



Article Original

L'Insuffisance Cardiaque de la Femme à Bamako : Aspects Cliniques, Traitement et Évolution

Heart Failure in Women in Bamako: Clinical features, Management and Outcome

Dakouo M R¹, Nimaga H¹, Diarra B¹, Ba HO¹, Sidibé N¹, Camara H¹, Sogodogo A¹, Samaké S², Traoré Al¹, Traoré Ab¹, Sangaré I¹, Menta I¹

Affiliations

1. CHU Gabriel Touré,
2. Centre de Santé de Référence de la Commune CVI (CSRéf CVI)

Auteur correspondant :

Dakouo MR. CHU GT, Cardiologie
Tel : (+223) 77 94 01 59 /66 60 83 63
Email : dakouomarierene@yahoo.fr

Mots clés : Insuffisance cardiaque, facteurs de risque cardiovasculaire, hospitalisation.

Key words: Heart failure, cardiovascular risk factors, hospitalization.

RÉSUMÉ

Introduction. L'insuffisance cardiaque (IC) est l'incapacité du cœur à assurer en toutes circonstances un débit sanguin adapté aux besoins métaboliques de l'organisme et/ou au prix d'une augmentation des pressions de remplissage. Le but du travail était de décrire les aspects cliniques, le traitement et l'évolution de l'IC de la femme à Bamako. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur une période de 11 mois allant du 1^{er} avril 2022 au 28 février 2023. **Résultats.** Nous avons recruté 152 patientes hospitalisées soit une prévalence de 61,53%. Il s'agissait de femmes de jeune âge (15-29 ans) dans 30,9% des cas. Les principaux facteurs de risque vasculaire étaient : l'hypertension artérielle (36,8%) et le diabète (9,2%). La dyspnée (96,7%) était le principal mode révélateur. L'anémie était l'anomalie biologique la plus fréquente (46,1%), suivie de l'hyper créatininémie (34,9%). La dilatation du ventricule gauche (66,4%) avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) réduite était l'anomalie la plus fréquemment retrouvée à l'échographie cardiaque. Les étiologies les plus fréquentes étaient la cardiomyopathie du péripartum (CMPP : 23,7%), la cardiomyopathie dilatée (CMD : 23,7%) et les valvulopathies (22,4%), surtout l'insuffisance mitrale. La cardiopathie ischémique était l'étiologie dans 11,2% des cas. Le traitement comprenait essentiellement l'association des mesures hygiéno-diététiques, les diurétiques (94,7%), les IEC/ARAII (72,1%) et les bêtabloquants (66,4%). Le taux de mortalité était de 11,2%. **Conclusion.** L'IC de la femme malienne concerne surtout la femme jeune. La dyspnée est le maître symptôme. La dilatation du ventricule gauche avec une FEVG réduite est l'anomalie la plus fréquemment retrouvée à l'échographie. Les principales étiologies sont la CMPP, la CMP et les valvulopathies. Le traitement est classique et l'évolution est favorable dans la majorité des cas.

ABSTRACT

Introduction. Heart failure (HF) is the inability of the heart to ensure, under all circumstances, a blood flow adapted to the body's metabolic needs and/or at the cost of increased filling pressures. The aim of this study was to describe the clinical aspects, treatment and evolution of heart failure in women in Bamako. **Methods.** This was a descriptive cross-sectional study covering an 11-month period from 1 April 2022 to 28 February 2023. **Results.** We recruited 152 hospitalized patients, representing a prevalence of 61.53%. In 30.9% of cases, the patients were young women (15-29 years). The main vascular risk factors were arterial hypertension (36.8%) and diabetes (9.2%). Dyspnoea (96.7%) was the main presenting symptom. Anaemia was the most frequent biological abnormality (46.1%), followed by hyper creatininaemia (34.9%). Dilatation of the left ventricle (66.4%) with a reduced left ventricular ejection fraction (LVEF) was the most frequent abnormality found on cardiac ultrasound. The most common aetiologies were peripartum cardiomyopathy (PPCM: 23.7%), dilated cardiomyopathy (DCM: 23.7%) and valvular heart disease (22.4%), especially mitral insufficiency. Ischaemic heart disease was the aetiology in 11.2% of cases. Treatment consisted mainly of a combination of dietary hygiene measures, diuretics (94.7%), ACE inhibitors/ARIs (72.1%) and beta-blockers (66.4%). The mortality rate was 11.2%. **Conclusion.** HF of Malian women mainly affects young women. Dyspnoea is the main symptom. Dilatation of the left ventricle with reduced LVEF is the most common finding on cardiac ultrasound. The main causes are PPCM, DCM and valvulopathy. Treatment is standard and the majority of cases have a favourable outcome.

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque (IC) est l'incapacité du cœur à assurer en toutes circonstances un débit sanguin adapté aux besoins métaboliques de l'organisme et/ou au prix d'une augmentation des pressions de remplissage. Selon les cavités cardiaques atteintes de façon exclusive ou prédominante, on distingue l'IC gauche, l'IC droite et l'IC globale [1]. Le diagnostic repose en partie sur l'échocardiographie qui permet de distinguer trois types d'IC selon les dernières recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) [2]. Elle est grave, coûteuse et sa mortalité est supérieure à celle de nombreux cancers tant chez l'homme que chez la femme [3]. La femme présente des caractéristiques anatomiques cardiaques qui lui sont propres. Ainsi, le cœur féminin possède des cavités ventriculaires plus petites et une masse ventriculaire plus faible que celui des hommes, même lorsque les mesures sont rapportées à la surface corporelle [4]. L'IC est marquée par de nombreuses hospitalisations secondaires à des décompensations cardiaques [5]. C'est un syndrome clinique dont l'incidence et la prévalence augmentent avec l'âge [6], concernant alors plutôt la femme que l'homme [7]. La Société Européenne de Cardiologie (ESC) suggère qu'il y a au moins 15 millions de patients souffrant d'IC en Europe, sur une population de 900 millions d'habitants répartis dans 51 pays [8]. En 2013 en France, la moyenne d'âge des patients IC est de 78 ans et il existe une petite prédominance féminine de 51 à 52 % [9] autant dans l'IC aiguë que chronique. Aux États-Unis, environ 6.5 millions d'adultes sont affectés par l'IC parmi lesquels on retrouve 3.6 millions de femmes [10]. On recense environ 505 000 nouveaux cas d'IC chez les femmes chaque année et sa prévalence continue à augmenter autant chez les hommes et les femmes. Dans plusieurs pays africains anglophones, elle représente 3 à 7 % des admissions selon des données provenant de statistiques d'hospitalisation [11]. Aussi une étude portant sur 7 pays d'Afrique francophone en 2006 rapporte une proportion de 27,5% de patients hospitalisés en urgence pour une poussée d'IC en classe 4 de la New York Heart Association (NYHA) [12]. Il a été retrouvé une prévalence de l'IC de l'adulte de 16, 51% à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou en 2018 [13]. En 2022, Nagnouma [14] retrouvait une prévalence de 28,87% chez le sujet jeune au CHU POINT G (Bamako). L'IC est un problème majeur de santé publique, en termes de mortalité, de morbidité et de coût, avec un impact économique considérable sur le système de santé [15]. L'absence de données sur l'IC de la femme dans le service justifie ce travail dont le but était de décrire les aspects cliniques, le traitement et l'évolution de l'IC de la femme à Bamako.

MÉTHODOLOGIE

Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur une période de 11 mois allant du 1^{er} avril 2022 au 28 février 2023.

Population d'étude

Toute patiente hospitalisée pour insuffisance cardiaque dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

Echantillonnage

Nous avons recruté toutes les malades répondant à nos critères d'inclusion durant la période d'étude.

Critères d'inclusion

Etaient éligibles à notre étude les patientes ayant des signes cliniques d'insuffisance cardiaque, avec à l'échodoppler cardiaque une dysfonction systolique ou diastolique selon les dernières recommandations de l'ESC et/ou répondant favorablement au traitement classique de l'IC et consentant à participer à l'étude.

Critères de non-inclusion

Les données insuffisantes.

Collecte des données

Les données de cette étude ont été recueillies auprès des patientes et reportées sur une fiche d'enquête.

Saisie et analyse des données

Les données collectées ont été analysées par le logiciel IBM SPSS 25.

Aspects éthiques

La confidentialité était de rigueur, ni le nom, ni le numéro de téléphone des patientes n'ont été mentionnés.

RESULTATS

Nous avons recruté 152 patientes hospitalisées pour IC, soit une prévalence de 61,53%. L'âge moyen était de 45,95 ans avec des extrêmes de 15 et 85 ans et un écart type à 21,34. Dans notre série, 86,8 % (132 cas) des malades étaient des femmes au foyer. L'hypertension artérielle (HTA) était le facteur de risque cardiovasculaire (FDRCV) le plus rencontré avec 36,8% (56 cas) suivi de la ménopause 35,5% (54 cas), l'âge 34,8% (53 cas), la sédentarité 12,5 % (19 cas) et le diabète 9,2% (14 cas) [Figure 1].

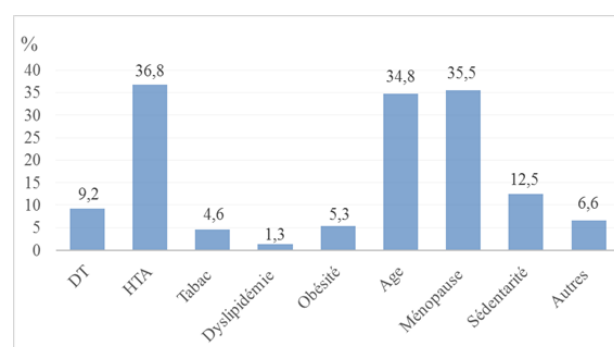


Figure 1 : Répartition selon les FDR CV
Autres : Multiparité, Angine de gorge à répétition

Les signes fonctionnels par ordre de fréquence étaient la dyspnée avec 96,7% (147 cas), la toux 62,5% (95 cas), la douleur thoracique 34,2% (52 cas), les palpitations 33,6%

(51 cas) et l'hépatalgie d'effort dans 12,5% (19 cas) [Tableau I].

Tableau I : Répartition selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	%
Dyspnée	147	96,7
Toux	95	62,5
Douleur thoracique	52	34,2
Palpitations	51	33,6
Hépatalgie d'effort	19	12,5
Autres	10	6,6
Autres : asthénie, céphalée, douleur épigastrique, douleur ostéo articulaire, oligurie.		

Les œdèmes des membres inférieurs (OMI) et la turgescence jugulaire (TJ) constituaient les signes physiques les plus rencontrés respectivement dans 80,3 (122 cas) et 65,8 % (100 cas) [tableau II].

Tableau II : Répartition en fonction des signes physiques

Signes physiques	Effectif	%
Œdèmes des membres inférieurs	122	80,3
Turgescence jugulaire	100	65,8
Reflux hépato jugulaire	65	42,8
Hépatomégalie	86	56,6
Râle crépitant	89	58,6
Présence de B3	17	11,2
Bruit de galop	2	1,3
Eclat de B1	1	0,7
Harzer	7	4,6
Ascite	1	0,7
Déviations labiales	2	1,3

A l'ECG, l'hypertrophie des parois était l'anomalie la plus fréquente avec 30,9% (47 cas) suivie des troubles du rythme à 21,7% (33 cas) et les troubles de conduction dans 12,5% (19 cas). L'échographie cardiaque retrouvait une fraction d'éjection réduite dans 43,4% (66 cas), elle était préservée chez 27,6% (42 cas) de cas et intermédiaire dans 11,2% (17 cas). Une dilatation du ventricule gauche dans 66,4% (101 cas) des cas et du ventricule droit dans 20,4% (31 cas).

Dans notre étude, la cardiomyopathie du péripartum (CMPP) et la cardiomyopathie dilatée (CMD) étaient les étiologies les plus fréquentes avec 23,7% (36 cas chacune). On diagnostiquait les valvulopathies comme l'insuffisance mitrale (IM) dans 22,4% (14 cas) des patientes et la maladie mitrale chez 0,6 % (1 cas). La cardiopathie ischémique était retenue comme étiologie dans 11,2% (17 cas) de notre série. Le cœur pulmonaire chronique (CPC) était retrouvé chez 7,9% (12 cas) des cas de et la cardiomyopathie dilatée dans 5,3 % (8 cas). En plus des mesures hygiéno-diététiques, le traitement comprenait les molécules suivantes [Tableau III] : diurétiques 94,7% (144 cas), inhibiteurs de l'enzyme de conversion antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (IEC/ARAII) 73,1% (108 cas), bêtabloquants 66,4% (101 cas), les spironolactones 37,5% (57 cas), les statines et les antiagrégants plaquettaires (AAP) dans 15,8% (24 cas) chacun, la digoxine dans 8,6% (13 cas). L'anticoagulation était observée chez 86,8% (132 cas) des patientes. L'amiodarone était retrouvé chez 1,3 % (2 cas) des patientes.

Tableau III : Répartition selon le traitement

Traitement	Effectif	%
Diurétiques	144	94,7
Anticoagulants	132	86,8
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	108	71,1
Bêtabloquants	101	66,4
Spironolactone	57	37,5
Antiagrégants plaquettaires	24	15,8
Statines	24	15,8
Oxygène	18	11,8
Digoxine	13	8,6
ARA2	3	2
Amiodarone	2	1,3
ARA2 : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2		

L'évolution hospitalière était favorable dans 86,8% (132 cas) des cas avec un taux de mortalité de 11,2% (17 cas).

DISCUSSION

La principale limite de notre étude était la non-réalisation de certains bilans biologiques pour raisons financières et les résultats de certains examens complémentaires non recopiés dans le dossier. Parmi les patientes hospitalisées, 152 souffraient d'insuffisance cardiaque, soit une prévalence de 61,53%. La prévalence de l'insuffisance cardiaque est plus élevée chez la femme que l'homme [16]. Il a été démontré que les femmes de descendance noire africaines ont un risque plus élevé de développer une insuffisance cardiaque spécifique, en l'occurrence la CMPP [17]. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 15-29 ans avec 30,9% des cas. La fréquence élevée de cette tranche d'âge serait liée à la CMPP qui touche généralement les jeunes femmes. L'âge moyen dans notre série était de 45,95 ans avec des extrêmes de 15 et 85 ans et un écart type à 21,34. Selon Yves Juilliere, la prévalence de l'insuffisance cardiaque augmente avec l'âge pour devenir extrêmement importante au-delà de 80 ans, concernant alors plutôt la femme que l'homme [3]. Dans notre série, 86,8 % des malades étaient des femmes au foyer. Ceci pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation des femmes/ filles dans notre pays.

L'hypertension artérielle était le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent soit dans 36,8% des cas suivis du diabète dans 9,2%. Selon Spaulding, l'hypertension artérielle est plus fréquente chez les femmes âgées et avec une plus grande fréquence, d'hypertrophie ventriculaire gauche, ou d'insuffisance cardiaque à fonction préservée. Le diabète du type 2 s'accompagne aussi d'un risque de complication cardiovasculaire supérieure chez les femmes [17].

Les signes fonctionnels par ordre de fréquence étaient : la dyspnée (96,7 %) et la toux (62,5%). La dyspnée est le mode révélateur de l'insuffisance cardiaque chez la quasi-totalité des patientes.

Dans notre étude, l'hypertrophie des parois était présente chez 30,9% des cas (HVG : 20,4%) et elle était suivie des troubles du rythme (21,7%). Ce résultat pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de l'HTA comme FDRCV et le retard de diagnostic de l'insuffisance cardiaque. D'après Spaulding, l'hypertension artérielle est plus fréquente chez les femmes âgées et avec une plus grande fréquence d'hypertrophie ventriculaire gauche [17]. L'échographie cardiaque retrouvait une fraction d'éjection réduite dans 43,4% des cas, une dilatation du ventricule gauche dans 66,4% des cas. Cela pourrait

s'expliquer par le fait que l'évolution naturelle de toutes les cardiopathies se fait par la dilatation cavitaire et fraction d'éjection réduite, et le retard de la prise en charge. Dans notre étude, la CMPP et la CMD étaient les étiologies les plus fréquentes avec 23,7%. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par la tranche d'âge 15-29 ans (période idéale de procréation) qui était la plus touchée dans notre série et les conditions socio-économiques défavorables et d'autre part à l'absence de diagnostic précoce et de défaut d'adhérence au traitement d'insuffisance cardiaque. La cardiopathie ischémique était retenue comme étiologie dans 11,2% dans notre série. Ce résultat est inférieur à celui de Spaulding en Ile de France, entre 2006 et 2010, soit 1557 femmes (21,1 %). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les données de cette étude étaient des données pré hospitalières et hospitalières contrairement à la nôtre.

Dans notre étude en plus des mesures hygiéno-diététiques, les molécules suivantes étaient prescrites : diurétiques (94,7%), IEC (71,1%), bêtabloquants (66,4 %). Le traitement médical chronique est recommandé uniquement pour l'IC systolique et doit être le même pour les hommes que pour les femmes. Toutefois en France, et malgré les mêmes recommandations, la prescription de la triple association de drogues recommandées (IEC, bêtabloquants et diurétiques) 30 jours après les sorties d'une hospitalisation pour IC, est extrêmement faible chez les hommes (37 %) comme chez les femmes (35 %). Cependant on constate que l'impact du traitement par IEC dans la population féminine reste peu marqué puisqu'il apporte une réduction de mortalité de seulement 8 %, non significative. Par contre, les bêtabloquants conservent leur efficacité et ce, quel que soit le sexe [3]. Dans notre étude, l'évolution hospitalisée était favorable dans 86,8% des cas avec un taux de mortalité de 11,2%. Ce taux de mortalité pourrait s'expliquer par le stade avancé de la maladie. Il nécessite d'une prise en charge spécifique adaptée et précoce. Selon Juillière [3], la mortalité en cours d'hospitalisation ou dans les 30 jours qui suivent la sortie d'hôpital est de 10 % chez les femmes, 6 % durant l'hospitalisation et 4 % dans les 30 jours après la sortie.

CONCLUSION

L'insuffisance cardiaque chez la femme est un problème majeur de santé publique, Elle concernait majoritairement la femme de jeune âge. Les étiologies étaient multiples et variées. La dyspnée était le maître symptôme et le diagnostic était posé par l'échocardiographie. Le traitement restait classique et l'évolution était favorable dans la majorité des cas.

REFERENCES

- Letac B. Pathologie cardiovasculaire : connaissance de base pour la pratique quotidienne. 2^{ed}. Ellipses (Montreal); 1994; 121-148; 224-253.
- F. Delahaye. Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie sur le Diagnostic Et le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique. 2016;39
- Juillière Y. Insuffisance cardiaque et sexe féminin. Bull Académie Natl Médecine. sept2016;200(7):1475-84. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733953> consulté le 16/04/23
- Salton CJ, Chuang ML, O'Donnell CJ, Kupka MJ, Larson MG, Kissinger KV, et al. Gender differences and normal left ventricular anatomy in an adult population free of Hypertension. J Am Coll Cardiol. mars 2002;39(6):1055-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11897450/> consulté le 29/05/23
- Jullien G, Fraboulet JY, Poncelet P, Avierinos C, Sebaoun A, Gallois H, et al. [Registry of cardiac insufficiency in cardiology]. Arch Mal Coeur Vaiss. déc 2001;94(12):1351-6.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 21 Janv 2014;129(3):e28-292.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2014 Update. Circulation. 21 janv 2014;129(3):e28-292. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733953> consulté le 16/04/23
- 2005 Writing Committee Members, Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, et al. 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. Circulation [Internet]. 14 avr 2009 [cité 16 avr 2023];119(14). Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192065>
- Philippe Tuppin, Sébastien Rivière, Alexandre Rigault a, Stéphane Tala, Jérôme Drouin, Laurence Pestel, Pierre Denis, Christelle Gastaldi-Ménager, Claude Gissot, Yves Juillière, Anne Fagot-Campagna. Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database | Lecteur amélioré Elsevier. 11 avr 2016;13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27079468/> consulté le 29/05/23
- Parent MC. Le journal de la société québécoise d'insuffisance cardiaque. 2019;14(1):39. https://sqic.org/wpcontent/uploads/2019/05/SQIC_ChroniCoeur_Vol14_No1.pdf consulté le 16/04/23
- Mayosi BM. Contemporary trends in the epidemiology and management of cardiomyopathy and pericarditis in sub-Saharan Africa. Heart. oct 2007;93(10):1176-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17890693/> Consulté le 16/04/23
- Bertrand E, Muna WFT, Diouf SM, Ekra A, Kane A, Kingue S, et al. Insuffisance Cardiaque chez la femme dans le service de Cardiologie du CHU Gabriel Touré. Urgences cardiovasculaires en Afrique subsaharienne. Arch Mal Coeur Vaiss. 2006;99(12):1159-65.
- Hawa J.B Coulibaly. Etude épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'insuffisance Cardiaque chez l'adulte à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2018. <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/1972/1/8M12.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulté le 29/05/23. These Med 18M152 FMOS
- Nagnouma Souare. Insuffisance cardiaque du sujet jeune : aspect épidémiologique, clinique et étiologique. [Bamako]: Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B); 2022. These Med 22M181FMOS <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/5669/22M181.pdf?sequence=1> consulté le 16/04/23
- Demange M. Prise en charge aux urgences des situations d'insuffisance cardiaque. Etude rétrospective sur 426 cas aux urgences de Nancy. 14 mars 2018; <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733953> consulté le 16/04/23
- Alan S Go, Dariush Mozaffarian, Véronique L Roger, Emelia J Benjamin, Jarett D Berry, Michael J Blaha. Statistiques sur les maladies cardiaques et les accidents Vasculaires cérébraux — Mise à jour 2014 [Internet]. 2014 [cité
- Gentry MB, Dias JK, Luis A, Patel R, Thornton J, Reed GL. African-African Women Have a Higher Risk for Developing Peripartum Cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol. 16 févr 2010;55(7):10.1016/j.jacc.2009.09.043.