux infections avec 3 études chacun soit 3,8%,
- au sixième rang les cardiopathies ischémiques, cardiopathies et chirurgie avec 2 études 2,6%;
- enfin, les Valvulopathies, endocardites, myocardites, géronto-gériatrie avec une étude 1,3%.
- Les autres études ont représentées 11,5% : il s'agit des douleurs thoraciques, la cardiomyopathie, le cœur pulmonaire chronique, les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque, les pathologies cardiovasculaires et anesthésie, les complications cardiovasculaires au cours du diabète.

Les thèses ainsi réparties selon les centres d'intérêt vont nous donner un tableau panoramique de l'ensemble de la pathologie cardiovasculaire dont la toile de fond sera :

3.2. EPIDEMIOLOGIE :

C'est la science qui étudie l'occurrence, la répartition et les déterminants des états de santé et des maladies dans les groupes humains et les populations, base essentielle de la médecine préventive et de la santé publique.

Trois études ont été réalisées sur la morbidité et mortalité cardiovasculaire, les facteurs de risque cardiovasculaire et la cardiomégalie juvénile à l'hôpital Gabriel Touré.

3.2.1. Morbidité et mortalité cardiovasculaire :

Etude réalisée du 1^{er} janvier au 30 avril 2004, sur 3706 malades hospitalisés pour pathologie cardiovasculaire à l'hôpital du Point G, 1643 étaient enregistrés dans le service de cardiologie B et constituaient l'échantillon de l'étude.

La prédominance masculine est nette 54% avec un sexe ratio de 1,15 et une moyenne d'âge de (57,7ans) dans l'échantillon.

La majorité des malades étaient du milieu urbain 64,1% et de faible niveau de vie 54,8%.

Trois pathologies dominaient : l'HTA 70,3%, les myocardopathies 8,3% les valvulopathies 7% et le cœur pulmonaire chronique 5,5% alors que les coronaropathies 0,7% et les péricardites 0,8% étaient rares.

La mortalité globale était de 11,1% avec un taux plus élevé dans la tranche d'âge de (60-74ans).

L'HTA est l'affection la plus meurtrière avec 30,2% de décès, ensuite viennent les valvulopathies 22%, puis les insuffisances cardiaques indéterminées 12,1%.

3.2.2. Facteurs de risque cardiovasculaire :

Elles ont fait l'objet d'une étude réalisée d'octobre à décembre 2002 dans les 6 communes du district de Bamako.

Les facteurs de risque retrouvés étaient la sédentarité 69,2%, l'HTA avec une prévalence de 18,3%, le tabagisme 9,3%, l'obésité 5,3% alors que 11,9% étaient en surcharge pondérale, le diabète 0,4%, et l'hypercholestérolémie 0,1%.

Le risque relatif des sujets enquêtés était plus élevé selon l'association des facteurs de risque.

Le risque absolu de faire un accident cardiovasculaire à 10 ans était variable entre les deux sexes. Les extrêmes du risque variaient entre 1 à 20% chez les hommes contre 1 à 11% chez les femmes.

3.2.3. Cardiomégalie juvénile :

La cardiomégalie reste une manifestation importante des cardiopathies juvéniles.

Selon cette étude réalisée au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré :

- les cardiomégalies congénitales constituent 18,6% des cardiomégalies juvéniles et restent les plus fréquentes des cardiomégalies de la tranche d'âge de (0-10ans), 30,8% des enfants de moins de 13 mois.
- Les CIV constituent la première cause de cardiomégalie congénitale avec 41,1% suivie des CIA avec 35,3%.
- La tétralogie de Fallot est la seule cardiopathie cyanogène ayant été observée au cours de cette étude et ne constitue que 5,9% des cardiomégalies juvéniles congénitales.
- L'absence de Döppler au cours de l'étude a fait que beaucoup de cardiopathies congénitales n'ont pas été suffisamment exploré.
- Le traitement est médical et / ou chirurgical.

3.3. HYPERTENSION ARTERIELLE :

Elle a fait l'objet de 15 études

On parle d'hypertension artérielle lorsque la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140mmHg et la diastolique supérieure ou égale à 90mmHg.

On distingue trois stades (ou grades) d'HTA, qui remplacent les termes d'HTA légère, modérée, ou sévère.

TABLEAU I : définition de l'HTA

Stades	Systolique	Diastolique
Stade1	140 -159	90-99
Stade2	160-179	100-109
Stade3	> 189	>110

LA SOURCE : OMS en 1999

3.3.1 Aspects épidémiologiques et socioculturels:

Ils ont été traités dans 7 études.

L'état de connaissances des malades hypertendus à propos de l'hypertension artérielle a fait l'objet d'une étude à l'hôpital Gabriel Touré allant de juin 2006 à

décembre 2007 au terme duquel environ 96,2% des patients ne connaissaient pas la définition de l'HTA.

La prévalence de l'hypertension artérielle était de 18,3% au sein du district de Bamako en 2002 [17]. Durant la même période, elle a représentée 22,2% de l'ensemble des pathologies cardiovasculaires chez les sujets de 15 ans et plus dans le district selon B. Karagnara [18].

En 2005 elle a représentée 54% chez les personnes âgées [B.M.TRAORE], 3,65% chez la femme enceinte à l'hôpital Gabriel Touré [S.Z. DAO].

En 2007 au CSREF de la commune V sa prévalence était de 1,56% chez la gestante [D. SYNAYOKO].

La prévalence de l'HTA associée au diabète est de 7,3% [A.DIARRA].

3.3.2 Circonstances de découverte : traitée dans une étude

Fortuite dans 65,9% des cas ou après la survenue d'une complication.

3.3.3 Age : traité dans 4 études

Les sujets de plus de 60 ans sont les plus touchés dans le district de Bamako dans 70% des cas [N. OUOLOGUEM],

Les âges moyens retrouvés étaient :

En 2000 de (40,5ans) [O.M COULIBALY] au CHU du point G

En 2004 de (53,5ans) avec un pic entre (46-65ans) au CHU Gabriel Touré [B. KONE].

L'âge moyen des malades ayant présenté des complications aiguës était de 55,5 ans [M.TRAORE]

3.3.4 Sexe :

Le sexe féminin est le plus touché dans la plupart des études mais les complications sont plus fréquentes chez les hommes.

3.3.5 Les facteurs de risque : ont été déterminés dans 4 études

L'obésité a été le principal facteur de risque retrouvé dans 55% des cas dans le district de Bamako [N. OUOLOGUEM] et dans 57,5% [B. KARAGNARA] chez les hypertendus de 15ans et plus en 2002 suivi par la sédentarité, le tabac (uniquement chez les hommes), l'alcool, les antécédents familiaux d'hypertension artérielle, le diabète, l'âge.

Au cours de la grossesse les facteurs de risque sont dominés par la primigestité, les antécédents personnels et familiaux d'hypertension artérielle [M. KOUYATE] et [DAO].

3.3.6 Complications :

➤ Complications aiguës :

Elles ont fait l'objet d'une étude réalisée au sein des services des urgences et de réanimation du CHU du point G en 2004.

Les atteintes viscérales ont été graves dominées par les accidents vasculaires cérébraux 69,7%, l'œdème aigu du poumon 13,6%, l'encéphalopathie hypertensive 10,6% et l'éclampsie 4,5%.

➤ **Autres complications à long terme** : déterminées dans 3 études

L'insuffisance cardiaque congestive, angor, infarctus du myocarde, les arythmies surtout par fibrillation auriculaire [B.KARAGNARA], l'insuffisance cardiaque gauche [B.TRAORE] les cardiomyopathies hypertensives l'insuffisance cardiaque gauche, globale, les accidents ischémiques transitoires, les coronaropathies et les artériopathies des membres inférieurs (au cours du diabète) [A.DIARRA].

➤ HTA au cours de la grossesse/complications : elle a fait l'objet de 3 études

- Maternelles sont : l'éclampsie et l'hématome rétro placentaire [M. KOUYATE], [D.SYNAYOKO], [DAO].
- Fœtales sont : la mort fœtale in utero, la prématurité, souffrance néonatale, l'hypotrophie fœtale [M. KOUYATE], [DAO].

3.3.7 Aspects électrocardiographiques et échographiques de l'HTA: ont été décrits dans 2 thèses.

Les lésions cardiaques ont été observées chez 63,3% de l'ensemble des patients avec une prédominance de l'hypertrophie ventriculaire gauche chez 53,3% de ces patients à l'ECG, les autres anomalies électriques ont été représentées par la tachycardie sinusale 4%, l'ischémie sous épicaudique 2%, les extrasystoles ventriculaires 1,3%, hémibloc antérieur gauche 1,3%, hypertrophie ventriculaire droite plus bloc de branche droit complet 0,3%, ischémie myocardique antérieure 0,5%. A l'échographie, la cardiomyopathie hypertensive était prédominante dans 93,3% des cas [28].

La cardiomégalie radiographique et HVG électrique ont été rapportés par une étude menée Dr B.TRAORE [19] sur l'hypertension du sujet âgé.

3.3.8 Traitement :

Il a fait l'objet de 2 thèses

Selon D. SYNAYOKO [25] les femmes enceintes hypertendues mises sous acide acétyl salicylique présentent moins de complications (1,9% d'éclampsie) que celles qui n'ont pas été mise sous acide acétyl salicylique (24,3% d'éclampsie).

Selon une étude réalisée en 2005 au CHU Gabriel Touré par A.T.DOUMBIA [17] le régime seul a constitué le traitement chez 11,9% des malades respectant le régime et l'évolution a été favorable chez 65,7% chez ces patients contre 20,4% chez les

malades ne respectant pas le régime avec un taux de décès à 15,9% chez les malades ne respectant pas le régime contre 3% chez ceux respectant le régime.

3.4 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX :

Un AVC est un déficit neurologique d'installation «rapide», durant plus de 24h, lié à une dysfonction cérébrale focale ou globale, pouvant être mortel, dont la cause apparente est vasculaire selon l'OMS.

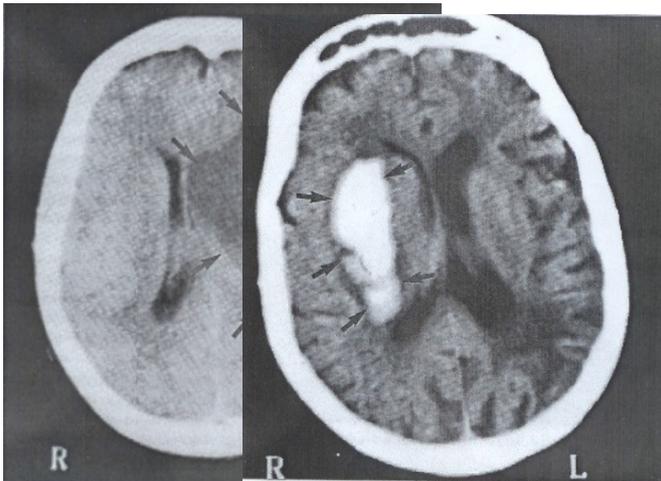


Figure 12 : Infarctus cérébral œdémateux profond

figure 13 : Hématome cérébral

Avec (effet de masse) au scanner

Elles ont fait l'objet de 3 études :

- Deux études sur les AVC hypertensifs : aspects épidémiocliniques et évolutifs en cardiologie A et B.

Une étude des AVC du sujet jeune dans les services de cardiologie et de neurologie au Mali.

Dans les trois études les aspects épidémiologiques, le sexe prédominant, l'âge moyen, les facteurs de risque ont été déterminés par contre les étiologies n'ont été déterminées que dans une étude.

3.4.2 Les aspects épidémiologiques :

En cardiologie B du CHU du point G la prévalence des AVC hypertensifs était de 24,3% des pathologies cardiovasculaires sur 321 patients entre le 1^{er} mars 2004 et 28 février 2005 [ALI SAID], celle de l'AVC était de 18,6% des pathologies cardiovasculaires sur 387 patients dont les 86,1% sont d'origine hypertensive d'avril 2005 à mars 2006 en cardiologie A [M.TOURE], chez les sujets jeune la fréquence de l'AVC était de 18,3% sur 111 patients [T. COULIBALY].

3.4.3 Selon le sexe et l'âge :

En cardiologie B le sexe masculin dominait avec un sexe ratio de 1,18 et une moyenne d'âge de (62 ans) [ALI SAID], la prédominance est féminine en cardiologie A 53,2% et l'âge moyen de l'échantillon a été de (57,5 ans) [M.TOURE].

Chez le sujet jeune on note une prédominance du sexe masculin 50,4% selon une étude dans les services de cardiologie et de neurologie du Mali entre 1^{er} décembre 1998 et 30 décembre 2000 et l'âge moyen de survenu était de (35 ans) [T.COULIBALY].

3.4.4 Facteurs de risque retrouvés :

Antécédent d'accident vasculaire [ALI SAID], l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'âge (55ans pour les hommes et 66ans pour les femmes) [M.TOURE], antécédents de pathologies cardiovasculaires, contraception, traumatisme de la tête et du cou, alcoolisme [T.COULIBALY].

3.4.5 Etiologies :

Sur le plan cardiovasculaire : l'HTA, affections cardio-emboliques, dissection de la carotide interne, malformations vasculaires, thrombose de la carotide interne, polyglobulie.

Les autres causes sont : infectieuses, traumatique, tumorales, métaboliques, contraception, et des causes indéterminées [T.COULIBALY].

3.4.6 L'aspect clinique cardiovasculaire dominant était la tachycardie et **les aspects para cliniques** dominés par l'hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG et à l'échocardiographie, les infiltrations intimaux athéromateuses à l'échographie doppler, la cardiomégalie radiographique.

Au scanner 56,7% des AVC étaient ischémiques en cardiologie B [ALI SAID] et 62, 3% en cardiologie A [M.TOURE].

3.4.7 L'évolution était favorable dans 69,4% des cas en cardiologie B [ALI SAID] et 16,2% (sans séquelle) chez les sujets jeunes [T.COULIBALY].

La mortalité à 22% en cardiologie B [SAID], 12,9% [M.TOURE] en A et 22,5% chez les jeunes [T.COULIBALY].

3.5. MYOCARDIOPATHIE

Il s'agit d'une affection primitive ou secondaire du myocarde, généralement responsable d'une hypertrophie et d'une dilatation cardiaque, survenant le plus souvent chez le sujet jeune, parfois familial, d'étiologie souvent inconnue, et d'évolution plus ou moins rapidement mortelle.

Elle a fait l'objet de sept (7) thèses.

TABLEAU II : facteurs de risque des myocardiopathies

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Facteur de risque	Antécédent
Cardiomyopathies dilatées	26,3% sur 887	52,8 ans	0,98	HTA, tabagisme, obésité	HTA, ICG
Cardiomyopathies dilatées du péri partum	5,2%	30 +/- 7ans		Régime hyper salé, variations climatiques au cours de la grossesse	CMD, aucun parfois

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DES THESES REALISEES EN CARDIOLOGIE DE 1998-2008

Cardiomyopathies hypertrophiques	21% sur 760	57,2 ans	1	HTA, tabac, obésité	HTA, RAo
Cardiomyopathies hypertrophiques chez l'insuffisant rénal chronique	45,3% sur 53	47,2 ans	1,3	HTA, sédentarité	HTA, OMI

TABLEAU II : suite

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Facteur de risque	Antécédent
Place de la Cardiomyopathies urémique chez l'insuffisant rénal chronique	17,8% sur 45	42 +/- 12,7ans	1,6	HTA, Sexe masculin, âge avancée > 55 ans, tabac	HTA, OMI

Thèses	Etiologies	signes cliniques	Signes paracliniques	Evolution
Cardiomyopathies dilatées	HTA, Valvulopathies	Dyspnée, assourdissement des BDC, tachycardie, souffles cardiaques	ECG : tachycardies, troubles de la repolarisation, HVG ; cardiomégalie radio, dilatation des cavités fonction systolique du altérée à l'écho	Favorable
Cardiomyopathies dilatées du péripartum	Inconnue	Dyspnée, choc de pointe mou et étalé, RHJ, OMI	Anémie, cardiomégalie, dilatation cavitaire, hypokinésie, HVG	Favorable
Cardiomyopathies hypertrophiques	HTA, RAo	Dyspnée, souffles, tachycardie et le galop	HVG, cardiomégalie, hypertrophie myocardique à l'écho, dilatation cavitaire	La mortalité globale était de 3,1% sur 160 avec une létalité en faveur des hommes
Cardiomyopathies hypertrophiques chez l'insuffisant rénal chronique	IRC	Dyspnée d'effort, douleur thoracique, toux	Hypertrophie septale, dysfonction diastolique	Favorable

TABLEAU III : suite

Thèses	Etiologies	signes cliniques	Signes paracliniques	Evolution
Place de la Cardiomyopathies urémique chez l'insuffisant rénal chronique	HTA	Douleurs thoraciques, dyspnée de décubitus, vertiges, OMI,	HVG, dilatation des cavités gauches, FE altérée, cardiomégalie radiographique	Défavorable
Cardiomyopathies de la femme	Valvulopathies mitrales, HTA	Dyspnée, toux avec expectoration, souffles, rythme irrégulier dans 1/3 des cas	Cardiomégalie radiographique, dilatation cavitaire à l'écho, FE altérée, HVG, hypertrophie septo-pariétale, hypertrophie septale isolée	Défavorable
Cardiomyopathies chez les lépreux et les non lépreux : étude comparative	Lèpre	Dyspnée, toux, douleur thoracique, OMI	Cardiomégalie radiographique, HVG électrique, CMD hypokinétique à l'écho	

Comme étiologie l'hypertension artérielle est retrouvée dans quatre études sur sept, les autres étiologies sont les valvulopathies, le rétrécissement aortique, l'insuffisance rénale chronique et la lèpre, les anomalies para cliniques sont la cardiomégalie et la dilatation des cavités retrouvées cardiaques dans six études sur sept.

3.6 URGENCES CARDIOVASCULAIRES

L'urgence est une situation clinique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement pour la survie du patient.

Elles ont fait l'objet de sept (7) thèses.

TABLEAU IV : urgences cardiovasculaires

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Facteurs de risque	Pathologies cardiovasculaires en cause	Symptomatologie d'urgence
Urgences cardio-vasculaire : étude épidémiologique au CHU point « G »	24,7% sur 175	57,4 ans	1,1	HTA, tabac	HTA, CMD, valvulopathies	AVC, OAP, crise aiguë d'HTA
Urgences cardio-vasculaires au CHU Gabriel Touré	17,9%	70ans et plus	1,4	HTA, CMD,	HTA, CMD, fibrose endomyocardique, dissection de l'aorte, valvulopathies, péricardites	Collapsus cardio-vasculaires, détresse respiratoire, douleur thoracique
OAP cardiogénique au CHU du point « G »	1,5% sur 3275	53,7 ans +/- 2,6	1,27	HTA, tabac	HTA, cardiomyopathies IDM	Dyspnée, toux, expectoration mousseuse, anxiété

TABLEAU IV : suite

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Facteurs de risque	Pathologies cardiovasculaires en cause	Symptomatologie d'urgence
Embolie pulmonaire : aspect épidémiocliniques et évolutifs	1,7% sur 1724	51ans +/- 16,9	0,87	thrombophlébite, Alitement prolongé, troubles du rythme cardiaque,	IC, CPC, polyglobulie	Détresse respiratoire, polypnée, douleur thoracique
Etude des arrêts cardiaques pré hospitaliers	1,5% sur 2066	49,9 ans	2,1	Tabac, alcool, sédentarité	HTA, asthme	Douleur thoracique, détresse respiratoire
Dyspnée d'origine cardiaque chez la femme enceinte	2,1%	26 +/- 5ans		Contraception orale, obésité	HTA, cardiomyopathies, valvulopathies, éclampsie	Dyspnée d'effort, dyspnée de décubitus
Contribution à l'étude des dyspnées d'origine cardiaque chez la femme enceinte	1,6%	28 ans +/- 5 ans		Contraception orale, obésité	HTA, CMD, valvulopathies, pré éclampsie	Dyspnée d'effort

En dehors des études réalisées chez la femme enceinte et celle concernant l'embolie pulmonaire, le sexe masculin prédomine dans toutes les autres études avec comme facteurs de risque l'HTA et le tabac, chez la femme enceinte on retrouve la contraception orale et l'obésité.

L'HTA est la principale pathologie en cause retrouvée dans six (6) études sur sept (7) suivie des cardiomyopathies et des valvulopathies dans quatre (4) études sur sept (7). Le CPC a été retrouvé comme étiologie de l'embolie pulmonaire, l'asthme dans les arrêts cardiaques pré hospitaliers.

3.7 LES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES :

Les cardiopathies ischémiques correspondent à une insuffisance d'oxygénation du muscle cardiaque par rétrécissement des artères coronaires irriguant le cœur.

Elles ont fait l'objet de deux thèses.

TABLEAU V : cardiopathies ischémiques

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Facteurs de risque	Aspects cliniques	Complications	Traitement
Cardiopathies ischémiques et facteurs de risque cardiologie « A » de l'hôpital du point « G »	2,6%	57,6 ans	3,9	HTA, sédentarité, obésité, diabète, dyslipidémie, tabac, ménopause contraception (chez la femme)	Angine de poitrine, IDM	IC, troubles du rythme cardiaque, les embolies systémiques	Mesure hygiéno-diététiques, antiagrégants plaquetaires, bêta bloquant, IEC, thrombolyse
Ischémie coronaire : facteurs de risque et aspect clinique Cardiologie « B » du point « G »	14,3%	54,7 ans	1,7	Sédentarité, HTA, tabagisme	Angine de poitrine, IDM	IC, troubles du rythme, accidents thrombo-embolique	

Les principaux facteurs de risque sont l'HTA, tabagisme et sédentarité avec un sexe ratio de 1,7 à 3,9 et un âge moyen variant de 54,7 à 57,6 ans.

3.8 CARDIOPATHIES CONGÉNITALE ET ACQUISES:

Il s'agit des malformations du cœur présentes à la naissance et résultant d'un défaut de développement survenu pendant la vie embryonnaire (cardiopathies congénitales) et d'anomalies cardiaques apparaissant au cours de la vie (cardiopathies acquises).

Elles ont fait l'objet de six thèses

TABLEAU VI : fréquence, âge et sexe des Cardiopathies congénitales et acquises

Thèses	Fréquence des cardiopathies Acquise	Fréquence des cardiopathies Congénitales	Fréquence de l'association	Age Tranche / moyen	Sexe ratio
Cardiopathies juvéniles Opérables et ou opérées Au CHU Gabriel Touré	38,8%	49,3%	11,9%	0-15 ans	0,84
Cardiopathies juvéniles au CHU du point « G »	92,5%	7,5%		14,8ans	
Cardiopathies juvéniles au CHU Gabriel Touré et à l'hôpital « le Luxembourg »	49,6%	48,6%	1,8%	0-16ans	
Cardiopathies pédiatriques au CHU Gabriel Touré	65,5%	30%	5%	0-15 ans	1,1

TABLEAU VI : suite

Thèses	Fréquence des cardiopathies Acquise	Fréquence des cardiopathies Congénitales	Fréquence de l'association	Age Tranche / moyen	Sexe ratio
Etude prospective des cardiopathies congénitales en Réa-pédiatrique du CHU Gabriel Touré				0-1mois	1

Evolution des cardiopathies infanto-juvéniles après chirurgie cardiaque ou cathétérisme interventionnel	51,9%	48,1%		15,5ans	0,65
---	-------	-------	--	---------	------

Dans quatre (4) thèses sur cinq (5) les cardiopathies acquises sont plus fréquentes que les cardiopathies congénitales. La fréquence n'est pas déterminée dans une thèse.

TABLEAU VII : étiologies, traitement, évolution des cardiopathies congénitales et acquises

Thèses	Etiologies	Cardiopathies fréquemment retrouvées	Traitement reçu	Evolution
Cardiopathies juvéniles Opérables et ou opérées Au CHU Gabriel Touré	RAA, inconnues	Valvulopathies, CIV, CIA	75 opérée, 182 en attente	Favorable
Cardiopathies juvéniles au CHU du point « G »	RAA, étiologies inconnues	Valvulopathies, CIV	Médical, 1,4% (chirurgie)	Sévère
Cardiopathies juvéniles au CHU Gabriel Touré et à l'hôpital « le Luxembourg »	RAA, étiologies inconnues	IM	Chirurgical, médical	
Cardiopathies pédiatriques au CHU Gabriel Touré	RAA, Inconnues	CIV, CIA, T4F	Médical, chirurgical	

Etude prospective des cardiopathies congénitales en Réa pédiatrique du CHU Gabriel Touré		CIV, CIA, CAV		Défavorable 45,09 de décès
Evolution des cardiopathies infanto juvéniles après chirurgie cardiaque ou cathétérisme interventionnel	RAA	IM, tétralogie de Fallot, CIV	Chirurgical	Favorable

L'insuffisance mitrale et la CIV sont les cardiopathies fréquemment retrouvées. Le RAA est retrouvé comme étiologie dans toutes les études concernant les cardiopathies juvéniles, celle des cardiopathies congénitales est mal connue.

3.9 VALVULOPATHIES

Elles sont dues à un rétrécissement ou à une insuffisance (fermeture incomplète) d'une des valvules cardiaques (valvule mitrale, tricuspide, aortique, pulmonaire). Elles ont fait l'objet d'une thèse réalisée sur les valvulopathies aortiques.

TABLEAU VIII : valvulopathies

Prévalence	âge moyen	Sexe ratio	Antécédents	Etiologies	Complications	Evolution
8,3%	42,5ans		Angine, arthrite, RAA	RAA, l'athérome, l'origine dégénérative	IC, AVC	Mortalité élevée

Selon cette étude la prévalence des valvulopathies aortique est de 8,3% par rapport à l'ensemble des atteintes cardiovasculaires avec un âge moyen de 42,5ans, une prédominance du sexe masculin, une étiologie fréquemment rhumatismale et une mortalité élevée.

3.10 PERICARDITE

Affection inflammatoire, aiguë ou chronique du péricarde

Elle a fait l'objet de trois (3) thèses.

TABLEAU IX : péricardite

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Etiologies	Signes cliniques	Signes para cliniques	Evolution
Etude épidémiologique des péricardites aiguës	1,7% sur 4400	30ans +/-15,3	1,4	SIDA, tuberculose, RAA	Tachycardie, BDC assourdis frottement péricardique	Cardiomégalie, tachycardie, épanchement péricardique fréquent à l'échographie	Défavorable
Diagnostic étiologique et évolutif des péricardites	2,6%	30,5 ans		Tuberculose VIH	Douleurs thoraciques, fièvre, tachycardie, frottement péricardique	Troubles de la repolarisation ventriculaire, épanchement à l'échographie	Favorable
Atteinte du péricarde au cours de l'infection à VIH/SIDA	1,9%	40,5 ans +/- 24,1	1,7	VIH/SIDA Tuberculose	Fièvre, pâleur, amaigrissement, dyspnée, toux, douleurs thoracique, tachycardie	Cardiomé-galie, micro voltage à l'ECG, péricardite sèche dans 55,1% à l'échographie	Défavorable

Dans les trois études le sexe masculin prédomine avec un âge moyen variant de 30 à 40,5 ans et comme principales étiologies, la tuberculose et le VIH/SIDA.

3.11 ENDOCARDITE :

Lésion inflammatoire exsudative et proliférative de la tunique interne du cœur.

Elles ont fait l'objet d'une thèse réalisée à Bamako.

TABLEAU X : endocardite

Prévalence	âge moyen	Sexe ratio	Etiologies	Complications	Evolution
------------	-----------	------------	------------	---------------	-----------

0,3%	21,9ans	1	<i>Stapylococcus auréus</i> à 20%, 1 cas due à <i>coxiella burnetii</i>	IC, AVC, pancardite, péricardites	Défavorable avec une mortalité à 30%
------	---------	---	---	---	---

On note une parité des sexes au terme de cette étude.

3.12 MYOCARDITES :

Terme générique sous lequel sont regroupés les cardiopathies s'accompagnant d'une inflammation aiguë, subaiguë ou chronique, localisée ou diffuse, du myocarde.

Elle a fait l'objet d'une thèse réalisée à Bamako

TABLEAU XI : myocardites

Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Etiologies	Evolution
1,1%	10,6ans +/- 6,7		Chlamydia pneumoniae, cytomégalovirus, le virus d'Epstein Bar	44,4% de décès enregistrés et 44,4% de rémission complète

Au terme de cette étude le nombre de rémission complète est égal au nombre de décès enregistré.

3.13 CARDIOPATHIES ET PATHOLOGIES INFECTIEUSES

Il s'agit d'atteintes Infectieuses du cœur. Elles ont fait l'objet de trois thèses.

TABLEAU XII : cardiopathies d'origine infectieuse

Thèses	Prévalence	Affections cardiovasculaire retrouvées	Facteurs de risque	Age moyen	Sexe ratio
Co-morbidité infections ORL et cardiopathies rhumatismales : étude de prévalence en milieu hospitalier	16% sur 100 patients	Cardite rhumatismale, remaniement valvulaire, IC	Aspect cryptique des amygdales, mauvais état bucco-dentaire, conditions de vie précaires, antibiothérapie brève ou inadéquate	13,8 ans	0,61
Prévalence des affections cardiovasculaires au cours de l'infection à VIH/SIDA (CHU GT)	47,7% sur 132 patients	Cardiomyopathies péricardites, endocardites	immunodépression	36,5 ans	
Atteintes cardiaques au cours de la tuberculose (point G)	6,8% sur 602 patients	CPC, péricardites, cardiomyopathies dilatées	HTA	51,2 ans +/- 17,4 ans	

On note une prédominance du sexe féminin dans deux études sur trois avec un âge moyen variant de à 13,8ans à 51,2 ans +/- 17,4 ans

3.14 CARDIOPATHIES ET INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Atteintes cardiaques au cours de l'insuffisance rénale chronique

Elles ont fait l'objet de six thèses.

TABLEAU XIII : facteurs de risque des cardiopathies secondaires à l'IRC

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Facteurs de risque cardiovasculaires
Evènements cardiovasculaires chez l'IRC hypertendu	56,8%	48,8ans	1,6	HTA, Tabac, sédentarité
Complications cardiovasculaires chez les IRC		38 ans	1,03	HTA, fistule artérioveineuse
Hémodialyse et morbidité cardiovasculaire	49%	44 ans	1,27	HTA, diabète, HVG
Aspects écho cardiographiques des patients avant et après dialyse		35,5ans	3,25	HTA
Facteur de risque cardiovasculaire et IRC		50,7ans	1,35	HTA, IRC
IC chez l'IRC hypertendu		45ans	1,4	HTA, Sédentarité, tabac

Le sexe masculin prédomine dans toutes les études avec un âge moyen variant de 35,5 à 50,7 ans et l'HTA comme principale facteur de risque. Seules deux études ont parlé de prévalence.

TABLEAU XIV : Cardiopathies et IRC: facteurs de risque lié à l'IRC, aspects paracliniques, syndromes cardiovasculaires, évolution

Thèses	Facteurs de risque lié à l'IRC	Signes para cliniques	Syndromes cardiovasculaires prédominants	Evolution
Evènements cardiovasculaires chez l'IRC hypertendu	Anémie, sexe masculin	HVG, cardiomégalie radiographique	Cardiomyopathies hypertensives, péricardite urémique, insuffisance coronaire	Défavorable
Complications cardiovasculaires chez les IRC	Anémie inflation hydro sodée	HVG, dilatation des cavités gauches, cardiomégalie radiographique	OAP, ICG, péricardite, insuffisance coronaire	

Hémodialyse et morbidité cardiovasculaire	HTA, sexe masculin, âge > 55ans	HVG, cardiomégalie	Cardiomyopathie hypertensive, péricardite	Favorable
Aspects écho cardiographiques des patients avant et après dialyse	Anémie inflation hydrosodée	Dilatation du ventricule gauche avant, HVG et cardiomyopathie hypertensive après	IC, péricardite	
Facteur de risque cardiovasculaire et IRC	Anémie, troubles phosphocalcique	HVG, cardiomégalie radiographique	Cardiomyopathie	
IC chez l'IRC hypertendu	Anémie, troubles phosphocalcique, inflation hydro sodée	Cardiomégalie, dilatation des cavités gauches, HVG	Insuffisance ventriculaire gauche, ICG	Favorable

3.15 PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES ET CHIRURGIE

Elle a fait l'objet de deux thèses

TABLEAU XV : Cardiopathies non médicales au CHU du point « G »

Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Evolution
16,7% sur 844 cas de pathologies cardiovasculaires	38,1ans	0,8	Satisfaisante à 26,9%

Cardiopathies non médicales: CMP 23,6%, valvulopathies 52,1%, cardiopathies ischémiques 44,7%, péricardites 72,7%, cardiopathies congénitales 100%, troubles de la conduction et du rythme 10%, maladies vasculaires 100%.

TABLEAU XVI : les pathologies cardiovasculaires intra thoracique dans le service de Chirurgie « B », du CHU du Point G de Bamako.

Pathologies	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio
Péricardites	40%	32,1 +/- 15,8ans	4/1

RM	28%	31,4+/-8,1 ans	6/1
PCA	28%	7,5+/-3,2 ans	2,5/1
BAV complet	1 cas n=25	60ans	

3.16 GERONTO-GERIATRIE

Partie de gérontologie qui concerne le traitement des affections du vieillard, qu'il s'agisse de celles qui lui sont propres ou des formes particulières qui revêtent chez lui certaines maladies.

Elle a fait l'objet d'une étude.

TABLEAU XVII : l'insuffisance cardiaque du sujet âgé

Prévalence	Facteurs de risque	Anomalies paracliniques	Evolution
16,8% sur 2453 cas de pathologies cardiovasculaire	Tabagisme, obésité	HVG	Mortalité globale � 7,7%

3.17 EXPLORATIONS :

Ensemble d'examens médicaux permettant d'apprécier l'état d'un organe ou de sa fonction. Elles ont fait l'objet de huit thèses.

TABLEAU XVIII : prévalence des pathologies cardiovasculaires, âge, sexe

Thèses	Prévalence des affections cardiovasculaire	Age moyen	Sexe ratio
Troubles de la conduction intra cardiaque	15,3%	57,8ans	1,61
Apport de l'échographie dans le diagnostic des affections cardiovasculaires au CHU Gabriel Touré	30%	55,5 ans	0,8
Aspects tomodensitométriques des AVC au CHU point « G »	35,3%	44,5 ans	1,3
Aspects écho cardiographique au cours de la drépanocytose chez l'enfant au CHU Gabriel Touré		2,5ans	0,75
Apport de l'imagerie médicale dans les valvulopathies	7,5%	39ans	0,89
Cardiomégalie radiographique chez l'adulte au CHU du point « G »	46 ,3%	48,7 ans	0,7
Etude comparative des ECG chez des sédentaires et des sportifs à Bamako		24ans	
Cardiomégalie chez l'adulte, étude clinique à l'hôpital Gabriel Touré	59%	45 ans	0,4

TABLEAU XIX : anomalies prédominantes dans les explorations

Thèses	Facteurs de risque	Pathologies cardiovasculaires Sous jacents	Anomalies prédominantes
Troubles de la conduction intra cardiaque	Tabac, obésité, alcool, troubles métaboliques	HTA, valvulopathies, CMP primitives, IDM, CPC, cardiopathies congénitales	BBD complet, HBAG
Apport de l'échographie dans le diagnostic des affections cardiovasculaire	HTA, tabac, RAA, diabète	IM, RM, IAo, RAo, CMD, et CMP hypertensives, CIV, CIA	IM, RM, IAo, RAo dilatation cavitaire, hypertrophie septale, FE basse, thrombus intra cavitaire, CIV, CIA
Aspects tomodensitométriques des AVC au CHU point « G »	HTA, diabète, tabac, HTA+ obésité	HTA, malformations vasculaires, coagulopathies, cardiopathies emboligènes	Hypodensité (44,6%), hyperdensité (29,6%), ischémie (44,7%), hémorragie (29,6%), atteinte du territoire de l'artère sylvienne 62,7%
Aspects écho cardiographique au cours de la drépanocytose chez l'enfant au CHU Gabriel Touré			HVG, dilatation du VG, dilatation du ventricule droit, hyperkinésie du VG
Apport de l'imagerie médicale dans les valvulopathies	Angine, RAA	Endocardites sur valves normales, fibrose endomyocardique, cardiopathies congénitales	IM, RM, fuites mitro-aortiques, cardiomégalie, dilatation cavitaire

TABLEAU XIX : suite

Thèses	Facteurs de risque	Pathologies cardiovasculaires Sous jacents	Anomalies prédominantes
Cardiomégalie radiographique chez l'adulte au CHU du point « G »	HTA, tabagisme, diabète, obésité, anémie	HTA, valvulopathies, cœur anémique, CMP primitives, CIA	Cardiomégalie (ICT< ou= 0,60), HTAP, épanchement pleural, aérique, foyer parenchymateux
Etude comparative des ECG chez des sédentaires et des sportifs à Bamako			Bradycardie sinusale, onde P bifide et diphasique, intervalle QT allongé, chez les sportifs
Cardiomégalie chez l'adulte, étude clinique à l'hôpital Gabriel Touré		HTA	Cardiomégalie, épanchement pleural

Les anomalies sont en fonction du type d'exploration

3.18 AUTRES THESES :

Elles sont au nombre de neuf.

TABLEAU XX : des autres thèses.

Thèses	Prévalence	Age moyen	Sexe ratio	Etiologies	Facteurs de risque	Evolution
Douleurs thoraciques au CHU Gabriel Touré	6,9%	39ans	1,41	Valvulopathies	tabagisme	Favorable
Cardiothyroïse à l'hôpital du point G	0,2%	46,2ans+/- 5,2		Maladie de Basedow	HTA	3 décès sur 50 et 5 complications
Le CPC	10,6%	65ans	9,5	Emphysème	tabagisme	Favorable

respiratoire				pulmonaire		dans 76,2% des cas
Les manifestations digestives au cours de l'IC	33%					Favorable après traitement
Pathologies cardio-vasculaires et anesthésie	10%	60ans		HTA, PCA		
Complications cardio-vasculaires au cours du diabète au CHU Gabriel Touré		56,5ans			L'HTA, ménopause, l'âge, obésité, le diabète	Favorable

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Nous avons mené une étude bibliographique portant sur 78 thèses réalisées en cardiologie de 1998 à 2008 au terme duquel les centres d'intérêt suivant ont été retenus :

4.1 EPIDEMIOLOGIE :

La mortalité globale des maladies cardiovasculaire était de 11,1% en 2005 [6] avec un taux plus élevé dans la tranche d'âge de (60-74ans), et une prédominance masculine.

L'HTA était l'affection la plus meurtrière avec 30,2% de décès, ensuite viennent les valvulopathies avec 22%, puis les myocardopathies avec 17,6% selon A. TOURE [6]

Les facteurs de risque les plus fréquents étaient : l'HTA avec une prévalence de 18,3%, le tabagisme 9,3%, le diabète 0,4%, l'obésité 5,3% alors que 11,9% étaient en surcharge pondérale, la sédentarité 69,2%, et l'hypercholestérolémie 0,1%. Les extrêmes du risque variaient entre 1 à 20% chez les hommes contre 1 à 11% chez les femmes Pour K. PELIABA [14].

Les cardiomégalies congénitales constituaient 18,6% des cardiomégalies juvéniles et restent les plus fréquentes des cardiomégalies de la tranche d'âge de (0-10ans), 30,8% des enfants de moins de 13 mois. Les CIV constituent la première cause de cardiomégalie congénitale avec 41,1% suivie des CIA avec 35,3% et la tétralogie de Fallot seule cardiopathie cyanogène observée au cours de l'étude ne constituaient que 5,9% des cardiomégalies juvéniles congénitales N. Sidibé [15].

4.2 HYPERTENSION ARTERIELLE :

➤ Aspects épidémiologiques et socioculturels:

Une seule étude a traité des aspects socioculturels de l'HTA en effet selon J.Coulibaly [16] environ 96,2% des patients ne connaissaient pas la définition de l'HTA.

La prévalence de l'hypertension artérielle était de 18,3% au sein du district de Bamako en 2002 selon N.Ouologuem [17], ce qui est inférieure aux 22,2% retrouvés par B. Karagnara [18] chez les sujets de 15 ans et plus au même moment dans le district de Bamako.

En république démocratique du Congo la prévalence de l'HTA est de 16,7% selon J.N.Belila [92], 13,9% en côte d'ivoire selon Dr KOFFI. A [93] ce qui paraît inférieur à celles trouvées au Mali.

➤ En 2005 elle était de 54% chez les personnes âgées selon B.M. TRAORE [19], ceci peut être dû au fait que le risque d'HTA augmente avec l'âge [91].

La tranche d'âge de (60-69ans) était plus touchée selon M. TRAORE [25], selon B. KONE [24] c'est la tranche d'âge de (46-65ans) qui était plus touchée, les deux études ont porté sur les complications de l'HTA mais la seconde a pris en compte l'HTA du début jusqu'aux complications .

La tranche d'âge de (15-30ans) était plus touchée selon N. OUOLOGUEM [17] ce qui est inférieure à celui retrouvé par O.M COULIBALY [23] qui était de (31-50ans) mais la première étude a été réalisée en dehors de l'hôpital alors que la deuxième a eu lieu en milieu hospitalier.

➤ Chez la femme enceinte sa prévalence était de 3,7% à l'hôpital Gabriel Touré selon S.Z. DAO [20] en 2005 contre 1,6% au CSREF de la commune V selon D. SYNAOKO [21]. Ces prévalences sont proches de celle de Madagascar 3% [94] mais nettement inférieures à celle du Bénin 7,7% [95].

L'HTA associée au diabète a fait l'objet d'une étude en effet sa prévalence était de 7,3% selon A. DIARRA [22].

➤ Le sexe féminin est le plus touché dans la plupart des études [16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26] car la plupart des femmes sont sédentaires mais les complications sont plus fréquentes chez les hommes M. TRAORE [2].

Dans une étude réalisée au RD Congo le sexe masculin a prédominé selon J.N.Bélila [92].

➤ Les facteurs de risque sont constitués par les facteurs de risque classiques connus qui sont :

L'obésité retrouvé dans 55% des cas par N. OUOLOGUEM [17] et dans 57,5% par B. KARAGNARA [18], suivi de la sédentarité, le tabac (uniquement chez les hommes), l'alcool, les antécédents familiaux d'hypertension artérielle, le diabète, l'âge. Les mêmes facteurs de risque ont été retrouvés par J.N. Belila [92] en RDC.

Au cours de la grossesse les facteurs de risque étaient dominés par la primigestité, les antécédents personnels et familiaux d'hypertension artérielle M.KOUYATE [26] et S.Z. DAO [20].

➤ **Complications :**

Les Complications sont les mêmes que celles rencontrées dans la pratique courante : les atteintes viscérales dominées par les accidents vasculaires cérébraux 69,7% constitués soit par un infarctus cérébral soit par une hémorragie cérébrale, l'œdème aigu du poumon 13,6%, l'encéphalopathie hypertensive 10,6% et l'éclampsie 4,5% selon M. TRAORE [25], OAP selon FOTSING [27] à court terme.

Les autres complications à long terme étaient les cardiomyopathies hypertensives selon A. DIARRA [22], l'insuffisance cardiaque congestive, angor, infarctus du myocarde, arythmie surtout par fibrillation auriculaire selon B. KARAGNARA [18], l'insuffisance cardiaque gauche selon B.M. TRAORE [19], l'insuffisance cardiaque gauche, globale, les accidents ischémiques transitoires, les coronaropathies et les artériopathies des membres inférieurs (au cours du diabète) selon A. DIARRA [22].

Au cours de la grossesse les complications maternelles étaient : l'éclampsie et l'hématome rétro placentaire selon M. KOUYATE [26], D. SYNAYOKO [21], S.Z. DAO [20].

Les complications fœtales étaient : la mort fœtale in utero, la prématurité, souffrance néonatale, l'hypotrophie fœtale pour M. KOUYATE [26] et S.Z.DAO [20].

Les mêmes complications ont été retrouvées au Bénin [95].

➤ les aspects électro cardiographiques et échographiques ont fait l'objet d'une étude au terme duquel les lésions cardiaques ont été observées chez 63,3% des patients avec une prédominance de l'HVG chez 53,3% de ces patients à l'ECG, les autres anomalies électriques ont été représentées par la tachycardie sinusale 4%, l'ischémie sous épocardique 2%, les extrasystoles ventriculaires 1,3%, héli bloc antérieur gauche 1,3%, hypertrophie ventriculaire droite plus bloc de branche droit complet 0,3%, ischémie myocardique antérieure 0,5%.

A l'échographie, la cardiomyopathie hypertensive était prédominante dans 93,3% des cas selon I. M. DIARRA [28].

La cardiomégalie radiographique et HVG électrique ont été rapportés par une étude menée par Dr B.TRAORE [19] sur l'hypertension du sujet âgé.

➤ **Traitement :**

Elle a fait l'objet de deux études dans lesquels l'importance du régime hygiéno-diététique et de la salicylothérapie dans le traitement de l'HTA a été démontrée.

Selon une étude réalisée en 2005 au CHU Gabriel Touré par A.T.DOUMBIA [29] le régime seul a constitué le traitement chez 11,9% des malades respectant le régime avec évolution favorable à 65,7% contre 20,4% chez les malades ne respectant pas le régime avec un taux de décès à 15,9% contre 3% chez ceux respectant le régime.

Selon D. SYNAYOKO [21] les femmes enceintes hypertendues mises sous acide acétyl salicylique ont présenté moins de complications (1,9% d'éclampsie) que celles qui n'ont pas été mises sous acide acétyl salicylique (24,3% d'éclampsie) sur 104 de gestantes hypertendues dans chaque groupe. L'efficacité des antiagrégants plaquettaire a été démontrée dans la littérature [96].

4.3 LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX :

➤ La prévalence des AVC hypertensifs a varié de 18,6% à 24,3% des pathologies cardiovasculaires selon M. TOURE [32] et F.A.SAID [31]

Celle des AVC du sujet jeune était de 18,3% selon T. COULIBAY [33] à Bamako contre 32,9% à Lomé (TOGO) [97], les AVC touchent 120000 personnes par an en France (prévalence estimés à 400000 patients) [98]

➤ L'âge moyen retrouvé par F.A SAID [31] de (62 ans) est proche de l'âge rapporté par M. TOURE [32] de (57,5 ans) et nettement supérieur à l'âge moyen retrouvé par T. COULIBALY [33] de (35 ans) mais les deux premiers ont travaillé sur les AVC hypertensifs alors que le troisième a porté sur l'ensemble des AVC chez le sujet jeune.

➤ par contre le sexe masculin a prédominé chez F.A.SAID [31] et T.COULIBALY [33] alors que sexe féminin prédominait chez M.TOURE [32].

Le sexe féminin a prédominé également dans une étude réalisée à Dakar [99].

➤ Les facteurs de risque retrouvés étaient les antécédents d'accident vasculaire selon F.A SAID [31], l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'âge (55ans pour les hommes et 66ans pour les femmes) selon M TOURE [32], l'âge est le premier facteur de risque en France après (55ans) [98].

L'alcoolisme, le tabagisme, la contraception orale, les traumatismes de la tête et du cou et antécédents de pathologies cardiovasculaires ont été rapportés par T. COULIBALY [33].

➤ L'HTA était la principale étiologie dans les trois études, même observations faites par E. SAGUI [100] en Afrique subsaharienne.

Les autres étiologies retrouvées au Mali étaient les affections cardio-emboliques, la dissection de la carotide interne, les malformations vasculaires, la thrombose de la

carotide interne, polyglobulie, les causes infectieuses, traumatiques, tumorales, métaboliques, la contraception selon T. COULIBALY [33].

➤ Au scanner les AVC ischémiques prédominaient dans 56,7% selon ALI SAID [31] contre 62,3% selon M. TOURE [32]. Les mêmes observations sont faites à Dakar (Sénégal) avec 51,9% [99] des cas et en France avec 40-50% [98].

Les autres anomalies étaient l'hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG et à l'échocardiographie, les infiltrations intimaux athéromateuses à l'échographie doppler, la cardiomégalie radiographique

➤ La mortalité variait entre 8,4%-12,9% selon ALI SAID [31] et T. COULIBALY [33] contre 20,4% en Mauritanie, 44,6 en Ethiopie selon E. Sagui [100].

4.4 MYOCARDIOPATHIES :

Elles ont fait l'objet de sept thèses portant sur différents types de myocardiopathies.

➤ La prévalence variait en fonction du type :

- celle des CMD variait de 5,2%- 26,3% selon A. Coulibaly [34] et Tchatchoua .N.D.G [35].

Selon une étude réalisée en Tunisie [101] la prévalence des CMD est de 1,6%.

- 21%-45,3% pour les cardiomyopathies hypertrophiques à Bamako selon Tchokouadeu .M.H.F [36], et D.Traoré [37], elle est de 1/500 en France [102] et beaucoup plus élevée chez les lépreux à Bamako 93,1% selon M.B. Diallo [40].

- La prévalence était de 17,8% pour les cardiomyopathies urémiques au Mali selon M. Coulibaly [38] contre 21,7% au Burkina [103] et 85,7% selon A. Koné [103] en Néphrologie à Bamako.

Elle était de 28,2% pour les cardiomyopathies de la femme selon S.N. Touré [39]. Il n'y a pas d'étude similaire pour les deux dernières.

➤ Les âges moyens de survenue sont proches dans la plupart des études, ils variaient entre (30-52,8ans) pour les CMD [34], [35] ce qui est de celui des CMP hypertrophique (47,2-57,2ans) [37], [36], (42+/-12,7 ans) [38], (48,3 +/- 17,5 ans) [39] sauf chez les lépreux où l'âge moyen n'a pas été déterminé mais l'âge modal était entre (58-78 ans) selon M.B. Diallo [40].

➤ Le sexe masculin était le plus touché dans la plupart des études [36], [37], [38], [40] sauf dans les CMD [35] où le sexe féminin a prédominé et les études réalisées chez les femmes [39], [34].

Le sexe féminin a prédominé également dans une étude réalisée en Tunisie sur les CMD [101],

➤ L'HTA était le principal facteur de risque dans la plupart des études [35], [36], [37], [38], [39], contre le tabagisme chez les lépreux [40], dans le post-partum ce sont le régime hyper sodé et les variations climatiques au cours de la grossesse qui ont

été retrouvé [34], les autres facteurs de risques retrouvés en plus de l'HTA étaient le tabagisme [35], [36], [38], [39], la sédentarité [37], le sexe masculin et l'âge avancé > 55 ans [38], la contraception orale et la multiparité [39], l'alcool [40].

➤ L'HTA a été l'antécédent retrouvé dans la plupart des études selon Tchatchoua N.D.G [35], Tchokouadeu M.H.F [36], D. Traoré [37], M. Coulibaly [38], S.N. Touré [39], parfois aucun antécédent n'est retrouvé pour les cardiomyopathies du péripartum A. Coulibaly [34].

Les autres antécédents retrouvés étaient : le rétrécissement aortique pour les cardiomyopathies hypertrophiques selon Tchokouadeu M.H.F [36], l'OMI chez les insuffisants rénaux selon D. Traoré [37] et M. Coulibaly [38], l'angine de poitrine, les valvulopathies chez la femme selon S.N. Touré [39], l'anémie et les pneumopathies chroniques chez les lépreux selon M.B. Diallo [40].

➤ Les signes cliniques étaient dominés par la dyspnée, les douleurs thoraciques, les souffles cardiaques, la toux, l'assourdissement des bruits du cœur, la tachycardie, un galop et les OMI.

➤ Les signes para cliniques étaient la cardiomégalie radiographique, l'HVG électrique et la dilatation cavitaire à l'échographie cardiaque retrouvées dans la plupart des études [34], [35], [36], [38], [39], [40] contre l'hypertrophie septale et la dysfonction diastolique chez les insuffisants rénaux [37].

➤ Dans la plupart des études les myocardopathies étaient secondaires à l'hypertension artérielle selon Tchatchoua N.D.G [35], Tchokouadeu M.H.F [36], M. Coulibaly [38] et S.N. Touré [39] mais l'étiologie des CMD du péripartum était le plus souvent inconnue selon A. Coulibaly [34], les autres étiologies retrouvées étaient : les valvulopathies selon Tchatchoua N.D.G [35] et S.N. Touré [39], le Rétrécissement aortique selon Tchokouadeu M.H.F [36], l'insuffisance rénale chronique pour les cardiomyopathies urémiques selon M. Coulibaly [38], la lèpre selon M.B. Diallo [40].

➤ L'évolution a été favorable en ce qui concerne les CMD selon A. Coulibaly [34] et Tchatchoua N.D.G [35], les cardiomyopathies hypertrophiques selon Tchokouadeu M.H.F [36] et D. Traoré [37], par contre elle était défavorable pour les cardiomyopathies urémiques selon M. Coulibaly [38] et les cardiomyopathies de la femme selon S.N. Touré [39].

➤ Le pronostic des CMD a été sévère dans l'étude réalisée en Tunisie [101] avec une mortalité à 20%.

4.5 LES URGENCES CARDIOVASCULAIRES :

➤ La prévalence des urgences cardiovasculaires à 24,8% au CHU du point « G » selon Tchakounte.A.S.E [41] était supérieure à celle du CHU Gabriel Touré de 17,9% selon J. Coulibaly [42] avec un âge moyen de survenue à (57,4ans) pour Tchakounte A.S.E [41], l'âge moyen des sujets âgés n'a pas été déterminé par J. Coulibaly [42] mais les sujets de (70ans et plus) étaient plus touchés, celle des arrêts

cardiaques 1,5% selon B.N. Coulibaly [45] est nettement inférieure aux prévalence ci-dessus mais proche de celle des OAP 1,5% selon K.L. Fernando [43] et des embolies pulmonaires 1,7% selon F. Soumaoro [44] avec des âges moyens proche également (49,9ans) pour B.N Coulibaly [45], (51ans) pour F. Soumaoro [44] et (53,7ans) pour K.L. Fernando [43].

La prévalence des dyspnées d'origine cardiaques était de 1,6% selon pour L.D. Traoré [47] contre 2,1% selon C.O. Bathily [46] par contre l'âge moyen trouvé par C.O. Bathily [46] de (26ans) est inférieur à l'âge retrouvé par L.D. Traoré [47] (28ans).

➤ Le sexe masculin a été retrouvé dans la plupart des études [41], [42], [43], [45] à l'exception de l'embolie pulmonaire [44] et les études réalisées chez les femmes [46], [47].

➤ Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient différents selon les études : L'HTA est retrouvée dans trois études chez Tchakounte .A.S.E [41], J. Coulibaly [42] et K.L. Fernando [43], le tabac et l'alcool ont été retrouvés chez Emmanuelle [41] K.L. Fernando [43] et B.N. Coulibaly [45], l'obésité et la contraception orale ont été retrouvées chez la femme enceinte selon C.O. Bathily [46] et L.D. Traoré [47], les thrombophlébites, les troubles du rythme et l'alitement prolongé rapportés par F. Soumaoro [44].

➤ Les symptomatologies d'urgence étaient en fonction des pathologies étudiée : l' AVC, OAP et la crise aiguë d'hypertension artérielle était retrouvée par Emmanuelle [41], par contre le collapsus cardiovasculaire, la détresse respiratoire et les douleurs thoraciques ont été retrouvés par J. Coulibaly [42] , la dyspnée, la toux avec expectoration mousseuse et l'anxiété ont été retrouvées par K.L. Fernando [43], la détresse respiratoire, la polypnée et les douleurs thoraciques pour F. Soumaoro [44] et B.N. Coulibaly [45], enfin la dyspnée d'effort pour C.O.Bathily [46] et L.D. Traoré [47].

➤ L'HTA était la principale étiologie retrouvée dans toutes les études.

Les autres étiologies étaient : les cardiomyopathies et les valvulopathies selon Tchakounte .A.S.E [41], J. Coulibaly [42], C.O. Bathily [46] et L.D. Traoré [47] contre la fibrose endomyocardique, la dissection de l'aorte et les péricardites selon J. Coulibaly [42], les IDM selon K.L. Fernando [43], l'insuffisance cardiaque, le CPC, la polyglobulie selon F. Soumaoro [44], l'asthme selon B.N. Coulibaly [45].

4.6 LES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES :

➤ La prévalence retrouvée par N.C. Tchintchui [48] de 2,6% est nettement inférieure à celle trouvée par M.A. Diakité [49] 14,3% par contre les âges moyens sont proches (57,6ans) pour N.C. Tchintchui [48] et (54,7ans) pour M.A. Diakité [49] mais les années d'étude diffèrent 2005 pour N.C.Tchintchui [48] et 2003 pour M.A. Diakité [49].

Une étude réalisée au Sénégal a rapporté 23,3% et un âge moyen à 39 +/- 2,7 ans selon O. Diop [104]

➤ Les facteurs de risque étaient les mêmes dominés par l'HTA, sédentarité, diabète pour Tchintchui [48] et M.A. Diakité [49].

➤ Les aspects cliniques étaient dominés par l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde.

Les complications étaient l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme cardiaque et les embolies systémiques [48, 49].

➤ Comme traitement ce sont les mesures hygiéno-diététiques, les antiagrégants plaquettaires, bêta bloquant, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et la thrombolyse qui ont été utilisés selon Tchintchui [48], M.A. Diakité [49] n'a pas parlé de traitement.

4.7 LES CARDIOPATHIES JUVENILES :

➤ En 2002 la fréquence des cardiopathies acquises avec 38,8% était moins élevée que celle des cardiopathies congénitales 49,3% selon B. Diarra [50] tandis qu'en 2001 les cardiopathies acquises avec 65,5% des cas étaient plus fréquentes que les cardiopathies congénitales 30% selon Goudote. G.H.D [51] au CHU Gabriel Touré.

La même année 2001 au CHU du point « G » la fréquence des cardiopathies acquises avec 92,5% était nettement supérieure à celle des cardiopathies congénitales qui était à 7,5% selon T.J. Diarra [53] en

- De 2002-2005 les cardiopathies acquises ont représenté 51,9% des cardiopathies juvéniles contre 48,1% pour les cardiopathies congénitales selon A.W. Terra [54] à l'hôpital Mère-enfant le "Luxembourg".

- En 2005 au CHU Gabriel Touré les cardiopathies acquises avec 49,6% étaient proche des cardiopathies congénitales qui représentaient 48,6% des cas selon A. Coulibaly [52].

➤ L'âge moyen retrouvé par T.J. Diarra [53] (14,8ans) était proche des (15,5ans) rapporté par A. W. Terra [54] et se retrouvent dans les tranches d'âge de (0-15ans) retrouvée Goudote .G.H.D [51] et (0-16 ans) selon A.Coulibaly [52].

H. DAO [55] qui a travaillée sur les cardiopathies congénitales uniquement la tranche d'âge de (0-1 mois) était plus touchée

➤ Le sexe féminin a prédominé chez B. Diarra [50], T.J. Diarra [53] et A.W. Terra [54], par contre chez Goudote G.H.D [51] c'est le sexe masculin qui a prédominé. H. DAO [55] a eu presque une égalité des sexes avec un sexe radio sensiblement égale à 1en faveur des filles.

- Le RAA a été la première de cause cardiopathies acquises retrouvée dans toutes les études par contre l'étiologie des cardiopathies congénitales (T4F, CIV, CIA, CAV, PCA) reste inconnue.
- Le Traitement était médical et chirurgical.

4.8 LES VALVULOPATHIES

Elles ont fait l'objet d'une étude ayant porté sur les valvulopathies aortique réalisée par O. Samassékou [56].

- leur prévalence était de 8,3% par rapport à l'ensemble des atteintes cardiovasculaires, et de 21,8% par rapport aux atteintes valvulaires, elles ont constitué 7,3% des motifs d'hospitalisation avec une prédominance masculine dans les différents types lésionnels et une moyenne d'âge à (42,5 ans).

Elles étaient hiérarchiquement réparties en insuffisance aortique, en maladie aortique et en rétrécissement aortique et associées à d'autres valvulopathies dans 82,5% des cas.

- La majorité de la population était urbaine avec comme antécédents l'angine, l'arthrite et le rhumatisme articulaire aigu (RAA), et comme facteurs de risque le tabac et l'HTA.
- Le RAA, l'athérome et l'origine dégénérative étaient les principales étiologies.
- La dyspnée était la manifestation fonctionnelle la plus fréquente et environ les trois quarts étaient des classes III et IV de la classification NYHA
- Les signes cardiaques d'examen étaient dominés par les souffles cardiaques, la tachycardie et le syndrome d'insuffisance ventriculaire droite.
- L'HTA était l'atteinte cardiovasculaire habituellement associée. Les broncho-pneumopathies et le RAA étaient les affections extracardiaques les plus couramment retrouvées.
- L'insuffisance cardiaque globale et l'AVC les complications prééminentes. L'HVG et le BAV du premier degré étaient les anomalies électriques les plus fréquentes, la cardiomégalie principale anomalie radiologique et à l'échocardiogramme il s'agissait essentiellement de calcification de l'orifice aortique le plus souvent associée à des lésions mitrales.
- Les digitaliques, les diurétiques, les vasodilatateurs et les antiagrégants plaquettaires étaient les classes thérapeutiques les plus utilisées.
- Le rétrécissement aortique était l'atteinte lésionnelle la plus létale. Environ le quart (26,2%) des patients ont été ré hospitalisés.

4.9 PERICARDITES :

- La prévalence était à 1,7% des pathologies cardiovasculaires de 1994- 2004 selon B.H. Maïga [57] ce qui était moins élevée que celle retrouvée par T.O. Haïdara [58]

2,6% de 2005-2006 au CHU Gabriel Touré, mais proche de celle retrouvée par S.Sidibé [59] de 1,9% dans la population sidéenne de Bamako en 2007.

- L'âge moyen était de (26ans) pour T.O.Haïdara [58], (30ans) pour B.H.Maïga [57], ces âges sont nettement inférieurs à l'âge rapporté par S. Sidibé [59] (40ans) chez la population sidéenne de Bamako.
- Le sexe masculin a prédominé dans toutes les études.
- Les signes cliniques étaient dominés par la douleur thoracique, la tachycardie et le frottement péricardique.
- Les signes para cliniques étaient dominés par la cardiomégalie radiographique, la tachycardie et l'épanchement péricardique selon B.H. Maïga [57], troubles de la ré polarisation et l'épanchement péricardique selon T.O. Haïdara [58], la cardiomégalie, les micro voltages à l'ECG et la péricardite sèche à l'échographie cardiaque selon S. Sidibé [59].
- Les principales étiologies étaient le VIH/SIDA et la tuberculose.

4.10 ENDOCARDITES

Elle a fait l'objet d'une étude réalisée à Bamako par A.B. Coulibaly [60].

Sa prévalence était de 0,3% avec un âge moyen à (21,9ans) et une parité des sexes. Cette prévalence est de 26% en France [91].

L'endocardite s'était greffée sur des Valvulopathies rhumatismales chez 80% des patients, sur cardiopathie congénitale dans 10% des cas. L'atteinte mitrale prédominait avec 60% suivie de l'atteinte mitro- aortique avec 30% des cas.

Les hémocultures étaient positives dans 20% des cas avec une exclusivité du *staphylococcus aureus*.

Un cas d'endocardite à hémoculture négative due à *coxiella burnetii* a été isolé.

L'échographie n'a montré des végétations que dans 40% des cas.

L'évolution s'est compliquée d'insuffisance cardiaque dans 90% des cas, associée à l'accident vasculaire cérébrale dans 30% des cas, de péricardite, de pan cardite et d'insuffisance rénale dans 10% des cas chacune. La mortalité globale a été de 30% liée à une insuffisance cardiaque réfractaire dans 20% des cas et dans 10% des cas à des complications neurologiques.

4.11 MYOCARDITES :

La myocardite aigue a fait l'objet d'une étude réalisée à Bamako par A. Traoré [61] au terme duquel elle a représenté 1,1% des hospitalisations avec un âge moyen à (10,6 +/- 6,7 ans) et une prédominance du sexe masculin et un sexe ratio de 5/4.

Le Chlamydia pneumoniae, le cytomégalovirus, et le virus d'Epstein bar sont incriminés)

Le diagnostic est établi sur des données cliniques et échographiques.

Le traitement était digitalo-diurétique associé à la restriction hydrique et aux vasodilatateurs. L'étude a porté sur 9 cas avec 44,4% de décès et 44,4% de rémission complète.

Il n'y a pas eu d'étude similaire au Mali permettant de le comparer

4.12 CARDIOPATHIES ET PATHOLOGIES INFECTIEUSES :

➤ La prévalence des cardiopathies retrouvée par A. Diarra [63] de 47,7% (VIH) est nettement supérieure à celles rapportées par C.G.D. N'Gom [62] et M. Camara [64] qui étaient respectivement de 16% (infections ORL) et 6,8% (tuberculose).

On note une prévalence plus élevée chez les malades atteints de VIH que les malades atteints d'infections ORL et de tuberculose. Par contre l'âge moyen de survenue chez les tuberculeux (51,2ans) selon M. Camara [64] est supérieur à ceux des patients atteints de VIH (36,5ans) selon A. Diarra [63] et des patients atteints d'infections ORL (13,8 ans) selon C.G.D. N'Gom [62].

➤ Les pathologies cardiovasculaires prédominantes étaient la cardite rhumatismale, le remaniement valvulaire, et l'insuffisance cardiaque selon C.G.D. N'Gom [62] par contre les cardiomyopathies et la péricardite ont retrouvées par A. Diarra [63] et M. Camara [64], les autres pathologies étaient l'endocardite pour A. Diarra [63], le Cœur pulmonaire chronique pour M. Camara [64].

➤ Facteurs de risque étaient les aspects cryptiques des amygdales, le mauvais état bucco-dentaire, les conditions de vie précaires, l'antibiothérapie brève ou inadéquate selon C.G.D. N'Gom [62], l'infection à VIH pour A. Diarra [63], l'HTA et la tuberculose pour M. Camara [64].

4.13 CARDIOPATHIES ET INSUFFISANCE RENALE :

Elles ont fait l'objet de six études.

➤ La prévalence n'a été déterminée que dans deux études réalisées dans les mêmes services au CHU du point « G », elle était de 56,8% selon H.L. Ramatoulaye [65] de 2003-2005, contre 49% selon Diaga. D [66] de 2004-2006.

➤ L'âge moyen de survenue des cardiopathies chez les insuffisants rénaux hypertendu variant de (45-48,8ans) selon S.E.W. Ould Baba [68] et H.L. Ramatoulaye [65] est supérieur à celui des Dialysés (35,5-44ans) selon T. Dembélé [70] et Diaga. D [66]. L'âge moyen retrouvé par S. Diarra [67] (50,7ans) dont la thèse a porté sur les facteurs de risque est nettement supérieur à celui rapporté par A.B. Boubacar [69] (38ans) qui en plus des facteurs de risque a pris en compte les aspects cliniques et écho cardiographiques.

➤ Le sexe masculin a prédominé dans toutes les études.

- L' HTA était le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvé dans toutes les études [65, 66, 67, 68, 69, 70] plus la sédentarité et le tabagisme pour S.E.W. Ould Baba [68] et H.L. Ramatoulaye [65].
- Les signes para cliniques étaient l'HVG dans toutes les études [65, 66, 67, 68, 69, 70] plus la cardiomégalie radiographique pour H.L. Ramatoulaye [65], D.Diaga [66], S. Diarra [67], S.E.W. Ould Baba [68] et A.B. Aboubacar [69], la dilatation des cavités gauches pour S .E.W. Ould Baba [68], A.B. Aboubacar [69] et T. Dembélé [70] cardiomyopathies hypertensives après dialyse pour T. Dembélé [70].
- Les syndromes cardiovasculaires prédominants étaient la péricardite dans quatre études [65, 66, 69, 70], les CMP ont été retrouvées dans trois études [65, 66, 67], de même que l'insuffisance cardiaque [68, 69, 70], l'insuffisance coronaire dans deux études [65,69], et enfin l'OAP rapporté par A.B. Aboubacar [69].
- L'évolution a été favorable pour D. Diaga [66] et S.E.W. Ould Baba [68] mais défavorable pour H.L. Ramatoulaye [65].

4.14 CARDIOPATHIES ET CHIRURGIE

4.14.1 Les cardiopathies non médicales :

Elles ont fait l'objet d'une étude ayant porté sur les cardiopathies non médicales réalisées par D.A. Akpéédgé [71] de janvier 2002 à Avril 2005.

Au terme duquel:

- Les cardiopathies non médicales ont représentées 16,7% de l'ensemble des admissions
- L'âge moyen était de (38,1 ans) et le sexe ratio était en faveur des femmes soit 0,8
- Le mode de découverte a été dans tous les cas une complication de la pathologie, l'IC Globale dans 57,4%
- La prévalence relative de ces cardiopathies par rapport aux différents groupes nosologiques était : CMP 23,6%, valvulopathies 52,1%, cardiopathies ischémiques 44,7%, péricardites 72,7%, cardiopathies congénitales 100%, troubles de la conduction et du rythme 10%, maladies vasculaires 100%
- L'évolution était satisfaisante à 26,9%, la décompensation à 63,8% et la mortalité a été observée dans 9,3% des cas. 90,2% des patients ont été ré hospitalisés une à quatre fois.

4.14.2 Les pathologies cardiovasculaires intra thoracique :

Elles ont fait l'objet d'une étude allant de 1979 à 2004 dans le service de Chirurgie « B » du CHU du Point G de Bamako au Mali réalisée par A. Tembely [72]

La péricardite a été la pathologie la plus fréquente 40% des cas rencontrée, avec un sexe ratio de 4/1 en faveur des hommes et un âge moyen à (32,1 +/- 15,8ans), Le rétrécissement mitral 28% des cas a été plus fréquent chez les hommes avec un âge moyen à (31,4 +/- 8,1ans), Le canal artériel persistant 28% des cas plus fréquent chez les filles avec un âge moyen à (7,5 +/- 3,2ans) et Le bloc auriculo-ventriculaire complet la pathologie la moins fréquente (1 cas).

La clinique a été dominée par :

➤ des signes fonctionnels suivants :

la dyspnée (à l'effort = 50%, en décubitus = 40%, paroxystique = 10% des cas), la douleur thoracique 60%, la toux chronique ainsi que la fièvre aiguë subjective dans 40% des cas, la palpitation ainsi que le syndrome : asthénie + anorexie + amaigrissement dans 30%, l'hémoptysie 20%, et enfin la toux aiguë 10% pour la péricardite, l'hémoptysie et la dyspnée (à l'effort = 6/7 au repos 1/7) dans tous les cas, la douleur thoracique et la toux chronique dans 4/7 cas, la palpitation 2/7, la toux aiguë dans 1/7 cas pour le rétrécissement mitral, La dyspnée et le retard staturo-pondéral notés dans 5/7 cas, la toux chronique 4/7, l'hypersudation 3/7, les vertiges 2/7 et la crampe musculaire dans 1/7 cas pour le canal artériel persistant, le vertige, la dyspnée au moindre effort pour le BAV.

➤ A l'examen physique par :

L'hépatomégalie 77,8%, la tachycardie 62,5%, la voussure de l'hémithorax gauche 60%, l'assourdissement des bruits du cœur 55,6%, le frottement péricardique 44,4%, l'ascite avec œdème des membres inférieurs 30% et la circulation veineuse collatérale thoracique 10% pour la péricarde, le frémissement cataire 6/7, le roulement diastolique 6/7, l'éclat de B2 2/7, et un souffle diastolique 1/7 au foyer mitral pour le RM,

Le souffle Systolo-diastolique 6/7, le frémissement ainsi que le souffle au foyer pulmonaire dans 4/7 cas, le souffle au foyer aortique ainsi que les râles crépitants dans 1/7 cas pour la PCA, un cœur lent à 44 battements/minute, un souffle diastolique au foyer aortique irradiant vers la pointe, une hépatomégalie et un œdème des membres inférieurs pour le BAV.

➤ L'échocardiographie a confirmé la péricardite, le diagnostic de RM dans tous les cas, la cardiomégalie avec dilatation des branches artérielles a été constatée dans tous les cas de PCA à la radiographie thoracique.

➤ L'étiologie : des péricardites étaient la tuberculeuse et celle du RM l'infection streptococcique.

- Une péricardotomie avec drainage a été pratiquée dans tous les cas, avec une décortication associée dans un cas, La commissurotomie digitale et instrumentale a été la technique utilisée pour le traitement du RM, la PCA a été traité par section plus la suture du canal dans tous les cas et le BAV par un pacemaker.

4.15 GERONTO-GERIATRIE :

Elle a fait l'objet d'une étude concernant l'insuffisance cardiaque du sujet âgé dans le service de cardiologie A de l'hôpital du point « G » faite par M.L.O. « Abderahmane [73].

La prévalence était de 16,8% (400 cas parmi 2453 dossiers de pathologies cardiovasculaires) et 26,9% sur 1485 cas d'insuffisance cardiaque ce qui est nettement inférieure à celle du Congo Brazzaville qui est à 50% [105]

Le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio à 1,72 contre une prédominance du sexe féminin à Brazzaville (Congo) [105].

La tranche d'âge la plus touchée était entre (60-69 ans), l'âge moyen de l'étude réalisée au Congo était de (70,4 +/- 6,2 ans) [105].

Les facteurs de risque étaient dominés par le tabagisme et l'obésité.

L'HTA, le diabète et le tabagisme ont été retrouvés au Congo [105]

L'hypertrophie ventriculaire gauche était la lésion électrique dominante, même observation au Congo [105]

La mortalité globale était de 7,7% au Mali contre 20, 2% au Congo [105].

La létalité au Mali était de 9,5% chez les femmes et de 6,7% chez les hommes.

4.16 LES EXPLORATIONS :

- La prévalence des cardiomégalies radiographiques étaient de 59% pour C.O. Koné [78] contre 46,3% pour A. Soumaoro [77].

Les autres prévalences concernaient les affections cardiovasculaires retrouvées dans les études, elles étaient de 15,3% pour J.B.Tientcheu [74], 35,3% pour A. Diawara [75], 7,5% pour M. Kanta [76], 30% selon L. Sidibé [79].

- l'âge moyen retrouvé par A. Soumaoro [77] de (48,7 ans) était supérieure à l'âge retrouvé par C.O. Koné [78] (45 ans).

Il était de (57,8ans) selon J.B. Tientcheu [74] pour les troubles de la conduction, elle est supérieure à ceux retrouvés par A. Diawara [75] (44,5ans) sur les AVC au scanner, et M. Kanta [76] (39ans) pour les Valvulopathies, (24ans) pour B. Gacko [81]

Les tranches d'âge les plus touchées étaient de (48-63ans) selon L. Sidibé [79] pour les affections cardiovasculaires à l'échographie, de (0-5ans) selon A. Bouaré [80] pour les enfants drépanocytaires.

- Le sexe féminin a prédominé dans quatre études chez L. Sidibé [79], A. Bouaré [80], M. Kanta [76], A. Soumaoro [77] et C.O.Koné [78] et le sexe masculin dans trois, chez J.B.Tientcheu [74], A.Diawara [75] et B. Gacko [81]
- Les facteurs de risque cardiovasculaires étaient dominés par le tabagisme, l'obésité, l'alcoolisme et les troubles métaboliques pour J.B. Tientcheu [74], l'angine et le RAA pour M. Kanta [76], le tabagisme, RAA et diabète pour L. Sidibé [79], HTA, diabète et tabagisme pour A. Diawara [75], HTA, tabagisme, diabète et obésité pour A. Soumaoro [77]. Le tabagisme se retrouve dans quatre études contre deux pour L'HTA l'obésité et RAA
- Les pathologies cardiovasculaires prédominantes sont en fonction des sujets d'étude et du type d'exploration et étaient l'HTA, les valvulopathies, les cardiomyopathies primitives, l'IDM, le CPC, les cardiopathies congénitales pour J.B. Tientcheu [74], les Valvulopathies mitrales, mitro-aortique, les CMD et les Cardiomyopathies hypertensives, la CIV, la CIA pour L. Sidibé [79], l'HTA, les malformations vasculaires, les cardiopathies emboligènes pour A. Diawara [75], les Endocardites sur valves normales, la fibrose endomyocardique, les cardiopathies congénitales pour M. Kanta [76] l'HTA, valvulopathies, cœur anémique, cardiomyopathies primitives, CIA pour A. Soumaoro [77], HTA pour C.O. Koné [78].
- Les anomalies radiographiques étaient en fonction du type d'exploration : le Bloc de branche droit complet et hémi bloc antérieur gauche ont été retrouvés chez J.B. Tientcheu [74], les Valvulopathies mitrales, mitro-aortique, la dilatation cavitaire, l'hypertrophie septale, la dysfonction systolique, thrombus intra cavitaire, CIV, CIA chez L. Sidibé [79], Hypodensité 44,6%, hyperdensité 29,6%, AVC ischémique 44,7%, hémorragique 29,6%, atteinte du territoire de l'artère sylvienne 62,7% chez A.Diawara [75], HVG, dilatation du ventricule gauche, dilatation du ventricule droit, hyperkinésie du ventricule gauche chez A. Bouaré [80], Maladie mitrale, fuites mitro-aortiques, cardiomégalie, dilatation cavitaire chez M. Kanta [76], Cardiomégalie (ICT< ou= 0,60), HTAP, épanchement pleural, aérique, foyer parenchymateux chez A. Soumaoro [77]. Bradycardie sinusale, onde P bifide et diphasique, intervalle QT allongé, chez les sportifs B. Gacko [81], cardiomégalie et épanchement pleural ont été retrouvés par C.O. Koné [78].

4.17 AUTRE

4.17.1 Douleurs thoraciques

Elles ont fait l'objet d'une étude allant de Décembre 2006 à Novembre 2007 réalisée dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré par O. Dembélé [82].

Sa prévalence était de 6,9% chez les malades hospitalisés à Bamako contre 9,1% à Brazzaville [106]

La majorité des patients était dans la tranche d'âge (34-44 ans) avec un taux de 24,1%.

L'âge moyen retrouvée à Brazzaville était de 38,8 +/- 17,3 ans [106].

➤ Le sexe masculin prédominait avec plus de 58,6% contre une prédominance du sexe féminin à Brazzaville [106]

➤ le facteur de risque prédominant a été le tabagisme avec 29,3%.

➤ Au plan clinique et para clinique :

La douleur à type de piquûre a été la plus fréquente avec 41,4%, irradiait de façon diffuse dans 36, 2% des cas, aucun facteur de sédation ou d'aggravation n'a été retrouvé.

Les valvulopathies étaient l'étiologie la plus retrouvée avec 36,2% à Bamako, par contre les broncho-pneumopathies étaient plus retrouvées à Brazzaville [106].

Une élévation des enzymes cardiaques (Troponine, CPK-MB) a été retrouvée dans 24,1%.

A l'imagerie, les anomalies étaient la cardiomégalie radiographique retrouvée dans 55,2%, la tachycardie 39,7% à l'électrocardiographique et la dilatation cavitaire dans 65,5% des cas à l'échographie Döppler.

L'évolution favorable dans 87,9% des cas contre 12,1% de décès.

4.17.2 Cardiothyroïse:

Elle a fait l'objet d'une étude réalisée à l'hôpital du point « G » par S.S. Bâ [83]

➤ Elle a représenté 11,4% des hyperthyroïdies à Bamako contre 16,6% à Marrakech [107] et 0,2% des groupes nosologiques à Bamako contre 1,7% au Burkina [108]. Cette affection intéressait pour 88% les femmes, de même au Burkina [108]

➤ L'âge moyen des malades était de (46,2 ans + 5,2) avec des extrêmes de (20 à 78 ans) contre (44,5 ans +/- 3,3 ans) à Marrakech [107] et (43,3 ans +/- 14,7 ans) à Ouagadougou [108]

➤ L'hypertension artérielle 14% était le principal antécédent cardiovasculaire. Le mode de découverte dominant était mixte cardiaque et thyroïdien chez 54%.

➤ Les palpitations 98% étaient le signe d'appel dominant, la dyspnée décrite chez ¾ des malades appartenait aux classes III et IV de NYHA.

Le souffle de régurgitation mitrale était entendu chez la totalité des malades, tachycardie auscultée chez 86% et 20% des patients étaient hypertendus.

➤ Les anomalies électriques étaient dominées par les hypertrophies cavitaires chez l'ensemble des malades et par des troubles de l'excitabilité avec l'extrasystolie ventriculaire ; la fibrillation auriculaire à 41,5% chacun.

Elles étaient dominées par l'insuffisance cardiaque et la fibrillation auriculaire à Marrakech [107]

➤ L'insuffisance coronaire électrique existait chez 28% des maladies et un trouble conducteur avec 8% constitué de bloc auriculaire.

4.17.3 Le cœur pulmonaire chronique respiratoire :

Il a fait l'objet d'une étude réalisée du 1^{er} octobre 2002 au 1^{er} octobre 2003 dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point « G » par **C.O. Sow [84]**

➤ Sa fréquence était de 10,6%.

Selon une étude réalisée à Lomé (Togo) [109] sa prévalence était de 0,6%.

Il s'agissait le plus souvent d'hommes avec un sexe ratio de 9,5 et une moyenne d'âge de (65ans). Tandis qu'à Lomé (Togo) [109] le sexe féminin a prédominé avec un âge moyen à (56,6 +/- 17 ans) [109]

➤ Le tabagisme était le facteur de risque prédominant et y était quasi exclusif dans le sexe masculin.

Ils étaient dominés par l'obésité, l'asthme et le tabagisme à Lomé [109]

➤ L'aspect clinique dominant était un tableau de détresse respiratoire 100% associée dans plus de 2/3 des cas à des signes d'insuffisance ventriculaire droite, de même à Lomé (Togo) [109].

➤ L'emphysème pulmonaire post tabagique dominait le tableau étiologique avec 57,1% à Lomé [109] l'asthme, le tabac et la tuberculose étaient les principales étiologies à Bamako.

➤ A la sortie de l'hôpital, l'évolution était favorable dans 76,2% des cas ; défavorable dans 9,5% des cas et 4 décès ont été enregistrés.

4.17.4 Les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque :

Elle fait l'objet d'une étude réalisée dans le service de Médecine de l'hôpital Gabriel Touré. M. Diarra [85].

Les manifestations digestives touchaient 33% des insuffisants cardiaques et s'exprimaient surtout par des hépatomégalies avec 21%, le plus souvent douloureuses qui s'accompagnaient d'une ascite dans 7% des cas et d'une splénomégalie dans 2% des cas.

Les ballonnements avec 15%, les nausées et les vomissements 12%, l'abdomen douloureux 11% et l'indigestion 9% étaient aussi fréquemment rencontrées chez les insuffisants cardiaques.

La fréquence des manifestations digestives augmentait avec le degré d'aggravation et d'ancienneté de l'insuffisance cardiaque.

Elles ont régressé chez 80% des insuffisants cardiaques après la stabilisation de la fonction cardiaque.

4.17.5 PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE ET ANESTHESIE

Elles ont fait l'objet d'une étude allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 réalisée dans les services d'anesthésie réanimation et des urgences du CHU du point « G » par S. Soukouna [86].

- L'incidence de la pathologie cardiovasculaire dans cette étude était de 10% en milieu anesthésique avec une prédominance chez le sujet âgé (60 ans).
- Les pathologies cardiovasculaires les plus fréquentes étaient l'HTA 97% et la persistance du canal artériel 1,2%.
- 84% des patients avaient un facteur de risque clinique cardiovasculaire mineur et 62% des patients avaient un risque cardiovasculaire intermédiaire en fonction de l'acte chirurgical.
- Le type d'anesthésie le plus fréquent était l'anesthésie générale 72%.
- Les événements indésirables les plus fréquents étaient : la tachycardie 10,7%, l'hypotension artérielle 24,3% et l'HTA 2,5%.

4.17.6 complications cardiovasculaires au cours du diabète.

Elles ont fait l'objet d'une étude réalisée au CHU Gabriel Toure entre Mars 2004 et février 2005 par M. Tangara [87]

- Dans cette étude les diabétiques ont présenté plus d'HTA grade II et III, de cardiomyopathies, d'accident vasculaire cérébral que d'HTA grade I, de coronaropathie, d'artériopathie et d'hypotension.
- L'HTA, la ménopause, l'âge, l'obésité ont été les facteurs risques majeurs associés au diabète.

- L'âge des patients variait de (25 à 88 ans), les femmes ont présenté plus de complications, soit 64,9%.
- Le diabète de type II a présenté plus de 95,5% de complications, la dyspnée a été le motif de consultation le plus fréquent avec 34,6%, la tachycardie le signe physique le plus fréquent avec 24%.
- La radio pulmonaire de face a montré une cardiomégalie dans 46,6% des cas.

L'hypertrophie ventriculaire gauche a été l'anomalie électrique et échographique la plus fréquente avec respectivement 39,4% et 33,2%.

- Le traitement des complications cardiovasculaires est resté le plus souvent classique avec une évolution dans l'ensemble favorable. Cependant 7,2% de décès ont été noté dont 53,3% du sexe masculin contre 46,7% du sexe féminin.
- La cardiomyopathie a enregistré le plus grand nombre de décès 40%.

4.17.7 références des pathologies cardio-vasculaires associées à la grossesse.

Elles ont fait l'objet d'une étude de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2001 réalisée dans cinq services de gynéco obstétriques de Bamako et le service de cardiologie de l'HGT du District de Bamako par Y. DIU Eric [88] dont le motif principal était d'apprécier le système de référence par rapport aux pathologies cardio-vasculaires associées à la grossesse.

Au terme de cette étude:

- Les sages-femmes avec 63,6% et les internes avec 22,9% étaient les agents de santé qui ont plus reçu les patientes en première position.
- La majorité des diagnostics ont été posés par les internes avec une fréquence de 66,1%
- Parmi les diagnostics posés dans les services de gynéco obstétriques, 21 soit 77,8% ont été concordant avec ceux de la cardiologie. 6 soit 22,2% ont été différents.
- 57 patientes soit 47,1% n'ont fait aucun examen complémentaire alors que cela permet non seulement de poser un diagnostic adéquat mais aussi de détecter les complications.
- Il a été enregistré 5 décès maternels soit 4,1% et 36 décès de fœtus soit 29,3%.

4.17.8. La surveillance du travail d'accouchement par la cardiotocographie

Elle a fait l'objet d'une étude réalisée dans le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré par A. Bocoum [89].

- L'évaluation diagnostic de l'enregistrement cardiotocographique dans le dépistage d'hypoxies au cours de l'accouchement était d'une grande efficacité avec une sensibilité de 83,2%
- Le cardiotocographe apportait des informations pertinentes sur l'état de vitalité du fœtus jusqu'alors non disponible en pratique courante.
- Le mode de surveillance cardiotocographique s'accompagnait d'une augmentation de césariennes à 52,2% ou d'extractions instrumentales.
- Elle a permis de mieux prédire l'état fœtal et de donner de façon plus qu'objective la bonne santé du nouveau-né.

4.17.9 Place de la lidocaïne dans la prévention des manifestations cardio-vasculaires liées à l'intubation endotrachéale.

Elle fait l'objet d'une étude réalisée à Bamako par O. Goïta [90].

- Cette étude a permis d'évaluer l'efficacité de la lidocaïne sur l'atténuation de la réponse hypertensive à l'intubation endo trachéale.
- On a mis en évidence à la dose 1,5mg /kg un effet contrôle efficace de la lidocaïne sur la réaction hypertensive à l'intubation endo trachéale. Ce qui a permis de justifier la place de la lidocaïne dans le contrôle de la réponse hémodynamique par un effet dépresseur direct sur le myocarde, un effet vasodilatateur périphérique, un effet d'inhibition de la transmission synaptique et un effet stimulant des mécanismes centraux inhibiteurs cardio-vasculaires.

Pour atteindre cet objectif il a fallu chercher un moment idéal de l'administration intraveineuse de la lidocaïne, et respecter le délai minimum d'action qui était, à 3mn qui séparait l'administration de la lidocaïne à l'intubation endo trachéale.

Tous ceux ci pour montrer l'efficacité de la lidocaïne par son contrôle des variations hypertensives liées à l'intubation endo trachéale.

- L'inefficacité de la lidocaïne sur le contrôle des variations tensionnelles secondaire à l'intubation endo trachéale serait liée d'une part à la faible dose préconisée, comparée à celle retrouvée dans la littérature mais aussi à l'intensité du stimulus douloureux et sa durée prolongée comparée à l'intubation.

L'efficacité de la lidocaïne dans l'atténuation de l'accélération de la fréquence cardiaque a été aussi démontrée.

- L'inefficacité de la lidocaïne sur le contrôle de la tachycardie liée à l'intubation s'expliquait essentiellement par l'intervalle de temps, inadapté compris entre celui de l'injection intraveineuse et celui de la réalisation de l'intubation endotrachéale qui était environ 3mn pour optimiser l'effet contrôle de la lidocaïne.

➤ Dans cette étude ils ont pris en compte l'effet analgésique de la lidocaïne, mais il a surtout été constaté que la dose utilisée en induction ne permettait pas d'assurer l'analgésie durant toute l'intervention, ce qui a nécessité l'apport morphinique en entretien.

5 CONCLUSION :

Malgré les difficultés rencontrées nous avons pu accéder à l'essentiel des études réalisées sur les pathologies cardiovasculaires.

Au terme de notre étude :

➤ **L'hypertension artérielle** : est la pathologie la plus étudiée avec 15 thèses.

Sa prévalence générale a varié de 18,3 à 22,2% avec un âge variant entre 15-30 ans et 46-65ans et une prédominance du sexe féminin. Les facteurs de risque les plus retrouvés sont l'obésité, la sédentarité et le tabac.

➤ **Les myocardiopathies** : suivent avec 7 thèses

La prévalence variait de 5,2 à 93,1%, l'âge moyen varie de 30 à 57,2 ans avec une prédominance du sexe masculin. Les facteurs de risque sont dominés par : l'HTA,

l'obésité et le tabac ; les étiologies sont l'HTA, les valvulopathies et l'insuffisance rénale chronique.

➤ **Les urgences cardiovasculaires** : avec 7 thèses également.

La prévalence a varié de 1,5% à 24,8% avec un âge moyen variant de 26 à 57,4ans et une prédominance du sexe masculin. Les facteurs de risque diffèrent selon les pathologies ; les étiologies sont dominées par l'hypertension artérielle, les cardiomyopathies et les valvulopathies, les autres étiologies sont l'infarctus du myocarde, l'asthme, le cœur pulmonaire chronique, les péricardites et la dissection de l'aorte.

➤ **Les cardiopathies juvéniles** : avec 6 thèses.

La fréquence des cardiopathies congénitales varie de 7,5% à 49,3%, celle d'une étude n'a pas été déterminée, celle des cardiopathies acquises varie de 38,8% à 92,5%, l'âge moyen de l'ensemble des études variait de 14,5 à 15,5ans. Le rhumatisme articulaire aigu est la principale étiologie des cardiopathies acquises, celle des cardiopathies congénitales est mal connue. Les valvulopathies (surtout l'insuffisance mitrale) et la communication inter ventriculaire sont les plus fréquents. L'accès à la chirurgie est difficile, la plupart se contente du traitement médical en attendant la chirurgie ; l'évolution n'est favorable que dans deux études.

➤ **Cardiopathies associées à l'insuffisance rénale chronique** : 6 thèses également.

La prévalence n'est déterminée que dans deux études et variait de 49 à 56,8%. On note une prédominance du sexe masculin et un âge moyen variant de 35,5 à 50,5 ans. L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque cardiovasculaire.

La péricardite urémique, les cardiomyopathies et l'insuffisance cardiaque globale sont les syndromes cardiovasculaires prédominants.

➤ **Les études épidémiologiques** : 3 thèses.

- La prévalence des maladies cardiovasculaire n'a fait l'objet d'aucune étude
- Les facteurs de risque cardiovasculaires ont été étudiés dans le district de Bamako et sont : la sédentarité, l'HTA, le tabagisme, l'obésité et le diabète.
- Une seule étude a été réalisée sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire en cardiologie « B » du CHU du point « g ».

➤ **les accidents vasculaires cérébraux** : 3 thèses également.

Leur prévalence a varié de 18,3% à 24,3% avec un âge moyen variant de 35 à 62ans et une prédominance du sexe masculin dans deux études sur trois. Les facteurs de risque cardiovasculaires sont l'HTA, le tabagisme, le troisième âge, les antécédents de pathologies cardiovasculaires. Les étiologies prédominantes sont l'hypertension artérielle et les embolies systémiques.

➤ **Les péricardites** : 3 thèses,

Leur prévalence varie de 1,7% à 2,6%, un âge moyen variant de 26 à 40 ans et une étiologie tuberculeuse ou virale (VIH/SIDA) retrouvée dans les trois études avec une prédominance du sexe masculin (ratio=3). L'évolution est défavorable.

➤ **Pathologies cardiovasculaires associées aux infections** : 3 thèses.

Leur prévalence a varié de 6,8 à 47,7% avec un âge moyen de 13,8 à 51,2ans); les pathologies cardiovasculaires prédominant sont la cardite rhumatismale, les cardiomyopathies et les péricardites.

➤ **Les cardiopathies ischémiques** : 2 thèses.

La prévalence a varié de 2,6 à 14,3%, l'âge moyen varie de 54,7 à 57,6 ans et une prédominance du sexe masculin ; les facteurs de risque cardiovasculaires sont l'HTA, la sédentarité, le tabagisme.

➤ **Les cardiopathies et chirurgies** : 2 thèses

Il s'agit des cardiopathies nécessitant un traitement chirurgical : les cardiopathies congénitales, les maladies vasculaires, les péricardites, les valvulopathies, les cardiopathies ischémiques et les cardiomyopathies. Leur prévalence est de 16,7%, l'âge moyen à 38,1 ans, et une prédominance du sexe féminin ; l'évolution après chirurgie est favorable à 26,9% sur 844 cas. La prévalence n'a pas été déterminée dans la seconde étude.

➤ **Les valvulopathies aortiques** : une thèse.

La prévalence est de 8,3%, l'âge moyen à 42,5ans, le sexe masculin prédomine ; elle est d'origine rhumatismale.

NB : une étude a été réalisée sur les valvulopathies mitrales mais le document n'a pas été retrouvé.

➤ **Les endocardites** : une thèse.

La prévalence est de 0,3%, l'âge moyen à 21,9 ans, une parité des sexes, *le Staphylococcus auréus et coxiella burnetii* sont les germes en cause.

➤ **La myocardite** : une thèse également ; sa prévalence est de 1,1%, l'âge moyen à 10,6 ans, le sexe masculin prédomine et les germes en cause sont *le chlamydia et le cytomégalovirus*.

➤ **Geronto-gériatrie** : une thèse ;

La prévalence de l'insuffisance chez le sujet âgé est de 16,9% et les facteurs de risque sont le tabagisme et l'obésité

➤ **Les explorations** : 8 thèses ;

La prévalence est fonction de l'anomalie et du type d'exploration. La cardiomégalie radiographique est l'anomalie la plus fréquente. Celle des troubles de la conduction cardiaque est de 15,2%)

La cardiomégalie radiographique est l'anomalie la plus fréquente avec une prévalence de 46,3%- 59%.

➤ **Les autres études** : 9 thèses

- La prévalence des douleurs thoraciques est de 6,9% avec un âge moyen à (39 ans) et une prédominance du sexe masculin,
- celle de la cardiomyopathie est de 0,2% avec un âge moyen à 46,2 ans et une prédominance du sexe féminin,
- 10,6% pour le cœur pulmonaire chronique, un âge moyen à (65 ans), le sexe masculin prédomine,
- 33% pour les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque,
- L'incidence de la pathologie cardiovasculaire était de 10% en milieu anesthésique avec une prédominance chez le sujet âgé 60 ans. Les pathologies cardiovasculaires les plus fréquentes étaient l'HTA 97% et la persistance du canal artériel 1,2%.
- Dans l'étude concernant les complications cardiovasculaires au cours du diabète les diabétiques ont présenté plus d'HTA grade II et III, de cardiomyopathies, d'accident vasculaire cérébral que d'HTA grade I, de coronaropathie, d'artériopathie et d'hypotension. Les femmes ont présenté plus de complications, soit 64,9%.
- Dans l'étude portant sur le système de référence des cardiopathies associées à la grossesse, la majorité des diagnostics ont été posés par les internes avec une fréquence de 66,1% , Parmi les diagnostics posés dans les services de gynéco-obstétriques, 21 soit 77,8% ont été concordant avec ceux de la cardiologie. 6 soit 22,2% ont été différents.
- La surveillance du travail d'accouchement par le cardiotocographe permet de mieux prédire l'état fœtal et de donner de façon plus qu'objective la bonne santé du nouveau-né.
- L'efficacité de la lidocaïne dans l'atténuation de l'accélération de la fréquence cardiaque a été aussi démontrée.

6 RECOMMANDATIONS

AUX AUTORITES SANITAIRES :

- Promouvoir la mise en place de subvention pour :
 - Les campagnes régulières d'information sur les pathologies cardiovasculaires et d'éducation auprès de la population.
 - Des études sur la morbidité, la mortalité, les facteurs de risque cardiovasculaires et la prise en charge des pathologies cardiovasculaires sur l'étendu du territoire national.
- Penser à la construction d'un centre spécialisé de cardiologie avec une unité de chirurgie cardiaque doté de matériels nécessaires pour la prise en charge adéquate des patients au Mali.
- Doter les régions de matériels pour une prise en charge des patients à l'intérieur du pays.

AUX PROFESSEURS :

- Proposer des études à l'intérieur du pays.
- Donner des sujets sur la prévalence des pathologies cardiovasculaires, la morbidité et la mortalité cardiovasculaire au Mali.

AUX ETUDIANTS :

- Respecter les règles établies par la bibliothèque pour la recherche des documents.

7 BIBLIOGRAPHIE :

1. www.vikidia.org.
2. www.sanofi.aventis.ci
3. www.canoe.com
4. **Précis de pathologie cardiovasculaire tropicale** sous la direction d'Edmond Bertrand (directeur de l'institut de cardiologie d'Abidjan) : Editions Sandoz.
5. Maladies cardiovasculaires : <http://fr.allafrica.com>.
6. **Anna Lahaou Touré**
Morbidity et mortalité cardiovasculaire dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2005.
7. **Dictionnaire de médecine** : Flammarion 7^e édition médecine-sciences.
8. Cœur : article de wikipédia www.wikipédia.org consultée le 23/09/10.
9. Coupe schématique du cœur : WWW.e-cardiologie.com.
10. Automatismes cardiaques : cours de Dr Toé spécialiste en cardiologie.
11. **Recensement générale de la population malienne en 2009** : document de la direction nationale de statistiques et de l'informatique.
12. www.populatiodata.net: république du mali consultée le 21/10/2010.
13. **PNUD** : rapport sur le développement humain 2010 : la vraie richesse des nations, le chemin du développement humain. Edition du 20^e anniversaire
14. **Kalba Peliaba** :
Facteurs de risque cardiovasculaire en enquête de masse dans le district de Bamako en 2002 ; thèse de Médecine Bamako 2006.
15. **Noumou Sidibé** :
Cardiomégalies juvéniles au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 1999.
16. **Joseph Coulibaly** :
Etat de connaissance des malades hypertendus à propos de l'hypertension artérielle dans le service de médecine unité de cardiologie du chu Gabriel Touré à propos de 210 cas ; thèse de Médecine 2008.
17. **Nouhoum Ouologuem**:
Place de l'hypertension artérielle dans la pathologie cardiovasculaire dans le district de Bamako en 2002 ; thèse de Médecine 2005.

18. Bintou Karagnara :

Etude épidémiologique-clinique de l'hypertension artérielle chez les sujets de 15ans et plus dans le district de Bamako en 2002 ; thèse de Médecine Bamako 2007.

19. Bakary Moussa Traoré :

L'hypertension artérielle chez les personnes âgées ; thèse de Médecine Bamako 2007.

20. Seydou Z Dao :

L'hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de (120 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2005.

21. Dansiné Sinayoko :

Prévention des complications de l'association HTA et grossesse par l'acide acétyl salicylique au centre de santé de référence de la commune V ; thèse de Médecine Bamako 2007.

22. Aïssata Diarra :

Evènements cardiovasculaires chez les hypertendus diabétiques et chez les hypertendues non diabétiques études comparatives ; thèse de Médecine Bamako 2006.

23. Oumar Moussa Coulibaly :

L'hypertension artérielle et prise en charge thérapeutique dans le service de cardiologie a de l'hôpital du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2002.

24. Boubacar Koné :

Evaluation du coût direct de la prise en charge de l'hypertension artérielle et ses complications dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2006.

25. Macki Traoré :

Complications aiguës de l'HTA aux services des urgences et de réanimation de l'hôpital national du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2006.

26. Maïlé Kouyaté :

Hypertension artérielle et grossesse : pronostic foëto-maternel à propos de 348 cas de 2000-2003 ; thèse de Médecine 2006.

27. Fotsing Motsebo Jocelyn Romuald :

Prévalence et caractéristique de l'hypertension artérielle du diabétique macroprotéinurique ; thèse de Médecine 2006.

28. Idrissa Mama Diarra :

Aspect électrocardiographique et échographique de l'hypertension artérielle (a propos de 150 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2001.

29. Adama Tiefing Doumbia :

Apport du régime hygiéno-diététique dans le traitement de l'hypertension artérielle au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré, thèse de Médecine Bamako 2006.

30. Mohamed Lémine Ould Lomrabortt :

L'insuffisance cardiaque d'origine hypertensive dans les services de cardiologie de l'hôpital du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2002.

31. Fahd Ali Saïd :

L'accident vasculaire cérébral hypertensif : aspects épidémio-cliniques et évolutifs dans le service de cardiologie b du chu du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2005.

32. Mamadou Touré :

Etude épidémio-clinique et évolutive des accidents vasculaire cérébraux hypertensifs au chu du point « g » dans le service de cardiologie A ; thèse de Médecine Bamako 2007.

33. Toumani Coulibaly :

Etude des AVC du sujet jeune dans les services de Cardiologie et Neurologie au Mali ; thèse de Médecine Bamako 2001.

34. Aboubacar Coulibaly :

Les cardiomyopathies dilatées du péri-partum ; thèse de Médecine Bamako 2001.

35. Tchatchoua Njiki Dieudonne G :

Cardiomyopathies dilatées dans le service de cardiologie « B » de l'hôpital du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2002.

36. Tchokouadeu Mouale Huguette Flore :

Les cardiomyopathies hypertrophique dans le service de cardiologie « b » de l'hôpital national du point g : étude épidémiologique, évolution ; thèse de Médecine Bamako 2003.

37. Djénèbou Traoré :

Les aspects cliniques et écho cardiographiques des cardiomyopathies hypertrophiques au cours de l'insuffisance rénale chronique ; thèse de Médecine Bamako 2008.

38. Moussa Coulibaly :

Place de la cardiomyopathie urémique chez les IRC dans le service de Néphrologie et d'hémodialyse du chu du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2007.

39. Saran Niamoye Touré :

Cardiomyopathies de la femme dans le service de cardiologie « B » de l'hôpital national du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2002

40. Mamadou Bréhima Diallo :

Etude descriptive, comparée de la cardiomyopathie chez les lépreux et les non lépreux d'avril 2000 a mars 2001 au CNAM (léprologie) et a l'hôpital Gabriel Touré (cardiologie) ; thèse de Médecine Bamako 2005.

41. Tchakounte Awala Sandrine Emmanuelle :

Les urgences cardiovasculaires : étude épidémiologique et clinique dans le service cardiologie B de l'hôpital du point « G » du 1^{er} février 2003 au 29 février 2004 ; thèse de Médecine Bamako 2005.

42. Jacob Coulibaly :

Les urgences cardiovasculaires au CHU Gabriel Touré (à propos de 80cas) ; thèse de Médecine Bamako 2005.

43. Kemta Lekpa Fernando :

L'œdème aigu du poumon cardiogénique à l'hôpital national du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2005.

44. Fatoumata Soumaoro :

Embolie pulmonaire : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs dans le service de cardiologie de l'hôpital du point « G » (à propos de 30 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2006.

45. Boubacar Niantigui Coulibaly :

Etudes des arrêts cardiaques pré hospitaliers à l'hôpital du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2002.

46. Cheick Oumar Bathily :

Etude des dyspnées d'origine cardiaque chez la femme enceinte à propos de 100 cas ; thèse de Médecine Bamako 2008.

47. Lassina Danseni Traoré :

Contribution des dyspnées d'origine cardiovasculaire chez la femme enceinte à propos de 53 cas ; thèse de Médecine Bamako 2002.

48. Nadège Christelle Tchintchui :

Les cardiopathies ischémiques et les facteurs de risque : à propos de 162 cas colligés dans le service de cardiologie « A » de l'hôpital du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2005.

49. Mamadou Almamy Diakité :

Ischémie coronaire : facteurs de risque et aspects cliniques observés dans le service de cardiologie de l'hôpital du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2003.

50. Bégnam Diarra :

Cardiopathies juvéniles opérables et ou opérées du service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré : diagnostic et évolution à propos de 268 cas ; thèse de Médecine Bamako 2002.

51. Goudote George Henri Défodji :

Cardiopathies pédiatriques : fréquence, aspect étiologiques et prise en charge dans les services de pédiatrie et de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2001.

52. Alou Coulibaly :

Les cardiopathies juvéniles au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré et de l'hôpital Mère-enfant le Luxembourg ; thèse de Médecine Bamako 2005.

53. Théodore Joseph Diarra :

Cardiopathies juvéniles (0-21 ans) dans le service de cardiologie de l'hôpital du point « g » : étude épidémiologique, clinique et évolutive ; thèse de Médecine Bamako 2001.

54. Abdoul Wahab Terra :

Evolution des cardiopathies infanto juvénile après chirurgie cardiaque ou cathétérisme interventionnel de l'hôpital mère enfant le Luxembourg (Bamako 2002-2005) ; thèse de Médecine Bamako 2007.

55. Hawa Dao :

Etude prospective des cardiopathies congénitales entre 0 et 2 mois au service de réa pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré d'avril 2005 à septembre 2006 à propos de 51 cas ; thèse de Médecine Bamako 2008.

56. Oumar Samassékou :

Les valvulopathies aortiques dans les services de cardiologie de l'hôpital du point G ; thèse de Médecine Bamako 2001.

57. Boubacar Hamadoun Maïga :

Etude épidémiologique clinique des péricardites aiguës dans le service de cardiologie « A » de l'hôpital national du point G : à propos de 76 cas ; thèse de Médecine Bamako 2005.

58. Tierno Ousamane Haïdara :

Diagnostic étiologique et évolution des péricardites dans les services de cardiologie des CHU du point G et Gabriel Touré d'avril 2005 à décembre 2006 ; thèse de médecine Bamako 2008.

59. Samba Sidibé :

Atteinte du péricarde au cours de l'infection à VIH/SIDA ; thèse de Médecine Bamako 2007.

60. Alioune Badra Coulibaly :

Endocardites bactérienne à Bamako : évolution de la fièvre Q comme facteur étiologique des endocardites à hémocultures négatives ; thèse de Médecine Bamako 2001.

61. Abdoulaye Traoré :

Myocardite aiguë à Bamako ; thèse de Médecine Bamako 2002.

62. Christian Guy Djock-li-Ngom :

Co-morbidité infection ORL et cardiopathies rhumatismales : étude de prévalence en milieu hospitalier ; thèse de Médecine Bamako 2007.

63. Abdoulaye Diarra :

Prévalence des affections cardiovasculaires au cours du SIDA dans le service de cardiologie des CHU Gabriel Touré et du point « G » (à propos de 132 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2000.

64. Moussa G Camara :

Atteintes cardiaques au cours de la tuberculose : aspects sociodémographiques, cliniques et évolutifs dans le service de cardiologie et de pneumo-phtisiologie du CHU du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2008.

65. Hamidou Lazoumar Ramatoulaye :

Evènements cardiovasculaires chez l'insuffisant rénal chronique hypertendu

Services : Cardiologie « B », Néphrologie et Hémodialyse de l'hôpital du Point-G ; thèse de Médecine Bamako 2006.

66. Diaga Djibi :

Hémodialyse et morbidité cardiovasculaire dans les services de cardiologie B et de néphrologie- hémodialyse de l'hôpital national du point « G » (à propos de 25 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2007.

67. Sirama Diarra :

Les facteurs de risque cardiovasculaire et l'insuffisance rénale chronique ; thèse de Médecine Bamako 2008.

68. Sidi El Wafi Ould Baba :

L'insuffisance cardiaque chez l'insuffisant rénal chronique hypertendu dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital national du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2003.

69. Aboubacar Ben Aboubacar :

Les complications cardiovasculaires chez l'insuffisant rénal chronique : facteurs de risque cardiovasculaires, aspects cliniques et écho cardiographiques ; thèse de Médecine Bamako 2001.

70. Tité Dembélé :

Aspect échocardiographique chez des patients avant et après mise en dialyse u CHU du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2005.

71. Dogbe Assion Akpéédgé:

Cardiopathies non médicales : à propos de 141 cas colligés dans le service de cardiologie A de l'hôpital du point « G » au Mali ; thèse de Médecine Bamako 2006.

72. Aly Tembély :

Pathologies cardiovasculaires intra thoracique dans le service chirurgie B du CHU du point « G » de Bamako ; thèse de Médecine Bamako 2008.

73. Mohamed Lemine Ould Abderahmane :

L'insuffisance cardiaque du sujet âgé dans le service de cardiologie A de l'hôpital du point « G » : épidémiologie, physiopathologie, clinique, thérapeutique et évolution ; thèse de Médecine Bamako 2004.

74. Josiane Boda Tientcheu :

Les troubles de conduction intracardiaque dans le service de cardiologie des hôpitaux du point « G » et Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2001.

75. Abdoulaye Diawara :

Aspects tomodensitométriques des accidents vasculaires cérébraux dans le service de radiologie de l'hôpital du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2002.

76. Mariam Kanta :

Apport de l'imagerie médicale dans les valvulopathies ; thèse de Médecine Bamako 2006.

77. Adama Soumaoro :

Cardiomégalie radiographique chez l'adulte dans le service de cardiologie B de l'hôpital national du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2006.

78. Cheick Oumar Koné :

Cardiomégalie chez l'adulte, étude clinique à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2004.

79. Lamine Sidibé :

Apport de l'échocardiographie dans le diagnostic des affections cardiovasculaires au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré de Bamako de Mai 2005 à Mai 2006 ; thèse de Médecine Bamako 2008.

80. Adama Bouaré :

Aspects écho cardiographiques au cours de la drépanocytose chez l'enfant de 0 à 16 ans dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré en 2006 à propos de 70 cas ; thèse de Médecine Bamako 2007.

81. Boubacar Gacko :

Etude comparative de l'électrocardiogramme des sédentaires et des sportifs au niveau du district de Bamako ; thèse de Médecine Bamako 2006.

82. Ousmane Dembélé :

Douleur thoracique chez les malades hospitalisés au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2008.

83. Sékou Samba Bâ :

Cardiothyroïdisme à l'hôpital du point « G » : socio démographie, clinique et traitement ; thèse de Médecine Bamako 2002.

84. Cheick Oumar Sow :

Le cœur pulmonaire chronique respiratoire : aspects épidémiocliniques, étiologiques et évolutifs dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2004.

85. Mamady Diawara :

Les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque avec cas témoins dans le service de Médecine de l'hôpital Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2001.

86. Siaka Soukouna :

Pathologie cardiovasculaire et anesthésie au CHU du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2008.

87. Mamadou Tangara :

Complications cardiovasculaires au cours du diabète dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré (A propos de 208 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2006.

88. Yassi Dui Eric :

Référence des pathologies cardiovasculaires associée à la grossesse ; thèse de Médecine Bamako 2003.

89. Amadou Bocoum :

La surveillance du travail d'accouchement par la cardiotocographie dans le service de gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2006.

90. Ousmane Goïta :

Place de la lidocaïne dans la prévention des manifestations cardiovasculaires liées à l'intubation endotrachéale (à propos de 150 cas) ; thèse de Médecine Bamako 2006.

91. HTA MALI/ Santé Sud, Vincent LAFAY/CHU Nord/MARSEILLE :

Pathologies cardiovasculaire sur www.google.fr consultée le 19/01/11.

92. Joséphine NKOY BELILA

Facteurs de risque cardiovasculaire, maladies cardiovasculaires et gradient social en milieu professionnel (cas de la Société Nationale d'Electricité).

Université de Kinshasa (RD CONGO) - Spécialiste en médecine interne 2002.

93. Dr KOFFI Armand

Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle à l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA) ; Institut de Cardiologie Abidjan.

94. DMA Randriambololona, ZA Botolahy, FE Randrianantoanina, R Randriamahavonjy, A Hery Rakotovao

Hypertension artérielle et grossesse: pronostic materno-fœtal dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo, de juin 2005 à mai 2008 (Madagascar)

Rev Trop Chir 2009 ; 3 (2) 32-34 c

95. Vénérand Attolou, Issifou Takpara, Jean Akpovi, Gilbert Avode, Martine Nida, José de Souza, Hippolyte Agboton, Eusèbe Alihonou

Les différents types d'hypertension artérielle chez les femmes enceintes béninoises admises au CNHU de Cotonou ; consultée le 20/07/11 sur www.google.fr

96. Claire Mounier-Véhier, Stéphanie Duquenoy

Conduite à tenir devant une hypertension artérielle chez une femme enceinte

Med Ther Cardio 2005 ; 1 (1) 65-73 sur www.google.fr consulté le 20/07/11.

97. BALOGOU Agnon Ayélola Koffi, GRUNITZKY Eric G. , ASSOGBA Komi , APETSE Kossi , KOMBATE Damelan , AMOUZOUVI Dodzi

Accidents vasculaires cérébraux chez le sujet jeune (15 à 45 ans) dans le service de neurologie du CHU campus de Lomé
Afr J Neurol Sci 2008 ; 27 (2) 44-51

98. INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale), France

Accident vasculaire cérébral

www.revuemedecinetropical.com: Google : recherche avancée consultée le 14/07/11.

99. TOURE K., KANE M., KANE A., TAL/DIA A., NDIAYE M.M., NDIAYE I.P

Apport de la tomodensitométrie dans l'épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux à l'Hôpital Général de Grand Yoff, Dakar, Sénégal.

Med Afr Noire 2010 ; 57 (10) 455-460 ;

100. E. SAGUI

Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne.

Google : recherche avancée : AVC en Afrique consultée le 14/07/11

101. A. BOUAKEZ, AJABI.H BOUAKEZ- Tunisie

Aspects épidémiologiques et évolutifs des cardiomyopathies dilatées

www.google.fr consultée le 25/07/11.

102. www.yahoo.fr consultée le 25/07/11

Epidémiologie des cardiomyopathies hypertrophiques en France.

103. Aïssata Koné

La prise en charge des patients diabétiques urémiques chronique dans le service de Néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point « G ». www.keneya.net. Consulté le 25/07/11.

104. Oumar Diop

Etat parodontal et affection cardiovasculaires à propos d'une étude cas/témoins portant sur 169 sujets à la clinique cardiologique de l'hôpital Aristide LE DANTEC ; thèse de médecine université de Dakar.

105. Ikama ms, kimbally-kaky g, gombet t, ellenga-mbolla bf, dilou-bassemouka I, mongo-ngamani s, ekoba j, nkoua jl

Insuffisance cardiaque du sujet âgé à brazzaville : aspects cliniques, étiologiques et évolutifs Service de cardiologie et médecine interne, centre hospitalier et universitaire de brazzaville, congo. Sur www.google.fr consulté le 22/07/11.

106. ELLENGA, MBOLLA B F, GOMBET T R, ATIPO IBARA B I, IKAMA M S, MASSAMBA MIABAOU D, ETITIELE F.

Douleurs thoraciques non traumatique de l'adulte: étiologie et prise en charge au CHU de Brazzaville (Congo). Sur www.google.fr consultée le 25/07/11.

107. M.EL HATTAOUI, N CHAREI, M MOUNIRI, A. DIOURI.

Cardiothyroïse dans la région de Marakech à propos de 36 cas ; Annale de cardiologie et d'angéiologie, volume issue 3, page 135-138.

108. A.NIAKARA, L V A NIEBE, Y J DRABO.

Cardiothyroïse : étude rétrospective de 32 cas dans les services de cardiologie et médecine interne à Ouagadougou, Burkina Faso (1993-1998).

109. F DAMOROU, S PESSINABA, K YAYEHD, N S BONSE, B SOUSSOU.

Cœur pulmonaire chronique à propos de 3 cas colligés à la clinique de cardiologie du CHU du campus de Lomé de juin 2004-mai 2008. Sur www.google.fr consulté le 25/07/11.

RESUME DES THESES CONSULTEES

EPIDEMIOLOGIE :

1. Anna Lahaou Touré :

Morbidité et mortalité cardiovasculaire dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point « g ».

Thèse de médecine Bamako 2005.

Résumé :

Du 1^{er} janvier au 30 avril 2004, sur 3706 malades hospitalisés pour pathologie cardiovasculaire à l'hôpital du point « g », 1643 étaient enregistrés dans le service de cardiologie B et constituaient l'échantillon de notre étude.

La prédominance masculine est nette 54% avec un sexe ratio de 1,15% et une moyenne d'âge de (57,7ans) dans l'échantillon.

Plus de la moitié des patients 63,6% était recruté en consultation. Les malades en majorité sont du milieu urbain 64,1% et de faible niveau de vie 54,8% et prédominaient dans les consultations externes 93,6%.

Les antécédents personnels médicaux étaient dominés par l'hypertension artérielle, l'angine de gorge, et l'insuffisance cardiaque indéterminée avec des fréquences respectives à 31,6%, 19%, et 17,4%.

La distribution nosologique fait apparaître trois pathologies dominantes : l'HTA 70,3%, les valvulopathies 7% et le cœur pulmonaire chronique 5,5% alors que les coronaropathies 0,7% et les péricardites 0,8% sont rares.

La mortalité globale est de 11,1% avec un taux plus élevé dans la tranche d'âge de 60-74ans.

L'HTA est l'affection la plus meurtrière avec 30,2% de décès, ensuite viennent les valvulopathies 22%, puis les insuffisances cardiaques indéterminées 12,1%.

2. Kalba Peliaba

Facteurs de risque cardiovasculaire en enquête de masse dans le District de Bamako en 2002.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé

Nous avons réalisé une étude transversale allant d'octobre 2002 à décembre 2002.

Nos objectifs ont été :

- Déterminer la prévalence des facteurs de risque : HTA, diabète, tabagisme, hypercholestérolémie, obésité, et sédentarité ;
- Estimer le risque relatif ;
- Estimer le risque absolu de survenu d'un événement cardiovasculaire selon l'équation de Framingham ;
- Dégager les stratégies de lutte contre ces facteurs de risque.

Ce travail a fait ressortir les résultats suivants :

- la prévalence de l'HTA était de 18,3% ;
- la prévalence du tabagisme était de 9,3% ;
- la prévalence du diabète était estimée à 0,4% ;
- l'obésité représentait 5,3%, alors que 11,9% de l'échantillon était en surcharge pondérale ;

- la prévalence de la sédentarité était de 69,2% ;
- l'hypercholestérolémie était faible avec 0,1% ;
- le risque relatif de nos sujets enquêtés était plus élevé selon l'association des facteurs de risque ;
- le risque absolu de faire un accident cardiovasculaire à 10 ans était variable entre les deux sexes. Les extrêmes du risque variaient entre 1 à 20% chez les hommes contre 1 à 11% chez les femmes.

3. Noumou Sidibé :

Cardiomégalies juvéniles au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 1999.

Résumé :

Une étude prospective sur 160 cas de cardiomégalies juvéniles a été effectuée au service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré de décembre 1996 à Février 1998.

Sur 160 patients 52,5% étaient de sexe masculin.

Les cardiopathies acquises ont constitué la première cause de cardiomégalies avec 81,42% contre 18,58% seulement pour les cardiopathies congénitales.

Au cours de cette étude, on a recensé 14 pathologies responsables de cardiomégalie radiographique. La myocardiopathie avec 38,25% des cas de des cardiomégalies juvéniles a été l'étiologie la plus fréquente. Et cela par la présence constante de la cardiomégalie au cours de cette pathologie dont elle reste l'élément fondamental de diagnostic. Parmi les autres pathologies rencontrées, les plus fréquentes ont été respectivement : l'insuffisance mitrale avec 32,78%, la CIV avec 7,65% avec 6,56%.

La différence fondamentale observée au cours de ce travail entre les cardiomégalies acquises et congénitales se situe au niveau des tranches d'âges atteints. Ainsi les cardiomégalies acquises sont observée généralement chez enfant de 1 à 15 ans, couche très souvent atteinte de cardiopathies rhumatismales. Alors que les cardiomégalies congénitales sont fréquentes entre 0 et 1ans et cela à cause des complications des broncho-pneumopathies entraînant le plus souvent une perte de vie avant en1 an.

L'évolution reste tributaire du pouvoir d'achat des parents et surtout si le traitement nécessite une intervention chirurgicale demandant des moyens financiers énormes généralement au dessus des revenus des parents.

HYPERTENSION ARTERIELLE

1. Nouhoum Ouologuem:

Place de l'hypertension artérielle dans la pathologie cardiovasculaire dans le district de Bamako en 2002.

Thèse de Médecine 2005.

Résumé

Nous avons réalisé une étude transversale allant d'octobre à décembre 2002.

Nos objectifs ont été :

- déterminer la prévalence de l'HTA dans le district de Bamako
- Rechercher les principaux facteurs de risque de l'HTA
- Préconiser les mesures de prévention de l'HTA.

Ce travail a permis de trouver les caractéristiques épidémiologiques de l'HTA.

- La prévalence de l'hypertension artérielle au sein de la population du district de Bamako a varié de 23,5% au premier contrôle à 18,1% au deuxième contrôle.
- Nous avons trouvé 18,8% de femmes hypertendues, versus 15,6% d'hommes.
- La majorité (70%) de nos hypertendus a un âge supérieur à 60 ans.
- L'obésité est un facteur de risque important avec 55% de ces patients sont hypertendus.
- Chez les sédentaires, nous avons eu une fréquence de 22,6% de l'HTA,
- 22,5% de nos sujets enquêtés ont des mères hypertendues ($p=0,006$) 43,1% des sujets avaient dans la fratrie une HTA ($p=0,001$).
- La prise en charge reste insuffisante car 70,8% des hypertendus n'étaient pas équilibrés sous divers traitement.

2. Adama Tiefing Dombia :

Apport du régime hygiéno-diététique dans le traitement de l'hypertension artérielle au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique menée entre février 2004 et janvier 2005. L'hypertension artérielle constitue 60,85% des affections cardiovasculaires dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré et prédomine chez les femmes.

Les complications les plus fréquentes étaient cardiaques et rénale.

Le facteur de risque le plus retrouvé était l'obésité 41,2% dans la population ne respectant pas le régime contre 31,8% chez les témoins suivi du tabagisme 24,84% dans la population dans la population ne respectant pas le régime, l'alcool 28,66% inexistant chez les patients respectant le régime.

L'HTA grade III a été le plus fréquemment rencontré dans la population ne respectant pas le régime avec 39,5%.

Les mesures hygiéno-diététiques seuls constituaient le traitement chez 11,94% de nos malades respectant le régime.

47,76% des malades respectant le régime suivaient une monothérapie.

La bithérapie était fréquente chez les malades ne respectant pas le régime avec 43,31%.

Après institution du traitement l'évolution a été favorable chez 65,67% des témoins contre 20,38% des hypertendus ne respectant pas le régime avec un taux de décès

à 15,92% chez les malades ne respectant pas le régime contre 2,99% chez les malades respectant le régime.

3. Bakary Moussa Traoré :

L'hypertension artérielle chez les personnes Agées de 60 ans et plus dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré à propos de 270 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2005 chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans le service de cardiologie du CHU Gabriel TOURE.

La fréquence de l'HTA chez les personnes âgées a été de 54% dont 141 hommes 52,20% et 129 femmes 47,80%.

Les valeurs de la tension artérielle systolique et diastolique avant le traitement étaient respectivement comprises entre 160 et 179 mm de Hg soit 40% et entre 100 et 109 mm de Hg soit 37,03%.

La complication la plus fréquente a été l'insuffisance cardiaque (I.C) soit 41,84% des atteintes viscérales.

Les principales explorations effectuées ont été la NFS, la glycémie, la créatininémie, la radiographie du thorax, l'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque.

Le traitement était une mono thérapie dans 37,05% de cas, une bi thérapie 55,55% des cas et une tri thérapie dans 7,4% des cas.

Ces traitements ont permis une normalisation des chiffres tensionnels dans 37,03% alors que l'évolution générale était favorable dans 70,37%. Mais par contre 5,55% de nos patients sont décédés.

L'hypertension artérielle des sujets de (60 ans) et plus est morbide et même mortelle. Le traitement demeure nécessaire et salutaire.

4. Bintou Karagnara :

Etude épidémio-clinique de l'hypertension artérielle chez les sujets de 15ans et plus dans le district de Bamako en 2002.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Etude transversale réalisée dans les six communes du district de Bamako pendant une période de trois mois (octobre – décembre 2002)

Ils avaient enquêté 1484 individus de 15ans et plus parmi lesquels 909 femmes et 575 hommes.

- Avec une prévalence de 22,2% l'HTA était au premier rang des pathologies cardio-vasculaire dans le district de Bamako.
- Elle a été découverte fortuite chez 65,9% des sujets
- Le troisième âge était le plus touché avec 70%
- Les femmes étaient les plus atteinte avec une proportion de 22,6%
- l'HTA était déjà connue chez 101 hypertendus et la majorité de ces patients ne suivait pas de traitement.

Les facteurs de risque en émergence retrouvés ont été :

- l'obésité retrouvée chez 57,5% des hypertendus était le principal facteur de risque
 - l'inactivité physique est un facteur de risque important dans la survenue de l'HTA
- L'existence d'antécédents familiaux d'hypertension artérielle était associée à la prévalence accrue.
- la présence de plusieurs facteurs de risque augmente de façon significative le risque cardiovasculaire, en conséquence la prise en charge des facteurs de risque doit être globale.
 - Suivant le stade d'hypertension artérielle le grade I était le plus représenté avec 56,7%
 - 211 hypertendus avaient un risque de 10 à 20 d'évènement cardiovasculaire sur 10 ans (insuffisance cardiaque congestive, angor, infarctus du myocarde, arythmie surtout par fibrillation auriculaire.

5. Macki Traoré :

Complications aiguës de l'HTA aux services des urgences et de réanimation de l'hôpital national du point « g »

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

L'objectif général était d'évaluer la morbidité et la mortalité liée aux complications aiguës de l'hypertension artérielle aux services des urgences et de réanimations de l'hôpital du point G.

Au terme de cette étude réalisée à Bamako du 1^{er} au 31 Mai 2004 et portant sur un échantillon de 132 malades il ressort que :

L'incidence des complications aiguës d'hypertension artérielle était de 10,15 malades par mois.

L'âge moyen de l'échantillon a été de 55,49ans avec des extrêmes à 14 et 90ans

La classe modale a été de 60 à 69ans avec 29,5%

Les hommes ont été le plus souvent atteints que les femmes 51,5%. Le sexe ratio homme/femme est de 1,06.

Les patients étaient d'origine urbaine dans 79,5% des cas.

L'HTA était connu chez 80,3% des malades de l'échantillon

Les facteurs de risque cardiovasculaire sont en émergence, les associations facteur de risque à l'HTA ont été dominées par l'obésité avec 30,3%, le tabac avec 22%, le diabète avec 8,3% et l'alcool avec 5,3%.

Les signes d'appel ont été dominés par des céphalées 28%, vertiges 26,5%, perte de connaissance 22%

Cliniquement les atteintes viscérales ont été graves et dominées par les accidents vasculaires cérébraux 69,7%, l'œdème aigu du poumon 13,6%, l'encéphalopathie hypertensive 10,6% et l'éclampsie 4,5%.

L'évolution a été marquée par une létalité de 23,5% dont 29 cas d'accidents vasculaires cérébraux et 2 cas d'œdème aigu du poumon.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,92 jours.

De par ses complications l'HTA est indiscutablement une maladie redoutable (23,5% de mortalité).

6. Idrissa Mama Diarra :

Aspect électrocardiographique et échographique de l'hypertension artérielle (à propos de 150 cas).

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

L'étude a concerné des malades hospitalisés ou suivis dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré d'octobre 1997 à mai 1999 avec comme objectif déterminer la fréquence et la nature des lésions cardiaques rencontrées chez le patient hypertendu.

Il s'agit d'une étude prospective. De façon systématique, chacun des patients a bénéficié d'un examen clinique complet, d'un ECG, d'une radiographie thoracique de face, d'une glycémie, d'une créatininémie.

Ont été inclus dans l'étude tous les patients consentants et exclus tous ceux qui n'ont pas pu faire l'ECG et l'échocardiographie et tous ceux dont les dossiers sont incomplets. Au terme de cette étude, 150 malades ont été retenus.

Les lésions cardiaques ont été observées chez 63,3% des patients avec une prédominance de l'hypertrophie ventriculaire gauche chez 53,3% de ces patients à l'ECG.

A l'échocardiographie, la cardiomyopathie hypertensive est apparue prédominante chez les patients 93,3% d'échantillon. Les autres lésions cardiaques observées à l'ECG 10% de l'échantillon ont été représentées par : tachycardie sinusale 4%, ischémie sous épicaudique 2%, extrasystoles ventriculaires 1,3%, hémibloc antérieur gauche 1,3%, hypertrophie ventriculaire droite plus bloc de branche droit complet 0,7%, ischémie antérieure 0,7%. Il est apparu au cours de l'étude que des corrélations peuvent exister entre les aspects électrocardiographiques et échocardiographiques et la survenue de complications.

Ces résultats autorisent la demande systématique d'un ECG et d'une échographie cardiaque chez tout patient atteint d'HTA, l'urgence de la nécessité d'améliorer les moyens diagnostics des différentes lésions cardiaques et la conduite des études complémentaires pour identifier les étiologies des différentes lésions observées

dans le contexte malien. Ces mesures permettraient une prise en charge précoce des malades et du coup l'amélioration de leur pronostic.

7. Fotsing Motsebo Jocelyn Romuald :

Prévalence et caractéristique de l'hypertension artérielle du diabétique macroprotéinurique ; thèse de Médecine 2006.

Résumé :

40 diabétiques macroprotéinuriques admis en consultation ou en hospitalisation dans le service de néphrologie de l'HNPG de BKO du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004 ont fait l'objet d'une étude rétrospective au cours de laquelle la prévalence les caractéristiques et les complications de l'HTA ont été passées en revue.

Les diabétiques hypertendus représentaient 90% de la population étudiée.

La clinique de la maladie hypertensive n'a offerte aucune particularité

L'HTA était sévère dans la majorité des cas.

L'HTA systolo-diastolique représentait la forme clinique prédominante.

Les complications spécifiques de l'HTA étaient dominées par la survenue de rétinopathie, de cardiomyopathie, d'athéromatose, et l'insuffisance rénale chronique terminale

L'évolution fut marquée par la survenue de quelques décès dans un tableau d'OAP et d'hypoglycémie.

8. Aïssata Diarra :

Evènements cardiovasculaires chez les hypertendus diabétiques et chez les hypertendus non diabétiques études comparatives.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

Nous avons mené une étude rétrospective comparative de janvier 1999 à mars 2004 portant sur une population de 98 hypertendus diabétiques et 198 hypertendus non diabétiques.

Cette étude a été réalisée à Bamako (Mali) dans les services de cardiologie de l'hôpital du point « G »

3745 patients étaient hospitalisés pendant la période d'étude parmi eux 1337 étaient hypertendus soit une prévalence hospitalière de 35,7% ; celle de l'association était de 7,3%.

Comme facteur de risque surajouté le tabagisme prédominait avec 25,5%.

Dans l'échantillon les évènements cardiovasculaires suivant prévalaient : l'accident vasculaire cérébral 31%, l'insuffisance cardiaque globale 25,5%, l'insuffisance cardiaque gauche 14,2%, l'accident ischémique transitoire 5,7%, les coronaropathies 1,7% et l'artériopathie des membres inférieurs 0,6%.

Les atteintes cérébrales arrivaient en première position chez les hypertendus diabétiques 43,8% et dominaient chez les femmes 47,2%.

L'insuffisance cardiaque arrivait en première position dans le groupe des hypertendus non diabétiques et dominait chez les femmes 46,2%.

Les coronaropathies étaient à distribution égale dans les sexes 5,1% et se retrouvaient uniquement chez les hypertendus diabétiques.

9. Mailé Kouyaté :

Hypertension artérielle et grossesse : pronostic foëto-maternel à propos de 348 cas de 2000-2003.

Thèse de Médecine 2006.

Résumé :

L'objectif général était d'étudier l'association HTA et grossesse au CSREF de la commune V

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée entre janvier 2000-décembre 2003

- 348 cas d'association HTA et grossesse ont été analysés soit une fréquence relative de 1,23% des accouchements
- Sur 348 cas, 272 cas ont été détectés lors des CPN et 76 cas détectés au cours du travail.
- Une prédominance de l'HTA gravidique a été observée chez les primipares avec 43%
- 78,1% des patientes avaient effectué au moins une CPN
- 58% des patientes ont fait le bilan prénatal
- L'évolution a été favorable chez 53% des femmes
- Les complications maternelles ont été dominées par l'éclampsie avec 30,4% dont 1,2% de décès maternels dans le même tableau suivie par l'HRP avec 14%
- Il est connu que la mauvaise qualité du suivi prénatal, la mauvaise observance du traitement, le niveau socio économique sont des facteurs augmentant la mortalité et la morbidité foëto-maternelle.
- Le pronostic foëtal était dominé par la mort in utéro avec 25,6% des cas, l'accouchement prématuré 18,3% et l'hypotrophie foëtale avec 8%

10. Dansiné Sinayoko :

Prévention des complications de l'association HTA et grossesse par l'acide acétyl salicylique au centre de santé de référence de la commune V.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Au terme de cette étude cas / témoins, l'hypertension artérielle associée à la grossesse fréquente avec une prévalence de 1,56%.

L'étude a été réalisée en 16 mois où 104 gestantes hypertendues (cas) étaient soumises à l'acide acétyl salicylique et 104 autre gestantes (témoins) parmi 13335 femmes enceintes soit 1,56%

- La pré éclampsie, l'éclampsie 1,9% chez les cas contre 24,3% des témoins de l'étude, l'hématome rétro placentaire 1,3% chez les cas et 1,28% des témoins semblent être les complications les plus redoutables à cause de la morbidité et de la mortalité fœto-maternelle qu'ils engendrent.
- L'acide acétyl salicylique à faible dose occupe une place non négligeable dans la prévention des complications de l'HTA gravidique.
- Les patientes à haut risque de récurrence de toxémie, d'HRP sélectionnées sur la base des antécédents tirent un bénéfice optimal d'un tel traitement.
- Ainsi on gagnerait à élargir davantage les indications de la salicylothérapie préventive aux patientes avec une pathologie à risque vasculaire. Il apparaît que l'association l'HTA et grossesse constitue un problème majeur de santé publique dans nos pays.

11. Seydou Z Dao :

L'hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de (120 cas).

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

C'est une étude descriptive et analytique (cas/témoins) portant sur l'HTA et grossesse.

- Au terme de cette étude la fréquence de l'HTA associée à la grossesse a été de 3,65%
 - Les facteurs de risque sont dominés par la primigestité, les antécédents familiaux et personnels d'hypertension artérielle.
 - Les principales formes cliniques ont été la pré éclampsie 33,3% et l'HTA chronique 23,3%
 - Les complications materno-fœtales ont été nombreuses, l'éclampsie 19,2% et l'hématome rétro placentaire 18,3% ont été les complications maternelles les plus fréquentes.
 - Chez le fœtus les complications ont été essentiellement la mort fœtale in utero 25%, la prématurité 40%, souffrance néonatale 38,8% et l'hypotrophie 13,3%
- Le bas niveau d'instruction, la mauvaise qualité du suivi prénatal, le dépistage tardif de l'HTA, l'absence d'une prise en charge adaptée et efficace ont été les facteurs augmentant la mortalité maternelle et périnatale.
- Au cours de l'étude 3,3% de décès maternels ont été enregistrés.
 - Malgré une nette progression de nos connaissances sur la physiopathologie de l'HTA au cours de la grossesse son traitement demeure l'évacuation de la cavité utérine.

Cette attitude peut cependant être retardée en fonction du terme de la grossesse et de la sévérité de l'hypertension artérielle. Il s'agit d'une grossesse à risque nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire

12. Boubacar Koné :

Evaluation du coût direct de la prise en charge de l'hypertension artérielle et ses complications dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude longitudinale sur une période d'un an, allant de janvier à décembre 2004 réalisée dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

L'objectif général était d'évaluer le coût direct de la prise en charge de l'HTA et ses complications

L'HTA étant la première cause de consultation en cardiologie avec de lourdes conséquences en cas de complication malgré les tentatives de rationalisation de la prescription et l'introduction des médicaments génériques, le coût demeure élevée et le malade est soumis à plusieurs paiements. Les explorations cardiaques sont les plus coûteux alors qu'elles sont indispensables pour la surveillance de l'HTA, afin d'éviter les complications redoutables.

L'âge des patients a varié entre (20-87ans) avec un pic se situant dans la tranche d'âge de (46-65ans)

Le sexe féminin a été prédominant soit 62,2% avec un sexe ratio de 1,62% en faveur des femmes.

La majorité des patients étaient des Bambaras soit 39%, suivi des peulhs avec 18% de l'effectif absolu.

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses au cours de l'étude soit 50,3%

Les analphabètes (en français) ont été nombreux, 211 sur 258 pour les patient non hospitalisés et 19 sur 44 pour les hospitalisés, ce qui correspond respectivement à 46,9% et 43,2% d'analphabète (en français)

La quasi-totalité des patients résidait à Bamako soit 92,71%, la majorité avait un niveau de vie bas.

Au cours de cette étude la complication la plus fréquente a été l'accident vasculaire cérébral soit 62,18%. Quant aux différents volets de la prise en charge, ce sont surtout trois volets qui ont été plus coûteux.

1-Volets exploration cardiaque :

Les explorations cardiaques ont été trois fois plus coûteuses que les explorations biologiques et leurs coûts ont été variés de 15000 à 37500Fcfa avec une moyenne de 20064Fcfa par patient.

2-volet médicament : a été plus coûteux pour les patients hospitalisés. Ce coût a varié de 9910Fcfa à 218995Fcfa avec une moyenne de 123336Fcfa par patient.

3- volet hospitalisation : ce volet n'a concerné que les patients hospitalisés et englobe le coût de la durée et le coût de la nourriture. Le coût d'hospitalisation a varié de 1500Fcfa à 22500Fcfa et celui de la nourriture de 6000 à 45000Fcfa

13. Oumar Moussa Coulibaly :

L'hypertension artérielle et prise en charge thérapeutique dans le service de cardiologie "A" de l'hôpital du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

la présente étude avait pour objectif d'évaluer la prise en charge thérapeutique d'hypertension artérielle chez les patients reçus en consultation cardiologique de l'hôpital du point G du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2000. L'étude de nature rétrospective et prospective a consisté à la description du moment de la découverte de l'HTA par rapport à la 1^{er} consultation cardiologique, de l'observance thérapeutique et du contrôle de la maladie en fonction de la fréquence et l'influence de certains facteurs tels que le niveau scolaire, niveau de la vie et de la gravité de la maladie.

En deux années 1082 patients ont été vus en consultation dans le service pour toutes affections cardiovasculaires confondues 626 malades ont été suivie ambulatoire et 456 ont été hospitalisés.

L'HTA tient la 1^{ère} place dans notre étude avec une fréquence globale 57,5% avec (66,45% en ambulatoire et 45,39% à hôpital).

L'échantillon comprenait 155 hypertendus dont 79 de sexe féminin soit 51% et 76 de sexe masculin soit 49%. Parmi eux 125 (80, 6%) se savaient hypertendus avant leur entrée dans le service dont 62,4% savaient irrégulièrement leur traitement.

Le tranche d'âge la plus atteinte a été de 31-50 ans. L'HTA légère a été prédominante à l'entrée (46,45%) des malades. Par contre l'HTA maligne représentait (15,5%). L'atteinte viscérale la plus fréquente a été cardiaque avec (39,7%). Au dernier contrôle l'équilibre tensionnel a été obtenu chez 72 patients soit (46,45%). L'observance thérapeutique a été mauvaise chez 101 malades soit (65,2%). Parmi les facteurs de risque étudiés seul le niveau de vie des patients a eu une influence sur l'observance thérapeutique.

14. Mohamed Lémine Ould Lomrabortt :

L'insuffisance cardiaque d'origine hypertensive dans les services de cardiologie de l'hôpital national du point « G » ; épidémiologie, clinique, évolution.

Thèse de Médecine Bamako 2002

Résumé :

L'insuffisance cardiaque reste la complication la plus redoutable de l'hypertension artérielle avec une prévalence de (18,6%).

Les facteurs de risque comme le tabagisme et l'obésité sont toujours présents.

L'hypertrophie ventriculaire gauche est la lésion électrique dominante.

L'échocardiogramme reste la méthode de choix dans la détection précoce des anomalies cardiaques.

La létalité spécifique est de (16,3%), d'où l'intérêt de mesures concrètes pour la lutte contre l'HTA.

15. Joseph Coulibaly :

Etat de connaissance des malades hypertendus a propos de l'hypertension artérielle dans le service de médecine unité de cardiologie du CHU Gabriel Touré à propos de 210 cas.

Thèse de Médecine 2008.

Résumé :

Nous rapportons le résultat d'une étude rétrospective et prospective sur les patients hypertendus en cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré du mois de janvier 2006 au mois de décembre 2007.

L'étude a porté sur 210 cas. La prévalence de l'HTA a été de 45,8% sur 8817 cas de pathologies cardiovasculaires. Le sexe féminin a été prédominant avec une tranche d'âge de 55-64 ans majoritaire avec 62,9%.

La plupart des patients hypertendus étaient équilibrés.

L'HTA méconnue environ 96,2% de nos patients ne connaissaient pas la définition de l'HTA. Les complications cardio-vasculaires et neurologiques étaient les plus fréquemment décrites par nos patients .

Les IEC ont été utilisées dans 48,6% en monothérapie ou en association avec d'autre anti hypertenseur.

Le suivi sans interruption a été observé chez 201 patients ; avec une bonne observance thérapeutique à 95,7%.

Les anomalies para cliniques :

Hypertrophie ventriculaire gauche 60%. La Cardiomyopathie hypertensive 73,2% étaient majoritaire. L'anémie a été l'anomalie biologique la plus constatée suivie d'une hyper créatininémie légère.

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

1. Fahd Ali Saïd :

L'accident vasculaire cérébral hypertensif : aspects épidémiocliniques et évolutifs dans le service de cardiologie "B" du CHU du Point G.

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

Du 1^{er} Mars 2004 au 28 Février 2005, 321 patients ont été hospitalisés dans le Service de Cardiologie B du CHU du Point G pour pathologies cardiovasculaires, 78 pour AVC dont 72 pour AVC hypertensif soit une prévalence de 24,29% des pathologies cardiovasculaires et fréquence de l'AVC hypertensif de 92,31% dans la

population des AVC. Il s'agissait le plus souvent d'homme avec un sexe ratio de 1,18 et une moyenne d'âge de 62 ans.

L'AVC était l'antécédent médical le plus fréquent et le tabagisme le facteur de risque prédominant. Ce dernier chez plus de la moitié des malades (58,8%) était supérieur à 20 paquets années et environ la moitié de nos patients (47,2%) avait une HTA qui datait de 1 à 4 ans et de Stade 2 (JNC7) dans plus des trois quarts des cas.

L'aspect clinique cardiovasculaire dominant était la tachycardie (22,2%) et sur le plan neurologique la paralysie faciale (55,6%) était l'anomalie qui prédominait.

L'aspect électrique dominant était l'hypertrophie ventriculaire gauche (56,8%) et 77,8% patients avaient une cardiomégalie radiologique. L'HVG concentrique dominait les signes écho cardiographiques (51,8%) et les infiltrations intimes athéromateuses (73,6%) prédominaient à l'échographie doppler TSA. Au scanner l'AVC était ischémique dans 56,7% des cas.

A la sortie de l'hôpital, l'évolution était favorable dans 69,4% des cas, stationnaire dans 8,4% des cas et 16 décès ont été enregistrés

2. Mamadou Touré :

Etude épidémiologique et évolutive des accidents vasculaires cérébraux hypertensifs au CHU du point « g » dans le service de cardiologie A.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé

Nous avons réalisé une étude transversale allant d'Avril 2005 à Mars 2006.

Au terme de l'étude :

- La prévalence de l'AVC dans le service a été de 18,60 % des pathologies cardiovasculaires et 86,11 % des AVC/HTA aux seins de ce groupe.
- Le sexe féminin a été prédominant (53,2%)
- L'âge moyen de l'échantillon a été de 57,5 ans
- Le facteur de risque dominant a été l'âge, 55ans pour les hommes et 66 ans pour les femmes
- 54,8% de nos sujets avaient une HTA qui évoluait depuis plus de 5 ans
- 92,3% de nos patients avaient une mauvaise observance thérapeutique de leur HTA
- 61,3% de nos malades avaient une HTA grade 3
- La symptomatologie était dominée par l'hémiplégie (71%) ; la paralysie faciale (61,3%) ; la tachycardie (42%)
- 62,3% de nos patients avaient une lésion ischémique au scanner

➤ La mortalité dans notre étude a été de 12,9%.

3. Toumani Coulibaly :

Etude des AVC du sujet jeune dans les services de Cardiologie et Neurologie au Mali.

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée entre le 1^{er} décembre 1998 et le 30 décembre 2000 soit sur 25 mois à l'hôpital du point G et 0 l'hôpital Gabriel Touré. Notre échantillon était composé de 56 hommes et 55 femmes, ils ont tous bénéficié d'un examen clinique et certains examens complémentaires.

Dans notre étude nous avons eu une fréquence globale de 18,3%. L'âge moyen de survenu était de 35 ans environ avec une légère prédominance masculine 50,4% contre 49,5% pour le sexe féminin, un sexe ratio de 1,01.

Les facteurs de risque dominant étaient représentés par :

- L'HTA avec 26,1%,
- Les céphalées migraineuses : 22,5%,
- Les antécédents de pathologies cardiovasculaires : 15,3%,
- La notion de contraception orale : 29% des femmes,
- Tabagisme : 13,5%,
- Traumatisme de la tête et du cou : 6,3%,
- Alcoolisme : 2,7%.

104 patients ont consulté pour des déficits de l'hémicorps soit 93,6%.

Les examens complémentaires ont permis d'identifier les étiologies suivantes :

- Les AVC d'origine vasculaire 45,1% avec prédominance de :
 - L'HTA : 18,9%
 - Les affections cardio-emboliques : 16,2%
 - Dissection de la carotide interne : 1,8%
 - Malformations vasculaires : 2,7%
 - Thrombose de la carotide interne : 2,7%

➤ Polyglobulie : 2,7%

• Les autre AVC :

➤ Infectieuse : 19,8%

➤ Traumatique : 6,3%

CARDIOMYOPATHIES

1. Aboubacar Coulibaly :

Les cardiomyopathies dilatées du péri-partum.

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Nous avons mené une étude rétrospective à L'hôpital Gabriel Touré. La dite étude porte sur 49 cardiomyopathies de Meadows représentant 5,2% des hospitalisations féminines en cardiologie de L'hôpital Gabriel Touré.

Les moyennes d'âge, de poids et de taille sont respectivement 30 ans, 68 kg et 161 cm.

Nos patientes étaient des ménagères 76%, multipares 78%, défavorisé 54%, et vivent en milieu urbain 79%.

Les facteurs favorisant les plus importants sont : un régime post partum hyper sodé 90%, les variations climatiques au cours de la grossesse 84%, et le travail physique intense jusqu'au terme de la grossesse 73%.

Le pronostic vital du nouveau-né est non engagé 90% et l'allaitement est maternel dans 77%.

Des antécédents de cardiomyopathie dilatée du péri partum sont retrouvés dans 10%, et l'apparition est surtout post-partale 65%. A l'étape initial, l'insuffisance cardiaque est surtout globale 86% avec une hypertension artérielle dans 46%.

Nous avons une anémie dans 32%, cardiomégalie dans 100%, une dilatation cavitaire dans 68%, une hypokinésie dans 85% ainsi qu'une hypertrophie ventriculaire gauche dans 36%.

Le traitement est classique : régime hyposodé 98%, digitaliques 98%, diurétiques 96%, plus ou moins associés aux anti-aggrégant plaquettaires ayant entraîné une guérison complète dans 56% avec 2% décès.

2. Tchatchoua Njiki Dieudonne G :

Cardiomyopathies dilatées dans le service de cardiologie « B » de l'hôpital du point « g » ; thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

D'Août 1999 à Octobre 2001 ont été étudiés 200 dossiers de cardiomyopathies dilatées recrutées parmi 887 observations d'hospitalisations en cardiologie « B » de l'Hôpital National du Point G. La prévalence de la CMD y était de 26,3% avec l'âge moyen de 52,84 ans. $\frac{3}{4}$ environ des patients avaient plus de 40 ans.

L'HTA 53,2% et l'ICG 33,2% constituaient les antécédents principaux.

La circonstance de découverte majeure était l'IVG 56,6% et la dyspnée d'effort la manifestation fonctionnelle la plus décrite 99,5% fréquemment rencontrée aux stades III et IV de la classification de NYHA 92,4%.

Les souffles cardiaques quasi présents, l'assourdissement des BDC 87% et la tachycardie 71% étaient les signes les plus retrouvés à l'examen.

La tachycardie 54,3%, les troubles secondaires de la ré polarisation 52,1% et l'HVG 46,2% constituaient les anomalies électriques dominantes.

La cardiomégalie radiologique était constante associée chez 73,9% des malades à une HTVC et la dilatation cavitaire écho cardiographique quasi présente s'associait 174 fois 87% à une altération de la fonction contractile.

Dans l'ensemble les étiologies des CMD étaient le plus souvent secondaires 89% dominées par l'HTA 46,5% fréquemment rencontrées après 30 ans et les valvulopathies 35,5% le plus souvent rencontrées avant 30 ans.

Le traitement était essentiellement médical et classique avec une évolution le plus souvent favorable 90% pour une durée moyenne de séjour de 14,36 jours.

La mortalité globale était de 7,5% avec une létalité selon le sexe de 8,9% chez les femmes et de 6,1% chez les hommes.

3. Saran Niamoye Touré :

Cardiomyopathies de la femme dans le service de cardiologie « B » de l'hôpital national du point « g ».

Thèse de Médecine Bamako 2002

Résumé :

- La dyspnée était le signe le plus fréquent associé à la toux et l'expectoration.
- L'auscultation retrouvait un souffle dans 94,4% des cas et une fréquence cardiaque pathologique chez 77,3% des malades et un rythme irrégulier dans 1/3 des cas environ.
- La cardiomégalie 98,8%, décompensée le plus souvent 45,8% dominait à la radiographie, dilatation cavitaire à l'échographie 70,1%, 68,7% d'altération de la

fonction contractile, 32,5% d'hypertrophie septo-pariétale et 19% d'hypertrophie septale isolée.

- Les lésions valvulaires étaient essentiellement mitrales
- Les facteurs de risque étaient : HTA, diabète, ménopause, contraception orale, parité, dermocorticoïdes, tabagisme.
- Le pronostic est sévère avec une invalidité et une mortalité élevée

4. Djénèbou Traoré :

Les aspects cliniques et écho cardiographiques des cardiomyopathies hypertrophiques au cours de l'insuffisance rénale chronique.

Thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

IL s'agit d'une étude descriptive, rétro et prospective, essentiellement clinique allant de janvier 2004 à juin 2006. Portant sur une population de 53 patients insuffisance rénaux confirmés, hospitalisés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G pendant la dite période fixée, ayant bénéficiés d'une échographie doppler cardiaque. L'objectif général était d'étudier la cardiomyopathie hypertrophique au cours de L'IRC.

Dans notre étude la plupart des patients avaient un âge compris entre 41-60 ans soit 45,3% et un âge moyen de 47,19 ans.

Le sexe masculin était le plus touché 56,6% avec un sexe ratio de 1,3 en faveur des hommes.

Les patients en majorité étaient urbains soit 69,9%

Les antécédents médicaux étaient dominés par L'HTA 90,6%

Les signes fonctionnels cardiovasculaires les plus fréquemment rencontrés étaient la dyspnée d'effort 47%, suivie de la douleur thoracique 24% et la toux 17%.

Le principal syndrome clinique cardiovasculaire était l'insuffisance cardiaque globale 34% suivie de l'IVG 26,4% de la péricardite 17%. Les facteurs de risque classiques étaient dominés par l'HTA 92,5% et la sédentarité 41,5%.

Les facteurs de risque liés à l'IRC dominés surtout par l'hypertrophie septale 47,7%.

On notait une prédominance de la dysfonction diastolique sur la dysfonction systolique avec respectivement 34% et 24,5%.

Les inhibiteurs calciques constituaient la classe thérapeutique anti hypertensive la plus employée.

La trithérapie anti hypertensive à été le schéma thérapeutique le plus utilisé soit 38,5%.

8 patients soit 17% étaient dialysés 45,3%.

5. Mamadou Bréhima Diallo :

Etude descriptive, comparée de la cardiomyopathie chez les lépreux et les non lépreux d'avril 2000 à mars 2001 au CNAM (léprologie) et à l'hôpital Gabriel Touré (cardiologie) ;

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

Nous avons effectué d'avril 2000 à Mars 2001, une étude descriptive comparée de la cardiomyopathie chez les lépreux et non lépreux. Les enquêtes ont eu lieu au CNAM (léprologie) et au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Le but de cette étude a été de déterminer la fréquence et les modalités de prise en charge des cardiomyopathies chez les lépreux et les non lépreux. Nous avons inclus au total 60 patients dont 29 lépreux et 31 témoins. La tranche d'âge 58-78 ans était la plus représentée soit 31,7%, le sexe ratio était de 1,14 en faveur des hommes. La majorité de nos patients était Bambara soit 23,8%. Les ménagères étaient la profession dominante avec 36,7%. Le signe fonctionnel dominant était la dyspnée avec 96,6% dont 50% de dyspnée d'effort.

45% de nos patients avaient une cardiomégalie.

La cardiomyopathie dilatée hypokinétique était de 70%.

93,1% des lépreux avaient une cardiomyopathie contre 80,6% des non lépreux.

85,0% des patients ont observé un régime hyposodé suivi de 75,0% pour les diurétiques et les digitaliques.

6. Tchokouadeu Mouale Huguette Flore:

Les cardiomyopathies hypertrophique dans le service de cardiologie « b » de l'hôpital national du point g : étude épidémiologique, évolution ; thèse de Médecine Bamako.

Résumé :

➤ L'étude est étalée sur 2 ans durant lesquels ont été recensés 160 cas de cardiomyopathie sur 760 malades présentant une pathologie cardio-vasculaire, soit une fréquence de 21%.

➤ L'âge moyen était de 57,2 ans et 3 /4 des patients avaient 45ans.

➤ L'hypertension artérielle était l'antécédent le plus retrouvé 85,5%. Elle dominait également les facteurs de risque 56%

➤ le solde d'insuffisance cardiaque était la circonstance de découverte majeure (111fois), et la dyspnée de décubitus le signe fonctionnel le plus retrouvé.

➤ Les souffles, la tachycardie et de Galop étaient les signes physiques les plus décrits.

- L'hypertrophie (particulièrement l'hypertrophie ventriculaire gauche) constituait l'anomalie électrique dominante, à la radio il s'agissait surtout d'une cardiomégalie,
- l'hypertrophie myocardique écho cardiographique était quasi-constante et la plupart du temps concentrique 99,4%, elle s'associait 97 fois à la dilatation cavitaire et 80 fois à l'altération de la fonction contractile, la cardiomyopathie hypertrophique (CMH) était le plus souvent secondaire avec l'HTA comme étiologie dominante, la CMH essentielle ne représente que 7,5%.
- Le traitement était essentiellement médical, l'évolution immédiate et lointaine favorable.
- La mortalité globale 3,1% avec une létalité selon le sexe de 1,9% en faveur des hommes

7. Moussa Coulibaly :

Place de la cardiomyopathie urémique chez les IRC dans le service de Néphrologie et d'hémodialyse du chu du point « g ».

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive, essentiellement clinique allant de janvier 2005 à juin 2006 portant sur une population de 45 patients insuffisants rénaux chroniques confirmés, hospitalisés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G pendant la dite période fixée, ayant bénéficiés d'une échographie cardiaque et/ou d'une échographie doppler cardiaque. L'objectif général était d'étudier les caractéristiques cliniques et écho cardiographiques de la cardiomyopathie urémique.

Nos constats étaient les suivants : la prévalence de la cardiomyopathie urémique dans le service était de 17,8%. L'âge moyen des patients était de 42 ans \pm 12,68. Le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio de 1,6 en faveur des hommes.

Les signes fonctionnels cardiovasculaires les plus fréquents étaient la douleur thoracique 75%, suivie de la dyspnée de décubitus 62,5%.

Les patients présentant une cardiomyopathie urémique avaient comme principal syndrome clinique cardiovasculaire une insuffisance cardiaque 62,5% suivie de l'OAP 12,5% et de la péricardite urémique 12,5%.

Il ressort également de notre étude que les facteurs de risque cardiovasculaires prédominants étaient l'HTA 100%, le sexe masculin 75%, l'anémie 100%, les troubles phosphocalciques 87,5%) et l'inflation hydro sodée 37,5%.

L'échographie cardiaque couplée au doppler mettait en évidence une HVG chez 44,4% des patients et une dilatation des cavités gauches chez 59,9% des patients, 62,5% des patients avaient une cardiomyopathie urémique normokinétique.

On retrouvait une nette prédominance de la dysfonction systolique sur la dysfonction diastolique avec respectivement 50% et 12,5% des cas.

L'évolution à long terme était défavorable marquée par un taux de mortalité globale estimé à 50% soit la moitié des patients.

URGENCES CARDIOVASCULAIRES

1. Tchakounte Awala Sandrine Emmanuelle :

Les urgences cardiovasculaires : étude épidémiologique et clinique dans le service cardiologie B de l'hôpital du point « G » du 1^{er} février 2003 au 29 février 2004.

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé:

La fréquence des hospitalisations dues aux urgences cardio-vasculaires, dans le service de cardiologie « B » du CHU du point G de Bamako et l'absence d'étude abordant le sujet ont été les principales sources de motivations de ce travail dont l'objectif était d'étudier les aspects épidémiologique, clinique et évolutif.

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 01 février 2003 au 29 février 2004 et portant sur 175 cas d'urgences cardio-vasculaires.

Nos constats étaient les suivants : les urgences cardio-vasculaires avaient une prévalence de 24,7% ; l'âge moyen des patients était de 57,42 ans ; le sexe masculin prédominait sur le sexe féminin avec un sexe ratio de 1,1. Le sexe influençait de façon significative la survenue des événements cardio-vasculaires urgents. 61,7% des patients consultaient 72h après l'apparition des premiers symptômes et seulement 6,9% des malades étaient transférés à l'hôpital en ambulance. L'HTA représentait l'antécédent et le facteur de risque prédominant avec 52% ; des 9 tableaux d'urgence cardio-vasculaire, l'insuffisance cardiaque grave avec 50,9% de fréquence constituait le groupe prééminent ; les pathologies sous jacentes étaient par dominées par l'HTA et les cardiomyopathies dilatées avec respectivement 41,7% et 6,3%. Nous avons observé 70,3% d'évolution favorable, 23,4% de décès dont plus de la moitié de suite d'insuffisance cardiaque. Seulement 9 malades ont été ré hospitalisés pendant la période de notre étude.

A la lumière de ce travail, il apparaît la nécessité de mettre l'accent sur une approche cardiologique, de la mise sur pied d'une unité de soins intensifs cardiaques avec des normes internationales pour une prise en charge optimale des patients.

2. Jacob Coulibaly :

Les urgences cardiovasculaires au CHU Gabriel Touré (à propos de 80cas).

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

L'étude a été réalisée au service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel TOURE. Elle avait pour but d'évaluer les UCV sous une approche épidémiologique et clinique à l'Hôpital Gabriel TOURE.

Au terme de cette étude il ressort que les UCV représentent 17,85% de l'ensemble des activités du cardiologue.

Nous avons enregistré 80 cas. Dans notre série les hommes ont été les plus touchés avec un sexe ratio de 1,4. Il y avait une prédominance de sujets âgés de 51,25% des cas.

Les manifestations cardio-vasculaires (collapsus ou choc) étaient au premier plan des symptomatologies d'urgence soit 48,8% des cas suivis des manifestations neurologiques (AVC) soit 28,75% des cas et de la crise aiguë hypertensive soit 12,50% des cas.

La durée moyenne de séjour aux urgences était de 1jour.

Nous avons enregistré 78,75% de vivants contre 21,25% de décès.

3. Kemta Lekpa Fernando :

L'œdème aigu du poumon cardiogénique à l'hôpital national du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé

OBJECTIFS : Etudier la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'œdème aigu pulmonaire cardiogénique (OAP).

METHODOLOGIE : Du 1^{er} mars 2003 au 31 décembre 2004, nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique dans les services d'urgence et de réanimation et de cardiologie « A » de l'Hôpital du Point « G ». Nous avons inclus dans l'étude tous les patients ayant un OAP cardiogénique confirmé par la radiographie du thorax.

RESULTATS : Nous avons colligé 50 dossiers. L'OAP cardiogénique a représenté 1,52% des hospitalisations. Le sexe ratio était de 1,27 en faveur des hommes. L'âge moyen était de 53,72 ± 2,58 ans. 50% des patients avaient plus de 60 ans. 70% des patients venaient directement de leur domicile. La crise hypertensive 50% a été la principale étiologie. L'HTA 70% et le tabac 38% ont été les facteurs de risque cardio-vasculaires les plus fréquents. La poussée hypertensive 48% a été le principal facteur déclenchant. La radiographie du thorax montrait la redistribution vasculaire vers les sommets 100%, la cardiomégalie 96%, les opacités hilifuges en ailes de papillon 58%. La prise en charge hospitalière a consistée en l'administration de furosémide 100%, d'oxygène 74%, d'antihypertenseurs 64%. Seuls 46% des patients ont reçu un dérivé nitré. Le choc cardiogénique et la fibrillation auriculaire ont été les principales complications. La mortalité est élevée, soit 26%.

4. Fatoumata Soumaoro :

Embolie pulmonaire : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs dans le service de cardiologie de l'hôpital du point « G » (à propos de 30 cas).

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé

Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2005 dans les services de cardiologie de l'hôpital du point « G » sur 1724 patients hospitalisés, 30 l'étaient pour embolie pulmonaire soit une prévalence de 1,7%. Il s'agissait le plus souvent de femme avec un sexe ratio de 0,87 et une moyenne d'âge de 51±16,9ans.

L'insuffisance cardiaque était le facteur étiologique dominant.

L'aspect clinique dominant était la polypnée associée dans 3/4 des cas à des signes d'insuffisance cardiaque droite.

A la sortie de l'hôpital, l'évolution était favorable chez 90% des patients ; défavorable chez 11,1% des patients et trois décès ont été enregistrés.

5. Cheick Oumar Bathily :

Etude des dyspnées d'origine cardiaque chez la femme enceinte à propos de 100 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2008.

6. Lassina Danseni Traoré :

Contribution des dyspnées d'origine cardiovasculaire chez la femme enceinte à propos de 53 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé:

L'étude que nous avons menée est une étude prospective portant sur la dyspnée d'origine cardiovasculaire chez la gestante.

Pendant 12 mois, 53 cas de femmes gestantes présentant une pathologie cardio vasculaire ont été répertoriées dans quatre formations socio sanitaires avec une moyenne d'âge de 28+/- 5ans.

Nos patientes étaient à 86,79% des ménagères ; 88,67% d'urbaines.

Cinq(5) pathologies ont été incriminées (l'HTA et la CMP avec 30,18% chacune ; valvulopathies avec 24,52% ; la pré éclampsie de type 1 avec 9,43% ; la pré-éclampsie de type 2 avec 5,66%.

L'interrogatoire a permis de révéler le caractère tardif de la consultation par rapport à l'âge gestationnel et que la dyspnée d'effort a été le maître symptôme avec 79,24%.

Au cours de l'étude 15 complications maternelles et 17 complications fœtales ont été notées.

En plus du régime hyposodé le traitement a consisté au traitement de la cardiopathie et à la transfusion de sang iso groupe et iso rhésus dans les cas d'anémie rencontrés.

L'évolution a été favorable dans 98,11% des cas.

Nous avons déploré un cas de décès.

7. Boubacar Niantigui Coulibaly :

Etudes des arrêts cardiaques pré hospitaliers à l'hôpital du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

L'étude a été réalisée au service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital du Point G. Elle avait pour but d'étudier les Arrêts Cardiaques pré hospitaliers à l'hôpital du Point G.

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, qui s'est étendue sur une période de 12 mois (de février 2001 à janvier 2002).

Les cas inclus dans notre étude étaient ceux décédés au cours du transport entre le lieu d'évacuation et le SAU de l'hôpital du Point G.

Au terme de cette étude, il est ressorti que les Arrêts Cardiaques pré hospitaliers ont représenté 1,5 % des admissions.

Dans notre série les hommes ont été plus touchés que les femmes avec un sexe ratio homme / femme = 2,1 et une prédominance chez l'adulte jeune (20-60 ans) avec 67,8 %.

La douleur thoracique et la détresse respiratoire étaient au premier plan des motifs d'évacuation avec respectivement 35,5 %, et 32,3 % suivies des intoxications, des traumatismes.

La majorité de nos cas provenaient directement du domicile et étaient transportés par taxi et voiture ordinaire, donc un moyen non adapté.

Aucun n'a fait l'objet d'alerte précoce, ni de Réanimation cardio-pulmonaire de base.

CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

1. Nadège Christelle Tchintchui :

Les cardiopathies ischémiques et les facteurs de risque : à propos de 162 cas colligés dans le service de cardiologie « A » de l'hôpital du point « g ».

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

Les cardiopathies ischémiques étaient réputées moins fréquentes en Afrique mais elles émergent progressivement. Afin d'étudier les facteurs de risque et les caractéristiques des sujets atteints, tous les patients reçus pour ce diagnostic dans le service de cardiologie « A » de l'hôpital du Point « G » ont été inclus dans une étude rétrospective et prospective du 1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 2004. 162 patients ont été évalués.

Il ressort de notre étude que :

- La prévalence hospitalière a été estimée à 2,6%.
- La maladie prédomine chez l'homme 79,6% contre 20,4%.
- L'âge moyen du diagnostic était de (57,6 ans) avec les extrêmes de 32 ans à 85 ans.
- Les principaux facteurs de risque dont au moins un était retrouvé chez 93,2% des patients, étaient : l'HTA 51,8%, la sédentarité 47,5%, l'obésité 23,4%, le diabète 14,2%, la dyslipidémie 9,3%.

La ménopause et la contraception orale ont été retrouvées chez les femmes respectivement dans 72,7% et 21,2% des cas.

De même le tabagisme uniquement masculin a été retrouvé chez 63,6% des patients. L'intoxication tabagique est de 27,5 paquets / année en moyenne. L'âge de survenue de la maladie chez les fumeurs est plus précoce que chez les non fumeurs. C'est ainsi que dans la tranche d'âge de 30-39 ans, 85,7% des patients étaient tabagiques contre 14,3% de non fumeur.

- Le syndrome douloureux coronarien avec 79,9% des cas et l'insuffisance ventriculaire gauche avec 15,5% des cas représentaient les principales circonstances de découverte.
 - L'angine de poitrine, retrouvée dans 52,5% des cas et l'IDM dans 47,5% des cas, sont principalement de localisation antérieure.
 - Les principales complications ont été l'insuffisance cardiaque 22,9%, les troubles de rythme et les embolies systémiques.
 - Les décès sont survenus dans 13 cas, soit 8%.
 - Le traitement était à base de mesures hygiéno-diététiques, d'antiagrégant plaquettaire, de dérivés nitrés, d'anticoagulants, de bêta bloquants et d'IEC.
- Les moyens plus modernes, notamment la thrombolyse et la cardiologie interventionnelle, ont fait défaut dans la quasi-totalité des cas.

2. Mamadou Almamy Diakité :

Ischémie coronaire : facteurs de risque et aspects cliniques observés dans le service de cardiologie de l'hôpital du point « g ».

Thèse de Médecine Bamako 2003.

Résumé :

Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2002 dans le service de cardiologie « b » de l'hôpital du point « G » sur 1062 malades ayant séjourné pour pathologie cardiovasculaire, 152 souffraient de coronaropathies soit une fréquence de 14,3%.

Il s'agissait d'homme 63%, et de femme 37% avec un âge moyen à (54,7 ans).

Trois facteurs de risque prédominaient en l'occurrence la sédentarité 71,1%, l'HTA 63,2% et le tabagisme 40,1%.

Les aspects cliniques observés étaient polymorphes et faits de :

- Angine de poitrine 50,3%
- Infarctus du myocarde 36,2%
- Insuffisance cardiaque 28,9%
- Troubles du rythme cardiaque 25%
- Accident thrombo-embolique 3,3%.

CARDIOPATHIES CONGENITALES ET ACQUISES

1. Hawa Dao :

Etude prospective des cardiopathies congénitales entre 0 et 2 mois au service de réa-pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré d'avril 2005 à septembre 2006 à propos de 51 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

Nous avons réalisé une étude prospective allant du mois d'avril 2005 à septembre 2006.

Ce travail a permis de trouver les caractéristiques épidémiologiques des cardiopathies congénitales entre 0 et 2 mois. Nous avons trouvé un sexe ratio sensiblement égal à 1.

La tranche d'âge entre 0 et trente jours a été la plus touchée avec une fréquence de 78%.

Soixante dix pourcent 70% des mères de nos enfants étaient paysannes.

Soixante deux pourcent 62% des mères n'avaient pas de facteur de risque ou d'antécédent.

On note l'absence de bilan obstétrical chez 80% des mères, 49 % avaient fait moins de trois CPN (tableau 16), 84% n'avaient pas réalisé un bilan prénatal correcte (tableau 17), 75% étaient des multipares. 51% des mères étaient analphabètes (tableau 13). Les femmes mariées représentaient 80% (tab 14) et 41% des étaient de la tranche 15-24 ans. Les bambaras représentaient 47% des mamans.

Soixante seize pourcent de nos enfants avaient un poids de naissance compris entre 2500 et 4000 grammes (tab 12) ; 73 % sont nés à terme (tab 8) ; 67% avaient été réanimés à la naissance ; 82% sont nés par voie basse eutocique (tab 18).

La détresse respiratoire fut le signe d'appelle chez 37,28% de nos patients (tab 19), à l'inspection la cyanose fut le signe le plus fréquent avec 49% (tab 20). Le souffle systolique fut retrouvé chez 84% des enfants.

L'indice cardio thoracique (ITC) était normal chez 45% des patients. L'aspect pulmonaire normal chez 45%.

La numération formule sanguine était normale avec 75% des patients.

À l'échographie cardiaque la CIV fut la plus dominante avec 35% des enfants.

En deux mois 45% de nos patients sont décédés et 12% ont été perdus de vue.

2. Alou Coulibaly :

Les cardiopathies juvéniles au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré et de l'hôpital Mère-enfant le Luxembourg.

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé:

Ce travail a duré 12 mois et porte sur les cardiopathies juvéniles au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré et de l'hôpital Mère-enfant le Luxembourg.

À la fin de cette période, l'examen des cas a constaté que les cardiopathies acquises sont les plus fréquentes avec une fréquence de 49,55% de ces affections suivies des cardiopathies congénitales avec une fréquence de 48,61% et enfin en

dernière position les associations de cardiopathies congénitales et acquises avec 1,84%, le sexe ratio en faveur du masculin.

Parmi les cardiopathies acquises les valvulopathies rhumatismales tiennent une place prépondérante, particulièrement l'insuffisance mitrale avec une fréquence de 45,53%.

Au total 86,28% des enfants souffrant d'affections cardiaques ont besoin de cure chirurgicale et parmi eux seuls 9,23% en ont bénéficié

Elle représente une proportion trop faible par rapport aux besoins.

Elles sont responsables de dépenses financières excessives de retard scolaire et de mortalité importante.

3. Bégnam Diarra :

Cardiopathies juvéniles opérables et ou opérées du service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré : diagnostic et évolution à propos de 268 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

Notre étude est rétrospective menée au niveau du service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré. Elle a porté sur un effectif de 268 enfants malades du cœur âgés de 0 à 15 ans. Ces enfants ont été tous recrutés de 1992 à 2001 au niveau dudit service.

Au terme de ce recrutement, nous avons pu faire ressortir deux groupes de cardiopathies en fonction de leur nature : les cardiopathies juvéniles acquises et les cardiopathies juvéniles congénitales. Selon la nature de la cardiopathie nous avons classé les patients en trois grands groupes : ceux porteurs de cardiopathies acquises isolées avec 38,80% des cas, ceux atteints de cardiopathies congénitales isolées avec 49,25% des cas et enfin ceux souffrant d'une association des deux types de cardiopathies avec 11,95% des cas.

Au cours de l'étude, nous avons eu une prédominance du sexe féminin avec un sexe ratio de 1,1.

Sur les 268 patients, nous avons regretté la mort de 11 enfants au cours de leur suivi soit 4,10%. 75 ont pu être évacués pour une intervention chirurgicale de leur cardiopathie et enfin 182 sont encore à l'attente d'une suite favorable pour leur prise en charge chirurgicale.

L'évolution en générale a été bonne pour tous les enfants hormis les 11 décès enregistrés.

Pour les 182 enfants encore non opérés, nous avons mentionné une stabilisation chez 151 patients contre 31 aggravations.

Concernant les 75 patients déjà opérés, nous avons noté une prédominance du sexe féminin avec un sexe ratio à 1,8.

Plusieurs types d'interventions ont été effectués dont les plus fréquemment ressortis ont été les plasties valvulaires avec 51,76% des cas. D'autres types d'intervention non moins importants ont été pratiqués. Il s'agissait des fermetures de CIV et CIA, des remplacements valvulaires, des ligatures, des ablations membranaires, des réparations de cardiopathies congénitales complexes et enfin des dilatations valvulaires.

Dans la comparaison des diagnostics peropératoires avec ceux retrouvés à Bamako, nous avons constaté que les cardiologues du Mali ont réussi dans presque 100% des cas dans le diagnostic des cardiopathies acquises. Mais quelques difficultés diagnostiques ont été rencontrées pour les cardiopathies congénitales et cela à cause d'une absence de moyens diagnostics de pointe dans nos structures hospitalières.

Les 75 enfants opérés du cœur ont eu en général une très bonne évolution en dehors de quelques décompensations signalées au cours desquelles nous avons déploré 3 décès soit 4%. A signaler qu'un enfant a perdu la vie en réanimation cardiaque aussitôt après son intervention soit une mortalité opératoire de 1,3%.

De nos jours et au terme de cette étude, nous pouvons conclure que les cardiopathies juvéniles ont un faible taux de mortalité opératoire.

Nous retiendrons que la chirurgie cardiaque est le seul traitement radical des cardiopathies juvéniles. Elle donne une guérison définitive et bon nombre d'enfants auraient la chance de continuer leur vie socio-économique s'ils étaient opérés à temps.

4. Goudote George Henri Défodji :

Cardiopathies pédiatriques : fréquence, aspect étiologiques et prise en charge dans les services de pédiatrie et de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

La fréquence des affections cardiaques chez l'enfant et les difficultés voir l'impossibilité qui existe à répondre à la nécessité d'une cure chirurgicale sur place ont motivé les équipes médicales à faire une étude portant sur ce sujet.

Cette étude prospective, descriptive et transversale a donc duré 12mois et a porté sur les enfants âgés de (0-15ans) dans les services de pédiatrie et de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

459 enfants ont été recensés ; il en ressort que les cardiopathies acquises sont plus fréquentes et représentent 65,5% de ces affections suivies des cardiopathies congénitales 30% et enfin, en dernière position se situent les associations de cardiopathies acquises et congénitales avec une fréquence de 4,5%.

Des pathologies cardiaques acquises, celle d'origine rhumatismale sont les plus fréquentes et représentent 43,12% de l'ensemble des patients recensés et parmi elles les insuffisances mitrales sont les plus fréquentes et se rencontrent aussi bien en cas isolé qu'associé avec une fréquence de 97,3%.

Par ailleurs 305 enfants souffraient d'affections cardiaques nécessitant une cure chirurgicale parmi eux, seuls 5,25% sont considérés comme ayant bénéficiés d'une cure chirurgicale.

5. Abdoul Wahab Terra :

Evolution des cardiopathies infanto juvénile après chirurgie cardiaque ou cathétérisme interventionnel de l'hôpital mère enfant le Luxembourg (Bamako 2002-2005).

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive s'étalant sur 6ans (2000-2005) à l'hôpital Mère Enfant. Elle avait pour but d'évaluer les opérés cardiaques et de faire un bilan des évacuations sanitaires. Il a été enregistré 131 malades opérés cardiaques dont 60,3% de sexe féminin avec un sexe ratio M/F de 0,65. La plastie valvulaire 33,5% est la technique opératoire la plus effectuée. La mortalité postopératoire est de 6.7%. Il ressort que la survie après intervention est de 93.13% à 6 ans.

6. Théodore Joseph Diarra :

Cardiopathies juvéniles (0-21 ans) dans le service de cardiologie de l'hôpital du point « g » : étude épidémiologique, clinique et évolutive.

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Notre étude a été rétrospective et prospective comprenant les données socio-épidémioclinique, complémentaire, thérapeutique et évolutive. Elle a porté sur les cardiopathies juvéniles, hospitalisées pendant 5ans (septembre 1995 – décembre 2000), dans les services de cardiologie de l'hôpital du point « G ».

Au total, 3076 malades ont séjourné dans les services pendant la période d'étude, 214 portent une cardiopathie avec un âge inférieur ou égal à 21 ans 7%. Ils sont pour la plupart des scolaires 43,4%. L'échantillon se compose de 83 garçons 38,8% et de 131 filles 61,2% avec un âge moyen de 14,8ans. Plus de la moitié des patients 50,4% appartient à la tranche 16-21 ans. La majorité d'entre eux ont un faible niveau socio économique 44%.

L'angine 52,8% est l'antécédent le plus signalé et l'insuffisance ventriculaire gauche, le principal motif d'hospitalisation 41,1%.

L'analyse nosologique retrouve 92,5% de pathologies d'origine acquises dont 69,2% d'étiologie rhumatismale avec une prédominance des valvulopathies 63%. On note 7,5% de pathologies congénitales.

Le traitement chirurgical fut rare 1,4%. Il a été surtout médical classique associant hygiène de vie, digitalo- diurétiques et vasodilatateurs.

L'évolution a été sévère 16,8% de décès ; de multiples complications ont été rencontrées : insuffisance cardiaque globale 69%, IVG 22,4%.

LES VALVULOPATHIES

1. B Oumar Samassékou :

Les valvulopathies aortiques dans les services de cardiologie de l'hôpital du point G : étude épidémioclinique, thérapeutique et évolutif.

. Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Nous avons étudié du 1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 1999, 336 dossiers de valvulopathies aortiques recrutés parmi 4565 dossiers d'hospitalisation en cardiologie.

Elles constituaient 7,3% des motifs d'hospitalisation. Leur taux de prévalence par rapport aux atteintes valvulaires et à l'ensemble des atteintes cardiovasculaires était respectivement de 21,8% et 8,3%.

Elles étaient hiérarchiquement réparties en insuffisance aortique, en maladie aortique et en rétrécissement aortique et associées à d'autres valvulopathies dans 82,5% des cas.

La prédominance était masculine dans les différents types lésionnels et la moyenne d'âge était de (42,50 ans)

La majorité de la population était urbaine.

L'angine, l'arthrite et le rhumatisme articulaire aigu (RAA) étaient les antécédents les plus fréquemment retrouvés. Le tabac et l'HTA constituaient la majorité des facteurs de risque.

La dyspnée était la manifestation fonctionnelle la plus fréquente et environ les trois quarts étaient des classes III et IV de la classification NYHA.

Les signes cardiaques d'examen étaient dominés par les souffles cardiaques, la tachycardie et le syndrome d'insuffisance ventriculaire droite.

L'HTA était l'atteinte cardiovasculaire habituellement associée. Les broncho-pneumopathies et le RAA étaient les affections extracardiaques les plus couramment retrouvées.

L'insuffisance cardiaque globale et l'AVC les complications prééminentes.

L'hypertrophie ventriculaire gauche et le bloc auriculo-ventriculaire du premier degré étaient les anomalies électriques les plus fréquentes.

La principale anomalie radiologique était la cardiomégalie et à l'échocardiogramme il s'agissait essentiellement de calcification de l'orifice aortique le plus souvent associée à des lésions mitrales.

Le RAA, l'athérome et l'origine dégénérative étaient les principales étiologies.

Les digitaliques, les diurétiques, les vasodilatateurs et les antiagrégants plaquettaires étaient les classes thérapeutiques les plus utilisées.

Peu de malades ont bénéficié d'une cure chirurgicale.

La durée moyenne de séjour était de 13 jours et la létalité hospitalière de 18,4%.

Le rétrécissement aortique était l'atteinte lésionnelle la plus létale.

Environ le quart 26,2% des patients ont été ré hospitalisés.

L'inobservance thérapeutique était responsable de la majorité des complications et des réadmissions hospitalières.

L'insuffisance cardiaque gauche dominait parmi les complications pendant le suivi et le taux de mortalité était particulièrement élevé dans la population des ré hospitalisés.

PERICARDITES

1. Boubacar Hamadoun Maïga :

Etude épidémiologique clinique des péricardites aiguës dans le service de cardiologie « A » de l'hôpital national du point G : à propos de 76 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective du 1^{er} mars 1994 au 30 juin 2004 portant sur 76 patients hospitalisés pour péricardite aiguë dans le service de cardiologie A de l'HNPG. La prévalence de la péricardite aiguë était de 1,7 %. Il s'agit d'une pathologie du sujet jeune avec une moyenne d'âge de (30 ± 15,27 ans). Le sexe masculin était le plus touché 57,9 %. La mortalité était très élevée 26,3%. Les étiologies étaient dominées par le SIDA, la tuberculose et le RAA.

2. Tierno Ousamane Haïdara :

Diagnostic étiologique et évolution des péricardites dans les services de cardiologie des CHU du point G et Gabriel Touré d'avril 2005 à décembre 2006.

Thèse de médecine Bamako 2008.

Résumé :

Nous avons réalisé cette étude transversale dans les services de cardiologie, du 01 Avril 2005 au 31 Décembre 2006 avec comme objectifs :

- Etablir le profil étiologique et évolutif des péricardites dans les services de cardiologies des CHU du point g et Gabriel TOURE.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la péricardite
- Décrire les signes cliniques et para cliniques de la péricardite
- Proposer une stratégie facilitatrice de la prise en charge de la péricardite

Ce travail nous a fourni les résultats suivants : l'écho cœur a confirmé une atteinte péricardique chez 2,6% de nos malades dont la majorité était des sujets jeunes avec une prédominance masculine appartenant à une classe sociale modeste. Dans la plus part des cas, aucune cause n'est retrouvée, l'étiologie identifiées restent dominer par la tuberculose et VIH. L'évolution est généralement favorable sous traitement mais les récives sont fréquentes à l'arrêt de celui-ci.

3. Samba Sidibé :

Atteinte du péricarde au cours de l'infection à VIH/SIDA.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

L'incidence des péricardites a augmenté en Afrique subsaharienne avec la pandémie de l'infection par le V.I.H. Nous avons mené une étude prospective dans les services de médecine de l'H.G.T, de la médecine interne et des maladies infectieuses de

H.P.G; afin d'étudier la place de la péricardite sur terrain immunodéprimé par le VIH/SIDA.

Les critères d'inclusion des patients ont été une atteinte péricardique clinique et para clinique et une sérologie V.I.H positive. Quarante-neufs (49) sur 2547 patients (31 hommes et 18 Femmes); d'âge moyen de (40,5 ans) ont été inclus. Les signes généraux étaient la fièvre 34,7% et la pâleur 30,6% et l'amaigrissement 20,4% des cas. 38,8% étaient du stade II; 36,8% au stade III ; 6% au stade I et IV. Les symptômes majeurs décrits étaient la dyspnée 34,7% ; la toux 30,6% ; et la douleur thoracique 20,4% des cas. La péricardite avec épanchement péricardique était de 27 cas 55,1% et 26,5% était sèche. La tamponnade est survenue dans 10 cas 20,4%. L'étiologie tuberculeuse a été retenue dans 14 cas 28,6%. Dix-huit (18) décès 36,7% sont survenus à l'hôpital. Les péricardites symptomatiques sont plus fréquentes au stade II de l'infection par le V.I.H souvent associées à une myocardite 14,3% des cas. La mortalité est élevée à court terme.

ENDOCARDITES BACTERIENNES

1. Alioune Badra Coulibaly :

Endocardites bactérienne à Bamako : évolution de la fièvre Q comme facteur étiologique des endocardites à hémocultures négatives.

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Notre objectif a été de décrire l'étiologie bactérienne des endocardites à Bamako et de déterminer la part des infections à *coxiella burnetii* dans les endocardites à hémocultures négatives.

Il s'agissait d'une étude prospective sur les endocardites bactériennes dans les services de cardiologie du CHU Gabriel Touré et du point G et le service de médecine interne de point G.

De novembre 1997 à décembre 1999 nous avons obtenu 10 cas d'endocardites dont 7 cas certains et 3 cas possibles selon les critères modifiés de DUKES. L'âge moyen de nos patients est de 21,90ans (6 à 71ans) avec une parité de sexe. L'endocardite s'était greffée sur des valvulopathies rhumatismales chez 80% des patients, sur cardiopathie congénitale dans 10% des cas. L'atteinte mitrale prédominait avec 60% suivie de l'atteinte mitroaotique avec 30% des cas. Une porte d'entrée de l'infection a été retrouvée dans 30% des cas. Elle était cutané dans 20% des cas et génitale par avortement criminel dans 10% des cas. Les hémocultures étaient positives dans 20% des cas avec une exclusivité du *staphylococcus auréus*.

Un cas d'endocardite à hémoculture négative due à *coxiella burnetii* a été isolé.

L'échographie n'a montré des végétations que dans 40% des cas.

L'évolution s'est compliquée d'insuffisance cardiaque dans 90% des cas, associée à l'accident vasculaire cérébrale dans 30% des cas, de péricardite, de pancardite et d'insuffisance rénale dans 10% des cas chacune. La mortalité globale a été de 30% liée à une insuffisance cardiaque réfractaire dans 20% des cas et dans 10% des cas à des complications neurologiques.

MYOCARDITES

1. Abdoulaye Traoré :

Myocardite aiguë à Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

La myocardite aiguë représente 1,10% des hospitalisations dans cette série d'étude.

L'objectif de cette recherche est de préciser, grâce à une étude sérologique des anticorps spécifiques et la nature des agents infectieux responsable d'un tableau de cardiomégalie par dilatation cardiaque avec syndrome hypokinétique (*Chlamydia pneumoniae*, cytomégalovirus, virus d'Epstein bar sont incriminés).

La myocardite aiguë infectieuse est une affection à spectre très étroit allant de l'atteinte myocardique clinique à la mort subite et au décès par cardiomyopathie dilatée. Le diagnostic est difficile car la clinique est polymorphe.

La prévention et le traitement des myocardites virales pourraient devenir une réalité avec la détection des agents antiviraux spécifiques dans le futur.

Le traitement était digitalo-diurétique associé à la restriction hydrique et aux vasodilatateurs. Le sexe masculin domine

CARDIOPATHIES ET PATHOLOGIES INFECTIEUSES

1. Christian Guy Djock-li-Ngom:

Co-morbidité infection ORL et cardiopathies rhumatismales : étude de prévalence en milieu hospitalier.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Ce travail rapporte les résultats d'une étude transversale prospective, sur une année (novembre 2005 à octobre 2006), réalisée sur les cardiopathies associées aux infections chroniques des voies aériennes supérieures (VAS) dans le service d'ORL du CHU de Gabriel Touré de Bamako. Sur les 100 patients colligés, 16 présentaient des anomalies cardiaques, toutes exclusivement retrouvées chez les sujets souffrant d'amygdalite chronique (91%).

Des 16% d'anomalies cardiaques relevées, 9% souffraient de cardite rhumatismale, 6% de remaniement valvulaire et 1% d'insuffisance cardiaque sur remaniement valvulaire. L'atteinte de l'endocarde était la plus fréquente et se traduisait par des anomalies valvulaires prédominées par l'insuffisance mitrale (17%). Nous avons recensé 1 cas d'endomyocardite et aucune atteinte du péricarde.

Des infections chroniques des voies aériennes supérieures, colligées (amygdalite chronique, otite moyenne chronique, otite moyenne récidivante), l'amygdalite chronique était la plus fréquente (91%) et exclusivement responsable des complications cardiaques recensées. Ces dernières étaient élevées chez les enfants et les adolescents avec une prédominance féminine (62%) ; et étaient favorisées par l'aspect cryptique des amygdales, le mauvais état bucco-dentaire, les conditions de vie précaires et le traitement antibiotique trop bref ou inadéquat de nos patients.

2. Moussa G Camara :

Atteintes cardiaques au cours de la tuberculose : aspects sociodémographiques, cliniques et évolutifs dans le service de cardiologie et de pneumo-ptisiologie du CHU du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

De janvier 2005 à avril 2008, dans le service de cardiologie B et de pneumo-ptisiologie du point « g » sur 602 patients suivis pour tuberculose 41 avaient au moins une atteinte cardiovasculaire soit une prévalence de 6,8%.

Il s'agissait le plus souvent d'hommes (80,5%) avec un sexe ratio à 4 en faveur des hommes et une moyenne d'âge de 51,2ans +ou- 17,4.

Les malades en majorité étaient urbains (58,5%) et de faible niveau de vie socio-économique.

Les atteintes cardiaques étaient dominées par le cœur pulmonaire chronique (45,5%), les péricardites (36,6%) et les cardiomyopathies dilatées (14,6%) en majorité hypertensives 5 fois.

L'aspect clinique dominant était un tableau de détresse respiratoire (95,1%), associé dans plus de la moitié des cas à des signes d'insuffisance ventriculaire droite.

A la sortie de l'hôpital, l'évolution était jugée favorable dans (75,6%) des cas. 3 cas de décès ont été enregistrés soit (7,3%).

3. Mr Abdoulaye Diarra :

Prévalence des affections cardiovasculaires au cours du SIDA dans le service de cardiologie des CHU Gabriel Touré et du point « G » (à propos de 132 cas).

Thèse de Médecine Bamako 2000.

Résumé :

Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence des cardiopathies au cours du sida.

L'étude a porté sur la période allant de novembre 1997 à février 1999 : étaient inclus dans cette étude tous les patients VIH positifs ayant subi :

- l'examen clinique
- la radio thoracique de face
- l'électrocardiogramme
- l'échocardiographie

Elle a concerné 132 patients âgés de 8-65 ans, comprenant 64 hommes et 68 femmes.

Au cours de notre étude la fréquence des cardiopathies au cours du sida était estimée à 47,72%.

Les cardiopathies observées ont été par ordre de fréquence :

- Cardiomyopathies (29,54%)
- Les péricardites (12,12%)
- Les endocardites 6,06%)

PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES ET INSUFFISANCE RENALE

1. Hamidou Lazoumar Ramatoulaye :

Evènements cardiovasculaires chez l'insuffisant rénal chronique hypertendu

Services : Cardiologie « B », Néphrologie et Hémodialyse de l'hôpital du Point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

La présente étude avait pour objectif d'établir un standard des événements cardiovasculaires chez l'IRC hypertendu hospitalisé à l'hôpital du Point G dans les services de Cardiologie B, de Néphrologie et d'Hémodialyse.

L'étude était retro et prospective allant du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Octobre 2005 portant sur une population de 300 patients insuffisants rénaux chroniques hypertendus et présentant une anomalie cardiovasculaire.

Nos constats étaient les suivants : la prévalence des IRC hypertendus avec événements cardiovasculaires était de 56,81% ; l'âge moyen des patients était de 48,81 ans ; le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio de 1,6 en faveur des hommes.

Les facteurs de risque cardiovasculaires prédominant étaient le tabagisme et la sédentarité avec une fréquence de 27% chacun.

Les facteurs de risque liés à l'IRC étaient l'anémie (70%) et le sexe masculin (61,7%).

Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient les céphalées (57,7%), qui ont constituées plus de la moitié des plaintes suivaient la dyspnée, les vertiges et les vomissements avec des fréquences respectives à 54,7% ; 47,7% et 42%.

A l'imagerie médicale, l'HVG (65,9%), la cardiomégalie (70,8%) et la dilatation des cavités gauches (60,7%) étaient les anomalies les plus rencontrées.

Les événements cardiovasculaires prédominant étaient la CMP hypertensive (62,7%) ; les AVC (12%) ; la péricardite urémique (8%) et l'insuffisance coronarienne (5,7%).

L'évolution à long terme était défavorable chez 42,5% des patients et on notait une mortalité globale de 29,2%.

2. Aboubacar Ben Aboubacar :

Les complications cardiovasculaires chez l'insuffisant rénal chronique : facteurs de risque cardiovasculaires, aspects cliniques et écho cardiographiques.

Thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective allant du mois de juillet 1999 à décembre 2000 dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital du point G.

L'objectif général était d'étudier les complications cardiovasculaires chez le malade atteint d'insuffisance rénale chronique.

Le sexe ratio était de 1,03 en faveur des hommes. L'âge moyen des patients était de 38ans.

Il ressort de cette étude que l'HTA (97,6%), l'anémie (97,6%) et l'inflation hydro sodée (52,4%) restent les facteurs de risque cardiovasculaires dominants.

Les syndromes cliniques cardiovasculaires étaient l'OAP 40,5%, l'insuffisance cardiaque globale 21,4%, la péricardite 21,4% et l'insuffisance coronaire dans 23,8% des cas.

Les principales données morphologiques à l'échographie cardiaque étaient l'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) et la dilatation des cavités gauches respectivement 84,2% et 78,9% des cas.

L'HVG électrique était quasi-constante et la cardiomégalie prédominante à la radiographie thoracique de face.

3. Diaga Djibi :

Hémodialyse et morbidité cardiovasculaire dans les services de cardiologie B et de néphrologie- hémodialyse de l'hôpital national du point « G » (à propos de 25 cas).
Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Les affections cardiovasculaires sont fréquentes chez les hémodialysés chroniques et sont responsables de létalité élevée. Cette étude était l'une des rares en milieu spécialisé et conduite dans les services de Cardiologie B et de Néphrologie - Hémodialyse de l'HNPG avec comme objectifs :

- étudier la morbidité cardio-vasculaire dans la population des hémodialysés,
- déterminer la fréquence des atteintes cardio-vasculaires parmi les hémodialysés,
- en étudier les aspects socio épidémiologiques,
- décrire les aspects cliniques,
- identifier les facteurs étiologiques,
- évaluer l'évolution de l'atteinte cardio-vasculaire.

Il s'agissait d'une étude prospective, réalisée sur une période de 2 ans, allant du 20 février 2004 au 20 février 2006.

Pendant la période d'étude, sur 51 patients en hémodialyse dans le service de Néphrologie de l'hôpital national du point G, 25 répondaient à nos critères inclusifs, soit une prévalence de l'atteinte cardio-vasculaire dans la population des dialysés de 49%.

La prédominance selon le sexe y était masculine. L'âge moyen des malades était de 44 ans.

L'HTA (96%) était l'antécédent médical quasi-constant et elle était également le principal facteur de risque cardio-vasculaire.

Les néphropathies vasculaires constituaient environ 2/3 des étiologies de l'IRC.

La cardiomyopathie hypertensive (60%) et la péricardite (28%) étaient les atteintes cardio-vasculaires les plus rencontrées.

La létalité pendant le suivi était de 16%.

4. Tité Dembélé :

Aspect échocardiographique chez des patients avant et après mise en dialyse u CHU du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2005.

Résumé :

Les complications cardiovasculaires en particulier l'insuffisance cardiaque congestive sont très fréquentes chez les urémiques.

Notre étude a été prospective comparative, permettant de déterminer les facteurs de risque, d'observer les aspects cliniques et surtout d'étudier les aspects écho cardiographiques des atteintes cardiaques.

Il ressort de ce travail que :

- Les facteurs de risque classiques sont dominés par l'hypertension artérielle 70,59% des cas.
- Les facteurs de risque liés à l'insuffisance rénale chronique sont dominés par l'anémie, l'inflation hydro sodée, tous nos patients sont entrés en dialyse avec une surcharge hydro sodée, anémies.
- Par la dialyse la surcharge hydro sodée a été bien contrôlée, par contre l'anémie a persisté avec comme taux moyens 6,9 et 7,02g/dl respectivement avant et après mise en dialyse.

- Les aspects écho cardiographiques étaient dominés par la dilatation ventriculaire gauche avant dialyse 35,30% contre 23,52% après mise en dialyse.
- Après mise en dialyse, l'hypertrophie ventriculaire gauche était l'aspect écho cardiographique dominant avec 82,36% contre 35,30% avant dialyse.

Globalement, nous avons constaté chez les dialysés une amélioration significative de la dilatation ventriculaire gauche, 35,30% avant dialyse contre 23,52% après mise en dialyse.

Même constat fait pour la péricardite 29,41% et 11,77% respectivement avant et après dialyse.

Le taux d'hémoglobine qui était de 6,9g/dl avant dialyse passe à 7,02g/dl après dialyse.

De même la moyenne de la pression artérielle avait passé de 175/110 à 155/97 mmHg. Ces résultats pourraient être un indice de la maîtrise de la rétention hydro sodée chez nos patients.

Cependant, nous avons noté la persistance ou le développement de l'hypertrophie ventriculaire gauche, 35,30% en pré dialyse et 82,36% après mise sous dialyse.

Même fait pour la myocardiopathie hypertensive, 35,30% et 64,7% respectivement avant et après dialyse.

Ces deux anomalies ont été observées chez les patients ayant fait plus de 3 ans en dialyse. La persistance ou le développement de ces anomalies pouvait être imputée à la dialyse ; fluctuation hydrique, l'utilisation du liquide d'acétate en dialyse.

5. Sidi El Wafi Ould Baba :

L'insuffisance cardiaque chez l'insuffisant rénal chronique hypertendu dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital national du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2003.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective allant du mois d'Octobre 2001 à Octobre 2002 dans le Service de Néphrologie et d'hémodialyse de l'Hôpital National du Point « G ».

L'objectif principal était d'étudier l'insuffisance cardiaque chez l'IRC hypertendu.

Le sexe ratio était de 1,4 en faveur des hommes. L'âge moyen des patients était de 45 ans.

Il ressort de cette étude que l'anémie (70,2%), sédentarité (62,1%) et le tabagisme (32%) restent les facteurs de risques dominants.

Le syndrome d'IVG représente (56,7%) et l'IC globale (43,3%).

L'échocardiogramme reste la méthode de choix dans la détection précoce des anomalies cardiaque.

La létalité est de 27%, d'où l'intérêt des mesures concrètes pour lutte contre les facteurs de risque.

6. Sirama Diarra :

Les facteurs de risque cardiovasculaire et l'insuffisance rénale chronique.

Thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

L'objectif principal de notre étude était d'étudier les facteurs de risque cardiovasculaire au cours de l'insuffisance rénale chronique.

Il s'agissait d'une étude prospective, ayant porté sur les sujets insuffisants rénaux chroniques, du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

Pendant la période de l'étude, 40 patients ont été recrutés avec les fréquences de 100% pour l'HTA (facteurs de risque modifiable) ; 100% pour l'anémie (facteurs de risque lié à l'IRC).

Le sexe masculin prédominait avec 57,5% (facteurs de risque non modifiable) ; la tranche d'âge de 41-60 ans était la plus représentée avec 50% de l'effectif.

L'HTA était majoritairement associée à la protéinurie minime.

La prévalence de l'hypertrophie ventriculaire gauche augmentait parallèlement au degré d'anémie.

Les cardiomyopathies se rapportaient majoritairement aux troubles phosphocalciques.

GERTO-GERIATRIE

1. Mohamed Lemine Ould Abderahmane :

L'insuffisance cardiaque du sujet âgé dans le service de cardiologie A de l'hôpital du point « G » : épidémiologie, physiopathologie, clinique, thérapeutique et évolution ; thèse de Médecine Bamako 2004.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective allant d'octobre 1996 à septembre 2002 ayant porté sur l'insuffisance cardiaque du sujet âgé dans le service de cardiologie A de l'hôpital du point « G ».

Avec une prévalence de 16,8% des pathologies cardiovasculaires (400 cas parmi 2453 dossiers) et 26,9% (sur 1485 cas) des insuffisances cardiaques, l'insuffisance cardiaque du sujet âgé occupe une place prépondérante dans la pratique quotidienne en cardiologie.

Le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio à 1,72. La tranche d'âge la plus touchée était entre (60-69 ans)

Les facteurs de risque étaient dominés par le tabagisme et l'obésité.

L'hypertrophie ventriculaire gauche était la lésion électrique dominante. L'analyse minutieuse des courbes de vélocité du flux mitral par l'échographie d'oppler cardiaque reste la meilleure technique d'évaluation de la fonction diastolique.

La mortalité globale était de 7,7% avec une létalité de 9,5% chez les femmes et de 6,7% chez les hommes.

EXPLORATIONS

1. Josiane Boda Tientcheu

Les troubles de la conduction intracardiaque dans les services de cardiologie des hôpitaux du point « G » et Gabriel Touré.

Thèse de médecine Bamako 2001.

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective. L'objectif général a été de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des troubles de la conduction chez les malades hospitalisés en cardiologie. L'âge moyen des patients est de 57,8 ans. Le sexe ratio est de 1,61 en faveur des hommes. L'HTA est l'antécédent cardio-vasculaire associée est le plus fréquent (51,59%) ainsi que la pathologie cardio-vasculaire sous-jacente dominante avec 55,77% des cas. La pathologie non cardio-vasculaire associée est le plus souvent une insuffisance rénale

(19,10% des cas). La répartition des patients selon le type de trouble conducteur fait ressortir une prédominance du BBDC (33,1% des cas). L'absence de matériel d'exploration approprié n'a pas permis le diagnostic des BAV paroxystiques. Le principal problème posé par la prise en charge des troubles conductifs a été celui du coût de l'implantation de stimulateur cardiaque.

2. Lamine Sidibé :

Apport de l'échocardiographie dans le diagnostic des affections cardiovasculaires au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré de Bamako de Mai 2005 à Mai 2006.
Thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

Nous rapportons le résultat d'une prospective sur les anomalies échocardiographiques, cliniques, radiographiques, électrocardiographiques et biologiques chez nos patients documentés en cardiologie de l'HGT du mois de mai 05 au mois de mai 2006.

L'étude a porté sur 411 cas dont 405 étaient supposés malades par le clinicien, 390 échocardiographies étaient anormales, 324 radiographies anormales, 180 électrocardiographies anormales et 114 biologiques anormales.

Le sexe féminin a été prédominant avec une tranche d'âge 48-63 majoritaires. Environ 43% des patients étaient hypertendus. Les valvulopathies mitrales et mitro-aortiques étaient majoritaires suivies des cardiomyopathies hypertensives et des cardiomyopathies dilatées. 46% des patients avaient une dysfonction systolique. Le thrombus a été la masse intracardiaque la plus retrouvée. Les CIV et CIA ont été les plus notables des cardiopathies congénitales. Les résultats de bonne évolution post opératoires ont été les plus fréquents des cardiopathies opérées. 85% des patients avaient une cardiomégalie radiographique. La tachycardie sinusale était majoritaire à l'ECG. L'hyper créatininémie légère a été l'anomalie biologique la plus constatée suivie du syndrome anémique.

L'échocardiographie a été l'examen complémentaire le plus fiable et le plus concordant par rapport à la clinique. La radiographie et l'échocardiographie ont été les plus concordants par rapport aux autres examens complémentaires.

Les anomalies étaient quasi constantes témoignant des dégâts myocardiques avancés dus au retard diagnostique.

3. Abdoulaye Diawara :

Aspects tomodensitométriques des accidents vasculaires cérébraux dans le service de radiologie de l'hôpital du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

Notre but était d'évaluer les différents aspects tomodensitométriques des AVC dans le service de radiologie de l'hôpital du point G.

Notre étude était prospective et concernait 159 patients adressés à notre service pour AVC ayant eu un appareil <<TOCHIBA-Xvid>>.

Dans notre étude les hommes étaient prédominants par rapport aux femmes représentant respectivement 56,6 et 43,4%. L'âge moyen de survenue était de 44,5 ans. L'HTA était le facteur de risque dominant 51,7%. L'hémiplégie représentait 60% des déficits physiques. Les résultats du scanner étaient pathologiques dans 74,2% et normale dans 25,8% des cas. L'hypodensité dominait les signes TDM avec 44,6% et l'hyperdensité 29,6%. Dans 27% des cas, nos patients admis entre le 3^{ème} et 7^{ème} jour de leur accident. L'ischémie représentait 44,7% des lésions et l'hémorragie 29,6% des cas. Le territoire de l'artère sylvienne était atteint dans 62,7%. Les causes hypertensives ont été les plus fréquentes soit 45,9%. La mortalité 35,2%.

Ces résultats dénotent l'intérêt du scanner dans la prise en charge des AVC au Mali.

4. Adama Bouaré :

Aspects écho cardiographiques au cours de la drépanocytose chez l'enfant de 0 à 16 ans dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré en 2006 à propos de 70 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2007.

Résumé :

Au terme de cette étude, nous avons recruté 70 drépanocytaires. Dont 40 de sexe féminin (57,1%) et 30 de sexe masculin (42,9%). La forme homozygote S/S prédomine (35,7%). L'âge des malades varie de 0 à 16 ans. La tranche d'âge de 0 – 5 ans est majoritaire. Les signes physiques retrouvés ont été : le pouls ample, le souffle systolique, la dyspnée d'effort, les douleurs thoraciques, l'ictère. La cardiomégalie est retrouvée dans (43,3%) des cas à la radiographie du thorax de face. A l'E C G, l'allongement de QT a été noté chez 13 homozygotes S/S (65%), 7 doubles hétérozygotes S/F (46,6%), 7 doubles hétérozygotes S/C (70%) et 20 hétérozygotes A/S (80%).

L'hypertrophie ventriculaire gauche a été notée chez 5 homozygotes S/S (25%), un double hétérozygote S/F (40%), 2 doubles hétérozygotes S/C (20%), 5 hétérozygotes

A/S (20%). La tachycardie sinusale a été notée chez 1 homozygote S/S (5%), 1 double hétérozygote S/C (10%). L'atypie de la repolarisation a été notée chez un homozygote S / S (5%), un double hétérozygote S/F (6,7%).

Les extrasystoles supra ventriculaire ont été notées chez un double hétérozygote S / F (6,7%) L'échographie cardiaque retrouve :

Une dilatation du ventricule gauche chez 10 homozygotes S/S (43,5%),

8 doubles hétérozygotes S/F (34,8%), 4 doubles hétérozygotes S/C (17,4%), un hétérozygote A/S

(4,3%). Une dilatation du ventricule droit chez 10 homozygotes S/S (35,7%), 9 doubles hétérozygotes S/F (32,2%), 4 doubles hétérozygotes S/C (14,3%) et 5 hétérozygotes A/S (17,8%). L'hypokinésie du ventricule gauche a été notée chez 2 homozygotes S/S (100%). L'hyperkinésie ventriculaire gauche a été retrouvée chez 7 homozygotes S / S (63,6%), 2 doubles hétérozygotes chacun (18,2%).

L'insuffisance mitrale a été notée chez 2 homozygotes S/S (40%), 2 doubles hétérozygotes S/F (40%), 1 double hétérozygote S/C (20%)

L'insuffisance tricuspидienne chez 1 homozygote. L'essentiel des anomalies se trouve chez les homozygotes S/S et doubles hétérozygotes S/F et S/C.

5. Mariam Kanta :

Apport de l'imagerie médicale dans les valvulopathies.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

Nous rapportons le résultat d'une étude rétrospective sur les anomalies radiographiques et écho cardiographiques chez nos patients hospitalisés pour valvulopathies documentées.

L'étude menée dans le service de cardiologie B du 1^{er} octobre au 31 janvier 2005 a rapporté une fréquence des valvulopathies à 7.5%.

L'âge moyen dans la série était de 39 ans avec des extrêmes à 12 ans et à 84 ans.

Le sexe féminin était dominant et la majorité des patients avait un niveau de vie faible.

L'insuffisance cardiaque globale était la circonstance de découverte la plus fréquente.

La cardiomégalie radiographique était le motif de référence chez 32% de nos malades référés contre 10% pour l'écho cœur anormal.

Tous nos enregistrements écho cardiographiques étaient pathologiques, la radiographie thoracique de face était pathologique dans 86% des cas.

Les anomalies étaient quasi constantes et témoignaient en majorité du dégât myocardique avancé.

Les valvulopathies mitro aortiques étaient plus fréquentes et on ne note pas d'atteintes tricuspидiennes isolées.

6. Adama Soumaoro :

Cardiomégalie radiographique chez l'adulte dans le service de cardiologie B de l'hôpital national du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

La cardiomégalie, définie comme une augmentation du volume cardiaque avec un ICT > 0,50 chez l'adulte, constitue de nos jours un réel et majeur problème de santé ; de par sa prévalence et surtout la gravité des pathologies sous-jacentes.

Cette étude était première du genre dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point G avec comme objectifs :

- étudier la cardiomégalie radiographique chez l'adulte,
- déterminer sa fréquence,
- préciser ses principales,
- déterminer sa place dans l'exploration des malades.

Il s'agissait d'une étude prospective, réalisée sur une période d'un an, allant du 1^{er} octobre 2004 au 31 octobre 2005.

Au cours de cette étude nous avons enregistré 250 cas soit une prévalence de cardiomégalie radiographique chez l'adulte de 46,3%.

La radiographie thoracique standard occupait une place prépondérante dans la référence des malades. Elle a permis de poser le diagnostic étiologique de certaines cardiomégalies, de classer les cardiomégalies selon la nature compensée ou décompensée, et de renseigner également sur les pathologies associées.

Les femmes étaient les plus concernées ainsi que la tranche d'âge 35-54 ans. Les patients de résidence urbaine et de faible niveau de vie étaient également les plus touchés.

Plus de la moitié des patients étaient vus au stade d'insuffisance cardiaque globale.

On décrivait une relation statistique significative entre l'importance de la cardiomégalie et l'altération de la fonction systolique.

L'HTA constituait l'étiologie dominante des cardiomégalies avec 52%, suivie des valvulopathies (17.2%) et du cœur anémique (11.2%).

7. Boubacar Gacko :

Etude comparative de l'électrocardiogramme des sédentaires et des sportifs au niveau du district de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

C'est une étude prospective pour étudier les particularités cliniques électrocardiographiques du cœur d'athlète : les variations interindividuelles de ce syndrome. Comparer la prévalence des particularités ECG chez des sédentaires sains et des sportifs de haut niveau. L'étude fut menée à la clinique Pasteur, durant avril 2005 – mars 2006. L'échantillon comprenait 50 sédentaires et 60 SHN tous de sexe masculin et de nationalité malienne. Les ECG ont été enregistrés dans les mêmes conditions techniques.

Certains aspects électrocardiographiques ont montré des différences statistiques : il s'agit de l'intervalle QT, de l'onde T, et de la forme bifide et diphasique de l'onde P.

Au niveau du complexe QRS nous n'avons pas observé de différences entre les deux groupes.

Sur le plan clinique nous avons noté quelques différences : il s'agit de la fréquence élevée de la bradycardie, et de l'élévation de la pression artérielle chez les sportifs que les sédentaires.

Cependant une étude plus critique du segment ST sus- dénivelé, du BAV, et de HVG doit être faite sur l'ECG des sportifs.

8. Cheick Oumar Koné :

Cardiomégalie chez l'adulte, étude clinique à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 2004.

Résumé :

La cardiomégalie, définie par une augmentation du volume cardiaque avec un ICT à 0,50 chez l'adulte, constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique, de par les principales étiologies qui en sont responsable principalement l'HTA avec 54,6%. A la date de cette étude, aucun travail n'a été consacré sur la cardiomégalie au Mali, d'où l'intérêt de cette étude avec les objectifs suivants :

- Etudier les cardiomégalies
- Déterminer les principales étiologies et la fréquence des cardiomégalies.

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré du 21/09/2000 au 21/09/2001.

Au terme de cette étude nous avons enregistré 231 cas avec une fréquence de 59%. Dans la majorité des cas, les malades ont été vus au stade dyspnéique avec 92% des cas dont 48,9% au stade II de NYHA. La tranche d'âge 35-55 ans a été la plus touchée avec 37%. Les femmes sont les plus concernées avec 67,5%. Les patients d'âge >75 ans, malgré leur faible représentativité, sont ceux chez qui la cardiomégalie est la plus importante et la cinétique cardiaque également la plus atteinte.

Les malades non scolarisés constituent 69,7% et les ménagères 55%.

Les patients résidents Bamakois, constituent 83,5%.

L'épanchement pleural droit a été le plus observé .La cinétique cardiaque est atteinte dans 54,6% des cas. Le ventricule gauche est dilaté dans 98,8% et le VD dans 44,2% à l'échographie cardiaque. Au terme de cette étude, on a enregistré un taux de 7,3% de décès, 6.92% de complications et 4,76% d'état stationnaire.

AUTRES

1. Ousmane Dembélé :

Douleur thoracique chez les malades hospitalisés au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

Il s'agit d'une étude longitudinale descriptive réalisée sur 12 mois de Décembre 2006 à Novembre 2007 dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

Elle a concerné 58 malades sur 856 malades hospitalisés soit une prévalence de 6,85%.

L'objectif général était d'étudier la douleur thoracique chez les malades hospitalisés dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et portées sur une fiche d'enquête.

Les résultats montrent que :

La majorité des patients sont dans la tranche d'âge 34-44 ans avec un taux de 24,1%. Le sexe masculin a été plus représenté avec 58,6%, les femmes au foyer étaient plus nombreuses avec 24,1%. La plupart des malades résidaient à Bamako avec 41,4%. Le facteur de risque prédominant a été le tabagisme avec 29,3%.

Au plan clinique et para clinique :

La douleur à type de piquûre a été la plus fréquente avec 41,4%.

L'irradiation diffuse de la douleur a été retrouvée avec 36,2%.

Aucun facteur de sédation ou d'aggravation n'a été retrouvé dans 65,5% et 41,4% respectivement.

Les valvulopathies ont été l'étiologie la plus retrouvée avec 36,2%.

Une élévation des enzymes cardiaques (Troponine, CPK-MB) a été retrouvée dans 24,1%. La cardiomégalie était l'anomalie radiographique la plus retrouvée avec 55,2%, la tachycardie le signe électrocardiographique le plus rencontré (39,7%), et la dilatation cavitaire a été retrouvée dans 65,5% des cas à l'échographie Döppler.

L'évolution favorable dans 87,9% des cas contre 12,1% de décès.

2. Sékou Samba Bâ :

Cardiothyroïse à l'hôpital du point « G » : socio démographie, clinique et traitement ; Thèse de Médecine Bamako 2002.

Résumé :

Il s'agit d'une étude retro-prospective, essentiellement clinique et descriptive s'étendant sur cinq ans de Mars 1994 à Février 2001 portant sur 50 observations de cardiothyroïse parmi 30110 dossiers d'hospitalisation.

Elle a pour objet d'étudier les atteintes cardiovasculaires au cours de l'hyperthyroïdie, socio démographie, cliniques et traitement à l'hôpital du point « G ».

Elle représente (11,4%) des hyperthyroïdies et 0,2% des groupes nosologiques. Cette affection intéressait pour 88% les femmes au foyer et en majorité urbaines.

L'âge moyen des maladies était de 46,22 ans + 5,23 avec des extrêmes de 20 à 78 ans.

L'hypertension artérielle (14%) était le principal antécédent cardiovasculaire. Le mode de découverte dominant était mixte cardiaque et thyroïdien chez (54%).

Les palpitations (98%) étaient le signe d'appel dominant, la dyspnée décrite chez $\frac{3}{4}$ des malades appartenait aux classes III et IV de NYHA.

Le souffle de régurgitation mitrale était entendu chez la totalité des malades, tachycardie auscultée chez 86% et 20% des patients étaient hypertendus. Les anomalies électriques étaient dominées par les hypertrophies cavitaires chez l'ensemble des malades et par des troubles de l'excitabilité avec l'extrasystolie ventriculaire ; la fibrillation auriculaire à (41,5%) chacun.

L'insuffisance coronaire électrique existait chez 28% des maladies et un trouble conducteur avec (8%) constitué de bloc auriculaire.

3. Cheick Oumar Sow :

Le cœur pulmonaire chronique respiratoire : aspects épidémiocliniques, étiologiques et évolutifs dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point « G ».

Thèse de Médecine Bamako 2004.

Résumé :

L'étude a été réalisée du 1^{er} octobre 2002 au 1^{er} octobre 2003 dans le service de cardiologie B de l'hôpital du point g sur 398 patients hospitalisés pour pathologie cardiovasculaire, 45 l'étaient pour cœur pulmonaire chronique et 42 pour cœur pulmonaire chronique vasculaire soit une fréquence de 10,6%. Il s'agissait le plus souvent d'hommes avec un sexe ratio de 9,5 et une moyenne d'âge de 65ans.

Le tabagisme était le facteur de risque prédominant et y était quasi exclusif dans le sexe masculin.

L'aspect clinique dominant était un tableau de détresse respiratoire (100%) associée dans plus de 2/3 des cas à des signes d'insuffisance ventriculaire droite.

L'emphysème pulmonaire post tabagique dominait le tableau étiologique avec 57,1%.

A la sortie de l'hôpital, l'évolution était favorable dans 76,2% des cas ; défavorable dans 9,5% des cas et 4 décès ont été enregistrés.

4. Mamady Diawara :

Les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque avec cas témoins dans le service de Médecine de l'hôpital Gabriel Touré ; thèse de Médecine Bamako 2001.

Résumé :

Insuffisance cardiaque est une maladie très fréquente environ 27% des admissions en service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré. Elle se rencontre à tout âge et son étude prend une importance très grande. Elle est l'aboutissement presque inéluctable de toutes les pathologies cardio-vasculaires.

Par la méconnaissance de ses signes de début beaucoup de pathologies secondaires à des troubles hémodynamiques, y trouvent leur origine.

L'étude réalisée sur les manifestations digestives chez les insuffisants cardiaques, montre que ces manifestations digestives touchent 33% des insuffisants cardiaques.

Elles s'expriment surtout par des hépatomégalies avec 21%, le plus souvent douloureuses. Il s'agit d'un foie cardiaque, qui s'accompagne d'une ascite dans 7% des cas et d'une splénomégalie dans 2% des cas.

Les ballonnements avec 15%, les nausées et les vomissements 12%, l'abdomen douloureux 11% et l'indigestion 9% sont aussi fréquemment rencontrés chez les insuffisants cardiaques.

La fréquence des manifestations digestives croît avec le degré d'aggravation et d'ancienneté de l'insuffisance cardiaque.

Au cours de cette étude, un groupe de patient pris comme population témoin (présentant diverses affections, sans insuffisance cardiaque) a présenté des manifestations digestives sous forme de nausées et de vomissement 28%, l'abdomen douloureux 21% et l'indigestion 17%.

L'hépatomégalie avec 1% et l'ascite 1% n'ont pas de présence remarquable chez cette population témoin.

Les manifestations digestives rencontrées au cours de l'insuffisance rénale sont généralement des troubles fonctionnels. Elles ont régressé chez 80% des insuffisants cardiaques après la stabilisation de la fonction cardiaque.

5. Siaka Soukouna :

Pathologie cardiovasculaire et anesthésie au CHU du point « G » ; thèse de Médecine Bamako 2008.

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective d'un an du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 réalisée aux services d'anesthésie réanimation et des urgences du CHU du point « G ».

Le but de l'étude était d'étudier l'incidence des pathologies cardiovasculaires en milieu anesthésique ainsi que les moyens d'évaluation et de la prise en charge du patient cardiaque en chirurgie non cardiaque.

L'incidence de la pathologie cardiovasculaire dans cette étude était de 10% en milieu anesthésique avec une prédominance chez le sujet âgé 60ans.

Les pathologies cardiovasculaires les plus fréquentes étaient l'HTA (97%) et la persistance du canal artériel (1,2%).

L'évaluation était basée sur la clinique (ASA et ACC/AHA) : 72% des patients était ASA2, 84% des patients avaient un facteur de risque clinique cardiovasculaire mineur et 62% des patients avaient un risque cardiovasculaire intermédiaire en fonction de l'acte chirurgical.

L'examen para clinique (l'ECG, radio thoracique de face, échocardiographie, biologie)

Le type d'anesthésie le plus fréquent était l'anesthésie générale (72%).

Les événements indésirables les plus fréquents étaient : la tachycardie (10,7%), l'hypotension artérielle (24,3%) et l'HTA (2,5%).

6. Mamadou Tangara :

Complications cardiovasculaires au cours du diabète dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré (A propos de 208 cas).

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

C'est une étude de type rétrospective qui s'est déroulée entre Mars 2004 et février 2005 avec comme objectif général étudier les complications cardiovasculaires au cours du diabète.

Dans cette étude les diabétiques ont présenté plus d'HTA grade II et III, de cardiomyopathies, d'accident vasculaire cérébral que d'HTA grade I, de coronaropathie, d'artériopathie et d'hypotension.

L'HTA, la ménopause, l'âge, l'obésité ont été les facteurs risques majeurs associés au diabète.

L'âge des patients variait de 25 à 88 ans, les femmes ont présenté plus de complications, soit 64,9%.

Le diabète de type II a présenté plus 95,5% de complications, la dyspnée a été le motif de consultation le plus fréquent avec 34,6%, la tachycardie a été le signe physique le plus fréquent avec 24%. La radio pulmonaire de face a montré une cardiomégalie dans 46,6% des cas.

L'hypertrophie ventriculaire gauche a été l'anomalie électrique et échographique la plus fréquente avec respectivement 39,4% et 33,2%.

Le traitement des complications cardiovasculaire est resté le plus souvent classique avec une évolution dans l'ensemble favorable. Cependant 7,2% de décès ont été noté dont 53,3% du sexe masculin contre 46,7% du féminin.

La cardiomyopathie a enregistré le plus grand nombre de décès 40%.

7. Yassi Dui Eric :

Référence des pathologies cardiovasculaires associée à la grossesse.

Thèse de Médecine Bamako 2003.

Résumé :

Il agit d'une étude prospective portant sur 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2001 réalisée dans cinq services de gynéco obstétriques de Bamako et le service de cardiologie de l'HGT du District de Bamako, avec 121 patientes recensées.

Les grossesses associées aux pathologies cardio-vasculaires constituent des grossesses à risque.

Le motif principal de l'étude était d'apprécier le système de référence par rapport aux pathologies cardio-vasculaires associées à la grossesse.

Au terme de cette étude:

- Les sages-femmes avec 63,6% et les internes avec 22,9% sont les agents de santé qui ont plus reçu les patientes en première position.
- La majorité des diagnostics ont été posés par les internes avec une fréquence de 66,1%
- Parmi des diagnostics posés dans les services de gynéco obstétriques, 21 (soit 77,8%) ont été concordant avec ceux de la cardiologie. 6 (soit 22,2%) ont été différents.
- 57 patientes (soit 47,1%) n'ont fait aucun examen complémentaire alors que cela permet non seulement de poser un diagnostic adéquat mais aussi de détecter les complications.

Il a été enregistré 5 décès maternels (soit 4,1%) et 36 décès de fœtus (soit 29,3%).

8. Amadou Bocoum :

La surveillance du travail d'accouchement par la cardiotocographie dans le service de gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

L'évaluation diagnostic de l'enregistrement cardiotocographique dans le dépistage d'hypoxies au cours de l'accouchement est d'une grande efficacité avec une sensibilité (83,2%)

Le cardiotocographe apporte des informations pertinentes sur l'état de vitalité du fœtus jusqu'alors non disponible en pratique courante.

La lecture et l'interprétation des tracés sont aussi caractérisées par une forte variabilité intra observateur et surtout inter observateur.

Ces éléments contribuent encore à augmenter le taux de faux positifs et faux négatifs et parfois de conséquence de prise de décisions variées.

La lecture informatisée du RCF et la réalisation de tests complémentaire (mesure de pH, lactate par prélèvement du scalp, oxymétrie de pouls fœtal, ECG fœtal) devraient permettre de réduire la variabilité inter observatrice.

Le mode de surveillance cardiotocographique s'accompagne d'une augmentation de césariennes (52,2%) ou d'extractions instrumentales.

Enfin nous dirons que la surveillance par le cardiotocographe permet de mieux prédire l'état fœtal et de donner de façon plus qu'objective la bonne santé du nouveau-né.

9. Ousmane Goïta :

Place de la lidocaïne dans la prévention des manifestations cardiovasculaires liées à l'intubation endo trachéale (à propos de 150 cas).

Thèse de Médecine Bamako 2006.

Résumé :

Cette étude a permis d'évaluer l'efficacité de la lidocaïne sur l'atténuation de la réponse hypertensive à l'intubation endo trachéale.

On a mis en évidence à la dose 1,5mg /kg un effet contrôle efficace de la lidocaïne sur la réaction hypertensive à l'intubation endo trachéale. Ce qui a permis de justifier la place de la lidocaïne dans le contrôle de la réponse hémodynamique par un effet dépresseur direct sur le myocarde, un effet vasodilatateur périphérique, un effet d'inhibition de la transmission synaptique et un effet stimulant des mécanismes centraux inhibiteurs cardio-vasculaires.

Pour atteindre cet objectif il a fallu chercher un moment idéal de l'administration intraveineuse de la lidocaïne, et respecter le délai minimum d'action qui était, à 3mn qui sépare l'administration de la lidocaïne à l'intubation endo trachéale.

Tous ceux ci pour montrer l'efficacité de la lidocaïne par son contrôle des variations hypertensives liées à l'intubation endo trachéale.

L'inefficacité de la lidocaïne sur le contrôle des variations tensionnelles secondaire à l'intubation endo trachéale serait liée d'une part à la faible dose préconisée, comparée à celle retrouvée dans la littérature mais aussi à l'intensité du stimulus douloureux et sa durée prolongée comparée à l'intubation.

L'efficacité de la lidocaïne dans l'atténuation de l'accélération de la fréquence cardiaque a été aussi démontrée.

L'inefficacité de la lidocaïne sur le contrôle de la tachycardie liée à l'intubation s'explique essentiellement par l'intervalle de temps, inadapté compris entre celui de l'injection intraveineuse et celui de la réalisation de l'intubation endo trachéale qui est environ 3mn pour optimiser l'effet contrôle de la lidocaïne.

Dans cette étude ils ont pris en compte l'effet analgésique de la lidocaïne, mais on a surtout constaté que la dose utilisée en induction ne permettait pas d'assurer l'analgésie durant toute l'intervention, ce qui a nécessité l'apport morphinique en entretien.

FICHE SIGNALETIQUE

TITRE : analyse bibliographique des thèses réalisées en cardiologie de 1998-2011

NOM : KANTE

PRENOM : FATOUMATA MAMADOU

ANNEE : 2010 - 2011

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE de SOUTENANCE : Bamako

LIEU DE DEPÔT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie (FMPOS) BP : 1805 – Bamako (MALI)

SECTEUR D'INTERÊT : Cardiologie

RESUME:

Il s'agit d'une étude bibliographique portant sur les différentes Thèses de doctorat traitant de la pathologie cardiovasculaire soutenues à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie (FMPOS) de Bamako de 1998 à 2008.

Objectif général :

Faire une mise au point sur la bibliographie des pathologies cardiovasculaires.

Au terme de notre étude :

- L'hypertension artérielle est la pathologie la plus étudiée avec 15 thèses.
Sa prévalence générale varie de 18,3 -22,2%
- Les myocardiopathies suivent avec 7 thèses, une prévalence varie de 5,2-93,1%.
- Les urgences cardiovasculaires avec 7 thèses également.
La prévalence est de 1,5-24,8%.
- Les cardiopathies juvéniles avec 6 thèses.
La fréquence des cardiopathies congénitales varie de 7,5-49,3%, celle d'une étude n'a pas été déterminée, celle des cardiopathies acquises de 38,8-92,5%.
- Cardiopathies associées à l'insuffisance rénale chronique : 6 thèses également.
La prévalence n'est déterminée que dans deux études et varie de 49-56,8%
- Les études épidémiologiques : 3 thèses.
- Les facteurs de risque cardiovasculaires ont été étudiés dans le district de Bamako et sont : la sédentarité, l'HTA, le tabagisme, l'obésité et le diabète.
- Une seule étude a été réalisée sur la morbidité et la mortalité 11,1% cardiovasculaire en cardiologie « B » du CHU du point « g ».
- les accidents vasculaires cérébraux : 3 thèses également.
Leur prévalence varie de 18,3-24,3%
- Les péricardites : 3 thèses, ont une prévalence de 1,7-2,6%.
- Pathologies cardiovasculaires associées aux infections : 3 thèses.
Leur prévalence varie de 6,8-47,7%.
- Les cardiopathies ischémiques : 2 thèses.
La prévalence varie de 2,6-14,3%
- Les cardiopathies et chirurgies : 2 thèses
Leur prévalence est de 16,7%.
- Les valvulopathies aortiques : une thèse.
La prévalence est de 8,3%.
- les endocardites : une thèse.
La prévalence est de 0,3%.
- La myocardite : une thèse également ; sa prévalence est de 1,1%
- Geronto-gériatrie : une thèse
La prévalence de l'insuffisance chez le sujet âgé est de 16,9% et les facteurs de risque sont le tabagisme et l'obésité
- Les explorations : 8 thèses
La prévalence est fonction de l'anomalie et du type d'exploration. Celle des troubles de la conduction cardiaque est de 15,3%. La cardiomégalie radiographique est l'anomalie la plus fréquente avec une prévalence variant de 46,3%-à59%.
- Les autres études :
 - La prévalence des douleurs thoraciques est de 6,9%,
 - celle de la cardiothyroïose est de 0,2%,

- 10, 6% pour l'embolie pulmonaire,
- 33% pour les manifestations digestives au cours de l'insuffisance cardiaque,
- 10% pour les pathologies cardiovasculaires au cours de l'anesthésie,

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser 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'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure !