

Infarctus du Myocarde des sujets de moins de 50 ans :Aspects Epidémiologiques, Cliniques, Paracliniques et Pronostiques à propos de 29 cas au Service de Cardiologie de l'Hôpital National Ignace Deen/ Myocardial infarction of subjects under 50 years of age: Epidemiological, Clinical, Paraclinical and Prognostic Aspects of 29 cases at the Cardiology Department of the Ignace Deen Hospital

SYLLA I Sory^{2,1}, BALDÉ MD¹, BÉAVOGUI M¹, NYASSINDE J², BALDÉ EY¹, BARRY IS¹, CONDÉ M¹

1. Service de Cardiologie Hôpital National Ignace Deen, BP 5676, Guinée-Conakry.
2. Service de Neurologie Hôpital National Ignace Deen.

Correspondance : Ibrahima Sory 2 Sylla,
DES Cardiologie Dakar- E-mail : ibsosyl@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. L'infarctus du myocarde du jeune adulte est rare en Afrique mais non exceptionnel. Le but de ce travail était de déterminer le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et pronostique de l'infarctus du myocarde chez les sujets de moins de 50 ans au service de Cardiologie de l'Hôpital National Ignace Deen.

Méthodes. Nous avons réalisé une étude prospective descriptive sur deux ans allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2012. Etaient inclus tous les patients admis pour un infarctus du myocarde, diagnostic établi sur la base des éléments clinique, électrocardiographique et ou biologique.

Résultats. Cent vingt-sept ont été prises en charge durant la période d'étude, 29 patients (23 %) avaient moins de 50 ans. L'âge moyen était de $41,74 \pm 5,18$ ans. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio 1.63. Les principaux facteurs de risque cardiovasculaires étaient dominés par le tabac ($n = 19$) et la sédentarité ($n = 17$). Le délai moyen d'admission était de $14,5 \pm 7,5$ H. L'infarctus du myocarde était antérieur dans 72.41% des cas. L'insuffisance cardiaque et les thrombi intra-VG constituaient les principales complications. La durée moyenne de séjour était de $13,12 \pm 4,97$ jours. Le pronostic à court terme était bon chez 28 patients par contre nous avons enregistré un cas de décès.

Conclusion. L'infarctus du myocarde affecte de plus en plus des sujets jeunes. Les facteurs de risque retrouvés sont modifiables. Un accent doit être mis sur la prévention primaire pour freiner l'évolution de cette maladie.

Mots clés : Infarctus du myocarde, Facteurs de risque, Sujets jeunes.

ABSTRACT

Introduction: Myocardial infarction in young adults is rare in Africa but not exceptional. The aim of this work was to determine the epidemiological, clinical, paraclinical and prognostic profile of myocardial infarction in subjects under 50 years of age at the Cardiology Department of the Ignace Deen National Hospital.

Methods. We carried out a prospective descriptive study over two years from going 1 January 2011 to 31 December 2012.

Results. One hundred twenty-seven were taken care of during the study period, 29 patients (23%) were under 50 years of age. The mean age was 41.74 ± 5.18 years. There was a male predominance with a sex ratio of 1.63. The main cardiovascular risk factors were dominated by smoking ($n = 19$) and sedentary lifestyle ($n = 17$). The mean admission time was 14.5 ± 7.5 H. Myocardial infarction was prior in 72.41% of cases. Heart failure and intra-LV thrombi were the main complications. The average length of stay was 13.12 ± 4.97 days. The short-term prognosis was good in 28 patients but we recorded one case of death.

Conclusion. Myocardial infarction affects more and more young subjects. The recovered risk factors are modifiable. Emphasis should be placed on primary prevention to curb the development of this disease.

Keywords: Myocardial infarction, Risk factors, Young subjects.

INTRODUCTION

L'infarctus du myocarde (IDM) est une affection grave, il est de plus en plus fréquente dans les pays en développement à cause de la transition épidémiologique^{1,2}. Cependant, les données statistiques sont rares et de recueils difficiles et porte essentiellement sur les sujets de plus de 50 ans³⁻⁵. Il est inhabituel, mais non exceptionnel chez les sujets jeunes [6]. Sa fréquence est estimée de 4 à 10 % selon la littérature^{6,7,8,9} et son incidence est en progression à cause du tabagisme^{10,11}. Il représente le mode de révélation le plus fréquent de la maladie athéromateuse à cet âge et un enjeu économique indiscutable^{12,13}.

L'objectif de ce travail était d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et pronostiques de l'infarctus du myocarde des sujets de moins de 50 ans.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive d'une durée de deux ans allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2012. Le service de cardiologie de l'Hôpital National Ignace Deen a servi de cadre d'étude.

L'étude a porté sur tous les patients admis pour un infarctus du myocarde, diagnostic établi sur la base des éléments clinique, électrocardiographique et ou biologique. Notre critère d'inclusion était un âge inférieur à 50 ans, tous les patients de plus de 49 ans n'étaient pas inclus.

Tous nos patients ont bénéficié d'un interrogatoire à la recherche de signes fonctionnels, de l'évolution de la symptomatologie et des facteurs de risque cardio-vasculaires, d'un examen clinique complet, d'un électrocardiogramme à 18 dérivations, du dosage des enzymes cardiaques et d'une échocardiographie transthoracique. Les variables étudiées étaient : épidémiologiques, cliniques, paracliniques et pronostiques. Le recueil a été fait sur une fiche d'enquête après un consentement du patient, saisi et analysé sur le logiciel Epi data 3.1.

RÉSULTATS

Au cours de notre étude 127 cas d'IDM ont été colligés, 29 patients avaient moins de 50 ans, soit une fréquence de 23%, le sexe masculin était dominant avec un ratio de 1,63. Dix-neuf patients étaient tabagiques (65,52%), 17 étaient sédentaires (58,62%) et sept étaient hypertendus, les antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire étaient retrouvés chez

14 patients soit 48,27% (tableau II). La tranche d'âge de 40 à 49 ans était la plus représentée avec un effectif de 22 soit 75,87% (tableau I). Vingt-quatre patients dont la tranche d'âge était comprise entre 40 et 49 ans avaient au moins trois facteurs de risque cumulés (tableau III). La douleur thoracique typique isolée était la manifestation clinique la plus fréquente soit 79,31%, la durée moyenne d'admission était de 14,5 ± 7,5 H. vingt un patient soit 72,41% présentaient un infarctus à localisation antérieure. Tous nos patients avaient reçu un traitement médical conventionnel, associé à des diurétiques, des dérivés nitrés et une antivitamine K dans les formes compliquées. L'insuffisance cardiaque était la principale complication (13,79%) suivi des thrombi intra-VG (10,34%), les troubles du rythme et de la conduction (deux cas ESV et un cas BAV du 1^{er} degré). La durée moyenne de séjour était de 13,12 ± 4,97 jours. Un décès a été enregistré.

Tableau I : Distribution des patients par groupe d'âge. *Distribution of patients by age group*

Age	n=29	%
20-29	1	3,45
30-39	6	20,69
40-49	22	75,86

Table II : Facteurs de risque caardiovasculaire/ *Cardiovascular Risk Factors*

Facteurs de risque	n	%
Tabac	19	65,52
Sédentarité	17	58,62
Antécédents familiaux	14	48,27
HTA	7	24,14
Dyslipidémie	5	17,24
Obésité	4	13,79
Diabète	3	10,34
Alcool	3	10,34
Contraceptifs oraux	1	3,45

Table III : Facteurs de risque cumulés selon les classes d'âge / *Cumulative Risk Factors by Age Range*

Tranche d'âge	Facteurs cumulés	n
20-29	1	1
30-39	2	4
40-49	3	24

DISCUSSION

Malgré le plateau technique insuffisant, ce travail garde sa place parmi les séries publiées en Afrique sub-saharienne, car peu d'études se sont intéressées à l'IDM de l'adulte jeune.

L'infarctus du sujet jeune de moins de 50 ans reste en fréquence minoritaire par rapport à l'ensemble des infarctus pris en charge¹⁴, son incidence est sans cesse croissante à cause du tabagisme^{9,10,12}. Nous avons retrouvé une fréquence de 23%, ce qui est supérieure à celle retrouvée dans la littérature où elle a été évaluée de 4 à 10%^{6-8,15-17}. Cette fréquence élevée dans notre série pourrait être liée aux différents seuils d'âge fixé par les auteurs^{6,9,18}. La prédominance masculine est constante dans l'infarctus du myocarde du sujet jeune dans la littérature^{6,9,10,18,19}. Conformément aux données de la littérature, l'intoxication tabagique est un fait établi dans la survenue de l'infarctus du myocarde du sujet jeune, 65,51% de nos patients étaient tabagiques, toutes les études s'accordent sur le fait que le tabagisme en est le principal facteur de risque^{6,9,10,18,19}. La fréquence de l'IDM était beaucoup plus importante chez les patients dont la tranche d'âge était comprise entre 40-49 ans et qui avaient au moins trois facteurs de risque cumulés.

Les effets bénéfiques de l'activité physique modérée sur la longévité cardio-vasculaire sont bien connus. La vie moderne n'incite guère à la pratique sportive, d'où une tendance à la sédentarité que nous avons retrouvés chez 58,62% de nos patients. Les autres facteurs de risque (HTA, Obésité, Dyslipidémie, Diabète, Alcool, Contraception orale) sont en général retrouvés dans les proportions inférieures. Comme d'écrit dans la littérature, la douleur thoracique typique représentait le maître symptôme, retrouvée chez 79,31% de nos patients. Les manifestations cliniques atypiques étaient en rapport soit avec la localisation inférieure de l'IDM mais aussi la survenue de l'insuffisance ventriculaire gauche. Le délai moyen d'admission était tardif 14,5 ± 7,5 H. Notre résultat est quasi identique à celui de Yameogo et al.^{18,20} qui ont trouvé un délai moyen d'admission de 15 ± 4 H. Ce long délai moyen d'admission dans notre série pourrait t'être en rapport avec le manque de transport médicalisé et l'absence de SAMU dans notre pays. La topographie de l'IDM était antérieure dans 72,41% soit 21 cas. Plusieurs études ont montré la fréquence élevée de l'atteinte du territoire antérieur dans les infarctus du myocarde du sujet jeune^{10,18,21}. Les complications étaient dominées par quatre cas d'insuffisance ventriculaire gauche soit 13,79%, trois cas de thrombi intra-VG dans 12,5%, deux cas de trouble du rythme cardiaque à type d'extrasystoles ventriculaires non précoces, monomorphes avec repos compensateurs soit

6,89% et un cas de bloc auriculo-ventriculaire du 1^{er} degré. Ce résultat est similaire à celui de Yameogo et al.¹⁸. La présence de ces thrombi pourrait s'expliquer par certains facteurs favorisants leurs apparitions notamment : la topographie antérieure, l'étendue de la nécrose mais aussi la survenue de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Le pronostic hospitalier de l'infarctus du myocarde du sujet jeune est depuis longtemps décrit comme rassurant que ce soit avec ou sans thérapeutique de reperfusion. Hoit et al.¹⁴ rapportaient antérieurement une mortalité hospitalière faible de 2,5% chez les sujets de moins de 45 ans en dehors de toute revascularisation précoce. L'étude GISSI-2 incluant 1975 patients de moins de 45 ans thrombolysés à la phase aigüe faisait état d'une mortalité hospitalière de 2,7%^{14,16}. Le pronostic à court terme était rassurant dans notre étude, cependant nous avons enregistré un cas de décès (3,45%).

CONCLUSION

L'infarctus du myocarde du sujet jeune est une réalité et représente un véritable problème de santé dans notre pays. Les facteurs de risque retrouvés sont modifiables (tabac, sédentarité). Un tiers des patients ne présentaient pas de douleur thoracique typique. Le pronostic apparaît meilleur que chez les patients plus âgés, ce qui peut être en rapport avec une atteinte athéroscléreuse moins étendue. L'accent doit être mis sur la prévention primaire qui doit être une priorité, ceci passe essentiellement par le changement des habitudes de vie pour freiner la transition épidémiologique à laquelle nous sommes confrontés.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Remerciements : à Dr Mohamed Sidibé pour la relecture de cet article.

RÉFÉRENCES

- 1- **Touze JE.** Les maladies cardiovasculaires et la transition épidémiologique du monde tropical. *Med Trop* 2007; 67,6:541-542.
- 2- **Yayehd K, Damorou F, N'Da NW et al.** Evolution of cardiovascular diseases admissions in cardiology departments of Lome hospitals: a cross-sectional study on 7959 patients from June 2004 to May 2009. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2012;60,3:

- 205-211
- 3- Schamroth C.** ACCESS South Africa investigators Management of acute coronary syndrome in South Africa: insights from the ACCESS (Acute Coronary Events – a Multinational Survey of Current Management Strategies) registry. *Cardiovasc J Afr* 2012; 23,7:365-370.
 - 4- Shavadia J, Yonga G, Otieno H.** A prospective review of acute coronary syndromes in an urban hospital in sub-Saharan. *Afr Cardiovasc J* 2012 ; 23 (6) : 318-321,
 - 5- Mboup MC, Diao M, Dia K, Fall PD.** Les syndromes coronaires aigus à Dakar : aspects cliniques thérapeutiques et évolutifs. *Pan Afr Med J* 2014;19: 26.
 - 6- Grenier O, Cambou JP, Ferrieres J, et al.** Caractéristiques initiales et prise en charge thérapeutique des sujets jeunes (âge inférieur à 45 ans) hospitalisés pour syndrome coronaire aigu : résultats des études françaises PREVENIR 1 et PREVENIR 2. *Ann Cardiol Angéiol*, 2002.51: 15-19.
 - 7- Hoit BD, Gilpen Ea, Henning H, et al.** Myocardial infarction in young patients: an analysis by age subjects. *Circulation* 1986;74:712-721.
 - 8- Collet JP, Ripoll L, Choussat R, et al.** La maladie athéromotique coronaire du sujet jeune : état des lieux. *S T V2000*;12,4:218-225.
 - 9- Joussein-Remacle S, Delarche N, Bader H, Estrade G.** Facteur de risque de l'infarctus du sujet jeune : registre prospectif sur un an. *Ann Cardiol Agéiol* 2006;55,4:204-209.
 - 10- Jacquemin L, Bourrelly N, Roth Oet al.** Infarctus du myocarde chez le sujet fumeur de moins de 50 ans traité par angioplastie coronaire, évolution hospitalière et sur le long terme d'une série consécutive de 93 patients. *Ann Cardiol Angéiol*, 2000. 59 :119-124.
 - 11- Marques-Vidal P, Cambou JP, Ferriers J, et al.** Distribution et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires chez les patients coronariens : Etude Prévenir. *Arch Mal coeur* 2001;94,7:673-680.
 - 12- Louahabi L, Nourreddine M, Azzouzi A, Tahiri A.** Infarctus du myocarde du sujet jeune. *STV* 2006;18,5:287-8.
 - 13- Leblanc A, Tirel-Badets A, Paleiron P et al.** Cannabis et infarctus du myocarde du sujet jeune : association fortuite ? À propos d'une observation. *Ann Cardiol Angéiol* 2011;60:154–158.
 - 14- Moccetti T, Malacrida R, Passati E, et al.** Epidemiologic variables and outcome of 1972 young patients with acute myocardial infarction. Data from the GISSI-2 database. Investigators of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI-2). *Arch Intern Med* 1997;157(8):865-9.
 - 15- Chen YI, Bhasin A, Youssef A, et al.** Pronostic factors and outcomes in young Chinese patients undergoing primary coronary angioplasty. *Int Heart J.* 2009;50,1:1-11.
 - 16- Doughty M, Mehta R, Bruckman D, et al.** Acute myocardial infarction in the young. The University of Michigan experience. *Am Heart J* 236 2002 Jan; 143 (1):56-62.
 - 17- Fournier JA, Sanchez A, Quero J, et al.** Myocardial infarction in men aged 40 years or less: A prospective Clinical-Angiographic Study. *Clin Cardiol* 1996; 19,8:631-636.
 - 18- Yameogo N V, Ndiaye Mb, Mbaye A, et al.** L'infarctus du myocarde du jeune adulte. Analyse rétrospective des cas colligés au CHU de Dakar. *The Pan African Medical Journal.* 2010; 6 :21.
 - 19- Shiraishi J, Kohno Y, Yamaguchi S et al.** Acute myocardial infarction in young Japanese adults. *Circ J* 2005;69,12:1454-1458.
 - 20- Carlizoz R, Droniou J, De Bourayne J, et al.** Mode de début clinique et devenir de la maladie coronaire avant 40 ans. *Arch Mal Coeur* 1991;84,3:311-318.
 - 21- Fournier JA, Sanchez-Gonzalez A, Quero J, et al.** Normal angiogram after myocardial infarction in young patients: a prospective clinical-angiographic and long-term follow-up study. *Int J Cardiol* 1997;60,3:281-7.