

## URGENCES CARDIO VASCULAIRES ET LEUR MORBIMORTALITE EN MILIEU HOSPITALIER. A PROPOS DE 733 CAS COLLIGES AU CHU CAMPUS DE LOME (HOPITAL DE REFERENCE NATIONAL DU TOGO)

Damorou F, Pessinaba S, Lawson B, Abdoulaye S, Soussou B, Grunitzky K.

Contact : Dr DAMOROU Findibe Jean – Marie Maître Assistant en Cardiologie Faculté Mixte de Médecine et de pharmacie Centre Hospitalier Universitaire Campus, Lomé (Togo) BP : 30284 Lomé – Togo, Cel : 909-76-12 Email : [Jdamoro@yahoo.fr](mailto:Jdamoro@yahoo.fr)

**RESUME :** En raison de l'organisation trop récente des unités de soins d'urgence en Afrique Noire, l'épidémiologie des urgences cardiovasculaires (UCV) est mal connue.

Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence des différentes UCV au Togo et d'en évaluer la morbi-mortalité.

Il s'est agi d'une rétrospective sur une durée de 42 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 juin 2004.

Elle s'est entièrement déroulée au CHU-Campus de Lomé, deuxième centre de référence nationale. Ont été inclus tous les malades qui ont été hospitalisés pour urgence cardio-vasculaire. Nous avons étudié les données suivantes : l'âge, le sexe, la profession, la morbidité et la mortalité. Le traitement des données a été fait par outil Informatique (logiciel EPI info V. 06. 4 ) le test du Khi2 au seuil de 5% a été utilisé pour les comparaisons.

Les urgences répertoriées étaient de 733 cas soit une fréquence de 18% des hospitalisations au CHU-Campus. L'âge moyen était de  $56,9 \pm 13$  ans avec des extrêmes de 20 à 97 ans. La tranche d'âge la plus affectée était celle de 30 à 69 ans. La sexe ratio était de 1,09 en faveur des hommes. Les femmes au foyer ont été la catégorie professionnelle la plus touchée (42,3%). Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ont constitué l'essentiel des urgences cardio-vasculaires avec un taux de 78,3%. Suivaient ensuite les poussées hypertensives ( 9,3%) les OAP ( 6,9% ). Le taux de mortalité était de 17,1% ce taux était plus enregistré entre 30 et 69 ans. Le taux de morbidité était de 64,1%.

Nous retiendrons que les urgences cardio-vasculaires sont fréquentes au Togo et touchent une population très jeune et active. Les pauvres sont les plus concernés. L'organisation et l'équipement des unités de soins cardiologiques sont indispensables, car c'est la seule solution qui permettra de réduire la morbi-mortalité trop élevée de ses affections.

**Mots clés :** Epidémiologie, urgences cardio-vasculaire, CHU-Campus, Lomé – Togo.

**ABSTRACT :** Due to the recent establishment of the emergencies Units in Black Africa , their Epidemiological aspects are not well known .

Our aims was to describe the épidemiology of this diseases in Togo.

Through a retrospective analysis we study over a period of 42 mouths. From January first, 2001 to June 30 th, 2004.

It was carried out exclusively at CHU-Campus, the hospital of Lomé Campus, the second national medical center of reference. Included were all the patients with cardio-vascular emergency cases. We have studied the epidemiological aspects according to the age, sex, profession, morbidity, and mortality. The treatment of results have been done by Computer.

The registered emergency cases were 733 il all with is a fréquence of the patients admitted at CHU-CAMPUS. The average age is  $56 \pm 13$  years with extreme ages from 20 to 97 years. The age group most affected is between 30 and 69 years – The ratio according to the sex is 1,09 in favour of men.

Housewives are the professional category most affected (42,3%). Constitute the essential of the cardio-vascular emergency cases with a ratio of the 78.3%. The mortality is 17.1% which in most registered between 30 and 69 years. The morbidity ratio is 64.1%

We have to keep in mind that cardio-vascular emergency cases are very frequent in Togo. A very active population of young people is concerned. The poor are the most threatened. Henceforth the establishment and equipment of cardiological units are absolutely necessary, for they constitute the only solution by which the level of morbi-mortality can be reduced.

**Key words :** Epidemiology, cardio-vascular emergencies, CHU-Campus, Lomé-Togo.

### INTRODUCTION

Dans les pays avancés depuis des décennies les maladies cardio-vasculaires (MCV) ont conquis le devant de la scène épidémiologique en matière de morbi-mortalité.

En Afrique noire, la nature et la fréquence de ces UCV sont encore mal connues. Notre objectif était de déterminer la prévalence et

d'évaluer la morbi-mortalité des urgences cardio-vasculaires au CHU-Campus de Lomé..

### MALADES ET METHODES

**Cadre d'étude :** Notre étude s'est déroulée au CHU-Campus et à pris en compte tous les malades hospitalisés dans les services de soins "cardiologie, Neurologie, Médecine interne, Gastro-entérologie, psycho-psychiatrie".

**Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur 733 patients sur un total de 4069 hospitalisés de janvier 2001 à juin 2004 soit une période de 42 mois. Les critères de sélection des dossiers étaient les suivants :

- Malades hospitalisés pour urgences cardio-vasculaires
- Et dont le dossier comportait suffisamment d'informations pour retenir ce diagnostic.
- 14 dossiers ont été exclus pour insuffisance d'information.

- Les paramètres étudiés ont été les suivants : sexe, âge, profession, morbidité et mortalité.

- Le traitement des données a été fait par outil informatique (logiciel EPI info V.06.4 ) le test du Khi2 au seuil de 5% a été utilisé pour les comparaisons.

- Les difficultés

Elles ont été de deux ordres ; dossiers parfois incomplets d'une part et d'autre part la rareté de la littérature en rapport avec les UCV dans leur globalité.

## RESULTATS

Nous les présenterons sous deux rubriques : d'abord les données générales, puis les particularités de chaque UCV.

### Données générales sur l'échantillon

**Age des patients :** Leur âge moyen tous sexes confondus était de 56,9 ans plus ou moins 13,9 avec les extrêmes de 20 à 97 ans.

**Le sexe :** Nous avons enregistré 382 hommes (52%) contre 351 femmes (48%). On notait une légère prédominance masculine (sex ratio 1,09) mais la différence n'était pas significative.

**La profession :** Dans seulement 52 dossiers, était mentionnée la profession. Les femmes au foyer représentaient la majorité (22 cas) soit 42,13%.

Les autres professions étaient : commerçant 3 cas, agriculteurs 1 cas, fonctionnaires 12 cas, ouvriers 2 cas, retraités 10 cas, les sans profession étaient au nombre de 2 .

**La fréquence des UCV : La fréquence est de 733 sur 4069 patients hospitalisés soit 18%.**

### Le taux de mortalité globale

Le nombre total de décès toutes affections confondues était de 536. Parmi ceux-ci 125 étaient d'origine cardio-vasculaire. Le taux de mortalité était donc de 17,1%.

### Fréquence de décès

Sur les 536 décès enregistrés pendant la période d'étude, 125 étaient des UCV. Ce qui donne une fréquence de 23,3%.

### DONNEES SUR LES DIFFERENTES UCV.

Dans le tableau ci-après nous présentons la répartition des différentes affections.

**Tableau I : Répartition selon les affections**

AFFECTIONS	N	%
AVC + AIT	566	77,2
Poussée hypertensive	72	9,8
OAP	51	6,9
IDM	20	2,7
Thrombophlébite	11	1,5
Tamponnade	06	0,8
Embolie pulmonaire	05	0,7
DA	02	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>733</b>	<b>100</b>

OAP : Œdème Aigu du Poumon. AVC : Accident vasculaire Cérébrale. AIT : Accident Ischémique Transitoire. IDM : infarctus du Myocarde. DA : dissection aortique.

**En ce qui concerne l'âge voici la répartition.**

**Tableau II : Répartition des affections selon l'âge**

Groupes Total % D'âge	OAP	Tamp.	Poussée HTA + AIT	TP	EP	AVC	IDM	DA
20-29 1.36	2	2	2	1	0	3	0	10
30-69 76.40	36	4	63	10	5	425	17	0
70 et + 22.23	13	0	7	0	0	138	3	2
<b>TOTAL</b> 100	<b>51</b>	<b>6</b>	<b>72</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>566</b>	<b>20</b>	<b>2</b>

Tamp : Tamponnade, TP : Thrombophlébite, EP : Embolie Pulmonaire.

**Pour ce qui est du sexe la répartition des affections est la suivante :**

**Tableau III : Répartition des affections selon le sexe**

Affections	Féminin		Masculin	
	N	%	N	%
AVC + AIT	264	46.3	302	53.6
Tamponnade	3	5.0	3	5.0
OAP	27	52.9	24	47
Thrombophlébite	6	54.5	5	45.4
Poussée hyper-tensive	44	60.3	28	39.7
IDM	4	2.0	16	8.0
Embolie pulmo-naire	2	40	3	6.0
Dissection aortique	1	5.0	1	5.0
<b>TOTAL</b>	<b>351</b>		<b>382</b>	<b>100</b>

**L'EVOLUTION :** 602 patients soit 82,1% des cas avaient eu une évolution favorable. Dans 6 cas il y avait eu complication . 125 patients étaient décédés (17,1%) .

Le décès des femmes avait représenté 45,6% des cas contre 54,46% du côté des Hommes. La différence n'était cependant pas significative.

**Mortalité par affection**

Dans le tableau suivant, nous avons reparti la mortalité selon les affections.

**Tableau IV : Répartition de la mortalité par affection**

Affection	Mortalité	
	N	%
AVC + AIT	119	85,6
OAP	11	7,9
Poussée hypertensive	03	2,2
IDM	03	2,2
Embolie pulmonaire	02	1,4
Tamponnade	01	0,7
Thrombophlébite	00	00
DA	00	00

**Mortalité selon le sexe :** Le taux de décès des femmes était de 45,6%, tandis que celui des hommes représentait 54,4%

**La mortalité selon l'âge :** Le plus fort taux de décès a été enregistré dans la tranche d'âge 30-69 ans soit 72% de décès. IL s'agit là la tranche la plus active au plan socio-économique. Après cette tranche vient celle des plus de 70 ans (26,4%) et celle de 20 à 29 ans (1,6%).

**La morbidité par affection :** Les séquelles ont été retrouvé chez 472 patients soit 64.39%. Dans le tableau V nous avons reparti la morbidité par affection.

**Tableau V : Répartition de la morbidité par affection.**

Affection	Morbidité	
	N	%
AVC + AIT	447	95.1
IDM	17	3.6
OAP	04	0.8
DA	02	0.4
Poussée hypertensive	01	0.2
Thrombophlébite	01	0.2
Embolie pulmonaire	00	0.0
Tamponnade	00	0.0

**Morbidité selon le sexe :** Nous avons 224 femmes pour 246 hommes. La sexe ratio était de 1,1.

**Morbidité selon l'âge :** La tranche d'âge la plus affectée a été celle de 30 – 69 ans (76,9%). Ce qui entraîne des conséquences socio-économiques énormes, car c'est la population active. Après elle suivaient respectivement les tranches des plus de 70 ans (22%) et les 2 à 29 ans (1%).

**DISCUSSION**

**Données générales de l'échantillon :** La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 30 à 69 ans (72%).

Les hommes et les femmes sont presque affectés au même degré car nous avons 351 femmes contre 382 hommes.

Du point de vue de la mortalité, il ressort que le taux est très élevé (17,1%). Les accidents cérébraux (AVC + AIT) ont donné le taux de mortalité le plus élevé (85,6%). Pour ce qui est des taux de morbidité ceux des AVC et des IDM viennent en tête. La plupart des malades qui ont été admis pour ces affections sont sortis avec des séquelles (470 patients, soit 64,39% du nombre des cas).

Mais, certains malades ne reviennent pas après leur sortie de l'hôpital même s'ils ont eu des récidives ou des séquelles. Cela serait dû au fait que le traitement coûte cher au CHU-Campus. D'autres préfèrent se faire soigner chez les tradipraticiens plutôt qu'à l'hôpital. Ceci aggrave la maladie. De plus cette situation ne nous a permis d'avoir des renseignements exacts sur le taux de morbidité, par exemple en cardiologie nous avons noté 4 malades réhospitalisés pour OAP, 1 pour thrombophlébite, 1 pour les poussés hypertensives et 2 pour la DA. Mais ces taux sont en dessous de la réalité.

Dans la tranche d'âge la plus touchée (30 à 69 ans) nous avons noté un sous-groupe (50 à 59 ans) pour lequel on enregistre le plus grand nombre de cas. C'est la tranche d'âge de la retraite.

A ces âges, l'activité physique diminue. Le travail en fait, est une forme de sport qui contribue à l'entretien de la santé surtout pour les hypertendus.

**Données sur les différentes affections**

**Accident ischémique transitoire et AVC :** MAS et coll. [1] ont trouvé une incidence des AVC et AIT de 30/ 100 000 cas/an. Cette incidence croit de façon considérable avec l'âge, 75% des AIT survenant après 65 ans.

Dans notre série, nous avons noté un taux de 57,14% de AIT, qui sont survenus dans cette tranche d'âge. Le Togolais serait plus précocement sujet à des accidents cérébrovasculaires tandis que le français, lui n'est touché qu'à partir du troisième âge. Il

s'agit probablement d'un problème de prise en charge correcte.

**Thrombophlébite et embolie pulmonaire :** BOURKINDA et coll. [2] ont affirmé après une étude faite sur quatre ans à Brazzaville, que cette affection est rarissime car elle n'a pas été notée plus de 5 fois. Dans notre étude, nous avons enregistré 11 cas de thrombophlébite dont 6 femmes et 5 hommes. Leurs âges étaient compris entre 20 et 69 ans. Ce qui nous amène à dire qu'au Togo, cette affection touche autant de femmes que des hommes et qu'on enregistre plus de cas de thrombophlébite qu'au Congo. Mais l'âge est similaire.

En France l'embolie pulmonaire a une fréquence d'environ 100 000 cas/an avec 20 000 décès [3].

Au CHU-Campus nous n'avons recensé que cinq cas d'embolie pulmonaire pendant la période de notre étude (3 ans 6 mois). Ce qui revient à dire qu'au Togo la maladie n'est pas assez fréquente, même si nous savons que nous manquons de moyens d'exploration adéquats. Notamment l'autopsie des morts subite n'est pas systématique.

**Infarctus du myocarde (IDM) :** En France, on note environ 12 000 cas/an d'IDM, dont 60 000 sont hospitalisés, 30 000 diagnostiqués à distance et 30 000 se révélant par une mort subite inaugurale. La mortalité hospitalière est de 7% avant 70 ans et est beaucoup plus élevée au delà [4].

Dans notre étude nous avons eu à relever 20 cas d'IDM dont les âges varient de 20 à 70 ans soit en moyenne 5 cas/an. Tous des Togolais. Ce qui nous amène à dire que les Noirs Africains seraient moins sujets aux infarctus du myocarde que les blancs. Mais la fréquence des IDM augmente d'année en année proportionnellement à celle de l'HTA. En comparant les âges avec ceux des éthiopiens, nous constatons qu'ils sont similaires, nous pouvons donc conclure que les éthiopiens et les togolais sont atteints aux mêmes âges.

**Tamponnade :** Nos patients ont un âge compris entre 20 et 69 ans. Les hommes et les femmes sont atteints au même degré (50% d'homme, 50% de femme). Ces âges sont comparables à ceux trouvés par DAMOROU et coll.[5]. BENNIS et coll. au cours de leur travail sur la tamponnade cardiaque à Casablanca au Maroc ont trouvé comme âge extrêmes 15 ans et 70 ans.[6].

**Œdème aigu du poumon (OAP) :** Selon les données INSEE de 1999, il y a une incidence pour la population marseillaise estimée à 3,4 OAP pour mille habitants de plus de 65 ans sur l'année 2000 et 5,82 cas pour la population totale de Marseille. [7].

Dans notre série, nous avons trouvé 26 cas d'OAP pour des sujets de 60 ans et au delà pendant 42 mois, ce qui est nettement inférieur à l'incidence trouvée pour la population marseillaise en France.

**Poussées hypertensives :** La sexe ratio est de deux hommes pour une femme selon une étude menée par MODELLAR et coll. [ 8]

L'HTA maligne concerne surtout les sujets qui n'ont pas accès au système de soins (population

indienne au Royaume-Uni). Son incidence est plus élevée chez les Noirs et les Indiens [8]. Pour notre étude, il n'y a pas une grande différence entre les sexes, 1.4 hommes pour une femme.

**Dissection aortique :** DUBOIS-RANDE et al. [9] ont trouvé dans leur étude que l'âge des sujets atteints d'une dissection aortique se situe entre 60 et 80 ans, il s'agit d'un homme 8 fois sur 10. Dans notre série, il s'est effectivement agi de sujets dont l'âge se situait entre 60 et 80 ans. Soit 75 ans et 80 ans (un homme et une femme).

## CONCLUSION

Les urgences cardio-vasculaires sont très fréquentes au Togo et touchent une population très jeune et active.

L'organisation et l'équipement des unités de soins cardiologiques sont indispensables, car c'est la seule solution qui permettra de réduire la morbi-mortalité trop élevée de ses affections. Mais la prévention basée sur la connaissance exacte reste l'arme la plus efficace et la plus accessible. D'autres études de grandes envergures au plan national doivent donc être entreprises afin de préciser toutes les données en rapport avec ces affections.

## REFERENCES

1. LOUIS MAS J., 1990 - Accident ischémique transitoire : Epidémiologie, étiologie, physiologie, diagnostic, évolution pronostic et traitement : *Revue du Praticien*, (139) 40, 25 programmes 1991 - 1992
2. BOURKINDA F., BLANCHON B. et OKOKDZA J., 1996 - Thrombophlébite des membres inférieurs ; une curiosité clinique en Afrique Noire. *Méd. D'Afrique Noire*, 4 (2):20-24.
3. LAURENT M. 1998 Cardiologie et maladies vasculaires CHU de Rennes. 2 Rue Henri Le GUILLOUX 35 033 Rennes Cedex. Mis à jour le 5 septembre
4. DAMOROU F. LAMBONI C, POTCHOO Y, KOUASSI K. SOUSSOU B. 2005 infarctus du myocarde chez le Togolais : facteurs de risque et intérêt du bilan biochimique dans la prise en charge des malades. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, série D (1) : 45 -49.
5. DAMOROU F., SOUSSOU B. , ADJENOU K. , GOEH-AKUE E., MAWOUSSE A., DJATO A., et BARAGOU S. 2005 - Tamponnade cardiaque non traumatique : intérêt de l'Echo-Doppler cardiaque et prise en charge. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, série D, 7 (1) : 31 - 34.
6. BENNIS A. , SOULANI S., ZARAHOUI M., CHRAIBI M., 1996.- Péricardocentèse sous contrôle échocardiographie au cours de la tamponnade cardiaque. *L'information cardiologique*, 20 (8) : 335-338
7. FOURNIER M., GIORGI R., LEBAS P-S., SOULLEIHET V DUBOULOZ F., 2004.- Epidémiologie et évaluation de la prise en charge par le SMUR de Marseille des patients souffrant d'œdème pulmonaire cardiogénique. *La Revue des SAMU*, 146 -150
8. MODELLAR S., de COGNY B. , FOURNIER A., et SLAMA M. 2003.- *hypertension artérielle maligne ; réanimation*, 12 : 297 - 305.
9. DUBOIS-RANDE J-L., 1990 Dissection aortique, 1598-604 N°17.