

Facteurs de décompensation de l'insuffisance cardiaque au service de cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen / Factors of Decompensation of Heart Failure in the Cardiology Department of the Ignace Deen National Hospital

BARRY I Sory¹, BALDÉ El Hadj Y¹, MATEYE Farid¹, MAGASSOUBA A Sidiki², Mariam BÉAVOGUI ,
BALDE M Aliou¹, BALDÉ M Dadhi¹, CONDÉ Mamadi ¹

1-Service de Cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen
2-Programme national de lutte anti Tuberculose

Adresse : Dr Barry Ibrahima Sory : issobarry@yahoo.fr ; Dr Baldé El Hadj Yaya : yaya_balde@yahoo.fr ; Dr Mateye Farid : fmateye@gmail.com ; Dr Magassouba Aboubacar Sidiki : magabakary01@yahoo.fr ; Dr Mariam Béavogui : beavoguimariama7@gmail.com ; Dr Balde Mamadou Aliou : alioubalde800@yahoo.fr ; Dr Sylla Ibrahima Sory : ibsosyl@yahoo.fr ; Dr Fagbité Charbel : fgbcharbel@yahoo.fr ; Dr Koivogui Kokoulo : koivoguijeanskokoulo@com ; Dr Bah Abdoulaye : doc.ab87@gmail.com ; MCA Baldé Mamadou Dadhi : drdadhi@yahoo.fr ; Pr Condé Mamadi : condemamadi54@gmail.com

Correspondance : Dr Barry Ibrahima Sory,
Cardiologue - Assistant chef de clinique au CHU de Conakry,
E-mail : issobarry@yahoo.fr

RESUME

Introduction. L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie au pronostic sombre et dont l'évolution est émaillée de nombreuses ré-hospitalisations. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de décompensation afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Méthode. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive d'une durée de quatre mois allant du 1er février 2017 au 31 mai 2017. Cette étude a été réalisée au service de cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. Elle a concerné tous les patients hospitalisés ou ré-hospitalisés pour insuffisance cardiaque sans distinction d'âge, de sexe, de provenance et de profession et qui avaient librement accepté de participer à cette étude.

Résultats. Nous avons recensé 195 malades hospitalisés durant la période d'étude pour IC dont 53 ré-hospitalisations soit une fréquence de 27,17%. L'âge moyen des patients était de 50ans ±18,33. Les hommes étaient les plus touchés avec un sex ratio de 1,3. L'HTA était l'étiologie la plus fréquente avec 42,31% suivie des cardiomyopathies et des valvulopathies qui sont à égalité (21,15%). La rupture thérapeutique (50,06%) et la tachyarythmie complète par fibrillation atriale (20,75%) étaient les facteurs de décompensation les plus retrouvés. La majorité de nos étaient au moins à leur 2^{ème} hospitalisation. Le taux de mortalité était de 7,55% et la durée moyenne de séjour des patients était de 10 jours.

Conclusion. L'IC demeure un problème majeur de santé publique. Nous avons un taux considérable de ré-hospitalisation pour IC. La rupture thérapeutique liée au bas niveau socioéconomique de nos patients était le principal facteur favorisant des ré-hospitalisations.

MOTS CLES : Insuffisance cardiaque, décompensation, re-hospitalisation

ABSTRACT

Introduction. Heart failure (IC) or the inability of the heart to maintain rest and / or exercise sufficient blood flow to meet the metabolic needs of the body is the culmination of the majority of cardiovascular pathologies

Method. This is a prospective, descriptive, 4-month study from February 1, 2017 to May 31, 2017.

Resultat. We identified 195 patients hospitalized during the study period for IC, of which 53 re-hospitalizations were 27.17%. The median age of the patients was 50 years±18, 33. Men were the most affected with a sex ratio of 1.3. HTA was the most common etiology with 42.31% followed by cardiomyopathy and valvulopathy with 21.15%. Therapeutic rupture (50.06%) and CRT (20.75%) were the most common decompensation factors. The majority of our patients were at least at their 2nd hospitalization. The mortality rate was 7.55% and the average length of stay of patients was 10 days.

Conclusion. IC remains a major public health problem. We have a considerable re-hospitalization rate for IC. Therapeutic rupture related to the low socioeconomic level of our patients was the main factor favoring re-hospitalizations.

KEYWORDS: Heart failure, decompensation, re-hospitalization

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque est une maladie au pronostic très souvent incertain et dont l'évolution est émaillée de nombreuses ré-hospitalisations¹.

Il s'agit d'une affection chronique mais une décompensation aiguë peut survenir en cas d'anémie, d'infection, d'embolie pulmonaire, d'insuffisance respiratoire, d'hypo- ou hyperthyroïdie, d'excès de sel ou d'arrêt du traitement aussi au décours d'un trouble du rythme².

En France, le taux de ré-hospitalisation pour une nouvelle crise dans les 6 mois qui suivent le diagnostic est de 50 % en moyenne avec des extrêmes importantes fonction de la population considérée. Ce risque de nouveau séjour hospitalier inopiné est particulièrement marqué dès la première semaine après la sortie et ces ré-hospitalisations sont dues dans plus de 30% des cas à des hospitalisations dites évitables car liées à des ruptures de traitement ou à des erreurs de régime³.

A Lomé, Damourou et *al.*² ont rapporté que l'irrégularité thérapeutique était le principal facteur de décompensation cardiaque et qu'aucun patient n'était totalement². Les objectifs de cette étude étaient de décrire les aspects sociodémographiques des patients, identifier les facteurs de décompensation.

METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur quatre mois, du 1er Février 2017 au 31 Mai 2017. Cette étude a été réalisée au service de cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. Le recrutement était exhaustif et a concerné tous les patients hospitalisés ou ré-hospitalisés pour insuffisance cardiaque, sans distinction d'âge, de sexe, de provenance et de profession et qui avaient librement accepté de participer à cette étude.

Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

Les analyses bi variées ont été réalisées selon les cas à l'aide du Chi-deux, du test de Fischer ou du test de Student dans le logiciel EPI Info (Epi Info™ 7 (7.1.5), CDC Atlanta, USA) avec un intervalle de confiance estimé à 95% et un seuil de significativité de 5%.

RESULTATS

Au total 53/195 (27,17%) patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ont participé à l'étude.

Les résultats sont présentés en fonction des caractéristiques générales (Tableau I), de la répartition des patients selon le stade de l'IC et la mortalité (tableau II), répartition selon les tranches d'âge et les étiologies (Tableau III), répartition selon les facteurs de décompensation (Tableau IV), répartition selon le nombre de ré-hospitalisation et, S le traitement médicamenteux.

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen de la population de notre échantillon était de 50±18,33ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 64ans et plus (32,6%). Le sexe ratio était de 1,41. 37,74% des patients étaient des libéraux, 33,96% des ménagères et 67,92% de nos patients provenaient de Conakry. (Tableau 1)

Tableau I : Caractéristiques générales de la population étudiée/ *Generals characteristics of the studied population*

Caractéristiques	n	%
Hospitalisation pour IC	195	100
Ré hospitalisation pour IC	53	27,17
<i>Age moyen = 50± 18,33</i>		
Homme	31	58,49
Femme	22	41,51
Sex Ratio	1,41	
Libérale	20	37,74
Ménagères	18	33,96
Fonctionnaires	8	15,09
Conakry	36	67,92
Intérieur du pays	17	32,08

Motifs de consultation

Tableau II : Répartition des patients selon le stade de l'IC et la mortalité/ *Patient distribution by stage of heart failure and mortality*

Stade NYHA	Amélioré	Décédé	P-Value
Stade I-II			
<i>n</i>	1	0	
<i>%</i>	1,89%	0%	0,4276
Stade III-IV			
<i>n</i>	48	4	
<i>%</i>	90,56%	7,55%	
Total			
<i>n</i>	49	4	
<i>%</i>	92,45%	7,55%	

Etiologie de l'Insuffisance Cardiaque

Les principales étiologies retrouvées étaient l'hypertension artérielle, les valvulopathies et les cardiomyopathies à des fréquences respectives de 42,31 ; 21,15 et 21,15%

Tableau III : Répartition selon les tranches d'âge et les étiologies/ *Breakdown by age group and etiologies*

Etiologies	Tranche d'âge						Total	P-Value
	[14-23]	[24-33]	[34-43]	[44-53]	[54-63]	64 et +		
Hypertension artérielle	0	0	2	5	6	9	22	0,0032
Valvulopathie	4	2	1	1	2	1	11	0,0049
Cardiomyopathie	1	0	2	5	0	3	11	0,3407
Cardiomyopathie Ischémique	0	0	1	3	0	3	7	0,8721
Péricardite	0	0	1	0	0	0	1	0,2175
BPCO	0	0	0	1	0	1	2	0,4549
CPC	0	0	1	0	3	0	4	0,8795

Facteurs de décompensation

La rupture thérapeutique par manque de moyens était le principal facteur de décompensation suivi des troubles du rythme cardiaque (FA rapide essentiellement) à des fréquences de 50,06 et 20,75%.

Tableau IV : Répartition selon les facteurs de décompensation/ *Breakdown according to decompensation factors*

Facteurs de décompensation	n	%
Rupture thérapeutique	50	94,34
Tachyrythmie complète par fibrillation atriale	32	60,38
Ischémie myocardique	39	73,58
Ecart de régime	15	28,30
Non compliance	14	26,42
Infections pulmonaires	12	22,64
Anémie	1	1,89
Poussée hypertensive	23	43,40
Insuffisance Rénale Chronique	6	11,32

Trente-huit (38) de nos patients, soit 71,70% avaient déjà été hospitalisé au moins une fois dans le service. Treize (13) patients soit 24,52% avaient été hospitalisés trois à quatre fois et, deux(2) patients soit 3,77% avaient été hospitalisés plus de quatre fois

Les diurétiques de l'anse, les IEC et les anti-aldostérones étaient les classes thérapeutiques les plus utilisées à des fréquences respectives de 94,34 ; 73,58 et 60,38%.

DISCUSSION

Dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, nous avons réalisé cette étude. Le bas niveau socio-économique de nos patients, la difficulté d'accès à certains moyens fondamentaux d'exploration tels que l'écho Doppler cardiaque, le dosage des BNP et NT Pro BNP ; le sous équipement du plateau technique du service de cardiologie ont été les principales difficultés rencontrées.

Fréquence

Il ressort de notre étude que 195 patients ont été hospitalisés dans le service pour IC parmi lesquels; nous avons trouvés 53 cas de ré-hospitalisation pour IC soit une fréquence de 7,17%. Askshay S avait montré dans son rapport spécial sur la «Ré-hospitalisation pour insuffisance cardiaque» de Mars 2013 que les taux de ré-hospitalisation pour insuffisance cardiaque demeurent élevés ; 50 % ou plus des patients devant être réadmis dans les six mois qui suivent leur sortie d'hôpital⁵.

Vera et al. ont rapporté que 20,1% de patients ont été réadmis pour IC dans son étude sur les réactions hospitalières des patients atteints d'insuffisance cardiaque⁶. Cette fréquence de ré-hospitalisation pour IC dans notre étude pourrait s'expliquer par l'insuffisance d'information des patients sur leur maladie et surtout par le bas niveau socio-économique ne leur permettant pas d'être observants au traitement.

Aspects sociodémographiques

La tranche d'âge la plus affectée était celle de 64 ans et plus dans 16 cas soit une fréquence de 30,19%. L'âge moyen était de 50±18,33 ans.

Notre résultat est inférieur à celui de Kingue et al.⁷ qui avaient trouvé un âge moyen de 57,26 ±16,04 ans. Nos chiffres corroborent ceux de la littérature qui stipule que l'IC survient principalement chez la personne âgée^{2,3,5}. Les cas d'IC observés chez les sujets jeunes dans notre étude s'expliqueraient par le fait que ces

personnes étaient porteuses de valvulopathies rhumatismales.

Nous avons observé une prédominance masculine 58,49% contre 41,51% avec un sex ratio (H/F)/ =1,41. Notre résultat était proche de celui de Kingue à Yaoundé qui a retrouvé un sex ratio de 1,3 en faveur des hommes⁷.

Les couches sociales les plus affectées étaient celle du secteur libéral et des ménagères avec des fréquences respectives de 37,74% et 33,96%. Cette prédominance des libéraux pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a retrouvé plus le sexe masculin que féminin. De plus les libéraux et les ménagères constituent les couches ayant le plus bas niveau socio-économique.

Clinique

Nos résultats sont superposables à ceux de Kingue et *al.*⁷ à Yaoundé qui ont retrouvé la dyspnée, les OMI et la toux à des fréquences respectives de 95,20% ; 41,31% et 23,95%. Les stades III et IV ont été les plus prépondérants. Le stade III de la NYHA a été retrouvé avec une fréquence de 81,13%. Nos résultats corroborent avec ceux de Damorou qui a retrouvé que les stades III et IV étaient les plus représentés à des fréquences respectives de 38,8% et 48,5%².

Ce nombre élevé de patients aux stades III et IV de la NYHA dans notre série pourrait s'expliquer par les faits suivants : le service de cardiologie est un service de référence nationale, et par conséquent reçoit tous les malades évacués des autres services du pays (Conakry et Intérieur du pays), la méconnaissance de la maladie, le manque d'assistance sociale et le faible revenu de la population motiveraient certains malades à consulter en médecine traditionnelle et retarderaient alors la prise en charge

L'hypertension artérielle représentait la principale cause d'IC avec une fréquence de 42,31% suivi par les cardiomyopathies et les valvulopathies avec des fréquences respectives de 21,15%. Nos résultats étaient comparables à ceux de Kingue et *al.*⁷ à Yaoundé qui ont rapportés des fréquences d'hypertension artérielle, de valvulopathie et de myocardiopathie respectivement de 54,49 ; 26,34 et 24,55%.

Nos résultats ont montrés un lien statistiquement significatif entre l'HTA et l'âge (Pvalue=0,0032) de même qu'entre les valvulopathies et l'âge (Pvalue=0,0049). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que l'HTA est plus rencontrée chez l'adulte et les valvulopathies souvent secondaires au RAA.

La rupture thérapeutique et les troubles du rythme cardiaque étaient les facteurs de décompensation les plus rencontrés avec des fréquences respectives de 50,06 et 20,75%.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de Damouro, à Lomé, qui a rapporté que le principale facteur de décompensation retrouvé était la rupture thérapeutique avec une fréquence de 87,4% suivie de la poussée hypertensive et du mauvais régime à des fréquences respectives de 63,1 et 34,9%².

Nos résultats sont différents de ceux de Anaïs dans sa thèse de doctorat sur les facteurs déclenchants de décompensation cardiaque chez les sujets âgés à l'université Paris Descartes en 2013 qui a rapporté que le principal facteur de décompensation était les infections (surtout pulmonaires) avec une fréquence de 71% suivies des troubles du rythme cardiaque et de l'anémie avec des fréquences respectives de 19% et 12%⁴.

Cette fréquence élevée de rupture thérapeutique pourraient s'expliquer par :

Le coût élevé de la prise en charge de l'IC qui est une affection nécessitant un traitement au long cours

Le bas niveau économique des patients qui ne leur permet pas d'assurer régulièrement le traitement

Le faible niveau d'instruction des patients

La majorité de nos patients étaient à leur 2^{ème} hospitalisation soit avec une fréquence de 71,70%. Cette fréquence élevée du nombre de ré-hospitalisation montre les difficultés de mise en pratique de la réadaptation cardiaque dans notre service qui doit faire intervenir une équipe pluridisciplinaire et s'expliquerait par l'absence dans notre contexte de traitement curatif de la plus part des cardiopathies sous-jacente responsables d'IC.

Chez 75,47% de nos patients, l'achat des médicaments était assuré par la famille. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique il existe une certaine solidarité familiale. Le décès est survenu dans 7,55% des cas et la quasi-totalité des patients décédés étaient au stade III-IV de la NYHA. Ces taux relativement élevés de décès pourrait être dû au fait que les patients consultent tardivement souvent après l'échec du traitement à l'indigénat.

CONCLUSION

L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection chronique et représente l'aboutissement de nombreuses maladies cardiovasculaires. Des décompensations peuvent survenir entraînant de multiples ré-hospitalisations.

DECLARATION DE LIEN D'INTERET : Aucun

REFERENCES

- 1- **P. Jourdain , F. Funck , M. Bellorini, C. Josset , C Piednoir et Coll.** Unités d'insuffisance cardiaque. Concept, organisation, résultats : *Ann Cardiol Angeiol* 51 (2002) 248–253
- 2- **Yayehd K, Damorou F, N'cho Mottoh M-P, Tchérorou T, Johnson A et al.** Compliance to treatment in heart failure patients in Lomé. *Ann Cardiol Angeiol*-February 2013, Vol.62 (1): 22–27, doi:10.1016/j.ancard.2012.03.005
- 3- **Jourdain P , Juillièrè Y, Boireau A , Bellorini M , Desnos M et al.** Therapeutic education of heart failure patients in France: *La Presse Médicale* December 2009, Vol.38 (12):1797–1804, doi:10.1016/j.lpm.2009.09.005
- 4- **Coppet-Fontaine, Anaïs.** Facteurs déclenchant des décompensations cardiaques chez les sujets âgés. Université Paris Descartes 2013
- 5- **Akshay S. Desai , MD, MPH ; Lynne W Stewenson, MD.** Rehospitalization for Heart Failure; Predict or Prevent? *Circulation.* 2012; 126:501-506.)
- 6- **Vera Maria Avaldi, J Lenzi ,I Castaldini , S Urbina-ti , G Dipasquale, et al.** Réactions hospitalières de patients atteints d'insuffisance cardiaque: l'impact des facteurs organisationnels hospitaliers et primaires dans le nord de l'Italie. Publié: 26 mai 2015
- 7- **S. Kingue, A. Dzudie, A. Menanga, et all.** Nouveau regard sur l'insuffisance cardiaque chronique de l'adulte en Afrique à l'ère de l'échocardiographie Doppler : expérience du service de médecine de l'Hôpital Général de Yaoundé. *Ann Cardiol Angeiol* 54 (2005) : 276–283