

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE

Année : 2003-2004

pour l'obtention du

DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

**LES URGENCES CARDIOVASCULAIRES
A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE
D'ABIDJAN**

Présentée et soutenue publiquement le 13 Août 2004

Par

KIMOU ADJIMAN FLORENT

Né le 08 Février 1968 à Ahouabo/Adzopé (R.C.I.)

COMPOSITION DU JURY :

- Président* : Monsieur le Professeur **ODI ASSAMOI MARC**
Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Agrégé **ADOH ADOH MICHEL**
Assesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé **EKRA FRANCOIS ALAIN**
: Monsieur le Professeur Agrégé **OUATTARA DOIGNAN**



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT
DE L'UFR DES SCIENCES MEDICALES D'ABIDJAN
2004-2005

3873

DOYENS HONORAIRES

*Pierre HUARD - Pierre PENE - Edmond BERTRAND - ALLANGBA Koffi Théodore -
Antoine YANGNI-ANGATE - *MANLAN Kassi Léopold Eloi -
DJEDJE André-Théodore - KADIO Auguste Dieudonné - N'DRI-YOMAN Aya Thérèse

PROFESSEURS HONORAIRES

*ASSALE N'Dri - ASSI Adou Jérôme - *ATTIA YAO Roger - *AYE Hypolite - BADOUAL Jean -
BEDA Yao Bernard - BONDURAND Alain - BONHOMME Jean - BONNET DE-PAILLERETS
François - *Jacques BOUCHER - Auguste BOURGEADÉ - BOURY Georges -
BOUTROS-TONY Ferdinand - Michel BOUVRY - BRETTE Jean-Philippe - BUREAU Jean-Paul -
*CABANNES Raymond - CLERC Michel - *COFFI Dick Sylvain - CORNET Lucien -
COULIBALY Ouezzin André - COULIBALY Nanghélé - COWPLI-BONY Kwassy Kwadjó
Philippe Alphonse - *DAGO Akribi Augustin - *DANON Gisèle - DJIBO William -
DIARRA Samba - Pierre DELORMAS - DOUCET Jean - Marcel DUCHASSIN -
Paul ESSOH Nomel - ETTE Ambroise - ETTE Marcel - *Dougoutiki FADIGA - GALAIS Hervé -
*GARANGO - GIORDANO Christian - GUESSENND Kouadio Georges - HAFNER Georges -
Max HAZERA - HEROIN Pierre - *KEBE Memel Jean-Baptiste - *KEITA Cheikh Amadou
Tidiane - Pierre KERFELLEQUE - *Ferdinand Sié KETEKOU - *KOUASSI Manassé -
MICHOU Michel - LANCHO - LEBRAS Michel - *LEGUYADER Armand - LONSDORFER Jean -
LOUBIERE Robert - METRAS Dominique - MORLIER Georgette - *OUATTARA Kouamé -
POYOKI Bernard - RAIN Jean-Didier - RENAUD Robert - RITTER Jean - ROUX Constant Antoine -
SANGARE Souleymane - SANGARET Malick Auguste - SANTINI Jean-Jacques - SERRE Jean-
Jacques - SOUBEYRAND Jacques - VAINDRENNE Claude - VILASCO Jacob - WAOTA
Coulibaly Alexandre - WELFFENS-EKRA Jeanne Marie Christiane - *YAO-DJE Christophe.

*Décédé

DOYEN

DIOMANDE

MOHENU ISIDORE JEAN-MARIE

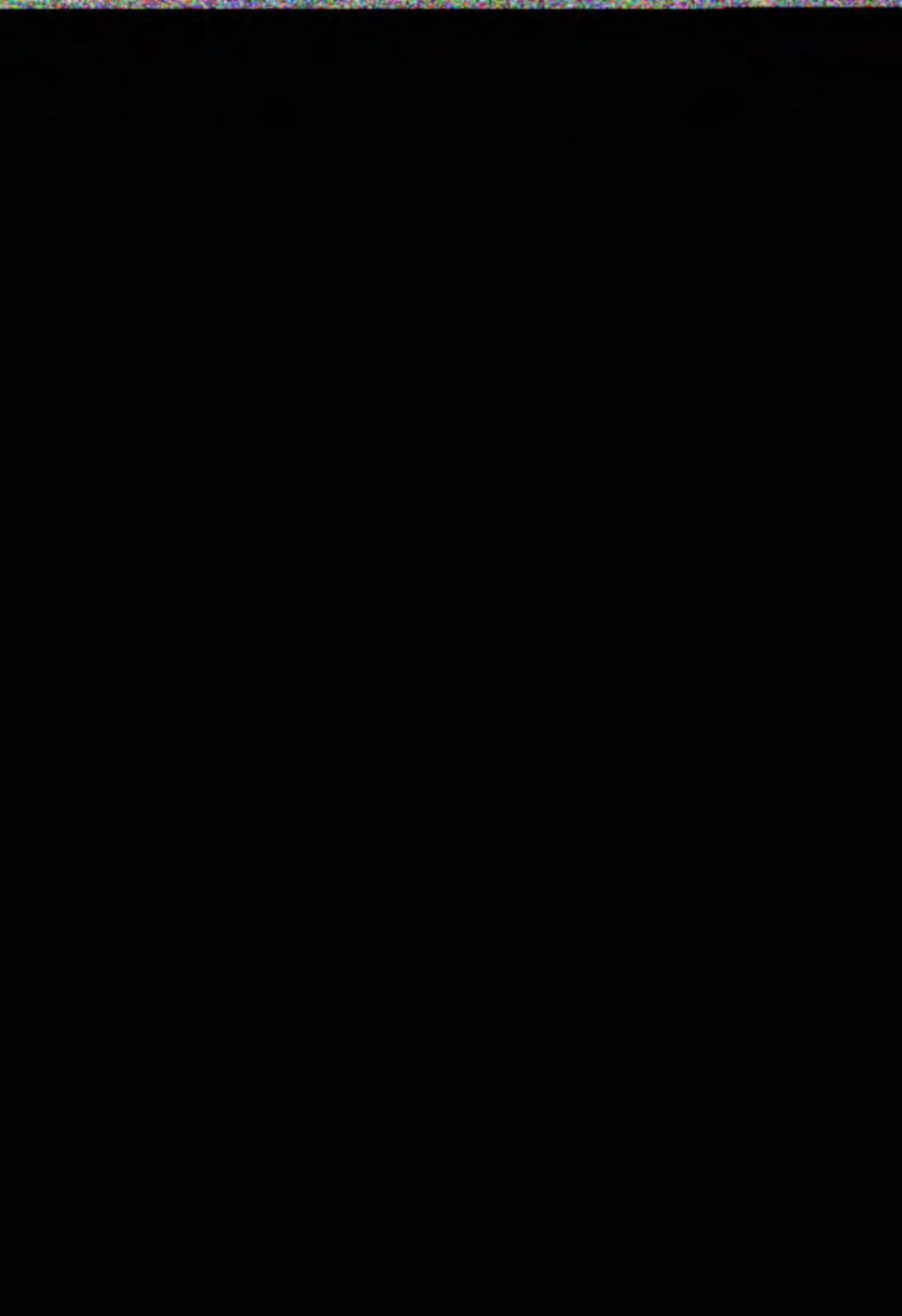
ASSESEURS :

NANDJUI
DA SILVA-ANOMA
ETI

MANSE BEATRICE
SYLVIA HELENA LUISA
EDMOND



Th. A. 3873



52	NRSS	François Daniel	Biologie Médicale
53	SOMBO	Muzabo François	Immunologie Générale et Médecine
54	TAGLIANTE-SARACINO CHAPMAN	Jeanne Adele Felice Claire	Santé Publique et Méd. Communautaire Généraliste Clinique
55	TKA	Dalgnoko Norbert	Pédiatrie
56	YIMITE-KONAN	Adjoua Marguerite	Gynécologie Obstétricale
57	TOURE COULIBALY	Tarizina	Médecine Interne
58	TOUTOU	Tourama	Chirurgie Générale et Digestive
59	YERQUIN-TRAORE	Houa	Orthopédie et Traumatologie
60	VARANGO	Guy Gustave	

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1	ABIV	Blegett Clément	Biologie Médicale
2	ABISSE	Agbe	Immunologie Transfusion Sanguine
3	ADJOUA	Rida Pascal	Oto-Rhino-Laryngologie
4	ADOU	Aché	Cardiologie
5	ADOM	Aboussi Hildice	Médecine Interne
6	ADONIS-KOFFI	Lucienne Ya	Pédiatrie
7	AGOH	Serge Antoine Birnabi	Orthopédie et Traumatologie
8	AKA	Gblanh Kassy François-Philippe	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
9	AKA	Joseph	Biostatistique et Immunologie Médicale
10	AKA-KOFFI	Viviane Froude Collette (Ama)	Oto-Rhino-Laryngologie
11	AMON-DICK	Jore	Pédiatrie
12	AMONKOL	Akpa Antoine	Anesthésie-Réanimation
13	ANONGRA	Darho Simplice Florentin Rogers	Gynécologie-Obstétricale
14	AGUSSI	Eba François Blaise Pierre	Maladies Infectieuses et Tropicales
15	ASSE	N' Dou Houri	Chirurgie Plastique et Réconstructrice
16	ASSOUMOU	Aka	Parasitologie
17	ATTIA	Koffi Alisa	Hépatogastro-Intérologie
18	BAMBA	Iwa	Orthopédie et Traumatologie
19	BANA	Abdoulaye	Orthopédie et Traumatologie
20	BANKOLE-SANNTI	Rolena n' Dou	Chirurgie Pédiatrique
21	BOA	Yapo Félix	Neurologie
22	BONI	Amama Serge Auguste	Cytocologie-Oncologie
23	COULIBALY	Gaoussou	Pneumophtisiologie
24	D'BORPOCK	Abou François de Sales	Anatomie Pathologique
25	DA SILVA-ANOMA	Sylvia Helena Lusa	Chirurgie Pédiatrique
26	DANHO-KAKOU	Iverson Jeanette	Hématologie Clinique
27	DICK	Koh naï Rufin	Chirurgie Pédiatrique
28	DIF-KACOU	Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
29	DJIBIA	Djinkoué	Dermatologie-Vénérologie
30	DJERSOU	Soussou Prisca	Biochimie Médicale
31	DOMOGA	Soussou Médard Serge	Physiopathologie
32	EDOU	Vaucent	Bactériologie-Virologie
33	EDOUJE	Serge Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
34	EHOUD	Hervé	Oto-Rhino-Laryngologie
35	EKRA	Prédéric François Alain	Cardiologie
36	ETI	Edmond	Rhumatologie

17	CITE-AKRE	Lucyène Ello	Oto-Rhino-Laryngologie
38	FANY	Acariss	Ophthalmologie
39	FAYF-KETTE ACIII	Yaobla Hottansu	Bactériologie-Virologie
40	GHAZI	Géorgie Coussitr	Fracture Médicale
41	GBERI	Hilbert Patrice	Dermatologie-Vénérologie
42	GNAGNI	Yadrou Maurice	Anatomie
43	GNONSAHE	Duce Appolinaire	Néphrologie
44	KACOU'NDOUBA	Adole	Pneumologie-Virologie
45	KAKOU'	Aka Rigobert	Maladies Infectieuses et Tropicales
46	KAKUL	Guskéane Maurice	Cardiologie
47	KAKOU'	Kouan Médard	Anatomie Neuronale
48	KANGAH	Dickouah	Pédiatrie Neo-Natale
49	Kinsanyou	SALAMI	Anatomie-Chirurgie
50	KEIJ	Elié	Chirurgie Générale et Digestive
51	KOFFI	Eric Martial Alain Séron	Chirurgie Générale et Digestive
52	KOFFI	Kouané	Santé Publique et Méd. Communautaire
53	KOFFI	N'Gueye Marcel	Santé Publique et Méd. Communautaire
54	KOKOUA	Alexandre	Anatomie-Chirurgie
55	KONAN	Alexis Vicatien	Imagerie Médicale
56	KONAN	Kouadio Emmanuel	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
57	KONE	Uessa	Psychiatrie
58	KONE	Eufédé	Ophthalmologie
59	KOUAKOU'	Tirah	Gynécologie-Obstétrique
60	KOUASSI	Jean-Claude	Chirurgie Générale et Digestive
61	KOUASSI	Kanga	Chirurgie Cardio-Vasculaire
62	LOHOUES-KOUACOU'	Marie Jeanne d'Arc	Eépan-Gastro-Entérologie
63	MANZAN	Kouan	Urologie
64	MEITF	Mou	Immunologie Générale et Médicale
65	N'DRI YOMAN	Aya Tahiré	Hépatologie-Gastro-Entérologie
66	NGBESSO	Roger-Daniel	Imagerie Médicale
67	NGOM	Abdo Ibrahim Severin	Psychiatrie
68	NANDJUI	Mario Béatrice	Reéducation Fonctionnelle (Physiothérapie)
69	OUATTARA	Dilar Noël	Imagerie Médicale
70	OUATTARA	Docteur	Médecine Interne
71	OUATTARA	Ousou	Chirurgie Pédiatrique
72	OUATTARA	Sofiane	Physiologie et Expérimentation Fonctionnelle
73	OUENIN	Géorges Armand Alexis	Urologie
74	OUHON	Jean	Pneumologie
75	OULAI	Souzaohon	Pédiatrie
76	RICHARD	Kadio Michel	Chirurgie Plastique, Reconstr.
77	SEKA	Aya René	Imagerie Médicale
78	SONAN APOUNDAH- DOUAYOUA	Thérèse Adélaïde Anasta	Neurologie
79	TANAOU	Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
80	TODRK	scantilas André	Orthopédie et Traumatologie
81	TRE-YAVO	Mireille	Radio-Embryon-Fœtal Génétique
82	VARLET	Gay Georges Aka	Neurochirurgie
83	YAPI	Ahy	Pneumophtalmologie
84	YAPI-YAPO	Clia Paulette	Radiologie
85	YAPOBI	Yves René	Anesthésie-Réanimation
86	YAVO	Jean-Claude	Pharmacologie Clinique
87	YEROU K-KOUMÉ	Dou Yves	Médecine du Travail
88	YHOUE-YAO	Pauline	Dermatologie-Vénérologie-Allergologie

5	KOFFI	Kouadio Achille	Gynécologie-Obstétrique
6	KOFFI	Kouadio Emmanuël	Anatomie Pathologique
7	KOMAN	Ble Jerry	Gynécologie-Obstétrique
8	KOMAN	Kouame Paul Gérard	Urologie
9	KONE	Brakara	Orthopédie et Traumatologie
0	KOSSOKO	Iva Hippolyte	Chirurgie Plastique et Reconstruction
1	KOUADIO	Koffi Germain	Chirurgie Générale et Digestive
2	KOUAME	Dibi Benir	Chirurgie Pédiatrique
3	KOULAME	Yao Julien	Chirurgie Générale et Digestive
4	KOUASSI-M'BENGUE	Aye Akéoumène	Bactériologie-Virologie
5	KOUASSI	François Xavier	Ophthalmologie
6	KOUTOHAN	Annick Flora Yava	Biophysique
7	MAIASBADI	Kouame Alaman	Hépatogastro-Entérologie
8	MOH	Filsh Nicolas Félix	Chirurgie Pédiatrique
9	N'GOAN-DOMOUA	Azno-Marie	Imagerie Médicale
0	N'GUESSAN	Koufi	Gynécologie-Obstétrique
1	N'ZI	Kouassi Paul	Imagerie Médicale
2	NANDIHO KONE-		
3	ANFI DNE	Roué	Chirurgie Pédiatrique
4	MANGLÉ-BEUGRE	N'Doua Martine	Pédiatrie
5	OUEBRAOGO-	Volande	Médecine Externe
6	VANGNI		
7	PRINCE	Agbodjan Adjété	Pédiatrie
8	QUENUM	Guillaume David Cyrille	Gynécologie-Obstétrique
9	SANGARE	Ahikoulayr	Dermatologie-Vénérologie
0	SIE	Eweh Jean-Baptiste	Otologie et Transcochléaire
1	SORO	Lucien	Anesthésie-Réanimation
2	TANO-ME	Amanze Tante	Gynécologie-Obstétrique
3	TANON-ANDH	Blah Marie José	Oto-Rhino-Laryngologie
4	TETCHI	Yaco Denis	Anesthésie-Réanimation
5	TOUO-DJEBKILE	Aissata	Étiologie Clinique
6	VILASCO	Brigitte Emira	Anesthésie-Réanimation
7	WOGNIK	Sangah Barthélemy	Médecine du Travail
8	YAO	Toussaint	Urologie Clinique
9	YAPO	Prince	Chirurgie Générale et Digestive
0	YAPO-ALVOUEHE		
1	KOUASSI	Henriette	Cardiologie
2	YAPO-ETTF	Hélène Aboubeu	Médecine Légale
3	YENON	Kouo Sébastien	Chirurgie Générale et Digestive
4	YEO	Toussaint Nicolas Louis-Philippe	Anesthésie-Réanimation

MAITRE-ASSISTANT MONO-APPARTENANT

1	N'KO	Marcel	Biochimie
---	------	--------	-----------

ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

	ABODO	Jack Rbedoo Jéré	Endocrinologie
2	ADERETIRE	HAIDARA	Neurologie
3	ADJORELO-SANOGO	Adjoua Carissane	Ophthalmologie
4	AKA ANGLI-DIARRA	Faelyse Marie-Françoise Adjoua	Neurologie
5	AKF	Sansor Odile Pauline	Santé Publique et Méd. Communautaire
6	AKI-ASSI	Marie Hélène	Pédiatrie
7	ALLOGBAH	Azé Cyrille Narcisse	Imagerie Médicale
	ALLOH	Amidou Deme, Bengali	Rééducation Fonctionnelle (Physiothérapie)
8	ANOUMOU	N'Guessa Kléber	Orthopédie et Traumatologie
9	ANZOUAN-KACOU	Félicite Reine Marguerite Anouzon	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
10	ANZOUAN-KACOU	Jean-Baptiste	Cardiologie
11	ASSI	Georgette	Hépatogastro-Entérologie
12	BA	Nikongu (ou Nkongu)	Hépatogastro-Entérologie
13	BAKASSA	Ismaël Lamane Serg. A. A. A.	Chirurgie Cardiaque
14	BASSA	Kouadio Modeste	Cardiologie
15	BE	Jeanis	Otorhinolaryngologie et Otolaryngologie
16	BERETE	Rakia	Ophthalmologie
17	BINAN	Alfred Omer Yves	Médecine Interne
18	BINIEN-BADIE	Stéphanie Hélène Avakian, ditte Gueganoua Wébadjioua	Anesthésie-Réanimation
9	BLECOLE	Olivier Clement	Chirurgie Générale et Digestive
20	BONI	Sébastien	Ophthalmologie
21	CISSE	Lyndine	Pédiatrie
22	COUFCHERE GUEI	Lino Sylvain	Radiologie
23	COULIBALY	Al	Radiologie
24	COULIBALY	Bakery (ou Bako) (ou Bako)	Chirurgie Pédiatrique
25	COULIBALY	Fallan	Ophthalmologie
26	COULIBALY	Ikla	Cardiologie
27	COULIBALY	Kouli	Urologie
28	COULIBALY-DIODE-KOULO	Gourou, Ladah	Cancérologie
29	COWPLI-BONY	Abou Pascale	Neurologie
30	DANGUY	Marie-Félicie Marguerite Apé	Pédiatrie
31	DAIX	Abou Ibrahim Joseph	Pneumophtisiologie
32	DEDE	N'Dou Simon	Imagerie Médicale
33	DEKOU	Argemir Hyacinthe	Urologie
34	DIOMANDE	Abdoulaye	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
35	DJE, BI DIB-ASSI	Valérie Lou-Hahie	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
36	DRESEN	Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
37	EHOUNOUD	Hyacinthe Jean Clément	Anesthésie-Réanimation
38	KOUI	Ezot	Maladies Infectieuses et Tropicales
39	FLOUFLEN	Barya	Anesthésie-Réanimation
40	ENOH	Samueline de Jacob Estève	Pédiatrie
41	PAUL	Armand	Santé Publique et Méd. Communautaire
42	FANNY	Melanie Adjoua Karim Ben	Gynécologie-Obstétrique

96	TEA	Zéhon Basilede	Oto-Rhino-Laryngologie
97	TEGNAN	Féba Aécopé-Arsène	Gynécologie-Obstétrique
98	TIEMBRE	Iséka	Santé Publique et Méd. Communautaire
99	TOURE-ECRA	Am. Fagnouara	Gynécologie-Obstétrique
100	TRAORE	Alidou	Orthopédie et Traumatologie
101	TRAORE	Lassana	Chirurgie Générale et Digestive
102	VE	Thouramdé	Psychiatrie
103	YAO	Barthary Marie et Fulgence	Hépatogastro-Entérologie
104	YAO	Blaise	Urologie
105	YAPO	Yapo Pral	Anesthésie-Réanimation
106	YEO	Silvéstère	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
107	YEO-TENENA	Yessouguirra Jean-Marie	Psychiatrie
108	YODA	Moussa	Oto-Rhino-Laryngologie
109	YOFFO	...isme	Ophthalmologie
110	YOHIO	Ayckpa	Oto-Rhino-Laryngologie

ASSISTANTS-CHIEFS DE BIOLOGIE

1	AKRE	Dégra Paul	Immunologie Générale et Médecine
2	BAKAYOKO	Souleymane	Bactériologie-Virologie
3	BONI-CISSI	Ch. N'Doua Calérimé	Bactériologie-Virologie
4	BOTTI	Koufi	Médecine Légale
5	BROAI ET	Manan You Espérance	Anatomie-Neurochirurgie
6	DAUBREY-POFAY	Thérèse Colette	Pharmacologie Clinique
7	PTIF-DIENG	Elisabeth	Anatomie Pathologique
8	KAKOU	Angéline	Pharmacologie Clinique
9	KEITA	Mustapha dit Moussa	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
10	KOUAME	Kouassi René	Anatomie
11	MONDE	Aké Abazoume	Biochimie Médicale
12	N'DIATZ-COMOE	Priscaule Elie Christal	Hématologie Clinique
13	NANHO	Draho Clément	Hématologie Clinique
14	NGUI	Fac	Biochimie et Information Médicale
15	OUATTARA	Djibril Charles Guir. oucou	Anatomie
16	SAKHO	Sidi Sariba	Histo-Embryo-Cyto-Génétiq.ue
17	SIRANSY-BOGUI	Koumbi Léoline	Immunologie Générale et Médecine
18	TROU	Emile	Anatomie Pathologique
19	TUO	Nahouga	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
20	VAMY	Gholognon André	Pharmacologie Clinique
21	YAO	Gnangnan Victor	Histo-Embryo-Cyto-Génétiq.ue
22	YAPO	Céle Guédé	Parasitologie-Mycologie
23	ZUNON-KIPRE	Tr. & Famélie Gueslé	Biochimie
24	ZUNON-KIPRE	Yvon Jacques-Olivier (oualy)	Anatomie-Neurochirurgie

ATTACHES DE RECHERCHE

1	AIDOU	Yapo Blaise	Bactériologie
2	GUESSEND- KOUADIO	Ayr Nathalie	Bactériologie-Virologie
3	HIEN	Snoosa	Immunologie Générale et Médicale
4	KOFFI	Koundio Dominique	Hygiène
5	KOUAME- KOUABENA	Adj. Henriette	Bactériologie-Virologie
6	TOURE	Attéye Honoré	Hématologie

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

1	ABHY-BAHLY	Hurécio Marie-Thérèse Philomène	Anglais
2	AKA	Moesumma Georgette	Anglais
3	KAHAN	Koffi Pierre	Anglais



↓ A mon Père **AKOMIAN Kimou** (In memoriam)

Lorsque, tu décidas de façon unilatérale de me mettre à l'école, personne ne pouvait imaginer ce parcours.

Ta satisfaction a toujours résidé dans nos résultats favorables à chaque fin d'année scolaire. Et tu as toujours prôné le courage, l'envie de réussir et de vaincre les difficultés de la vie.

Ta présence parmi nous aurait pu donner plus d'ampleur à cette journée. Mais Dieu en a décidé autrement en 1997, lorsque de façon brutale nous te perdions ; seuls les sages conseils que tu nous donnais, nous ont permis de tenir moralement, physiquement et intellectuellement.

Ta force est d'avoir laissé une famille unie et croyante.

C'est avec des larmes aux yeux que je te dédie ce travail que tu as voulu. Que le seigneur t'accepte à ses cotés pour que tu continues de veiller sur nous.

✿ A ma mère **YEBI Kimou Bah**

Tu m'as donné la vie et dès cet instant, tu as veillé sur ma petite santé et sur le bon déroulement de mes études.

Ma carrière, maman, je te la dois. Je te voyais nous soigner et soigner tout le monde autour de moi.

Tu étais prête pour tous mes petits besoins ; souvent, tu me disais ceci : "je veux que tu réussisses afin que tes enfants te fatiguent comme ce que tu me fais". Et bien, je suis à la fin de mon parcours et c'est à moi de te prendre en charge.

*Que le Seigneur te garde longtemps en vie parmi nous.
Merci et mille fois merci Maman.*

✚ A mes aînés

KIMOU Abé Aimé
 KIMOU Akomian Felix
 KIMOU Aka - Bah Helène
 KIMOU Bessekou Marie
 KIMOU Ayékoué François Trosca
 KIMOU Atsè Clément

Les mots me manquent pour exprimer le soutien que vous m'avez apporté. Combien de fois vous avez souffert pour me rappeler à l'ordre afin que je prenne mon travail au sérieux.

Tout ce que je puisse dire, vous êtes à la fin de votre calvaire aujourd'hui. Vous avez fait de moi un médecin.

Que Dieu vous garde longtemps en vie.

AKOMIAN Kimou Louis Zephirin et KIMOU Aboua Charlotte

Merci pour votre soutien

AKOMIAN Marina Rachel

Merci pour ton soutien pendant ces moments difficiles surtout tes critiques m'ont permis d'achever ce travail

Que Dieu te garde longtemps en vie.

A mes neveux

Anon Bertin, Aristide Kevin ; Serge Hervé ; Guy-Martin ; Anne ; Sylvie, Ange Valéry ; Arnaud ; Pauline ; Josée ; Marcelle et Alexis.

Vous avez un oncle qui par moment vous a rendu la vie dure. Je vous dédie cette thèse de Doctorat pour vous dire que la réussite est au bout de l'effort.

Remerciements

Je veux particulièrement remercier :

- ❖ Le Lt OULOU Serge, Chef de la section informatique,
- ❖ Le Mdl MESSOU Yapo et ses collègues du Commandement supérieur de la Gendarmerie, Service Informatique,
- ❖ Le Mdl AKE Séka Christophe à la Brigade de Cocody,
- ❖ Le Mdl ANGUY César,
- ❖ L'Adjudant OULA Mouho Denis,
- ❖ Mlle ODI Rachel
- ❖ Mr KANGA Kouassi Julien, Informaticien à l'ONG UCED,
- ❖ Mr AKE André,
- ❖ Mr ANGUY Narcisse,
- ❖ Mr ANGUY Antielme Prospère,
- ❖ Mr AHIN Yéby dit ASSI Caniveau,
- ❖ Dr SIRANSY,
- ❖ Dr MONSAN Ignace,
- ❖ Dr KAMDEN,
- ❖ Le Personnel de L'Institut de Cardiologie d'Abidjan

Je ne saurais vous oublier pour l'assistance que vous m'avez apportée.

Mille fois merci.

A nos Maîtres et Juges

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur ODI ASSAMOI Marc

Professeur titulaire de cardiologie
 Chef du service des consultations externes de la cardiologie
 Expert de l'OMS pour les maladies cardiovasculaires
 Super expert des maladies du cœur et des vaisseaux près du
 Tribunal d'Abidjan.
 Membre fondateur du cœur de Côte d'Ivoire
 Membre de la société internationale de l'hypertension chez les
 Noirs (ISHB) USA.
 Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique de côte d'Ivoire.
 Chevalier de l'Ordre national de la santé Publique de Tchad.

Cher Maître,

Je remercie le Seigneur de m'avoir permis de vous connaître, vous qui êtes un pilier de la Cardiologie. Merci pour toutes ces connaissances que vous m'avez transmises.

Que Dieu vous protège et vous garde longtemps près de nous.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur QUATTARA Doignan

Professeur agrégé de Médecine interne ;
 Chef de service de médecine D ;
 Diplômé d'endoscopie digestive option thérapeutique du JICHI
 médical School de Tochigi (Japon) ;
 Membre du groupe Ivoirien de recherche sur les grandes endémies
 tropicales ;
 Membre de la Société Ivoirienne de Gastro-entérologie et
 d'endoscopie digestive (SIGEED) ;
 Trésorier général de la Société Ivoirienne de médecine interne.

Cher maître,

*Nous vous remercions pour vos conseils et le souci que vous avez
 toujours accordé et que vous continuez d'accorder à notre formation.*

*Cher Maître, veuillez trouver ici l'expression de nos hommages
 respectueux.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur EKRA Alain

Maître de conférence agrégé ;
 Chef de service des explorations externes ;
 Ancien Ministre de la santé publique et de la
 Protection sociale ;
 Membre associé de la société française de Cardiologie
 Officier de la légion d'honneur de la république française
 Commandeur du mérite sportif
 Citation à l'ordre Olympique
 Officier de l'ordre national de la république de Cote d'Ivoire
 Officier de l'ordre du Lion de la république du Sénégal
 Président de la fédération internationale de
 Basket-Ball Afrique

Cher Maître

Eminent homme de science et bon pédagogue, vous avez réussi à nous faire aimer votre discipline. Nous vous remercions de l'honneur que nous faites en acceptant de siéger dans le jury de cette thèse.

LISTE DES ABREVIATIONS

BBD	: Bloc de branche droit
CAT	: Conduite à tenir
ECG	: Electrocardiogramme
ESA	: Extrasystole auriculaire
ESV	: Extrasystole ventriculaire
FA	: Fibrillation auriculaire
HAG	: Hypertrophie auriculaire gauche
Hb	: Hémoglobine
HVD	: Hypertrophie ventriculaire droite
HVG	: Hypertrophie ventriculaire gauche
ICA	: Institut de cardiologie d'Abidjan
ICT	: Indice cardio-thoracique
IEC	: Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IR	: Insuffisance rénale
JNC	: Joint national committee
K	: Potassium
Na	: Sodium
NFS	: Numération formule sanguine
OMI	: Œdème des membres inférieurs
OMS	: Organisation mondiale de la santé
RAA	: Rhumatisme articulaire aigu
TA	: Tension artérielle
TAD	: Tension artérielle diastolique
TAS	: Tension artérielle systolique
TCA	: Temps de céphaline active
TP	: Taux de prothrombine
VS	: Vitesse de sédimentation

SOMMAIRE

Page

INTRODUCTION.....

Chapitre I: GENERALITE

I. INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	9
1.1. Définition.....	9
1.2. Diagnostic positif.....	10
1.3. Traitement.....	11
II. LES URGENCES HYPERTENSIVES.....	13
2.1. Définition.....	13
2.2. Diagnostic positif.....	14
2.3. Traitement.....	14
III. TROUBLES GRAVES DU RYTHME ET DE LA CONDUCTION	19
A – TROUBLES DU RYTHME.....	19
A.1. Définition:.....	19
A.2. Différents troubles du rythme.....	19
A.3. Examens complémentaires.....	20
A.4. Traitement.....	21
B - Trouble de la conduction [8,10]	21
B.1. Définition.....	21
B.2. Diagnostic positif.....	21
B.3. Conduite à tenir [1,8,10,25].....	22

Chapitre III : RESULTATS

I. EPIDEMIOLOGIE	51
1.1. Sexe et Age	51
1.3. Nationalité	54
1.4. Groupe Ethnique.....	54
1.5. Niveau socio-économique	55
II. CLINIQUE	57
2.1 Motif de consultation	61
2.2. Antécédents	61
III. PARACLINIQUE.....	64
3.1 Examens paracliniques	64
3.2 Examens biologiques	69
IV. DIAGNOSTIC.....	71
4.1 Urgences répertoriées	71
4.2 Causes des insuffisances cardiaques	73
4.3 Insuffisances cardiaques.....	73
V. TRAITEMENT	74
VI. EVOLUTION	76
6.1 Décès.....	76
6.2. Durée d'admission	77

Chapitre IV : COMMENTAIRES

I. CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE.....	79
II. EPIDEMIOLOGIE	80
2.1. Prévalence	80
2.2. Sexe et âge	80

2.3. Nationalité et ethnic	81
2.4. Niveau socio-économique	82
2.5. Temps	82
III. CLINIQUE	84
3.1. Motifs d'admission aux urgences	84
3.2. Antécédents	85
IV. PARACLINIQUE	86
4.1. Examens paracliniques	86
4.2. Biologie	87
V. CAUSES DES URGENCES	89
VI. TRAITEMENT	90
6.1. Diurétiques	90
6.2. Vasodilatateurs veineux	91
6.3. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)	91
6.4. Digitaliques	91
6.5. Anti-arythmiques	92
6.6. Anticoagulants	92
6.7. Anti agrégants plaquettaires	92
VII. ASPECT EVOLUTIF	93
7.1. Durée d'hospitalisation	93
7.2. Décès	93
CONCLUSION	
RECOMMANDATIONS	
REFERANCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	117

De façon générale, tout phénomène qui touche à la santé, survient de façon brutale et inattendue, et qui inquiète à tort ou à raison l'intéressé et son entourage est une urgence [30].

Ainsi, les urgences cardio-vasculaires sont des états de malades souffrant d'une pathologie cardio-vasculaire entraînant ou susceptible d'entraîner une défaillance cardio-vasculaire aiguë mettant en jeu le pronostic vital [25]. En général, leur prévalence méconnue en milieu africain, en particulier en Côte d'Ivoire du fait de la forte endémie palustre et de la forte proportion de jeunes dans la population générale [12], ces urgences connaissent un regain d'actualité ces dernières décennies dans nos pays. Les unités de soins intensifs cardiologiques récemment installées en Afrique sont prises d'assaut. Quelque soient leurs origines, ces pathologies cardio-vasculaires survenant dans un contexte d'urgence sont une menace vitale immédiate et constante qui impose une prise en charge sans délai. Certains états cardiaques, malgré leur caractère apparemment bénin peuvent mettre immédiatement en jeu le pronostic vital par une mort subite. Les autres beaucoup plus fréquents se compliquent de façon inopinée tel l'infarctus du myocarde, les poussées hypertensives. Les uns et les autres posent des problèmes financiers, diagnostiques et thérapeutiques qui retardent la mise en œuvre rapide en urgence, du traitement souvent complexe et relevant uniquement de la compétence cardiologique. Ces nombreux écueils auxquels est confrontée la prise en charge des urgences cardio-vasculaires à l'Institut de Cardiologie n'ont été l'objet d'aucune étude. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui a pour buts :

- De répertorier les tableaux d'urgence cardiovasculaires aux urgences de l'Institut de cardiologie d'Abidjan dans un premier temps.

- Ensuite d'évaluer leur prise en charge ;
- Et enfin de proposer quelques recommandations indispensables pour une meilleure prise en charge des patients.

I. INSUFFISANCE CARDIAQUE

1.1. Définition

1.1.1 L'insuffisance cardiaque

Elle se définit comme étant une impossibilité pour la pompe cardiaque de subvenir aux besoins métaboliques des différents organes au repos et ou à l'effort. Elle est dite congestive lorsqu'elle s'accompagne d'une élévation des pressions de remplissage cardiaque avec une élévation des pressions pulmonaires (dyspnée) et de la pression veineuse avec hépatomégale sensible et des œdèmes des membres inférieurs.

1.1.2 La dysfonction ventriculaire gauche (DVG) [10,18,24]

Elle est la traduction d'une altération plus ou moins importante de la fonction normale de remplissage et d'éjection du ventricule gauche.

- Elle est dite diastolique lorsqu'elle a une altération de remplissage ventriculaire par altération de la compliance (distensibilité) ventriculaire marquée en cas d'hypertrophie ventriculaire.
- Elle est dite systolique lorsqu'elle a une insuffisance de la fonction pompe (contractile) du ventricule gauche .

En un mot la DVG est le pivot autour duquel est basé le concept de l'insuffisance cardiaque (de définition encore peu précise). La DVG au départ asymptomatique devient progressivement symptomatique par augmentation des pressions diastoliques ventriculaires gauches source de congestion pulmonaire et d'effort. Ce qui nous permet d'établir une continuité qui va de la DVG sans symptôme à la DVG avec symptôme appelée communément insuffisance cardiaque.

1.1.3 Insuffisance ventriculaire droite

C'est une inaptitude de la pompe cardiaque à éjecter le sang veineux systémique dans la circulation pulmonaire. Elle est la conséquence d'une insuffisance ventriculaire gauche, mais aussi celles des pathologies valvulaires tricuspidiennes, pulmonaires, des cœurs pulmonaires aigus et chroniques.

1.2. Diagnostic positif

1.2.1. Clinique: Circonstances de découverte

Les signes fonctionnels de découverte peuvent être discrets. Il peut s'agir d'une dyspnée d'effort, d'un œdème des membres inférieurs d'une hépatalgie, d'une turgescence des veines jugulaires avec reflux hépato-jugulaire.

- Des antécédents cardiaques d'hypertension artérielle, de coronaropathie (Angor, infarctus du myocarde),
- Un souffle cardiaque au foyer tricuspideen,
- Une hypertension mal contrôlée,
- Un diabète,
- Des anomalies électrocardiographiques de surcharge ventriculaire gauche ou d'hypertrophie ventriculaire droite.
- Une cardiomégalie à la Radiographie thoracique,...

1.2.2. Paraclinique [18,24]

➤ **Echocardiographie doppler:** est l'examen clé du diagnostic Elle donne les anomalies observées dans l'insuffisance cardiaque, parmi lesquels:

- les bêta-bloquants
- les anti-agrégants plaquettaires et les anticoagulants
- les digitaliques et les dérivés nitrés ont un intérêt dans le traitement symptomatique
- La stimulation électrique en double chambre est une alternative additive dans la prise en charge des myocardopathies réfractaires aux traitements classiques

Indications

- La dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique au stade I :
 - La fraction d'éjection est inférieure ou égale 35% (toutes étiologies, y compris antécédent d'infarctus)
 - Inhibiteurs d'enzyme de conversion.
 - La fraction d'éjection inférieure ou égale à 40% et post infarctus (J3 - J6)
 - Inhibiteurs d'enzyme de conversion
 - Bêta-bloquants dans le post infarctus si La fraction d'éjection est supérieure à 40%
- DVG Symptomatique au stade II et III
 - Diurétique
 - Inhibiteurs d'enzyme de conversion
 - Digoxine :
 - Si le malade est en fibrillation auriculaire
 - S'il est au stade III NYHA
 - S'il est déjà sous digitalique.
- Insuffisance Cardiaque congestive sévère au stade IV
On utilise l'association des médicaments suivants :
 - Les inhibiteurs d'enzyme de conversion, les diurétiques, les digitaliques et les anti-agrégants plaquettaires
 - Traitements spécialisés faisant appel à :
 - l'hémofiltration,

- stimulation en double chambre
- In fine, à la transplantation cardiaque.

II. LES URGENCES HYPERTENSIVES.

2.1. Définition

Il s'agit de situations où l'élévation des chiffres de la Pression Artérielle est directement responsable du retentissement immédiat sur l'organisme, et dont l'absence de prise en charge thérapeutique présente un risque majeur de complications rapides. Cette définition ne comporte pas de seuil tensionnel, car c'est la souffrance viscérale et non les chiffres qu'il faut traiter.

Ainsi le critère principal de la définition du cadre nosologique est le retentissement viscéral de l'hypertension artérielle. Il faut donc exclure de ce cadre les poussées tensionnelles sans retentissement viscéral, fréquentes dans notre exercice au quotidien. Dans ces dernières situations, un traitement par voie orale en dehors du cadre de l'urgence est souvent suffisant. Dans les urgences hypertensives, il faut des voies d'administration de médicaments qui permettent une action rapide ; c'est la voie intraveineuse (IV), la voie intramusculaire parfois, mais aussi la voie sublinguale.

La JNC VI et l'ANAES s'accordent pour donner cette liste d'urgence hypertensive :

- l'encéphalopathie hypertensive
- l'hémorragie cérébro-méningée
- l'infarctus du myocarde et l'angor instable

Tableau 1 : Principales molécules utilisables dans les urgences hypertensives

Molécule	Posologie et voie d'administration	Délai d'action	Durée d'action
LOPRIL (Captopril)	Sub-Ling : 1/4-1cp	15 min	6-8h
CATAPRESSAN (Clonidine)	IM : 1amp /4h IV: 1,2 - 7,26g/min	10 min 2-5 min	6-8 h 4 h
TRANDATE (Labetelol)	IM=IV 1-2mg/kg	5-20min	4-6 h
NEPRESSOL (Dihydralazine)	IM : 1/2 - 1Amp/ 6h IV : 2 - 4mg / h	10 - 20 min	3 - 6 h
LOXEN (Nicardipine)	IV : 3 - 15 mg / h	< 5min	4 h
EUPRESSYL (Uradipil)	IV : 2mg / min	< 2min	2,7 h
LASILIX (Furosémide)	IV : 1 - 2 mg/kg	5 min	1h
LENITRAL (Trinitrine)	IV : 1,5 - 10 mg/h	< 2 min	< 60s

2.4 Indications

2.4.1 Encephalopathie Hypertensive

C'est le type même d'urgence hypertensive avec, associés à la poussée hypertensive, des céphalées intenses, des vomissements, le fond d'œil au stade III ou IV et des signes de souffrance rénale. L'objectif tensionnel est de réduire rapidement mais progressivement la pression artérielle moyenne de 25% ou de ramener la diastolique en quelques minutes à quelques heures entre 100 et 110 mmHg. Une réduction trop rapide de la hypertensive pouvant aggraver l'ischémie tissulaire et créer des infarctus cérébraux ou rénaux.

Les différentes drogues sus-citées sont utilisables. Mais un traitement diurétique n'est indiqué qu'en cas de surcharge hydrosodée manifeste. Un Remplissage vasculaire peut être nécessaire car la plupart des patients ayant une HTA maligne ont une déplétion volémique. Son association au traitement vasodilatateur permet de contrôler la PA et d'améliorer la fonction rénale.

2.4.2 L'œdème Aigu des Poumons (OAP)

Son diagnostic est essentiellement clinique par la mise en évidence chez un patient dyspnéique de la classique « marée montante de râles » à l'auscultation pulmonaire.

cause de la crainte d'accentuation du saignement et donc de l'hématome, par les fortes PA. Mais, ne pas baisser de plus de 20% encore une fois, à cause de la corelette ischémique adjacente à l'hématome.

Dans les accidents vasculaires cérébraux Ischémiques par contre il est recommandé de respecter l'HTA ou du moins ne pas modifier un traitement antérieur. En effet l'HTA est souvent réactionnelle, « satellite » à l'accident. Et se normalise spontanément dans 4 cas/5 dans les 10 jours. Ils ne font justement pas parti de ce cadre nosologique. C'est tout l'intérêt du scanner cérébral chez un patient présentant un déficit moteur associé à l'élévation de la PA avant toute décision thérapeutique.

2.4.4 - La Dissection Aortique

Son pronostic est très grave. Elle se caractérise par une douleur rétro sternale à irradiation descendante dans les lombes. Un souffle diastolique d'insuffisance aortique est présent une fois sur deux. Le diagnostic positif sera fait grâce à l'échographie cardiaque, la tomomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'Aortographie.

Ici il s'agira de maintenir la PA basse, en vue de baisser la tension pariétale : la PAS < 110 mmHg et la PAD : 70-90 mmHg. Par ailleurs il s'agira de corriger la volémie et calmer la douleur.

2.4.5 Les Coronaropathies

Le diagnostic sera établi devant la douleur précordiale, les modifications électrocardiographiques et les enzymes cardiaques, associés à la poussée d'HTA. Il faut baisser la PAD pour réduire la consommation en oxygène du myocarde, une baisse de la PAM de 25% suffisante. Le LOPRII a une place de choix dans les infarctus, le LOXEN étant mieux indiqué dans l'angor.

III. TROUBLES GRAVES DU RYTHME ET DE LA CONDUCTION

A - TROUBLES DU RYTHME

A.1. Définition:

On appelle trouble du rythme cardiaque toute anomalie de la fréquence ou de la régularité du rythme cardiaque [8,10]

A.2. Différents troubles du rythme

A.2.1. Symptômes

Ils vont de la mort subite à la latence absolue.

Mais souvent on a:

- des palpitations
- une dyspnée
- une douleur thoracique pseudo-angineuse ou angor vrai, une lipothymie
- un syncope ou un état de choc [10]

A.4. TRAITEMENT

A.4.1. Anti- arythmiques

- Digitalique: ce ne sont pas des anti- arythmiques proprement dits. ils dépriment l'automatisme des pace-makers normaux et anormaux aux doses thérapeutiques.

- Quinidine et dérivé.

- Quinidine like et autres médicaments agissant par effet stabilisant de membrane.

- Beta – Bloquants. [8]

- Autres anti – arythmiques.

A.4.2. Choc électrique externe

B - Trouble de la conduction [8,10]

B.1 Définition

Les troubles de la conduction sont en rapport avec une anomalie de la conduction auriculo - ventriculaire; soit à type de ralentissement : Bloc auriculo-ventriculaire (BAV) partiel, soit à type de blocage complet: BAV complet. Un rythme de remplacement dit idio - ventriculaire se développe spontanément.

B.2. Diagnostic positif

B.2.1. Circonstances de découverte

Nous notons :

- Un bref malaise avec des vertiges, un voile noire devant les yeux
- Une lipothymie avec pâleur soudaine et obnubilation
- Une syncope vraie dans sa forme complète
- A l'extrême, une mort subite par arrêt circulatoire.

B.2.2. L'examen clinique

En cours de syncope:

On a un état d'arrêt cardiaque ou de tachycardie extrême de durée plus ou moins longue. L'ECG montre une asystolie ou un BA V paroxystique.

En dehors de syncopes, différentes situations sont possibles.

- Le pouls lent permanent par BA V.
- Une dysfonction sinusale probable lorsque la fréquence cardiaque est stable, inférieure à 40/mn.
- Une HTA systolique avec élargissement de la différentielle en cas de BAV.
- L'auscultation met en évidence "le bruit de canon".
- L'électrocardiogramme met en évidence :
 - o **des blocs de haut degré** de type 3/1 ou de type 4/1 où il existe plus d'ondes P bloquées que d'ondes P normales.
 - o **Le bloc de 3e degré**: C'est un bloc Av complet: il n'y a pas de dissociation complète entre les activités auriculaires et ventriculaires.

B.3 CONDUITE A TENIR [1,8,10,25]

B.3.1. Blocs auriculo - ventriculaires (BAV)

BAV aigus

- Traitement symptomatique
- Isuprel ou Vagolytiques
- Entraînement électrosystolique temporaire en cas d'accidents syncopaux d'insuffisance cardiaque ou de bloc de haut degré.
 - Etiologie
- infection: traitement de la cause et corticoïdes dans certains cas. -
- Médicamenteux: arrêt du médicament de la cause.

IV. LES CORONAROPATHIES

A – L'Angor instable

A.1 Définition

L'angor est un syndrome douloureux thoracique lié à une insuffisance du débit coronaire face aux besoins du myocarde [10], alors que l'angor instable est un état d'évolution coronarienne située entre l'angor stable et l'infarctus du myocarde [8].

A.2 Clinique [8,10]

Il regroupe plusieurs situations dont :

- L'angor récent ou de Novo : d'apparition peu ancienne (moins de 8 semaines)
- L'angor crescendo :
- L'angor de repos, sans effet déclenchant
- L'angor de Prinzmetal : Hyperalgique, souvent nocturne, spontané, avec des palpitation.

L'angor Instable se caractérise par :

- La résistance à la trinitine,
- Le caractère douloureux plus intense et/ou plus long
- L'absence de facteur extra-cardiaque d'aggravation telle qu'une anémie, une hypertyroïdie, etc...

A.3 Paraclinique

A.3.1 ECG : met en évidence les anomalies suivantes :

- soit une lésion sous endocardique (avec un sous décalage de ST) ou sous épicaudique (avec un sus décalage du segment ST),

- soit une ischémie sous endocardique (avec une onde T positive pointue et symétrique) ou sous épicaudique (avec une onde T négative pointue et symétrique),
- l'ECG précise la topographie de l'atteinte.

A.3.2 L'échocardiographie : visualise le tronc de la coronaire gauche, étudie la cinétique et peut mettre en évidence une étiologie ou des séquelles de nécrose.

A.3.3 Le Holter électrocardiographique: détecte les troubles de rythme cardiaque ainsi que les anomalies de la repolarisation et les décalages du segment ST.

A.3.4 Biologie : Le dosage des enzymes cardiaques révèle une non augmentation des ces enzymes ou une légère augmentation de ces enzymes qui se normalisera les jours suivants.

A.4 TRAITEMENT

A.4.1 But : Lutte contre la douleur et les complications que sont l'infarctus du myocarde, IVG, troubles du rythme et une mort subite.

A.4.2 Moyens :

- Le repos strict au lit souvent associé au sédatif (Benzodiazépine per os).
- Les dérivés nitrés utilisés en per os, sous - cutané ou en IV selon la sévérité.
- Les bêta - bloquants surtout en association avec les dérivés nitrés ont fait la preuve de leur efficacité dans l'angor instable.
- L'héparinothérapie avec le respect strict de ses contre - indications dans les formes sévères.

- on a une élévation précoce et brève des CPK,CPKMB
- on a une élévation des enzymes LDH, SGOT
- de la Myoglobine
- de la Troponine I et T très spécifiques

B.3.4 Complication

Les complications précoces mettent en jeu le pronostic vital qu'il convient de détecter dans les délais les plus brefs. Elles sont essentiellement représentées par :

- Les complications Hemodynamiques
 - ◆ L'insuffisance ventriculaire gauche et droite
 - ◆ Le choc cardiogénique
- Les complications mécaniques
 - ◆ La rupture septale donnant lieu à une shunt gauche droit,
 - ◆ La rupture de la paroi libre du ventricule gauche entraînant une mort instantanée,
 - ◆ Rupture myocardique, etc..
- Les complications rythmiques responsables de la majorité des décès initiaux
 - ◆ Les troubles ventriculaires ou supraventriculaires nécessitant une réduction immédiate,
 - ◆ Les troubles de la conduction.
- Les complications thrombo - emboliques.
- La mort subite dans les formes sévères.

B.4 Traitement [8]

Il se résume par le tableau suivant :

Traitement de l'infarctus du myocarde		
Non Complicé	Lutte contre la douleur	Trinitrine ou Morphine (+ Atropine). Il faut absolument calmer la douleur
	Lutte contre l'anxiété	Rassurer, au besoin anxiolytique
	Anticoagulant	Héparine (en l'absence de contre-indications)
	Thrombolyse	Avant la 6 ^{ème} heure, associé aux antiagrégants plaquettaires
	Bêta-bloquant	A employer en l'absence de contre-indications. Notamment Tenormine à utiliser avant la 3 ^{ème} heure
	Calci-bloquant	A employer en cas de syndrome de Prinzmetal ou de probabilité de spasme.
Complicé	Syndrome vagal	Atropine sous-cutanée.
	Traitement anti-arythmique	Non systématique. En cas d'extrasystolie : Xylocaine intra-veineuse. En cas d'autres troubles : traitement adapté.
	Troubles de conduction	BAV du 3 ^{ème} degré : stimulation endocavitaire, notamment dans les infarctus antérieurs. Autres blocs : surveillance attentive.
	Insuffisance ventriculaire gauche	Trinitrine intraveineuse sous contrôle hémodynamique.
	Choc cardiogénique	Vasodilatateurs. Agents inotropes : Dopamine, Dobutamine, Inhibiteurs de l'aphospho diestérase. Assistance circulatoire.
Angioplastie Chirurgie	A envisager en service spécialisé selon l'évolution après résultat de la coronarographie.	

- un souffle cardiaque (d'insuffisance Aortique ou d'insuffisance Mitrale),
- une splénomégalie qui est inconstante, tardive et non douloureuse.

Les Signes cutanés se révèlent par :

- Un hippocratisme digital
- Un placard érythémateux des paumes et des plantes
- Un purpura pétéchial.
- Des faux panaris d'Osler pathognomoniques de l'endocardite Infectieuse
- des taches blanchâtres de Roth au fond de l'œil.
- On complètera l'examen par la recherche d'une porte d'entrée (ORL , dentaire, cutanée, etc.).

5.2.2. Endocardites aiguës

Dans ce type d'endocardites nous notons :

Une fièvre à 39° - 40°C, des frissons et un syndrome septicémique.

Les signes cutanés sont moins fréquents mais sont différents :

- Un purpura nécrotique des extrémités parfois centré par une goutte de pus.

En pratique, on retiendra que toute fièvre prolongée (de plus de 8 jours) chez un patient ayant une valvulopathie doit faire évoquer le diagnostic d'endocardite et traiter comme telle.

5.2.3. COMPLICATION [8]

Les complications les plus fréquentes sont :

- L'insuffisance cardiaque (entraînant un œdème pulmonaire massif voire un choc cardiogénique dans un contexte fébrile,
- un trouble de la conduction (BAV 1er degré),
- des troubles du rythme (extrasystole, fibrillation auriculaire,

etc.)

- l'infarctus du myocarde,
- l'insuffisance rénale: fonctionnelle (par insuffisance cardiaque) ou secondaire à l'antibiothérapie,
- un infarctus rénal par embolie: rare,
- une méningite septique (rare),
- une hémorragie méningée,
- un abcès cérébral,
- des embolies pulmonaires septiques,
- des complications thromboemboliques de décubitus.

5.2.4. Examens complémentaires

➤ Hémoculture répétée au pic fébrile > 38°5

➤ ECG

➤ Radiographie du Thorax: face/profil

➤ Echocardiographie : elle a un rôle diagnostique (montre les végétations et la cardiopathie causale) et un rôle pronostic en appréciant les complications secondaires. Elle met en évidence :

- des végétations,
- la rupture éventuelle d'un cordage ou de la valve,
- une fermeture prématurée de la valve mitrale négative n'élimine pas le diagnostic [8].

➤ Biologie

NFS, plaquette, ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie, protéinémie, TP, TCA, ECBU.

5.3. TRAITEMENT [1,8,25]

5.3.1. But du traitement

- Stériliser le foyer en luttant contre le germe ;
- Lutter contre les complications éventuelles.

VI. LES PERICARDITES AIGUES

6.1. Définition

La péricardite aiguë est une inflammation aiguë de la séreuse péricardique avec ou sans épanchement liquidien. Le retentissement de l'épanchement péricardique dépend de son abondance, de la rapidité de sa formation et des possibilités de distension du péricarde [8,10,14]

Par ailleurs, on parlera d'urgence ici, chaque fois que nous aurons un état d'adiastolie ou de tamponnade.

6.2. Diagnostic positif

6.2.1. Clinique

> Douleur thoracique pseudo - angineuse

- Rétrosternale constrictive et angoissante
- Irradiation diffuse
- Augmentée avec la toux, à l'inspiration (+++) et soulagée par l'antéflexion (signe de la prière mahométale), les anti-inflammatoires

> Dyspnée permanente

- Polypnée superficielle variant avec la position et la toux
- AEG (Altération de l'état général) variable en fonction de l'étiologie
- Fièvre de type variable

Signes de compression: Hoquet, dysphagie, dysphonie

L'examen physique met en évidence [14]:

> Un assourdissement des bruits du cœur

> Un frottement péricardique (liquide peu abondant)

- superficiel

- Perçu en 2 temps «va et vient»)
- Doux et rude
- Variable, inconstant

➤ Tachycardie

➤ Hypertension veineuse avec stase (Hépatomégalie, épanchement pleural) en cas d'épanchement volumineux.

6.2.2. Examen paraclinique

➤ ECG [7]:

- Tachycardie
- Trouble diffus et concordant de la repolarisation :4 stades de Holtmann

*sus décalage de ST

*aplatissement de T

*Onde T négative

*retour à la normale

➤ Radiographie du thorax F/P : cardiomégalie globale avec perte de l'angulation donnant un aspect en calebasse ou en théière.

➤ Parfois un cœur de volume normal (péricardite sèche)

➤ Echocardiographie qui confirme le diagnostic par la mise en évidence de l'épanchement.

6.2.3. Evolution

Elle peut se résumer en 2 types de complications.

6.2.3.1. Complications immédiates [1,8,10]

La tamponnade : état d'adiastolie aiguë par obstacle au remplissage diastolique du cœur causé par un épanchement péricardique compressif.

Elle associe

➤ Une insuffisance cardiaque droite

VII. EMBOLIE PULMONAIRE

7.1. Définition

L'embolie pulmonaire est une obstruction partielle ou totale de l'artère pulmonaire ou d'une de ses branches par un corps étranger constitué par un caillot sanguin le plus souvent [8].

7.2. Diagnostic positif

7.2.1. Diagnostic clinique

Le plus souvent difficile à cause du polymorphisme et de la non spécificité des signes cliniques [8,10]

7.2.1.1. Infarctus de Laennec

Il associe:

- la douleur thoracique à type de point de côté
- la polypnée
- la toux sèche
- le crachat hémoptoïde le jour suivant
- la fièvre
- l'angolisse

7.2.1.2. Cœur pulmonaire aigu [9]

Il réalise un tableau d'insuffisance ventriculaire droite aiguë associant :

- Une turgescence jugulaire
- Un galop droit
- Une tachycardie
- Un éclat de B2 au foyer pulmonaire
- Une hépatomégalie douloureuse
- Un reflux hépato-jugulaire

- Un signe de Harzer

7.2.1.3. Signes Isolés

- Dans les formes aiguës nous avons : une douleur thoracique, une dyspnée, une lipothymie et souvent une hémoptysie, etc.
- Dans les formes chroniques récidivantes nous avons le plus souvent : une pleurésie, un abcès, des pneumopathies récidivantes, un cœur pulmonaire post embolique

7.2.2. Diagnostic paraclinique [7,8,9]

7.2.2.1. ECG

L'ECG non spécifique doit être comparé aux enregistrements antérieurs pour détecter les anomalies.

En cas de cœur pulmonaire aigu :

Aspect S1 Q3 avec

- Une onde T négative en D3, VF et de VI à V4 ;
- une déviation vers la gauche du complexe transitionnel ;
- un bloc de branche droit incomplet.

7.2.2.2. Radiographie pulmonaire F/P

Elle peut mettre en évidence :

- Un épanchement pleural
- une opacité en raquette, en bande, voire une image ronde
- une hyperclarté pulmonaire
- une image de tumeur pulmonaire
- une microatélectasie

Mais le plus souvent on a une radiographie thoracique normale dans 20 à 30% des cas.

7.3.2.2. Traitement inotropes positifs

- Dobutamine : 5 à 11.µg/kg/mn (ou)
- Dopamine: 5 à 17 µg/kg/mn (ou)
- Isoprénaline 0,2 à 10 µg/kg/mn

(à la seringue électrique à débit continue)

7.3.2.3. Traitement spécifique

Héparinothérapie : 5 mg / kg / 24h à la seringue électrique et adaptée au TCK qui doit être entre 2 et 3 fois le témoin , est le traitement idéal d'urgence

Thrombolytique : traitement des embolies pulmonaires graves sous réserve du respect strict des CPK et dans un délai de 5 jours afin d'éviter la survenue de défaillance droite.

Traitement associé à l'héparine (sauf en cas d'utilisation de streptokinase ou l'héparine vient en relais.

7.3.2.4. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est rarement indiqué .Toutefois il consiste à pratiquer une embolectomie en milieu cardiochirurgical spécialisé avec un risque potentiel bien connu de décès.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

Les motifs de consultation, les antécédents, les signes fonctionnels ainsi que les signes physiques.

- Paracliniques portant sur les examens effectués :

Ce paragraphe a tenu compte des examens effectués chez les patients portant sur l'ECG, l'échocardiographie, la radiographie thoracique et la biologie.

- Thérapeutiques portant sur

Les groupes et familles médicamenteux prescrits en urgence.

- Evolutifs immédiats
- favorables
 - * sur les sorties
 - * les transferts en hospitalisation cardiologique ou
 - * les transferts vers d'autres structures d'accueil
- défavorable : les décès.

III. Analyse statistique

Il est réalisé une analyse de nos données par le logiciel EPI.INFO (6.0 Fr).

L'analyse des variables qualitatives a été faite à l'aide du test Chi2 de PEARSON avec la correction de YATES éventuelle.

On a retenu une valeur de probabilité $P < 0,05$ comme étant significative.

CHAPITRE III : RESULTATS

I. EPIDEMIOLOGIE

1.1. Sexe et Age

Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Hommes	165	52,38
Femmes	150	47,62
Total	315	100

REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

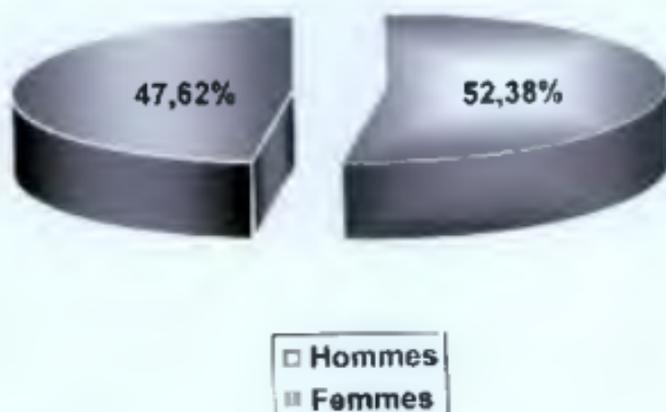


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

L'étude de la discrimination des sexes a permis de dénombrer 165 patients de sexe masculin et 150 de sexe féminin soit un sexe ratio de 1,1 pratiquement 1 homme pour une femme.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe et l'âge.

Tranche d'âge	HOMMES		FEMMES		Ens. des patients	
	Eff.	%	Eff	%	Eff.	%
< 20 ANS	07	2,22%	04	1,27%	11	3,49%
20-29	03	0,95%	19	6,03%	22	6,98%
30-39	12	3,81%	20	6,35%	32	10,15%
40-49	40	12,70%	25	7,94%	65	20,63%
50-59	50	15,87%	26	8,25%	78	24,12%
60-69	26	8,25%	29	9,21%	55	17,46%
70-79	20	6,35%	15	4,76%	35	11,11%
80-89	05	1,59%	11	3,49%	16	5,07%
90-99	00	0,00%	01	0,32%	1	0,31%
Total	165		150		315	100%

1.2. Nationalité

Tableau III : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Ivoiriens	259	82,22%
Non ivoiriens	56	17,78%
Total	315	100,00%

82,22% des patients sont des Ivoiriens.

1.3. Groupe Ethnique

Tableau IV : Répartition des patients selon le groupe ethnique

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Akan	97	30,79
Malinké	60	19,05
Mandé	52	16,51
Krou	50	15,87
Total	259	100

Pour les patients ivoiriens, la répartition selon les groupes ethniques laisse un fort pourcentage au groupe Akan puis viennent les Malinkés, les Mandé et les Krous.

1.4. Niveau socio-économique

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

Niveau	Hommes		Femmes		Ens. des patients	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Bas	85	26,98	115	36,51	200	63,49
Moyen	56	17,78	30	9,52	86	27,30
Elevé	24	7,62	05	1,59	29	9,20
Total	165	52,38	150	47,62	315	100

7,62 % des hommes ont un niveau socio-économique élevé contre 1,59 % des femmes. Plus de 2/3 de la population ont un niveau socio-économique faible dont 36,51 % des femmes. La différence de niveau socio-économique entre les hommes et les femmes est significative.

Tableau VI : Répartition des motifs de consultation selon les affections

Affections	Motifs de consultation	Eff
Urgences hypertensives (95 patients)	Trouble de la conscience	10
	Palpitations	8
	Agitations	4
	Vertiges	14
	Poussée hypertensive	28
	Dyspnée	13
	Céphalées	15
	Douleur thoracique	4
	Mise en Observation	9
Péricardite (13 patients)	Douleur thoracique	7
	Dyspnée	2
	Toux	1
Trouble du rythme (38 patients)	Trouble de la conscience	3
	Palpitations	8
	Dyspnée	7
	Mise en Observation	13
	Fibrillation	12
Coronaropathie (33 patients) • angor (14 patients) • Infarctus du myocarde (19 patients)	Douleur thoracique	9
	Céphalée	4
	Précordialgie	9
	Hoquet	3
	Asthénie	1
	Poussée hypertensive	6
	Vertiges	7
Endocardite Infectieuse (04 patients)		1
	Asthénie	2
	Toux	1
	Arthralgie	7
	Dyspnée	3
	Douleur thoracique Fièvre	4

Tableau VI (suite) Répartition des motifs de consultation selon les affections

Affection	Motifs de consultation	Eff
Valvulopathies rhumatismales (21 patients)	Toux	4
	Précordialgie	5
	Arthralgie	8
	Dyspnée	5
	Fièvre	3
	Lipotymie	7
	Amalgrissement	7
Insuffisance cardiaque (99 patients)	Toux	11
	Œdème des membres inférieurs	19
	Dyspnée	99
	Insuffisance cardiaque	35
	Trouble de la conscience	6
	Poussée Hypertensive	11
	Mise en Observation	8
	Palpitation	4
Thrombophlébite (08 patients)	Douleur aux membres inférieurs	5
	Diminution du ballonnement des mollets	6
	Tuméfaction des membres inférieurs	3
		3
Embolie pulmonaire (04 patients)	Douleur thoracique	4
	Dyspnée	3
	Agitation	3
	Toux avec crachat hémoptoïde	2
Ischémie des membres inférieurs (02 patients)		2
	Douleur aux membres inférieurs	2
	Engourdissement	2
	Claudication	1

28,43% des patients viennent en consultation pour dyspnée ;
11,02% pour urgences hypertensives et 8,57% pour insuffisance cardiaque.

2.2. Antécédents

2.2.1 Antécédents médicaux

Tableau VIII : Répartition des antécédents médicaux.

Antécédent	Effectif	Pourcentage
Antécédents cardio vasculaire	148	46,98%
Antécédents non cardio - vasculaire	65	20,63%
Sans antécédents	102	32,38%
Total	315	100 %

La répartition des antécédents montre que 46,98% des patients ont un antécédent cardio - vasculaire, 32,38% sans antécédent médical et 20,63% des patients ont des antécédents non cardiovasculaires.

Tableau IX : Répartition des antécédents cardiovasculaires

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Hypertension artérielle (les poussées Hypertensives)	69	47,26%
Insuffisance cardiaque	39	26,71%
Coronaropathies		
- Angor	13	8,90%
- Infarctus du myocarde		
Valvulopathie	11	7,53%
Troubles du rythme	8	5,48%
Péricardites	3	2,05%
Thrombophlébite	2	1,37%
Embolie pulmonaire	1	0,68%
Endocardite	1	0,68%
les poussées hypertensives + valvulopathie + péricardite	1	0,68%
Total	146	100,00%

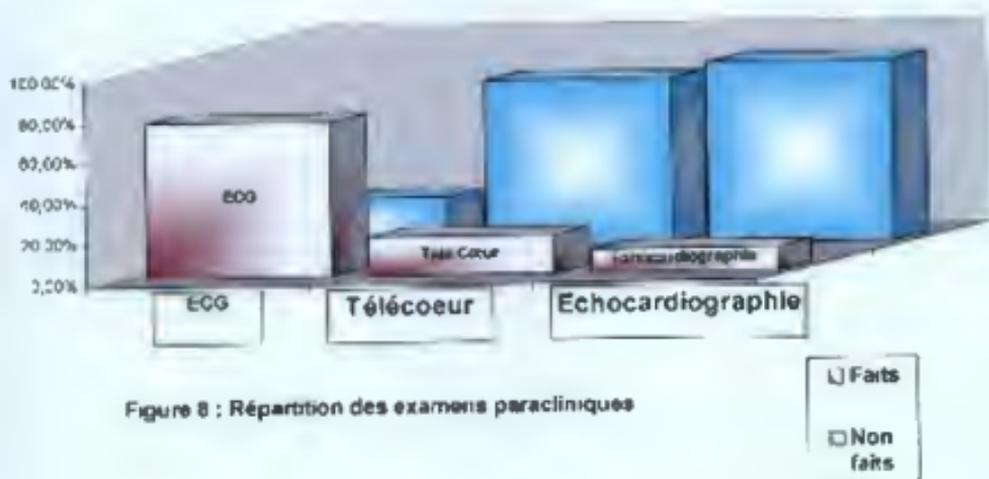
Les antécédents les plus fréquents sont l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les coronaropathies.

III. PARACLINIQUE

3.1 Examens paracliniques

Tableau XIII : Répartition des examens paracliniques

Examens	Faits		Non faits	
	Effectif	pourcentage	Effectif	pourcentage
ECG	239	75,87%	76	24,13%
Télécoeur	58	18,41%	257	81,59%
Echocardiographie	35	11,11%	280	88,89%



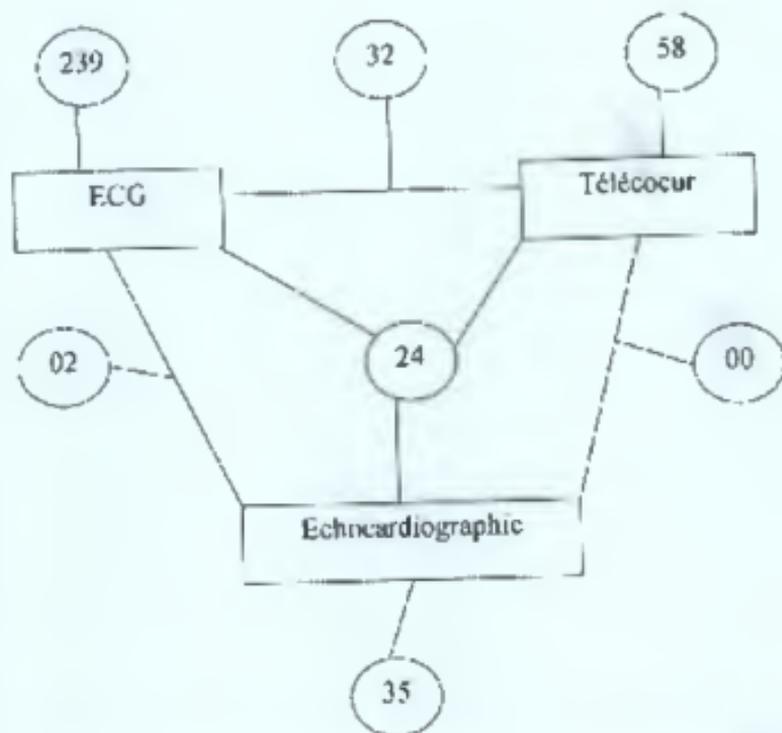


Diagramme des examens paracliniques effectués et leur association

Parmi les 315 patients, seuls 24 soit 7,61% ont pu faire les trois examens et 34 soit 10,79% ont fait deux examens sur les trois.

Résultats des examens paracliniques

1°) ECG

Tableau XIII: Répartition des troubles électrocardiographiques

Troubles électrocardiographiques		Effectif	Pourcentage
Troubles du rythme	Tachycardie	46	19,18%
	Fibrillation auriculaire	29	12,09%
	Flutter	03	1,25%
	Extrasystole	12	5%
Trouble de la conduction	Bloc de branche	07	2,92%
Hypertrophie des parois	HAD et/ou HVD	07	2,92%
	HVG et/ou HAG	56	23,43%
Trouble de la repolarisation	Ischémie sous épicaudique	16	6,63%
	Ischémie sous endocardique	13	5,43%
	Lésion	06	2,51%
	Onde Q de nécrose	09	3,76%
Tracé normal		35	14,64%
Total		238	100%

Le dénombrement des anomalies électrocardiographiques laisse une proportion de 23,43% à l'hypertrophie ventriculaire

gauche, 19,18% aux tachycardies, 12,09% aux fibrillations auriculaires.

2°) Télé cœur

L'image radiologique montre une cardiomégalie avec un rapport cardio - thoracique allant de 0,61 à 0,75 ; soit un RCT moyen de 0,63. Parfois cette cardiomégalie est associée à une surcharge hiltaire.

3°) Echocardiographie

L'échocardiographie réalisée nous donne les résultats suivants :

- 75% d'hypertrophie ventriculaire gauche
- 68,9% de dilatation du ventricule gauche en systole
- 58,9% d'hypokinésie
- 57,14% de sténose mitrale
- 14,28% d'épaississement aortique d'allure rhumatismale.

Dans l'ensemble, la moitié des patients (49,43%) avait un examen biologique avec 52,69% de glycémie, 50,79% de créatinine - urée et 47,93% d'ionogramme sanguin.

Tableau XV Résultats des examens biologiques

	IC	HTA	TRC	COR	END + VALV	PER	THR + ISC MB <	Total
Trouble électrolytique	16	12	19	07				54
Diabète	13	06	07	12		05	01	47
Insuffisance rénale	11	12	05	05		04		37
Anémie	07	05	02		07	04		25
Hyperleucocytose					06	09	09	24
DM	07			15				22
Trouble de la coagulation	04		02	01				07
Hypercholestérolémie		06						03
Leucopénie						03		03

NS

TRC : Trouble du rythme et de la conduction

COR : Coronaropathie

END + VALV : Endocardite infectieuse + Valvulopathie

PER : Péricardite

THR +ISC MB < : Thrombophlébite - Ischémie aiguë des membres inférieurs

L'analyse biologique a révélé 35,76% de troubles électrolytiques, 28,31% de diabète et 23,12% d'insuffisance rénale.

IV. DIAGNOSTIC

4.1 Urgences répertoriées

Tableau XVI : Répartition des urgences

Urgences	Effectifs	Pourcentages
Insuffisance cardiaque congestive (ICC)	99	31,42%
les Urgences Hypertensives	95	30,16%
- poussées hypertensives avec retentissement viscéral	63	70,00%
- poussées hypertensives sans retentissement	32	10,15%
Trouble du rythme et de la conduction	38	12,06%
- Fibrillation	09	2,85%
- tachycardie sinusale	12	3,83%
- Flutter	02	0,63%
- ESA	03	0,95%
- ESV	06	1,90%
- ESA-ESV	02	2,22%
- Trouble de la Conduction	03	0,95%
Coronaropathies	33	10,47%
- Angor	14	4,44%
- Infarctus du myocarde	19	6,03%
Valvulopathie	21	6,67%
Péricardite	13	4,13%
Thrombophlébite	08	2,53%
Embolie pulmonaire	04	1,27%
Endocardite infectieuse	04	1,26%
ischémie aiguë des membres inférieurs	02	0,63%
TOTAL	315	100,00%

4.2 Causes des Insuffisances cardiaques

Tableau XVII : Répartition des causes

Causes	Effectifs	Pourcentage
- les poussées Hypertensives	39	39,39%
- valvulopathie	28	28,28%
- Coronaropathie	20	20,20%
- tamponnade	02	2,02%
- autres causes	10	10,10%
Total	99	99,99%

Plus du tiers des Insuffisances cardiaques était dû à l'hypertension artérielle (39,39%) suivie des valvulopathies (28,28%).

4.3 Les stades des Insuffisances cardiaques

Tableau XVIII : Répartition des Insuffisances cardiaques selon les différents stades

Stade	Effectifs	Pourcentage (%)
Stade I & II	18	18.18%
Stade III	34	34.34%
Stade IV	47	47.47 %
Total	99	99.99%

Les stades III et IV se trouvent chez plus des 3/4 des patients insuffisants cardiaques (82,82%).

Tableau XX : Répartition des médicaments selon les pathologies

Pathologies	Médicaments
urgences Hypertensives (95 patients)	Diurétiques Inhibiteurs de l'enzyme de conversion vasodilatateurs Bêta-bloquant Autres antihypertenseur Parfois oxygène
Insuffisance cardiaque (99 patients)	Digitalique Vasodilatateur Anti-coagulants Anti-agregants plaquettaires Diurétique Oxygène
Trouble du rythme (38 patients)	Anti-arythmique Electrolytes Digitalique
Coronaropathies (33 patients)	Antalgique Vasodilatateurs Inhibiteurs de l'enzyme de conversion Oxygène Antiagregants plaquettaires Anticoagulants
Endocardite (25 patients)	Antibiotiques Antalgique
Péricardites (13 patients)	Ponction péricardique Antibiotique Anti-inflammatoires
Ischémie des Membres inférieur (2 patients)	Antalgique Anticoagulants Vasodilatateurs
Embolie pulmonaire (4 patients)	Oxygène hyper barre Anticoagulants
Thrombophlébite (8 patients)	Surélévation du membre

VI. EVOLUTION

Tableau XXI : Des orientations et décès

Evolution	Effectif	Pourcentage
Sortie	144	45,71%
Hospitalisation	131	41,59%
Transfert	30	09,53%
Décès	10	03,17%
Total	315	100,00%

Nous avons 45,71% de patients qui sont sortis parmi lesquels 31 malades (soit 09,53 %) ont refusé d'être hospitalisés et 41,59% d'hospitalisation. La plupart des malades ont une bonne évolution hospitalière.

6.1 Décès:

Tableau XXIII : Causes des décès.

Affection	Effectif	Pourcentage
Insuffisance cardiaque	06	60%
Décédés à l'arrivée	03	30%
Péricardite	01	10%
Total	10	100%

60% des décès sont dus à l'insuffisance cardiaque, 30% des décès à l'arrivée et 10% dus à une fonction péricardite.

CHAPITRE IV : COMMENTAIRES

I. Critique de la méthodologie

Dans les pays africains subsahariens la prise en charge des urgences surtout cardio- vasculaires est confrontée à plusieurs écueils marqués par l'insuffisance des moyens, le faible niveau socio-économique des patients et les limites dans l'organisation des soins.

L'objectif de notre travail est d'étudier en milieu spécialisé comme l'institut de Cardiologie d'Abidjan, la prévalence des urgences cardiovasculaires, d'analyser leur problème de prise en charge et de déterminer leur évolution hospitalière.

Mais comme toute étude rétrospective notre travail qui est effectué sur huit mois, du 10 août au 15 mars 2002 s'est heurté à de nombreuses difficultés. Durant cette période 452 patients ont été admis au service des urgences cardiovasculaires mais nombreux sont les dossiers incomplets. Aussi n'a pu être correctement relevé un certain nombre de paramètres épidémiologiques, cliniques, para cliniques et évolutifs.

Dans les études européennes et américaines en revanche, l'âge moyen des patients admis pour des urgences est d'une décennie plus élevée. Il est de 63 ans pour SCHAMIM et de 67 ans aux USA dans l'étude de FRAMINGHAM [24].

Lorsque l'âge est rapporté au sexe, on note avant 60 ans une nette prédominance masculine et après 60 ans une prédominance féminine. Cela pourrait s'expliquer par la longévité plus accrue des femmes dans nos populations et peut-être par la protection hormonale des femmes avant la ménopause pour les pathologies cardiaques surtout coronariennes.

D'une manière générale, il résulte de notre étude et de celle de Dakar que les urgences cardiovasculaires touchent une population plus jeune en Afrique noire qu'en Europe et aux USA. Cette différence s'expliquerait par le niveau socio-économique plus élevé dans ces pays développés avec pour corollaires un accès plus facile aux soins de santé de qualité et donc une espérance de vie plus longue.

2.3. NATIONALITE ET ETHNIE

Les patients de notre travail sont dans 82,22% des cas de nationalité Ivoirienne. Parmi les non Ivoiriens, les occidentaux ne représentent que 4,3% des cas. Ce faible taux des occidentaux est le fait, d'une part de leur nombre de moins en moins important en Côte d'Ivoire et d'autre part parce qu'assurés, de leur préférence pour les cliniques privées internationales ou pour les évacuations sanitaires médicalisées dans leur pays d'origine.

Quand aux groupes ethniques, les Akans sont au premier plan et les krou au dernier. Le groupe Akan aurait-il une prédisposition particulière pour les maladies cardiovasculaires ? La présente étude ne peut répondre par l'affirmatif à cette question. Elle ne peut que relever de la situation géographique en pays Akan de l'Institut de Cardiologie tout en soulignant la caractéristique cosmopolite de la ville d'Abidjan.

2.4. LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Le niveau socio - économique en milieu tropical Africain reste une notion fluide, difficile à cerner avec précision. Néanmoins dans 63,4% des cas, le profil socio - économique de nos patients admis pour des urgences cardiovasculaires est bas avec par ailleurs une légère prédominance féminine. TIABAS dans son étude sur les complications cardiaques de l'hypertension artérielle [49] ainsi que les auteurs dakarois [1], soulignent la pauvreté de la grande majorité des malades présentant une pathologie cardiovasculaire. Ces observations cependant doivent être revues avec beaucoup de nuances. En effet, les sujets nantis et assurés préfèrent être admis dans des cliniques privées laissant ainsi les hôpitaux publics à la population générale habituellement démunie. Cette constatation soulève un réel problème de santé publique, quant à la prise en charge des urgences cardiovasculaires en particulier, de toutes les pathologies médico - chirurgicales en général dans nos pays en voie de développement. L'instauration d'une assurance médicale universelle serait la bienvenue pour réduire le fossé entre riches et pauvres devant la maladie. Ces constatations soulèvent aussi le problème de l'insertion de la gente féminine dans le processus de développement socio - économique de nos pays.

2.5. LE TEMPS

La problématique majeure est ici le retard qui marque l'admission des malades aux urgences cardiovasculaires. Aussi, est-il important de distinguer la population dont les malades ont un antécédent cardiovasculaire connu de celle dont les patients sont brutalement surpris par l'urgence.

Dans la première population, avec l'inobservance des mesures hygiéno - diététiques et thérapeutiques, le retard relèverait non seulement du manque de moyens financiers mais encore du fait culturel et cosmogonique laissant place à la thérapie traditionnelle. Plutôt que de prendre les médications modernes prescrites, les malades choisissent ou sont contraints de

A la différence des pays européens, à Dakar comme à Abidjan, le délai d'admission reste encore très long alors qu'à ce jour, l'urgence cardiovasculaire est une véritable course contre la montre. A l'évidence, la qualité de la prise en charge pré-hospitalière des urgences cardiovasculaires apparaît peu satisfaisante. Aussi, serait-il utile et urgent de réfléchir à de nouvelles perspectives pour une meilleure prise en charge préhospitalière des urgences cardiovasculaires en Côte d'Ivoire.

III. CLINIQUE

3.1. Les motifs d'admission aux urgences

Dix huit motifs d'admission ont été répertoriés. Certains malades ont présenté un ou plusieurs motifs d'admission à la fois.

Ces motifs dans leur diversité se confondent tantôt aux signes fonctionnels ou physiques, tantôt aux tableaux cliniques. Au niveau des motifs majeurs, la dyspnée apparaît au premier rang avec 28.4% des cas. Viennent ensuite les douleurs thoraciques et/ou précordiales dans 12% des cas ; les poussées hypertensives dans 11% des cas puis les tableaux de décompensation cardiaque aiguë dans 8.5% des cas.

Au niveau des motifs mineurs, qu'il s'agisse de palpitation, d'œdème isolé des membres inférieurs, de trouble de la conscience ou qu'il s'agisse de toux, de céphalées, d'asthénie, d'agitation, de hoquet et de lipothymie, la fréquence n'excède guère les 5%.

En revanche en France, pour Castillo Fenoy et coll, le symptôme prédominant d'admission, non aux urgences mais aux soins intensifs cardiologiques est la douleur précordiale présente chez 70% des patients ; la dyspnée venant en deuxième position. Les autres symptômes plus hétérogènes étaient des causes moins fréquentes d'admission.

Avec toutes les nuances qui s'imposent, l'urgence cardiovasculaire en milieu tropical africain semble être dominée par les symptômes de défaillance cardiaque et dans

les pays Européens par les signes de coronaropathie dont la principale est la douleur.

3.2. Les antécédents

Le terrain déjà connu sur lequel survient l'urgence cardiovasculaire dans notre étude est largement dominé par l'hypertension artérielle et ce, dans 47,26% des cas.

Viennent ensuite et respectivement l'insuffisance cardiaque, la coronaropathie, les valvulopathies et les troubles du rythme dans 26,7% ; 8,21% ; 6,16% et 5,48% des cas.

Sont également notés d'autres quoiqu'en proportion restreinte tels que l'insuffisance rénale, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux.

Au Sénégal au contraire, les antécédents étaient en premier lieu, représentés par les atteintes myocardique dans 53,6% des cas, les valvulopathies évoluées au deuxième plan avec 32,9% des cas. L'hypertension artérielle n'apparaît qu'au troisième rang et les cardiopathies congénitales au quatrième rang.

Cette différence relèverait de l'échantillonnage de ces deux études. Mais l'on sait que les valvulopathies croissent en milieu Africain des zones de forêt vers les zones de savane et les maladies du muscle cardiaque des zones de savane vers les zones de forêt.

associée. Ces résultats concordent avec ceux de AEOULI qui notait un RCT de 0,63 et de TIABAS avec un RCT de 0,69. De façon générale, la radiographie thoracique met en évidence une cardiomégalie du fait des myocardopathies et leur cause.

4.1.3-Echocardiographie : 11,11%. Elle occupe la 3^{ème} place. Bien que sa réalisation soit limitée par le manque de moyen financier, elle fait le diagnostic à 90%. Les myocardopathies dilatées hypokinétiques avec baisse de la fraction d'éjection sont les anomalies les plus observées [1 ;15].

De façon générale, les examens paracliniques sont peu réalisés. 64,46% d'examens non faits contre 35,13% d'examens faits. Ceci du fait du manque de moyens techniques, du bas niveau socio-économique des patients dans leur ensemble et quelque fois du fait des pannes techniques.

4.2. Biologie

4.2.1. La glycémie

52,79% était l'examen le plus réalisé. Cet examen a révélé 28,31% de diabète chez nos patients. Mais ce diabète était très fréquent dans les coronaropathies (infarctus du myocarde) à 30,76%. Ce taux serait dû à la sidération du myocarde.

4.2.2 Urée-créatinine

Elle occupait la deuxième place (50,79%). Elle a révélé 23,12% d'insuffisance rénale dont 12,63% dans l'hypertension artérielle ;11,11% dans l'insuffisance cardiaque. Ce taux élevé d'insuffisance rénale pourrait être en rapport à la sévérité de la maladie. Parallèlement, l'administration de diurétiques et

d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion à fortes doses chez certains patients pourrait contribuer à l'apparition de l'atteinte rénale.

4.2.3 Ionogramme sanguin

47,93% était le troisième examen. 35,76% de nos patients présentaient des troubles électrolytiques avec 28,16% d'hyponatrémie, dont le plus grand nombre s'observait dans les troubles du rythme, l'insuffisance cardiaque et l'HTA. Ce taux élevé d'hyponatrémie serait dû à l'insuffisance rénale et aux fortes doses de diurétique.

4.2.4. Numération formule sanguine

46,34% de nos patients avaient ce bilan. Parmi lesquels 17,12% présentaient une anémie source de mauvais pronostic des décompensations cardiaques.

Dans l'ensemble d'énormes efforts restent à faire. Car le taux de réalisation des explorations cardiaques demeure faible par rapport aux occidentaux [8 ;23] qui avaient un taux au delà 79%

conduction, d'arrêt cardiaque, de collapsus et de choc cardiogénique, d'embolie pulmonaire, d'accident cardiaque des intoxications et des intolérances médicamenteuses de pathologie aiguë des gros vaisseaux.

VI. TRAITEMENT

6.1. Les diurétiques

Le but du traitement diurétique est de lutter contre la rétention hydrosodée. Ces molécules entraînent une déplétion sodée et hydrique. Une baisse des pressions pulmonaires et de la tension artérielle. Il existe trois classes de diurétiques :

-diurétique de l'anse de Henle, dont le chef de file est le furosémide (Laslix). Ils sont caractérisés par une action rapide et une durée d'action brève. Ils ont un pouvoir natriurétique très prononcé et leur emploi nécessite une supplémentation en potassium :

- diurétique thiazidique et apparentées hydrochlorothiazide. Ils ont un pouvoir natriurétique modéré et de longue durée. Ils inhibent la résorption du sodium et augmentent celle du calcium.
- Diurétique épargneur du potassium dont le chef de file est la spironolactone qui inhibe la résorption du sodium au niveau tube collecteur.

Ces produits constituent le centre du traitement des urgences cardiovasculaires car leurs prescriptions s'étendent dans notre travail des insuffisances cardiaques à l'hypertension artérielle et aux insuffisances rénales.

Dans notre étude ; les diurétiques ont été prescrits dans 14,83% des cas. Ils occupent la première place.

- 81% des patients étaient traités au furosémide : laslix 20mg : 2 à 3amp IVD ;
- 12% de nos patients traités au spironolactone : aldactone 1 comprimé de 25 mg ;
- 7% association laslix-aldactone.

6.2. Les vasodilatateurs veineux

Ils réduisent la pré charge par leur action vasodilatatrice au niveau des veines systémiques.

Dans notre étude, ils occupaient la deuxième place avec 12,64% des prescriptions sous forme de Lenital à la seringue électrique ou de Risordan comprimé. Leurs prescriptions ont été privilégiées dans l'infarctus du myocarde, dans l'angor instable et l'œdème aiguë pulmonaire.

6.3. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion-(IEC)

Depuis l'étude consensus 1987 [25] les IEC sont devenus la base du traitement de l'insuffisance cardiaque [1] au même titre que les diurétiques. Ils sont également utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle, et de l'infarctus du myocarde. Ils réduisent la post charge en inhibant la transformation de l'angiotensine I inactive en angiotensine II vasodilatateur puissant. Ils réduisent la rétention hydrosodée en inhibant la sécrétion d'aldostérone par l'angiotensine II. Ils réduisent efficacement la masse ventriculaire gauche

Le captopril leur chef de file en comprimé 25 et 50 mg occupait dans notre étude la 2^{ème} place. Dans l'urgence hypertensive ce produit prescrit en sublingual a fait la preuve de son efficacité.

6.4. Les digitaliques

Ils entraînent une augmentation de la concentration intracellulaire du sodium par inhibition de la pompe sodium

cérébraux. Dans notre étude, ils sont prescrits dans 4,94% des cas et occupaient la 10^{ème} place.

Les thérapeutiques quoique lourdes pour nos pays en voie de développement, hormis les thrombolytiques, ont été administrées tout en restant conforme dans les indications aux recommandations habituelles. Sauf les coronarographies, les explorations cardiologiques ont été effectuées dans l'ensemble de façon adaptée.

VII. ASPECT EVOLUTIF

7.1 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour aux urgences cardiologiques à l'Institut de cardiologie d'Abidjan dans notre travail est de 19 heures 25 minutes. La durée maximale est de 3 jours, minimale de 15 minutes. Le court séjour répond bien à la politique de l'administration de la structure qui souhaite, vu le nombre restreint de lits, la pratique d'un TURN OVER rapide. Ailleurs, en France et comme dans l'étude de SYRACUSE, les séjours ont été parfois très longs aux urgences [8,22, 40]

7.2 Les décès

Dans notre étude, les 3,7% de décès sont essentiellement dus à l'évolution fatale des insuffisances cardiaques. La tamponnade cardiaque au cours d'une ponction péricardique a été l'objet d'un décès. Mais il se pose le problème de 3 cas de décès à l'arrivée aux portes du service des urgences. Sont concernés dans ces cas-ci les malades suivis en externe pour des raisons multiples et qui arrivent aux dernières minutes à l'enceinte de l'hôpital. Dans tout les cas le dénominateur commun de ces trois situations est la chaîne de pauvreté qui lie et qui continuera de lier pour des décennies la population noire Africaine. Notre taux de décès est relativement acceptable comparativement à celui observé à Dakar qui est de 50% et de celui de l'étude Syracuse qui est de 18,8%.

Le nombre de décès extra hospitalier reste important puisque 3 de nos patients sont arrivés décédés.

Dans l'étude de SYRACUSE les 2/3 des décès d'origine cardiovasculaire sont survenus au domicile des patients et l'arrêt cardio respiratoire constitue la cause majeure de ces décès extra hospitaliers.

Ces chiffres prouvent bien qu'il y a encore beaucoup de progrès à accomplir pour améliorer les performances des secours dans cette pathologie cardio vasculaire. Seule une chaîne d'action rapide et complète impliquant la population entière qui doit être correctement informée de ces maladies, le corps médical dans son ensemble, le SAMU, les sapeurs pompiers et les moyens modernes de communication pourrait s'avérer efficace. Un appel téléphonique immédiat, la réalisation des premiers gestes de survie par les voisins, l'arrivée rapide des secouristes bien équipés et enfin l'admission urgente en milieu spécialisé comme les urgences de l'institut de cardiologie doivent être les maillons indispensables de cette chaîne tout en gardant à l'esprit le caractère capital de l'information du public.

En dehors de 9,52% de cas de transfert dans d'autres services ; 87,30% de nos patients avaient une évolution favorable dont 45,71% ont regagné leurs domiciles après un bref séjour et 41,60% après une prolongation d'hospitalisation en service de médecine cardiologique.

La bonne utilisation des techniques cardiologiques et l'efficacité de la prise en charge des urgences cardiologiques expliquent les séjours hospitaliers relativement courts et ses taux relativement élevés de retour direct à domicile. Cependant d'énormes efforts sont encore à faire pour palier au retard et à l'insuffisance la prise en charge thérapeutique afin de réduire au maximum le nombre de décès.

Les problèmes rencontrés dans la prise en charge des urgences cardiovasculaires apparaissent nombreux et complexes. Ils résultent de l'intrication de plusieurs facteurs : bas niveau socio-économique, population à 70% analphabète, ignorance des maladies cardiaques, coût élevé et mauvaise observance du traitement etc. Notre travail avait pour but de faire le point des urgences cardiovasculaires observées chez nos patients.

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur l'évaluation de la prise en charge des patients admis aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) du 10 août 2001 au 15 mars 2002. Il en ressort que :

- 1 - L'âge moyen des patients était de 52,33 ans; la tranche d'âge prédominante est de 50 à 59 ans.
- 2 - Nous avons eu une égalité de sexe avec un sexe ratio homme / femme qui est de 1,1.
- 3 - Les antécédents les plus fréquents sont : l'hypertension artérielle (47,26%), l'insuffisance cardiaque (26,71%), les coronaropathies (8,21%), les valvulopathies (6,16%) et les troubles du rythme (5,48%)
- 4 - Les motifs de consultation fréquemment rencontrés étaient : la dyspnée (28,43%), la poussée hypertensive (11,02%), l'insuffisance cardiaque (08,57%) ensuite la mise en observation (07,59%), la palpitation (4,90%) et les troubles de la conscience (04,41%).



5 - Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, les palpitations et les vertiges.

6 - Les signes physiques les plus fréquents : le reflux hépato-jugulaire, les râles pulmonaires et l'assourdissement des bruits du cœur.

7 - Les troubles du rythme et de la conduction (40,75%) étaient l'anomalie électrique la plus observée suivie de l'hypertrophie des parois (26,47%) et enfin les troubles de la repolarisation (18,48%).

8 - Les urgences répertoriées sont l'insuffisance cardiaque sévère avec 31,42% suivie des urgences Hypertensives (30,16%); trouble du rythme (12,06%), coronaropathies (10,47%) valvulopathie rhumatismale (6,67%)

9 - Les pathologies sous-jacentes ont été l'Hypertension artérielle; Myocardiopathie, les maladies coronaires, les valvulopathies et les péricardites.

10 - Nous avons eu une bonne évolution hospitalière.

11 - Nous notons 10 décès dont 6 cas issus d'insuffisance cardiaque 1 cas de péricardite et 3 cas de décès à l'arrivée

12 - Les diurétiques (14,83%), les vasodilatateurs veineux (12,64%) , les IEC (11,60%), et les digitaliques(10,36%) ont été les médicaments les plus prescrits.

13 - Plus de 70% des patients ignorent qu'ils souffrent d'une maladie cardiaque. Les sujets les plus atteints sont ceux qui ont un faible pouvoir d'achat.

RECOMMANDATIONS

De cette étude, il ressort que la prise en charge des urgences cardiovasculaires est confrontée à de nombreux problèmes :

- d'ordre structurel (salle de réception exigüe ne permettant pas la libre circulation du personnel soignant et du matériel mobile) ;
- d'ordre matériel (manque de seringue électrique, etc.) ;
- de communication ;
- liés aux malades.

Il convient donc de faire les suggestions suivantes :

1. Aux malades

- Faire un bilan de santé dans le but de dépistage de toutes les pathologies cardiovasculaires.
- Appeler son médecin traitant en cas de sensation de signe d'appel ou,
- Appeler le SAMU ou le GSPM.
- Consulter le spécialiste pour la conduite à tenir
- Avoir constamment ses médicaments sur soi
- Suivre scrupuleusement les conseils de son médecin
- Avoir une bonne observance du traitement
- Informer son entourage de son mal
- Aider le personnel soignant en ayant le minimum de moyens pour les explorations cardiaques en vue d'une prise en charge rapide et efficace.

3. Aux autorités sanitaires

- ♦ La création d'unité de cardiologie dans les départements et régions pour le suivi des sujets à leur sortie des urgences dans leur département ou région.
- ♦ Le développement d'une surveillance nationale des pathologies cardiovasculaires.
- ♦ La prise en charge d'une partie du bilan complémentaire par le forfait payé par le malade en rendant effective l'assurance maladie universelle.
- ♦ Augmenter le parc auto du SAMU et du GSPM afin de rendre efficace leur intervention.
- ♦ Rendre accessible le SAMU à tous les malades en réduisant le coût de son intervention.
- ♦ Rendre accessible le téléphone à tous les ivoiriens pour faciliter la communication entre les malades, les hôpitaux, les organismes d'interventions d'urgences (SAMU) et les médecins.
- ♦ Mener une politique soutenue de formation des cardiologues en nombre croissant ainsi que le recyclage continu du personnel spécialisé existant .

BIBLIOGRAPHIE

- 7. BROWNE Gary ; HORT J ; LAUKC.**
Pericardial effusion in a pediatric emergency department
Pediatric emergency care : 2002 ; 18 (4) :285-289.
- 8. CASTILLO FA : MEDVEDOWSKY, JL, ABASTADO.M**
Enquête nationale sur les urgences cardiovasculaires:
Modalité d'admission en unité de soins Intensifs
cardiologiques.
Archive maladie du cœur et des vaisseaux : 1987 ; 1179-88
- 9. CHARBONNIER B**
Embolie Pulmonaire grave : Urgences Cardiologiques
Revue du praticien (Paris) 2000 ; 50 ; 1 ; pp40-44.
- 10. CLAEYS MJ ; VANDEKERCKHOVE Y ; BOSSAER TL et Al**
Recommandations pour la prise en charge de douleurs
thoraciques aiguës. Rapport du groupe interdisciplinaire
belge de cardiologie aiguë.
Revue médicale de Bruxelles :2002 ; 23 (2)
- 11. DE VERNEJOL N.**
Prise en charge des syndromes coronariens aigus et SROS
cardio.
Médecine d'urgence : 2001 ;23 : 196-198.
- 12. DOMANOVITS Hans ;SCHILLINGER Martin ;
PAULIS Monica ;RAUSCHA Fritz ;THOENNISSSEN Jana ;
NIKFARDJAM Mariam ; LAGNER Anton** diagnosis
Acute chest pain : A stepwise approach, the challenge of the
correct clinical
Resuscitation :2002 ; 55 (1) : 9-16

13. DUBIN DADE

Lecture accélérée de l'ECG.
 Rev. Card. 1986 ; 267 ; 2-13.

14. EDMON Bertrand et collaborateurs

Urgences Cardio-Vasculaires.
 Editions Frissons-Roche, Paris 1992 pp 23-29 ; 39-165.

15. ERIC BANOUN

Aide Mémoire d'urgences médicales
 Edition Ellipses 1992 pp 15-75

16. ESPOSITO Nicolino ; ABBRUZZESE Luciano

Out- of- hospital cardiac arrest in child without over
 cardiac disease : emergency department management.
 Resuscitation : 2001 ;49 (2) : 209-212

17. François AUBERT ; Philippe GUITTARD.

L'Essentiel Médical de Poche
 Edition Ellipses/ AUPELF 1990 ; pp 13-96.

18. GNEBA Y.C

Aspect épidémiologique et évolutif des myocardiopathies
 dilatées chroniques.
 Abidjan Thèse Médecine 2001:2689/2001.

19. H AGBOTON et collaborateur

Morbidité et Mortalité des urgences cardiologiques du CNHU
 Cotonou (Etude anatomo clinique) 1995

26. KONAN N'GUESSAN

Problématique de la prise en charge des malades atteints de l'HTA à l'hôpital général d'Aboisso service de Médecine-Consultation.

Mémoire de fin de cycle de l'infirmier spécialiste INFAS 1996-1998.

27. KOUA épouse YAYO MOBIO-BIE Florence

Etude des connaissances et attitudes des gestantes hypertendues relatives à l'HTA : cas de l'hôpital général de Grand-Bassam.

Mémoire de Fin de Cycle Supérieur INFAS 1999-2001

**28. Laboratoires MERCK SHARP et DOHME-Chibat
Albert HAGEGE**

Dysfonction ventriculaire Gauche en 10 questions
Rev Card.1994

29. Laboratoires Servir

Coversyl et hypertrophie ventriculaire gauche

30. LAMBERTL JANCOVICIR :

La ponctuation Périodique : conduites chirurgicales illustrées les gestes salvateurs.

Revue Internationale des services de santé des Forces Armées 1991 ; 64 ; 10-12 ; 303-304.

31. LANCELLOTTI P. ; PIERARLDLA ; KULBECTUS

L'infarctus aigu du myocarde : Prise en charge, pronostic et suivi.

Revue médicale de Liège 2000 ; vol55 ; 4 ; pp278-285.

- 32. LARDOUX H, VAYREF. PEZZANO. M**
 Tamponnade : Urgences Cardiologiques
 Revue du Praticien (Paris) 2000 ; vol 50 ; 1 ; pp45-48
- 33. LIMSH ; ANANTHARAMAN V ; TEO WS.**
 Slow- infusion of calcium channel blockers in the
 JACKSO Raymond
- 34. M. BARIÉTY, R BONNIOT, J ; BARIÉTY J, MOLINE**
 Sémiologie Médicale.
 Edition Masson 1990 ; pp141-176.
- 35. MICHAEL MANGRUM J**
 Tachyarrhythmics associated with acut myocardial
 Infarction.
 Emergency medecine clinics of north american
 :2001 ; 19 (2) : 385-395.
- 36. PIANETA A.**
 Les situations d'urgence en cardiologie sont au décours
 d'une prise en charge de masso-kinésithérapie.
 Cahier de kinésithérapie : 1999 ; 195(1) : 1
- 37. POLLACK Charles VJR ; GIBLER W Brian**
 Advences create opportunities : implementing the
 major tenets of the new unstable angina guidelines in
 the emergency department
 Annals of emergency medicine 2001 ; 38 (3) : 241-248.

43. SIRANSY AHOU EDWIGE

Evaluation des facteurs de mauvais pronostics dans
la myocardopathie dilatée

Mémoire de spécialité des maladies du cœur et
des vaisseaux .

Abidjan 2004

44. SPAULDING C ; ROZENBERG A ; LAURENT I

Arrêt cardiaque extra -hospitalier : urgences cardiologiques

Revue du praticien : 2000 ; 50 (1) : 36-39

45. Squibb instute for Research

Histoire d'une découverte fondamentale in lopril (captopril)
Et HTA.

Laboratoire Squibb ; 1985 ; p7

46. STAEGER P ; MEIER F ; FISHMAN D

Douleur thoracique

Médecine et hygiène : 2002 ; 60 (2404) : 1624-37.

47. STAEGER Philippe ; FISHMAN Daniel

Les douleurs thoraciques

Revue médicale de la suisse romande : 2001 ;

121 (1) : 11-17.

**48. SYMPOSIUM "l'Infarctus du myocarde « à la phase
aigue » : Réalités et perspectives**

Médecine d'urgence : 2001 ; 23 (69)

49. TIABAS LESSIEHI ELIANE Caroline

Complications Cardiaques de L'HTA à propos de 200 Cas
Colligés à LTCA.

Thèse juin 2000.

**50. TRZECIAK S ;ERICKSON Timothy ; BUNNEYE Sloan ;
Edward P**

Variation In patient management based on ECG
interpretation by emergency medicine and internal
medecine residents.

The american journal of emergency medccine :2002 ;
20 (3) : 188-195.

51. VACHERON A, Le FEUVRE C , Di MATTEO J

Myocardiopathies primitives non obstructives.

Cardiologie (3^{ème} édition)

Expansion scientifique Publication 1999 :363-69

52. VARIN J

Myocardiopathies dilatées. Encyclopédie pratique

D' échodoppler cardiaque

Edition LEN médical. ChapitreIX-2 ;fiche N°1 à13

**53. VAL I ; LONGO C ; LEMANT J ;YATIM D TOUZE MD ;
BARON D ; LE CONTE**

Modalités de prise en charge de la thrombose veineuse
profonde par l' urgentiste.

Journal européen des urgences : 2001 ; 14 (4) : 240-247.

54. World Health Organisation

Arterial hypertension and ischemic

Heart disease, preventive aspects: report of an expert

committee. Who Tech rep ser; 1962,p2

FICHE D'ENQUETE

Date d'entrée _____
N° du dossier _____

A- IDENTITE.

Nom _____

Prénoms _____

Age _____

Sexe Profession _____

Domicile _____

Region d'origine _____

Adresse _____

Ethnie _____

B- ANTECEDENTS

I- PERSONNELS

1- Médicaux

* Cardio-vasculaires
• HTA

Tabac Hypercholestérolémie Hyperglycémie Diabète Stress Hypertension Opérite Oesinoprogénatifs * Autres * Asthme * Ulcère * Autres Cardiopathies Angor Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque OAP Embolie pulmonaire Péricardite Myocardien Trouble du rythme Fibrillation PTachycardie Flutter auriculaire AC / FA Tachycardie ventriculaire Tachycardie jonctionnelle

2- ChirurgicauxTraumatologie Abdomen Plein bassin 3- Gynéco-obstétricauxGrossesse Partie

Date dernier accouchement _____

Délai entre accouchement et début signes fibrilatoires _____

Césarienne

Date _____

Fibrome utérin C- ASPECTS CLINIQUES1- *Motifs d'admission aux urgences*

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> | Spéciale |
| Palpitation | <input type="checkbox"/> | |
| Vertiges | <input type="checkbox"/> | |
| Poussée HTA | <input type="checkbox"/> | |
| Douleur Thoracique | <input type="checkbox"/> | |
| Écoulement | <input type="checkbox"/> | |
| OMI | <input type="checkbox"/> | |
| Toux | <input type="checkbox"/> | |
| Céphalée | <input type="checkbox"/> | |
| Asthénie | <input type="checkbox"/> | |
| Précardiagie | <input type="checkbox"/> | |
| Lipathymie | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | Agitation |
| Trouble de la conscience | <input type="checkbox"/> | |
| | | Adressé pour insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> |
| | | Adressé pour examens complémentaires <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |

Coma III 4 (Gérose insensible)

Apl'asie Plèvre

Trahic sensit Pneumothorax

Pleurésie

Vascularisation

* ECG : Electrocardiogramme

Fréquence _____

Rythme

Sinusal

Non sinusal

Axe QRS

Normal

Gauche

Droit

IIAD

BBB

HAG

HRG

HVD

BAV

ITVG

1^{er}

LSA

2nd

ESV

3^{me}

ESJ

Ischémie sous endocardique Territoire _____

Ischémie sous endocardique Territoire _____

Lesion sous épicaudique Territoire _____

Lesion sous coronarienne Territoire _____

Onde Q de nécrose Territoire _____

TOTAL _____

D - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

* Echographie

Péricarde

Normal

Épaississement

Cavités	OG	VG	<input type="checkbox"/>	Normales	
		VD	<input type="checkbox"/>	Dilatés	
Valves	Mitrale	<input type="checkbox"/>	-----		
	Aorte	<input type="checkbox"/>	-----		
	Tricuspidé	<input type="checkbox"/>	-----		
	Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	-----		
Parois	Hypertrophie	<input type="checkbox"/>	Concentrique -----		
			Asymétrique -----		
	Cinétique	<input type="checkbox"/>	Normal -----		
			Hypokinétique -----		
Doppler	DM	<input type="checkbox"/>	RM	<input type="checkbox"/>	
	II	<input type="checkbox"/>	RT	<input type="checkbox"/>	
	EAO	<input type="checkbox"/>	RAO	<input type="checkbox"/>	
	IP	<input type="checkbox"/>			
	PAPS	<input type="checkbox"/>	Normal	Valeur -----	
			Élevé	-----	
TOTAL	MPC	<input type="checkbox"/>	CPC	<input type="checkbox"/>	
	EP	<input type="checkbox"/>	Péricardite	<input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>

* Biologie

ENZYMES	CPK	<input type="checkbox"/>	Valeur	<input type="checkbox"/>
	CPKMB	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	GOI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	ASAT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	LDH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NFS :	Hb	<input type="checkbox"/>	Valeur	<input type="checkbox"/>
	GB	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Hco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* **Diagnostic non posé** (pour insuffisance des examens disponibles en urgences)

Traitement institué

Diurétique
 Digitalique
 Vasodilatateur veineux
 TEC
 Anticoagulant
 Antiagrégant plaquettaire

Oxygène Mg⁺⁺
 Anti HTA K⁺
 Antalgique Na⁺
 Muscléolytique Autres
 Antibiotique
 Antitoxique

Evolution

Caéni
 Hospitalisation
 Transfert
 Décès

Cause du décès :

Manque de moyens
 Arrivée à un stade évolué
 Autres

ANNEXE 5



Figure 18 - Echocardiographie en biplan et couple du doppler Homme de 60 ans
Paramètres mesurés:

VG en diastole 59,8 mm VG en systole 38,9 mm F R 25 %

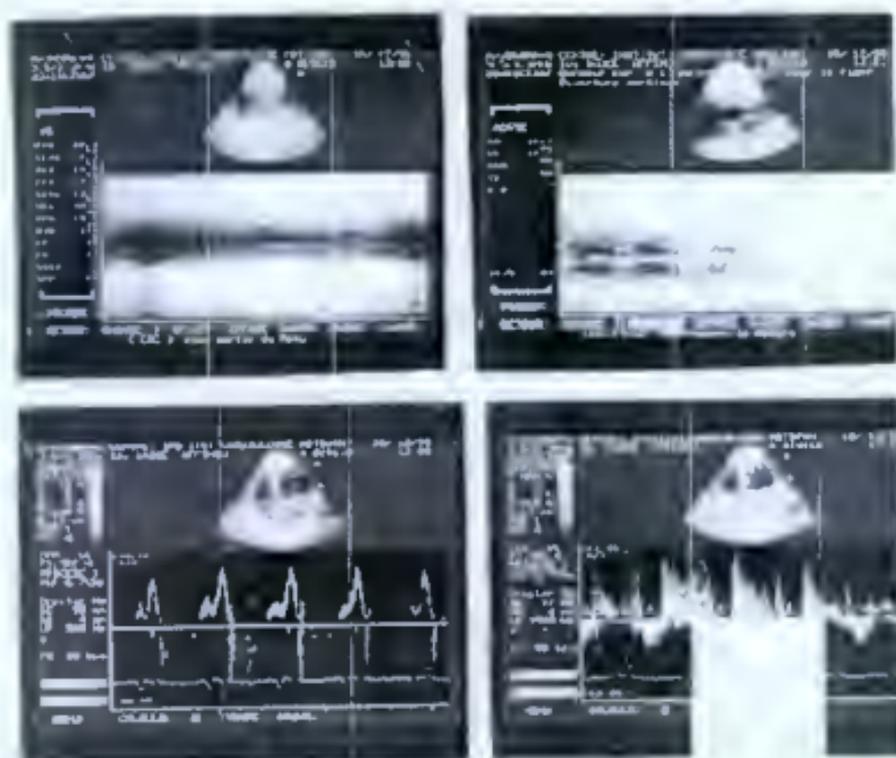
† E 0,49

Inversion des pics A et E de vélocité mitrale

Conclusion

Myocardiopathie peu dilatée d'allure ischémique avec baisse légère de la fonction syst

ANNEXE 4



Echocardiographie en bidimensionnel couplée de doppler Femme de 72 ans

Dimensions VG en diastole 49 mm

VG en systole 38 mm

F.R. 22 %

F.F. 0.44 %

Fuite aortique grade II

Inversion des pics A et T. de vélocité mitrale.

Conclusion: Myocardiopathie hypertrophique concentrique avec baisse de la force systolique et des troubles de la relaxation diastolique du VG.

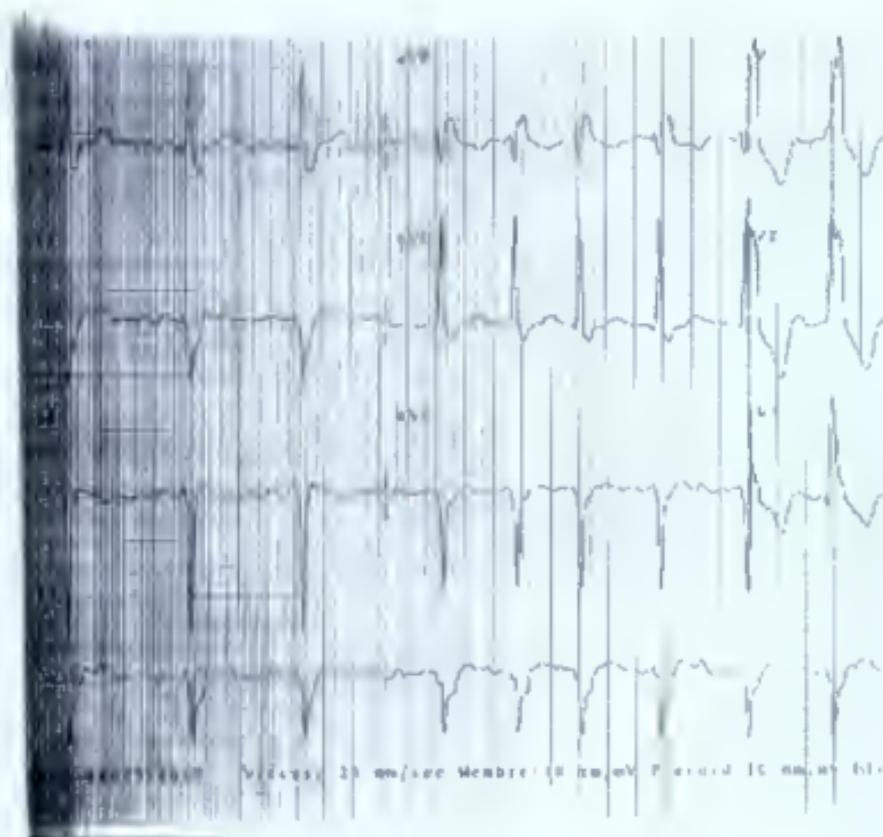


Figure 20
Electrocardiogramme d'un homme de 52 ans.
Bloc de branche droit complet

II- HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE)

1) Poussée HTA

Adalat en sublingual mais prudence car risque de choc faire alors :

- test au lopril : 1 cp en sublingual puis surveillance toutes les 30mn ;

Renouvelable 1h 1 cp/ voie orale

2) Encéphalopathie HTA.

- lopril en Sub-linguale + ou -
- loxen à la SE (à la seringue électrique) + + +

3) Accident vasculaire cérébral (AVC)

- Prudence
- Lopril si TAS > ou = 180/120 ; si <180/120 abstinence
- Oxygénateurs cérébraux

III- IDM (INFARCTUS DU MYOCARDE)

- transfert aux soins intensifs
- oxygène
- risordan à la SE (à la seringue électrique)
- antalgique (morphine + +, paracétamol ++)
- B bloquant si absence d'insuffisance gauche + +
- Héparine à la SE + + +
- Aspirine
- Sédatif

IV- TROUBLES GRAVES DU RYTHME (TDR)

- correction d'un trouble ionique
 - hypokaliémie → charge potassique
- digoxine – AC/FA
- cordarone par voie orale + + ;
- si TDR paroxystique grave cordarone à la SE ou choc cardiaque externe aux soins intensifs sous surveillance scopique

- Mag 2 systématique en perfusion + + +

V- ENDOCARDITE : BI ANTIBIOTHERAPIE

Peni G : 20 à 40 millions UI

Gentamicine 3 mg/ kg/j en IM ou céphalosporine 3^{ème} G
50mg / kg / j

Mycose : amphoterialre B 0,5 à 1 mg / kg / j .

VI- PERICARDITE

*ponction péricardique

*repos strict au lit.

*anti-inflammatoire :corticoïde+ + +.

Traitement étiologique

Exemple :antituberculeux + + +

VII) EMBOLIE PULMONAIRE :

-Anti coagulant +++

héparine à la SE(seringue électrique)

Les problèmes rencontrés dans la prise en charge des urgences cardiovasculaires apparaissent nombreux et complexes. Ils résultent de l'intrication de plusieurs facteurs : bas niveau socio-économique, population à 70% analphabète, ignorance des maladies cardiaques, coût élevé et mauvaise observance du traitement etc. Notre travail avait pour but de faire le point des urgences cardiovasculaires observées chez nos patients.

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur l'évaluation de la prise en charge des patients admis aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) du 10 août 2001 au 15 mars 2002. Il en ressort que :

1 - L'âge moyen des patients était de 52,33 ans; la tranche d'âge prédominante est de 50 à 59 ans.

2 - Nous avons eu une égalité de sexe avec un sexe ratio homme / femme qui est de 1,1.

3 - Les antécédents les plus fréquents sont : l'hypertension artérielle (47,26%), l'insuffisance cardiaque (26,71%), les coronaropathies (8,21%), les valvulopathies (6,16%) et les troubles du rythme (5,48%).

4 - Les motifs de consultation fréquemment rencontrés étaient : la dyspnée (28,43%), la poussée hypertensive (11,02%), l'insuffisance cardiaque (08,57%) ensuite : la mise en observation (07,59%), la palpitation (4,90%) et les troubles de la conscience (04,41%).

5 - Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, les palpitations et les vertiges.

6 - Les signes physiques les plus fréquents : le reflux hépato-jugulaire, les râles pulmonaires et l'assourdissement des bruits du cœur.

7 - Les troubles du rythme et de la conduction (40,75%) étaient l'anomalie électrique la plus observée suivie de l'hypertrophie des parois (26,47%) et enfin les troubles de la repolarisation (18,48%).

8 - Les urgences répertoriées sont l'insuffisance cardiaque sévère avec (31,42%) suivie des urgences Hypertensives (30,16%); trouble du rythme (12,06%), coronaropathies (10,47%) valvulopathie rhumatismale (6,67%).

9 - Les pathologies sous-jacentes ont été l'Hypertension artérielle; Myocardiopathie, les maladies coronaires, les valvulopathies et les péricardites.

10 - Nous avons eu une bonne évolution hospitalière.

11 - Nous notons 10 décès dont 6 cas issus d'insuffisance cardiaque 1 cas de péricardite et 3 cas de décès à l'arrivée.

12 - Les diurétiques (14,83%), les vasodilatateurs veineux (12,64%), les IEC (11,60%), et les digitaliques (10,36%) ont été les médicaments les plus prescrits.

13 - Plus de 70% des patients ignorent qu'ils souffrent d'une maladie cardiaque. Les sujets les plus atteints sont ceux qui ont un faible pouvoir d'achat.

Mots clés : Urgences cardiovasculaires