

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIFS DES CARDIOMYOPATHIES DILATEES DANS UN MILIEU CARDIOLOGIQUE : CAS DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN

EPIDEMIOLOGICAL AND EVOLUTIONARY DILATED CARDIOMYOPATHY IN CARDIOLOGY
ENVIRONMENT: THE CASE OF CARDIOLOGU INSTITUTE OF ABIDJAN

COULIBALY I², TRAORÉ F¹, BAMBA KD¹,

Service de médecine, Institut de Cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

1- Assistant chef de clinique

2- Maitre-assistant

Correspondance: TRAORE F., Assistant chef de clinique, Institut de Cardiologie d'Abidjan,

08 BP V268 Abidjan 08/ E-mail : Traofa@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques et évolutifs de la cardiomyopathie dilatée.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 3 ans de janvier 2006 à décembre 2008 portant sur 290 dossiers de patients hospitalisés à l'ICA et porteurs d'une cardiomyopathie (CMP) dilatée à différents stades évolutifs.

Résultats : L'incidence hospitalière de la maladie était de 9,8 cas en 2006 ; 8,6 en 2007 ; 6,96 en 2008 pour 100 patients hospitalisés. L'âge moyen était de 55,6 ans avec un sex ratio de 2,3. Pendant cette période, 107 patients ont présenté au moins une décompensation cardiaque (soit un taux de morbidité de 37,2%) et 56 sont décédés (soit un taux de mortalité de 52,3%). Les CMP apparemment primitives et les CMP hypertensives étaient les plus fréquentes. Les facteurs de décompensation les plus fréquemment rencontrés étaient la mauvaise observance thérapeutique (41,3%) et la surinfection bronchique (33,9%). Quant aux décès, l'insuffisance cardiaque réfractaire (53,5%), la mort subite (21,4%) et l'embolie pulmonaire (12,5%) en constituaient les causes les plus fréquentes. L'analyse des facteurs de mortalité révélaient qu'un RCT > 0,60 ; une dilatation du ventricule gauche (un diamètre > ou = 62 mm en systole et > ou = 77 mm en diastole) et une fraction d'éjection basse (< 0,40) constituaient des facteurs de mauvais pronostic.

Conclusion : Ce travail montre une augmentation de la prévalence hospitalière, une prédominance masculine, l'étiologie dominante était l'hypertension artérielle. L'insuffisance cardiaque globale était plus fréquemment retrouvée. Au niveau évolutif, la réhospitalisation et la mortalité étaient conditionnées par une dilatation du ventricule gauche et une baisse de la fraction d'éjection.

Mots-clés : Cardiomyopathie dilatée, épidémiologie, évolution, facteurs pronostic, mortalité, morbidité.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological and evolutionary aspects of dilated cardiomyopathy.

Materials and Methods: This was a retrospective study of 3 years from January 2006 to December 2008 on 290 records of patients hospitalized at the ICA and the holders of a dilated cardiomyopathy at different developmental stages.

Results: The incidence of the disease hospital was 9.8 in 2006, 8.6 in 2007 and 6.96 in 2008 to 100 patients. The average age was 55.6 years with a sex ratio of 2.3. During this period, 107 patients had at least one cardiac decompensation (ie morbidity of 37.24%) and 56 died (mortality rate is 52.3%). hypertensive cardiomyopathy was the most prevalent etiology. Decompensation factors most frequently encountered were poor adherence (41.3%) and bronchial superinfection (33.9%). As for death, refractory heart failure (53.5%), suffered death (21.4%) and pulmonary embolism (12.5%) in were the most frequent causes, analysis of prognostic factors revealed that one RCT > 0.60, left ventricular dilatation (diameter = 62 mm or > in systole and > or = 77 mm in diastole) and a low ejection fraction (< 0.40) are factors of poor prognosis.

Conclusion : This work shows an increased hospital prevalence, a male gender prevailing, the dominant etiology was hypertension. Congestive heart failure was more frequently found. At scalable, readmission and mortality were conditioned by a left ventricular dilatation and reduced ejection fraction.

Key words : Dilated cardiomyopathy, epidemiology, evolution, prognostic factors, mortality, morbidity.

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque constitue un problème de santé publique dans le monde entier du fait de l'accroissement des maladies cardiovasculaires dont elle représente l'évolution ultime^{1,2}. Les étiologies les plus fréquentes sont représentées par les cardiomyopathies dilatées. Ces pathologies se caractérisent dans la littérature par leur évolution variable ponctuée d'accès d'insuffisance cardiaque et le risque de mort subite à tous les stades de la maladie³. Dans notre milieu de travail, malgré leur prépondérance^{1,2,4}, peu de travaux se sont intéressés aux aspects épidémiologiques et évolutifs de ces pathologies. Notre travail a été entrepris afin de remédier à ce manque.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective étendue sur 3 ans, de janvier 2006 à décembre 2008 portant sur l'analyse de 290 dossiers de patients porteurs de cardiomyopathies dilatées hospitalisées.

LES CRITÈRES D'INCLUSION

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients présentant une cardiomyopathie dilatée confirmée par une échocardiographie doppler. Les critères de diagnostic étaient les suivants :

La dilatation de l'un ou des deux ventricules

La diminution de la fraction d'éjection <0,60

La diminution de la fraction de raccourcissement <28%

LES CRITÈRES D'EXCLUSION

N'ont pas été inclus dans ce travail, les cardiomyopathies valvulaires et congénitales.

LES PARAMÈTRES

Au plan épidémiologique, nous avons analysé l'incidence hospitalière, l'âge, le sexe.

Au plan clinique, nous avons analysé le type d'insuffisance cardiaque et l'étiologie de la CMP. Les aspects évolutifs ont été étudiés au plan radiologique avec le rapport cardiothoracique à la radiographie pulmonaire de face.

Au plan électrocardiographique, les troubles du rythme et de la conduction ont été analysés.

Le diamètre du ventricule gauche et la fraction d'éjection ont été les paramètres étudiés.

Les taux de réhospitalisation et de mortalité ont été analysés. Il est à noter que l'analyse des aspects évolutifs a été faite sur la population de malades réhospitalisés (107)

LES ÉTIOLOGIES

Les cardiomyopathies dilatées d'origine ischémiques se caractérisaient par des antécédents d'infarctus du myocarde, des anomalies ECG (ondes Q pathologiques) et des anomalies de la contractilité segmentaire à l'échocardiographie, ensuite venaient les cardiomyopathies hypertensives définies comme celles survenant sur un terrain hypertendu et enfin les cardiomyopathies du post partum qui se caractérisent par l'apparition d'une insuffisance cardiaque de la 2ème semaines à la 20ème semaine après l'accouchement en absence de toute cardiopathie préexistante¹.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel EPI INFO version 6.0. Nous avons analysé les variables qualitatives en utilisant le test de chi deux de PEARSON avec correction de YATES pour les effectifs réduits. Pour les variables quantitatives, l'homogénéité des variances a été appréciée à l'aide du test de BARTLETT.

RESULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La population d'étude était constituée de 206 hommes et de 84 femmes, soit un sex ratio de 2,3. L'âge moyen était de 55,6 ans

Au plan clinique, les étiologies dominantes étaient les CMP hypertensives et les CMP apparemment primitives (voir tableau I)

Etiologie	N	%
Ischémique	27	9,3
Hypertensive	151	52
Post-partum	5	1,7
Apparemment primitive	107	36,8
Total	290	100%

Au plan évolutif 107 patients (36,9%) ont été réhospitalisés dont 85 en insuffisance cardiaque. Les facteurs de décompensation étaient constitués en majorité par la mauvaise observance thérapeutique (41,3%) (Voir tableau n°II)

Tableau II : Aspect évolutif

	N	%
Rehospitalisation	107	100
Facteurs de décompensation		
- mauvaise observance du traitement	44	41,1
- surinfection bronchique	34	31,8
- écart de régime	04	3,7
- trouble du rythme	05	4,6
- complication trombo embolique	04	3,7
Facteur non retrouvé	16	15

Parmi les patients réhospitalisés, 56 étaient décédés dont 30 d'une insuffisance cardiaque réfractaire et 12 de mort subite (tableau n°III)

Tableau n°III : Répartition de causes de décès

Causes de décès	N	%
Insuffisance cardiaque réfractaire	30	53,6
Mort subite	12	21,4
Embolie pulmonaire	7	12,5
Troubles du rythme	1	1,8
Autres	6	10,7
Total	56	100

DISCUSSION

Dans notre étude, l'incidence hospitalière de la CMD au cours des différentes années était de 8,4%. Nos chiffres étaient légèrement supérieurs à ceux de Damasceno et al⁵ qui trouvaient une incidence hospitalière de la CMD de 6,2%. Cela traduit une augmentation des pathologies cardiovasculaires en Afrique subsaharienne⁵. La prévalence hospitalière était de 9%.

L'âge moyen des patients était de 55,6 ans. Nos résultats étaient similaires à ceux de Mendez⁶ et de Sliwa² qui trouvaient respectivement un âge moyen de 55,5 ans et 54,1 ans. Nous avons observés une prédominance masculine avec un sex ratio de 2,3. Nos chiffres concordaient avec les données de la littérature⁵⁻⁸

Au plan évolutifs

Au nombre des 107 patients réhospitalisés, 85 étaient en insuffisance cardiaque globale (79,4%). Les facteurs de décompensation étaient dominés par la mauvaise observance thérapeutique (41,3%) et la surinfection bronchique(33,9). La prépondérance de la mauvaise observance thérapeutique pouvait s'expliquer par la pauvreté des patients mais aussi un défaut d'éducation ou de sensibilisation⁹.

Dans notre série, 56 patients, soit près de 52,3% sont décédés. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de Miura⁸ et de Komajda⁹ qui trouvaient respectivement 48% et 21% de décès. Par ailleurs, ce taux paraissait sous-évalué en raison du grand nombre des patients perdus de vue. Les principales causes de décès étaient représentées dans notre série par l'insuffisance cardiaque réfractaire (54,5%), la mort subite (21,8%) et les complications thromboemboliques (embolie pulmonaire (12,7%). Nos résultats étaient dans la lignée de nombreux auteurs^{9,10} qui identifiaient également l'insuffisance cardiaque réfractaire et la mort subite comme les principales causes de décès. Dans les travaux occidentaux, le risque de décès par mort subite semblait être lié par la présence d'une fibrillation auriculaire et d'une fraction d'éjection basse^{11,13}. Dans notre série les facteurs déterminant la mort subite n'ont pas été analysés. Cependant, les troubles du rythme étaient dominés par les extra systoles ventriculaires et de nombreux troubles de la conduction dominés par le bloc de branche gauche.

L'analyse des facteurs de mortalité notait que la mortalité s'élevait avec un RCT au delà de 0,60, cependant l'étude de Dion¹⁰ n'a pas retrouvé de corrélation entre l'évolution et l'élévation du RCT. Même si Dion¹⁰ ne semblait pas retrouver

de corrélation entre le RCT et la mortalité, nos résultats s'inscrivaient plutôt dans la lignée de ceux de nombreux auteurs^{6,8,9}. Concernant les troubles du rythme et de la conduction, tout comme Miura⁸ et Damasceno⁵, nous n'avons pas pu montrer le lien entre leur survenue et le pronostic des CMD.

Par contre, la mortalité s'élevait avec les diamètres du ventricule gauche comme Komajda⁹ l'avait observé. Cette observation semblait contredire puisque Mendez⁶ et Miura⁸ ne l'avaient pas notée.

Dans notre étude par ailleurs, le taux de mortalité augmentait avec la baisse de la fraction d'éjection en accord avec de nombreux travaux de la littérature^{6,9,14,15}.

CONCLUSION

Ce travail montre une augmentation de la prévalence hospitalière, une prédominance masculine et de l'étiologie hypertensive. L'insuffisance cardiaque globale était la plus fréquemment retrouvée. Au niveau évolutif, la réhospitalisation et la mortalité étaient conditionnées par une dilatation du ventricule gauche et une baisse de la fraction d'éjection.

REFERENCES

- 1-Coulibaly I, Anzouan-Kacou JB, Nguetta R, Konin C, Adoubi A, Kramoh E. Les étiologies de l'insuffisance cardiaque telles qu'elles sont observées à l'institut de cardiologie d'Abidjan. *Afrique biomédicale* 2011, 11(3) : 85-91.
- 2 -Sliwa, K, Damasceno A, Mayosi BM. Epidemiology and etiology of cardiomyopathy in africa. *Circulation* 2005,112 :3577-3583.
- 3- Maron BJ, Towbin JA, Thiene G et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies : an American Heart Association Scientific statement from the council on clinical cardiology , Heart failure and Transplantation Committee ; Quality of care and outcomes research and Functional Genomics and Translational biology interdisciplinary working Groups ; and council on Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2006 ; 113 :1807-16.
- 4-Coughlin S, Comstock G. W. and baughman K.L. Descriptive Epidemiology of idiopathic Dilated cardiopathy in Washington country, Maryland, 1975-1991. *J. Clin. Epidemiol* 1993 ; 9 : 1003-1008.
- 5- Damasceno A, Cotter G, Dzudie A, Sliwa K and Mayosi B. Heart failure in subsaharan Africa : Time for Action. *J. Am. Coll. Cardiol* 2007, 50 :1688-1693.
- 6-Mendez GF, Cowie MR. The epidemiological features of heart failure in developing countries : A review of literature. *Int J Cardiol* 2001 ; 80 : 231- 19.
- 7-Coulibaly I, Anzouan-Kacou JB, Adoubi A, Konin C, Nguetta R, Kramoh E. Les facteurs de décompensation de l'insuffisance cardiaque à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. *Afrique biomédicale* 2011, 11(4) ; 85-91.
- 8-Miura K, Matsumori A, Naser Moaddeli A, Soyama Y, Morikawa Y, Sakurai M et al. Prognosis and prognostic factors in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy in japan. *Circulation* 2008,72(3) :343-348.
- 9-Komajda M, Jais J.P., Goldfarb , Bouhour J.P., Juillière Y., Lanfranchi J, Peycelon et Coll. Analyse des facteurs prédictifs de mortalité dans les myocardiopathies dilatées. Etude comparative du Groupe de travail sur les myocardiopathies. *Arch Mal Cœur* 1990 ; 83 : 899-906.
- 10-Dion A.M. Etude des facteurs pronostiques des myocardiopathies. A propos de 71 cas consécutifs. *Th Med.* 1993 : Bordeaux.
- 11-Cowie MR, Mostard A, Wood DA, et al. The epidemiology of heart failure. *Eur H J* 1997 ; 18 : 208-25.
- 12-Marshall HC and Lee G. Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *American Journal of Public Health* 1997,87(4) :643-648. *Cardiol Trop* ; 1991, 17 : 127-132.
- 13-Gerbaux A. Les cardiomyopathies primitives dilatées. *Médecorama*, 1992 ; 294
- 14-Michalsen A, Konig G and Thimme. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart* 1998,80 :437-441.
- 15-Croft JB, GILES WH, Pollard RA, Keenan NL, Casper M, Anda RF. Heart failure survival among older adult in the United States, *Arch Intern Med* 1999,159 :505-510.