



LIVRE DES RÉSUMÉS

Journées Thématiques de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I avec la Collaboration de la Société Camerounaise de Cardiologie Yaoundé - 03 février 2023

Thème : Urgences Cardiovasculaires

Liste des conférences

Sujet	Conférencier
Épidémiologie de l'HTA	A Owona / CN Nganou-Gnindjio
HTA: mise au point sur les méthodes diagnostiques	CN Nganou-Gnindjio
HTA maligne : point de vue du cardiologue	CN Nganou-Gnindjio
Quels médicaments utilisés dans le traitement de l'HTA en urgence ?	AP Menanga
HTA maligne : point de vue du réanimateur	RS Bengono Bengono
Œdème aigu du poumon hypertensif : point de vue du réanimateur	J.A. Metogo Mbengono
Prise en charge de l'AVC aux urgences : quoi de neuf	B Jemea
HTA et lésions rénales aiguës	H Fouda Menye
Épidémiologie et diagnostic de la pré éclampsie	J Metogo Ntsama / C Noa Ndoua
Pré éclampsie sévère	F Essiben
Prise en charge de l'éclampsie en réanimation	J.A. Metogo Mbengono
Points essentiels sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë	AP .Menanga
Les SCA, quoi de neuf en 2023 ?	A.P. Menanga

Liste des communications libres

Titre	Orateur
Thrombolyse à l'Hôpital Militaire de Région N°1 : à propos d'un cas d'embolie pulmonaire grave	F Kona Ngondo
Prise en charge des urgences hypertensives dans un contexte de ressources limitées : à propos de deux cas	RS Bengono Bengono
Cardiopathie aiguë droite compliquant une pneumonie à Covid-19 chez patient traité par anticoagulants oraux : à propos de deux cas	C Iroume
Connaissance sur les accidents vasculaires cérébraux des personnes à haut risque cardiovasculaire: cas de l'Hôpital Général de Douala	F Kamdem
Prévalence et facteurs associés à la qualité de sommeil chez les patients vus en consultation externe de cardiologie à l'Hôpital Général de Douala	F Kamdem
Profil clinique, étiologique et évolutif de la douleur thoracique aiguë non traumatique de l'adulte aux urgences de l'Hôpital Général de Douala	F Kamdem
Rapport entre le type d'AVC et la récupération motrice à l'Hôpital Général de Yaoundé	PC Mbonda
Relation entre l'état nutritionnel et l'état bucco-dentaire des patients présentant une plaie du pied diabétique à Yaoundé	MC Etoa Etoa
Facteurs de Risque et Évaluation du Risque Thromboembolique en consultation de Gynécologie à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé	JA Metogo Ntsama
« Sleeve gastrectomy » dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité au centre hospitalier d'ESSOS (Yaoundé, Cameroun) : Evaluation rétrospective de la perte pondérale à moyen terme	GA Bang
Survie à un an des cancers digestifs opérés au Cameroun : étude prospective multicentrique	GA Bang
Complications rénales en grossesse : à propos de 3 cas	H Fouda
Facteurs pronostiques des AVC au service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé	B Jemea
Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des malades atteints de cancer, admis en réanimation	B Jemea
Prévalence, aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'hypertrophie ventriculaire gauche chez les patients atteints d'accident vasculaire cérébral	A Owona
Qualité de vie des patients après un accident vasculaire cérébral à Yaoundé	A Owona
Prise en charge des patients souffrant de maladies cardiovasculaires en implantologie orale	JJ Ndjoh
Prévalence des comorbidités des patients asthmatiques à l'hôpital Jamot de Yaoundé	E Ngah Komo
Hauts risques du syndrome d'apnées hypopnées obstructif du sommeil chez les patients VIH positifs à l'hôpital Jamot de Yaoundé	E Ngah Komo
Prise en charge d'une Prééclampsie sévère en réanimation	L Amengle

CONFÉRENCES

CF-1

ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HTA

Amalia Owona, Chris
Nadège Nganou-
Gnindjio

Département de
Médecine Interne et
Spécialités, FMSB-UYI

L'hypertension artérielle est une élévation anormale de la pression artérielle avec une PAS ≥ 140 mm Hg et/ou PAD ≥ 90 mm Hg chez l'adulte ≥ 18 ans dans les conditions normales de mesure. Les limites de l'HTA sont définies en fonction des niveaux de PA à partir desquels le risque cardiovasculaire augmente de façon significative et rapidement progressive, mais baisse en revanche si une intervention thérapeutique ramène la PA à des valeurs basses avec un bénéfice sur la morbidité.

D'après *Akinkugbe*, « l'HTA est une maladie chronique la plus fréquente dans le monde n'épargnant aucune population, aucune ethnie.... ». C'est une affection cardio-vasculaire évoluant souvent à bas bruit d'où son nom le « Silent killer » ou le « tueur de l'ombre ». Le diagnostic de l'HTA en clinique est aisé faisant l'objet d'une codification rigoureuse et 90% des HTA sont dites « essentielles ». D'une part, l'HTA est une affection grave aux effets délétères directs sur le cœur, le cerveau et le rein; indirects (athérosclérose) posant ainsi un véritable problème santé publique et de l'autre part, sa prise en charge est coûteuse d'autant plus qu'il est au long court (parfois à vie). La prévention et l'éducation thérapeutique restent donc primordiales dans le recul de la morbidité.

Dans le monde selon l'OMS, un adulte sur trois est porteur d'une HTA. En 1975, 594 millions de personnes étaient hypertendus dans le monde. En 2015, ce chiffre est passé à 1,13 milliards et actuellement et la PAS élevée devient la 1^{ère} cause de décès évitable de décès prématuré et 720 millions (F= 53%, H= 62%) étaient mal traités. On estime les hypertendus de 30 à 79 ans à 1,28 milliards soit le double des estimations de 1990. Deux tiers de ces hypertendus vivent en pays à revenus faible et intermédiaire 46% des adultes hypertendus ignorent leurs statuts. Un patient sur 8 (12,8%) décède des suites d'HTA. Les pays ayant le plus bas taux d'HTA sont le Canada, le Pérou et la Suisse. Les pays avec les taux les plus élevés d'HTA sont la République Dominicaine, la Jamaïque et le Paraguay avec une prédominance féminine et la Hongrie, le Paraguay et la Pologne où la prédominance est masculine.

En Afrique, STEPSwise OMS retrouve une prévalence de 20-36 % au Togo, 28,9% au Sénégal, 29,7% au Cameroun. La mortalité en Afrique est lourde autour de 40-45%

L'épidémiologie de l'HTA reste effrayante surtout en Afrique, la prévention et l'éducation thérapeutique demeure primordiale

Mots-Clés : HTA, Épidémiologie

CF-2

HTA: MISE AU POINT SUR LES MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

Chris Nadège Nganou-
Gnindjio

Département de
Médecine Interne et
Spécialités, FMSB-UYI
Hôpital Central de
Yaoundé

L'hypertension artérielle (HTA) est un marqueur et facteur de risque cardiovasculaire, défini comme une pression artérielle trop élevée. On doit les premières mesures directes de la PA à l'anglais Stephen Hales qui réalisa sur des animaux de nombreuses expériences relatives à la circulation sanguine au début du XVIII^e siècle. Au fil du temps, l'évolution s'est faite vers des tensiomètres électroniques en passant en 1911 par le premier tensiomètre manobressard mis au point par les cardiologues français Charles Laubry et Henri Vaquez et commercialisé avec la société Spengler sous la dénomination de Vaquez-Laubry®.

De nos jours les méthodes diagnostiques reposent sur les mesures en cliniques ou cabinet et mesures en dehors du cabinet. Les mesures en cabinet sont : la mesure de pression artérielle classique faite par un personnel soignant selon la technique de Vaquez (sphygmomanomètre avec brassard pneumatique et stéthoscope) ou un tensiomètre électronique automatique homologué, et le recours à la mesure oscillométrique, en série de la pression artérielle à l'aide d'un tensiomètre automatique réalisée par le patient seul dans une salle calme en milieu hospitalier.

Les mesures en dehors du cabinet sont : la mesure ambulatoire de la pression artérielle de 24h (MAPA) qui est la méthode de référence qui consiste à mesurer en ambulatoire la PA du sujet au moyen d'un tensiomètre homologué, porté par le patient pour une durée de 24 à 48 heures auquel est associé le journal d'activités. En dehors de la MAPA, la mesure de la PA peut être prise en Automesure à domicile (AMD) par le patient, généralement en se basant de la règle de 3. Les

seuils retenus sont : mesures au cabinet →HTA si TA \geq 140/90 mm Hg ; Données de MAPA / 24 heures →HTA si PA moyenne \geq 130/80 mm Hg ; Données AMD → HTA si PA moyenne \geq 135/85 mm Hg. Les mesures en dehors du cabinet permettent de détecter le syndrome de blouse blanche, l'hypertension masquée, et devant une suspicion d'HTA résistante.

L'HTA doit toujours être confirmée si la PA $<$ 180/110 mm Hg, et en dehors de l'urgence. La confirmation sera faite par l'une des méthodes sus citées, 1 à 2 semaines plus tard, par appareil anéroïde ou, mieux, appareil électronique.

Mots-clés : HTA ; méthodes diagnostiques

CF-3

HTA MALIGNE : POINT DE VUE DU CARDIOLOGUE

Chris Nadège Nganou-Gnindjio

Département de
Médecine Interne et
Spécialités, FMSB-UYI
Hôpital Central de
Yaoundé

L'hypertension artérielle maligne (HTAM) est une urgence diagnostique et thérapeutique qui engage le pronostic vital. L'hypertension artérielle maligne est définie par une élévation brutale de la pression artérielle diastolique (PAD) \geq 130 mm Hg, associée à des signes de souffrance viscérale aiguë (une encéphalopathie hypertensive, une rétinopathie hypertensive de stade III-IV selon la classification de Kirkendall, une insuffisance cardiaque gauche aiguë, une insuffisance rénale aiguë). Elle survient généralement sur un terrain jeune (30-40 ans). Il n'y a pas de consensus sur la définition et on relève une paucité de données au Cameroun.

Il s'agit le plus souvent d'un patient hypertendu connu qui présente un écart thérapeutique ou de régime qui va se traduire par un cercle vicieux : facteur déclenchant entraînant une augmentation brutale de la PA, augmentation de la natriurèse (déshydratation), une hypovolémie relative, activation du SRAA et par conséquent une aggravation de l'HTA et des lésions aiguës. Le cas clinique le plus retrouvé dans notre contexte est celui de l'HTAM du sujet jeune avec une insuffisance cardiaque aiguë qui est l'œdème aigu du poumon d'origine hypertensive et en l'absence de traitement on note l'évolution rapide vers une IR terminale irréversible en quelques mois. D'où la nécessité d'une prise en charge urgente passant par une hospitalisation en USIC, un monitoring des paramètres, une oxygénothérapie, des médicaments par voie parentérale (dérivés nitrés, diurétiques de l'anse, inhibiteur calcique, anxiolytiques). Le but du traitement étant de baisser la PA $<$ 140/90 mm Hg, traiter les facteurs déclenchants et enfin prévenir et traiter les complications.

La prévention de l'HTAM avec un traitement antihypertenseur reste un objectif majeur. Cette forme d'HTA gravissime doit être reconnue le plus tôt possible afin de limiter les dommages des organes cibles, d'où l'intérêt d'une éducation thérapeutique pour un meilleur suivi et une meilleure compliance des patients.

Mots clés : urgences hypertensive, hypertension artérielle maligne, antihypertenseurs, pronostic

CF-4

QUELS MÉDICAMENTS UTILISER DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA EN URGENCE ?

Alain Menanga

Département de
Médecine Interne et
Spécialités, FMSB-UYI
Hôpital Général de
Yaoundé

L'urgence hypertensive est divisée en deux groupes : l'urgence hypertensive absolue (hypertensive emergency) lorsque l'élévation de la pression artérielle s'accompagne d'une atteinte aiguë d'organe cible et l'urgence hypertensive relative (hypertensive urgency) où la pression artérielle s'élève sans atteinte d'organe cible. Le seuil tensionnel généralement admis est \geq 180/110 mm Hg.

Les situations d'urgence absolue les plus fréquentes sont ; l'œdème aigu du poumon, la dissection de l'aorte, l'encéphalopathie hypertensive, l'hémorragie méningée, l'insuffisance rénale aiguë, la prééclampsie et l'éclampsie, l'infarctus du myocarde, les syndromes sympathicomimétiques.

Les molécules utilisées dans l'HTA en urgence doivent être maniabiles, d'action rapide et administrées par voie intraveineuse.

Plusieurs classes thérapeutiques employées ; inhibiteurs calciques (Nicardipine), bêtabloquants (Esmolol), α et bêtabloquant (labétalol), les α -bloquants (Urapidil), vasodilatateurs (Dérivés nitrés, Nitroprussiate de sodium).

Ces différentes molécules sont manipulées dans chacune des situations d'urgence hypertensive absolue avec des indications précises. Dans l'urgence hypertensive relative, il n'y a pas nécessairement d'intérêt d'administrer des molécules par voie intraveineuse. Les molécules

habituelles de l'hypertension artérielle sont prescrites pour progressivement baisser la pression artérielle.

Mots clés : urgence hypertensive absolue, urgence hypertensive relative, antihypertenseurs intraveineux

CF-5

HTA MALIGNE : POINT DE VUE DU RÉANIMATEUR

Bengono Bengono RS,

Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital de Référence de

Sangmélima. BP 890

Sangmelima, Tel : (+237) 699.658.216.

Email :

rodbeng@yahoo.fr

Département de

Chirurgie et Spécialités,

FMSB-UYI

Hôpital de Référence de

Sangmelima

L'hypertension artérielle (HTA) maligne est une urgence hypertensive nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé ou en réanimation.

L'HTA maligne est définie comme une association de chiffres tensionnels très élevés (habituellement PAD ≥ 130 mm Hg) et d'une rétinopathie hypertensive sévère, un fond d'œil de stade III (hémorragies et exsudats) ou IV (œdème papillaire) [1]. Selon Cremer, la prévalence est plus élevée dans la population d'origine africaine (10/100 000) par rapport à celle caucasienne (5/100 000) [2]. L'échec de l'autorégulation tensionnelle, les lésions microvasculaires, ainsi que le système rénine angiotensine aldostérone aboutissent à des lésions ischémiques d'organes cibles [3].

La présentation clinique de l'hypertension artérielle maligne est le reflet des conséquences du haut niveau de pression artérielle. Le retentissement viscéral est plus corrélé à la vitesse d'augmentation des chiffres de PA et à la tolérance individuelle des sujets. Il faut rechercher l'arrêt d'un traitement antihypertenseur (effet rebond), la prise de toxique sympathomimétiques (cocaïne, kétamine) et la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires. L'état clinique présente une altération de l'état général, la perte de poids, une soif intense et les céphalées. Les signes de souffrance viscérale aiguë peuvent être observés. Les complications les plus redoutées sont la néphroangiosclérose maligne, l'encéphalopathie hypertensive, l'insuffisance rénale aiguë et la microangiopathie thrombotique. L'étiologie la plus fréquente de l'HTA maligne est l'HTA essentielle.

La prise en charge est réalisée en réanimation. L'objectif thérapeutique est de diminuer la PA à un niveau de « sécurité ». La correction de l'augmentation des chiffres tensionnels passe par le contrôle des facteurs favorisant l'élévation tensionnelle (anxiété, douleur, hypoxémie, hypercapnie, hypoglycémie) et le traitement antihypertenseur. La baisse de 20-25% de la PAM durant premières heures est le gold standard. Les critères de choix des médicaments utilisés sont une voie d'administration intraveineuse, une action rapide et une demi-vie courte. Les médicaments utilisés sont le labétalol, la nicardipine et l'urapidil. La prévention repose sur le dépistage et le contrôle de l'HTA.

L'HTA maligne est une urgence hypertensive grave. La diminution de la PA à un niveau de « sécurité » est l'objectif thérapeutique.

Références :

1. Pillon F, Brueraud J. L'essentiel sur l'hypertension artérielle, Elsevier Masson, 2014 janviers, 5p.
2. Cremer A. et al. "From malignant hypertension to hypertension-MOD: a modern definition for an old but still dangerous emergency." *Journal of human hypertension* 2016;30 (8):463.
3. Varon J., Marik P.E. Clinical review: the management of hypertensive crises *Crit. Care*,

CF-6

OAP HYPERTENSIF : POINT DE VUE DU RÉANIMATEUR

Metogo Mbengono
Junette Arlette

Département de
Chirurgie et Spécialités,
FMSP-UD
Hôpital Général de
Douala

Introduction : L'œdème aigu du poumon (OAP) est une insuffisance respiratoire aiguë grave hypoxémiant greffée d'une mortalité importante en réanimation. Au Burkina Faso, il représentait 17% des causes de décès en réanimation [1]. Il constitue une urgence médicale et thérapeutique dont la prise en charge pluridisciplinaire est codifiée.

Diagnostic : L'orthopnée est le maître symptôme et le diagnostic est confirmé par l'imagerie (radiographie du thorax, sensibilité plus importante pour l'échographie pulmonaire) et l'élévation artérielle pulmonaire > 18 mm Hg et pression capillaire > 30 mm Hg. Les étiologies sont d'origine cardiaque, vasculaire et rénale.

Prise en charge : elle repose sur le maintien de l'hématose, diminuer la pression capillaire, traiter la cause, et prévenir et de traiter les autres complications. Outre l'installation en position demi-assise, l'objectif de l'oxygénation est objectif une $SpO_2 > 92\%$, avec plusieurs modalités d'oxygénation notamment la ventilation mécanique non invasive (VNI) ou invasive (VI). La VNI se

fait en mode CPAP (PEP entre 8 et 10 cm H₂O) ou BIPAP. La ventilation invasive est indiquée en cas de coma et/ou collapsus [2]. Au plan hémodynamique, l'administration des dérivés nitrés est au premier plan (dinitrate d'isosorbide 2-4 mg en bolus puis 1 mg/Kg/h) associé aux diurétiques de l'anse (furosémide 1-2 mg/kg) et d'un antihypertenseur (nicardipine) avec un objectif une PAS entre 100 et 130 mm Hg. Le traitement étiologique est un axe important de cette prise en charge. La surveillance est à la fois celle du patient et du traitement. Les complications de l'OAP hypertensif peuvent être immédiates (Choc cardiogénique, barotraumatisme, volotraumatisme) et tardives (Pneumonies acquises sous ventilation mécanique, décès).

Conclusion : L'OAP hypertensif peut mettre en jeu le pronostic vital. Son diagnostic doit être précoce et sa prise en charge rapide, adéquate et pluridisciplinaire afin d'en éviter les complications.

Mots-clés : Œdème pulmonaire, réanimation, prise en charge.

Références :

1. Koudougou, J. K., Réwendé Aristide Y, Joël Bamouni, Stéphane Balima, Yibar Kambiré, Hermann Adoko et al. Mortalité d'Origine Cardiovasculaire au Centre Hospitalier Régional de Koudougou. Health Sci. Dis: Vol 23(3) March 2022 pp34-38
2. Cécile Vallot, Pierre Metton, Stéphanie Fey, Loïc Belle. Prise en charge de l'OAP en urgence. Centre Hospitalier Anney Genevois (CHANGE). France. 2022. P 1-3.

CF-7

PRISE EN CHARGE DE L'AVC AUX URGENCES : QUOI DE NEUF

B Jemea

Département de
Chirurgie et Spécialités,
FMSB-UYI
Centre Hospitalier et
Universitaire de
Yaoundé

Accident Vasculaire Cérébral (AVC), urgence diagnostique et thérapeutique, première cause de handicap, deuxième cause de démence et troisième cause de mortalité en occident.

Certaines formes peuvent mettre en jeu le pronostic vital en se compliquant précocement de coma ou de détresse respiratoire et imposant une prise en charge en réanimation.

Selon l'OMS, l'AVC est le Développement rapide d'un déficit neurologique focal de survenue soudain qui persiste au-delà de 24 heures en relation avec une lésion du parenchyme cérébral par infarctus ou par hémorragie. Les mécanismes sont différents et spécifiques à chaque type d'AVC tous font aboutir à une diminution du flux sanguin sur un territoire responsable des manifestations cliniques.

Les principaux signes d'alerte sont variables, l'anamnèse permet de Préciser l'heure et le contexte de survenue, type de déficit initiaux et leur évolution, signes associés : vomissements, céphalées, vertiges, recherche minutieusement les facteurs de risque d'AVC

L'examen clinique permet d'évaluer les signes de gravités (troubles de la vigilance (SCG), troubles respiratoires, déficit moteur (score NIHSS)). L'imagerie médicale permet de poser le diagnostic de certitude et apprécier la gravité. Il n'existe aucun biomarqueur pour le diagnostic de certitude. Le diagnostic étiologique et différentiel est spécifique à chaque type d'AVC. L'AIT est une forme qui nécessite d'être surveillé.

Le traitement est symptomatique et spécifique, les buts étant de : Assurer la répercussion (lutter contre l'extension de l'infarctus), prévenir et traiter les ACSOS, prévenir les complications de décubitus. Les moyens sont médicaux (installation, matelas anti escarre avec l'usage des sachets d'eau stérile sur lesquels sont couchés les patients). Les moyens médicaux (respect de chiffres tensionnel jusqu'à des limites supérieures, l'ormothérapie dans l'hypertension intracrânienne, l'héparinothérapie précoce et efficace,) le traitement spécifique concerne essentiellement les AVC ischémiques et repose sur la revascularisation si déficit inférieur à 4 heures et demi. Les Critères d'admission en réanimation sont : troubles de la vigilance, troubles respiratoires Le traitement chirurgical fait appel à Craniotomie de décompression (Age < 60 ans, Volume infarctus >145 cm³, NIHSS > 15). Pose de Stent ou embolectomie (plaque d'athérome). Stimulateur intracardiaque (plaque athérome, troubles de rythme).

L'AVC est une urgence vitale. La prise en charge aux urgences est multidisciplinaire adaptée améliore la survie du patient.

Mots clés : AVC, Prise en charge, Urgences, Hypertension, Revascularisation,

CF-8 HTA ET LÉSIONS RÉNALES AIGUES

Hermine Fouda Menye-
Ebana

Département de
Médecine et Spécialités,
FMSB-UYI
Hôpital Général de
Douala

La lésion rénale aiguë est fréquente au cours des urgences hypertensives. La néphroangiosclérose (NAS) maligne est la LRA la plus fréquente. Elle survient dans un contexte HTA maligne au décours d'un écart thérapeutique chez patient hypertendu connu. Elle se manifeste par un syndrome de néphropathie vasculaire aiguë avec une insuffisance rénale rapidement progressive. Une lésion rénale fonctionnelle peut également être décrite. La prise en charge repose sur l'équilibre de la PA et la correction de l'hypovolémie. Les bloqueurs du système Rénine Angiotensine Aldostérone ont révolutionné le pronostic mais doivent être manipulés avec précaution.

Mots clés : NAS maligne, HTA maligne, LRA fonctionnelle

CF-9 ÉPIDÉMIOLOGIE ET DIAGNOSTIC DE LA PRÉÉCLAMPSIE

Junie Metogo Ntsama ,
Claude Noa Ndoua
Département de
Gynécologie et
Obstétrique, FMSB-UYI

CRACHERH

La pré éclampsie est la seconde cause de mortalité maternelle après les hémorragies du post partum. Elle se définit comme une élévation des chiffres tensionnels supérieur ou égal à 140 sur 90 mm Hg avec la présence d'une protéinurie supérieure à 300 mg/24 heures après la vingtième semaine d'aménorrhées ou en post partum. Elle représente l'une des causes majeures d'hospitalisation pour pathologies obstétricales en réanimation dans de nombreuses études hospitalières en Afrique du fait de sa gravité. Cette gravité relève son aspect multi systémique et sa prise en charge dès lors multidisciplinaire.

Les facteurs de risque de la pré éclampsie regroupent les facteurs qui peuvent être innés ou acquis. Ce sont les facteurs physiologiques, génétiques, maternels, obstétricaux, immunologiques et environnementaux.

Le diagnostic est le souvent clinique devant une patiente présentant les facteurs de risque. Les examens biologiques sont utiles pour le diagnostic mais aussi pour le dépistage des formes graves au premier et second trimestre. L'imagerie est utile dans le diagnostic de l'état foetal et des complications. Les présentations cliniques de la prééclampsie peuvent être une HTA chronique mais aussi l'évolution de la prééclampsie légère à modérée vers la prééclampsie sévère et sa forme la plus grave étant la prééclampsie. Les complications sont multi systémiques. Il ne faut cependant pas perdre de vue devant une élévation des chiffres tensionnels, une protéinurie ou une convulsion les autres causes.

Nous relevons ici sur les différents aspects épidémiologiques et diagnostiques de la prééclampsie tout en spécifiant les avancées et les pratiques dans notre milieu.

Mots-clés : prééclampsie ; épidémiologie ; diagnostic ; FMSB.

CF-10 PRÉÉCLAMPSIE SÉVÈRE

F Essiben
Département de
Gynécologie et obstétrique,
FMSB-UYI
Hôpital Central de Yaoundé

La pré éclampsie sévère est une situation grave qui met rapidement en jeu le pronostic vital maternel et foetal. C'est la 2ème cause de mortalité à l'hôpital central de Yaoundé. Elle est définie comme une hypertension artérielle gravidique systolique ≥ 140 mm Hg et/ou diastolique ≥ 90 mm Hg, et une protéinurie $\geq 0,3$ g/24h, associées à au moins un des critères suivants : HTA sévère (PAS ≥ 160 mm Hg et/ou PAD ≥ 110 mm Hg) ou non contrôlée, douleur abdominale épigastrique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense, douleur thoracique, une dyspnée, un œdème aigu du poumon, signes neurologiques (céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés et polycinétiques, protéinurie > 3 g/24h, créatinémie ≥ 90 μ mol/L, Oligurie ≤ 500 mL/24h ou ≤ 25 mL/h, thrombopénie $< 100 000/mm^3$, cytolysé hépatique avec ASAT/ALAT $> 2N$ (SFAR). La pré éclampsie sévère représente environ 20% des pré éclampsies. Les facteurs de risque sont dominés par un mauvais suivi prénatal, un antécédent de pré éclampsie, une HTA, une obésité ou encore un diabète. La prise en charge est pluridisciplinaire et permet d'éviter les complications graves dont les plus fréquentes sont l'éclampsie, l'AVC et la coagulopathie chez la mère et le retard de croissance intra-utérin, la prématurité et la mort foetale in utero chez le fœtus. Le sulfate de magnésium et les antihypertenseurs constituent la base du traitement. Le pronostic est favorable lorsque la prise en charge est prompte et adéquate.

Mots clés : pré éclampsie sévère, sulfate de magnésium, antihypertenseurs, décès maternel

CF-11

PRISE EN CHARGE DE L'ÉCLAMPSIE EN RÉANIMATION

Junette Metogo
Mbengono-Njoki
Département de
Chirurgie et Spécialités,
FMSP-UD
Hôpital Général de
Douala

Introduction : L'éclampsie est une entité de la maladie hypertensive en grossesse, qui se caractérise par des épisodes convulsifs ou une altération du niveau de conscience survenant dans un contexte de prééclampsie. La prévalence de cette dernière en réanimation est de 19,6% à Douala dont 74,6% se compliquent d'éclampsie [1,2]. L'éclampsie est une pathologie qui met en jeu le pronostic vital maternel et fœtal avec un taux de mortalité respectif de 8,6% et 24,4% [3].

Diagnostic : les manifestations cliniques sont dominées par des signes neurologiques justifiant la réalisation d'une imagerie, et confirmé par la présence d'une protéinurie de 24 heures 30 g/24 heures. Ce tableau peut être aggravé par l'état de mal convulsif, les AVC, l'OAP, la lésion rénale aigue et/ou le HELLP syndrome. La prise en charge précoce et multidisciplinaire. Elle repose sur les mesures chirurgicales telles que la césarienne ainsi que les mesures de réanimation. Au plan hémodynamique, le remplissage est guidé par les tests statiques (ETT) ou dynamiques (lever de jambes passif). L'objectif tensionnel est une PAS [140-150] mm Hg, avec le labétolol (0,5-1 mg/kg/h) comme molécule de choix, suivi de la nicardipine (0,4-5 mg/h) ou l'urapidil (10-60 mg/h) en seconde intention ou en association. Le sulfate de magnésium en intraveineux s'est révélé comme le protocole de choix car permet un meilleur maintien du pic plasmatique constant. L'objectif de la réanimation respiratoire est une SaO₂ >90% ; la ventilation mécanique est indiquée en cas de défaillance respiratoire et neurologique. En cas de HELLP syndrome ou de coagulopathie associée, une transfusion à la carte de CGR et de PFC est faite selon le rapport 1/1 ou 2/1, 1 g de calcium sera supplémenté à chaque unité de CGR transfusé. Il est important de maintenir une bonne balance hydroélectrolytique en cas de lésion rénale aigue associée et d'envisager au besoin une épuration extra-rénale. La surveillance est clinique et paraclinique.

Conclusion : L'éclampsie présente une morbidité élevée plus importante lorsque se greffe d'autre complication. Elle nécessite d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire en unité de réanimation.

Mots-clés : éclampsie, réanimation, traitement.

Références :

1. Tchuenté Nguéfacq C, Belley Priso E, Halle Ekane G, Fofack Tsabze LJ, Nana Njamen T, Tsingaing Kamgaing J et al. Complications et prise en charge de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie à l'hôpital général de Douala. *Revue de Médecine et de Pharmacie*, 2015, 5 (1): 483-490.
2. Elombila Marie, Niengo Outsouta, Mpoy Emy M, Kibinda Rosy V, Leyono Mawandza P, Nde Ngala M et al. La Pré-éclampsie Sévère en Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Health Sci. Dis. Vol 23 (6) June 2022* : 62-67.
3. Essiben F, Wandji YDDV, Ngo Um ME, Mve Koh V, Dohbit Sama J, Ojong Samuel A et al. Eclampsia in African Milieu, Yaounde-Cameroon: epidemiology, seasonal variations and treatment regimen. *Obstet Gynecol Int J. 2019;10(3):176–183.*
4. Prise en charge de la patiente avec une pré-éclampsie sévère. *Recommandations Formalisées d'Experts commune SFAR/CNGOF, 2020* ; 1-38.

CF-12

POINTS ESSENTIELS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUË

Alain Menanga
Département de
Médecine Interne et
Spécialités, FMSB-UJI

Hôpital Général de
Yaoundé

L'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) est l'apparition rapide ou aggravation des symptômes et/ou des signes d'insuffisance cardiaque, survenant de novo ou décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique en raison d'une dysfonction cardiaque primaire

L'ICA représente un ensemble syndromique multifactoriel. Les tableaux cliniques rencontrés sont hétérogènes et complexes avec notamment pour les principaux; la décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque chronique, l'œdème pulmonaire cardiogénique, l'ICA hypertensive, le choc cardiogénique, l'insuffisance cardiaque droite isolée, l'ICA secondaire à un syndrome coronarien aigu (SCA).

La prise en charge de ces tableaux fait appel à des mesures générales en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), à des moyens médicamenteux (vasodilatateurs, antihypertenseurs, diurétiques, anti-arythmiques, inotropes positifs et autres), les moyens instrumentaux d'USIC, la revascularisation coronaire, la stimulation cardiaque et la chirurgie cardiaque. Chacun de ces

moyens est utilisé en fonction des différentes indications qui sont les tableaux cliniques rencontrés dans cette entité. Pour éviter l'apparition de ces tableaux cliniques, il est nécessaire d'insister sur l'éducation thérapeutique dans l'hypertension artérielle, de corriger les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients et corriger de manière adéquate les valvulopathies.

Mots clés : insuffisance cardiaque aiguë,USIC, revascularisation coronaire, stimulation cardiaque, chirurgie cardiaque

CF-13

LES SCA, QUOI DE NEUF EN 2023 ?

Alain Menanga

Département de
Médecine Interne et
Spécialités, FMSB-UYI

Hôpital Général de
Yaoundé

Le syndrome coronarien aigu (SCA) est une entité continue regroupant plusieurs diagnostics avec des prises en charge différentes : l'angor instable, l'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (SCA ST-), l'infarctus du myocarde avec élévation persistante du segment ST (SCA ST+). Très souvent, c'est une gêne thoracique aiguë et persistante (> 20 min) qui va faire suspecter un SCA, décrite comme: Une pression, ou sensation d'oppression ou de brûlure rétrosternale ou thoracique, une dyspnée, une douleur épigastrique ou dans le bras gauche peuvent aussi être des équivalents à la douleur thoracique. En situation de suspicion de SCA ST-, le dosage de la troponine ultrasensible à 0 heure et à 1 heure est déterminant pour orienter la prise en charge. Lorsque SCA ST- est retenu, le traitement peut être immédiatement invasif lorsque le patient est à très haut risque. Chez les patients à haut risque, le traitement invasif peut se faire dans les 24 heures. Si le patient n'est pas à haut risque, le traitement invasif se fera de manière sélective. Le traitement anti-thrombotique tient compte du risque hémorragique et du risque ischémique, que le patient soit en arythmie par fibrillation auriculaire ou pas. Les statines sont incontournables avec pour objectif, un taux de LDL cholestérol < 55 mg/dl. Si cet objectif n'est pas atteint après 4-6 semaines, ajouter de l'Ezétimibe, si malgré tout l'objectif n'est toujours pas atteint, associer les inhibiteurs de la PCSK 9. Les modifications des habitudes de vie sont indispensables. Dans le SCA ST+, l'enjeu reste toujours la revascularisation coronaire dans les meilleurs délais. La revascularisation invasive en moins de 2 heures restant l'idéal.

Mots clés : syndrome coronarien aigu ST-, syndrome coronarien aigu ST+, troponine ultrasensible, inhibiteur de PCSK 9, traitement invasif

COMMUNICATIONS ORALES

CO 1

THROMBOLYSE À L'HÔPITAL MILITAIRE DE RÉGION N°1 : À PROPOS D'UN CAS D'EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE

Kona ngondo François¹,
metogo mbengono Junette³,
Iroume Cristella¹,
ngouatna serges¹, ndom
Ntock Ferdinand¹, Guemne
Dominique¹, Bengono
Roddy¹, Amengle Ludovic¹,
Jemea Bonaventure¹,
Djeutcheu Fabrice⁴,
Abissegue Yves⁴,
Hamadou⁴, Ze Minkande
Jacqueline¹

1. FMSB/Université de Yaoundé I
2. FMSP/ Université de Douala
3. Hôpital Général de Douala
4. Hôpital Militaire de Région N°1

Les thrombolytiques font partie de l'arsenal pour la prise en charge en urgence de l'embolie pulmonaire grave. Nous rapportons un cas de thrombolyse pour une embolie pulmonaire grave à l'hôpital d'instruction des armées de Yaoundé (HMR1). Il s'agissait d'un patient de 60 ans reçu en réanimation pour la prise en charge d'une embolie pulmonaire. Il était hypertendu contrôlé sous amlodipine, avec une notion de dyslipidémie sous rosuvastatine, avec un antécédent de thrombose veineuse fémorale et une histoire d'embolie pulmonaire grave dans la fratrie. L'examen physique retrouvait un patient conscient, orienté, une HTA grade 1 (158/100 mm Hg), SaO₂=86% (air ambiant). Une thrombolyse a été réalisée à base d'actilyse 100 mg : 10 mg en bolus puis 90 mg en 2 heures, puis un relais au rivaroxaban 30 mg/ jour. Le patient n'a présenté aucune complication hémorragique et l'angioscanner de contrôle était normal. L'embolie pulmonaire grave est une pathologie fréquente greffée d'une mortalité élevée. En phase aiguë, la thrombolyse est la modalité de traitement efficace qui permet d'améliorer la survie et la récupération des patients.

Mots-clés : Embolie, Thrombolyse, HMR1

Références :

1. Philippot et al. Prise en charge de l'embolie pulmonaire grave en réanimation. Méd. Intensive Réa (2018) 27:443-451
2. Lapostolle et al. Embolie pulmonaire grave Le Congrès Médecins. Urgences vitales 2014

CO 2 :

PRISE EN CHARGE DES URGENCES HYPERTENSIVES DANS UN CONTEXTE DE RESSOURCES LIMITÉES : À PROPOS DE DEUX CAS

Bengono Bengono R.S,
Passi Sone, Ebale K,
Anaba P, Londji G, Noah
Noah D.

Auteur correspondant :
Bengono Bengono R.S,
Service d'Anesthésie-
Réanimation, Hôpital de
Référence de Sangmélina.
BP 890 Sangmelima, Tel :
(+237) 699.658.216. Email
: rodbeng@yahoo.fr

Une urgence hypertensive est une élévation aiguë et marquée de la pression artérielle associée à des signes de souffrance des organes cibles. La prise en charge nécessite un contrôle des chiffres tensionnels, le diagnostic et la prise en charge des complications. Ceci passe par un bilan exhaustif. Le contexte de ressources limitées est un frein à une prise en charge adéquate. Nous rapportons l'expérience de 2 cas concernant la prise en charge des urgences hypertensives. Il s'agissait d'une patiente de 63 ans, alcoolique-tabagique, présentant des chiffres tensionnels élevés associés à un coma, une tuméfaction hémithoracique supérieure gauche avec circulation veineuse collatérale s'étendant à la région mandibulaire homolatérale, un syndrome pyramidal bilatéral. La prise en charge tensionnelle a été effective. L'évolution était marquée par un décès 48h après l'admission. Le 2ème cas représentait un patient de 24 ans, alcoolique, amené en consultation pour agitation et trouble de l'état de conscience précédés par des céphalées rebelles aux antalgiques usuels et une hypertension artérielle grade 3 OMS. La protéinurie des 24h, la recherche de Loa Loa, une échographie rénale et une tomodensitométrie cérébrale n'ont pas pu être réalisés. L'évolution était marquée par la persistance d'une hypertension artérielle grade 3 en contexte d'indigence. Ceci a motivé une sortie contre avis médical.

Mots-clés : urgence hypertensive, difficultés, prise en charge, ressources limitées.

Références :

1. Pillon F, Brueraud J. L'essentiel sur l'hypertension artérielle, Elsevier Masson, 2014 janvier, 5p.
2. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J.

CO 3

CARDIOPATHIE AIGUË DROITE COMPLIQUANT UNE PNEUMONIE À COVID-19 CHEZ PATIENT TRAITÉ PAR ANTICOAGULANTS ORAUX : À PROPOS DE DEUX CAS

Iroume C^{1,2}, Kona S¹,
Ngouatna S¹, Nga Nomo
S³, Ndongo AS^{1,2},
Ouankou C², Daya L¹,
Dakleu M¹, Ndichout M¹,
Djontu S¹, Massaga Y¹,
Mamba G¹, Goura GA¹,
Mbog R¹, Ndjoya O¹,
Jemea B^{1,2}

Auteur correspondant :
Cristella Iroume, Tel:
00237677285783, Mail :
icristella@yahoo.fr

Affiliations

1. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales Yaoundé, Cameroun
2. Service de réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
3. Service de réanimation, Centre Hospitalier d'Essos

Les auteurs rapportent 2 cas des sujets âgés COVID+, présentant des complications cardiovasculaires sous anticoagulant oral à dose curative en réanimation. Il s'agissait des patients âgés de 65 et 87 ans, hypertendus contrôlés. Une détresse respiratoire aiguë compliquée une pneumonie à COVID-19 et désaturation < 90% à l'air ambiant. Le 1er patient présentait 70% d'atteinte scanographique, D-dimères : 420 µg/l. Au 7e jour, des signes d'insuffisance cardiaque droite, augmentation des besoins en oxygène motiveront VNI. Le relai par héparinothérapie curative sera fait devant la forte suspicion d'embolie pulmonaire. La dégradation hémodynamique au 9e jour justifiera une assistance cardio-respiratoire. L'électrocardiogramme : bloc de branche gauche complet. A l'échocardiographie, akinésie septale, dilatation cavités droites, HTAP > 40mmHg avec FEVG 20%. D-dimères : 10970µg/l. Le décès est survenu en contexte de choc cardiogénique réfractaire. Le 2ème patient présentait 35% d'atteinte scanographique, D-dimères : 400 µg/l. Au 10ème jour, une urgence hypertensive motivera un bilan cardiologique. L'échocardiographie a révélé une HTAP sévère, une dilatation importante des cavités droites, FEVG 73%. L'angioscanner thoracique : embolie pulmonaire sous segmentaire marginale bilatérale. L'héparinothérapie curative a été bénéfique motivant la sortie à J35.

Mots-clés : Pneumopathie a COVID 19 ; cardiopathie aigue droit ; traitement anticoagulant

Références :

1. Dominique Stephan, Mihaela Cordeanu, Corina Mirea et al. Maladie veineuse thromboembolique et COVID-19. La presse Médicale Formation. 2021 2(1) : 33 – 38.
2. Klok FA, Kruij MJHA, Van der Mer NJM et al. Incidence des complications thrombotiques chez les patients en soins intensifs gravement malades atteints de COVID-19. 2020 ; 191 : 145 – 7.

CO 4

CONNAISSANCE SUR LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX DES PERSONNES À HAUT RISQUE CARDIOVASCULAIRE: CAS DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DOUALA

Kamdem Félicité^{1,2}; Tchuingwa Noudou Franck¹; Kenmegne Caroline¹; Massi Gams Daniel¹; Mbahe Salomon¹; Mouliom Sidick^{1,2}; Lade Viché¹; Ngoté Henri¹; Dzudie Anastase^{1,3}; Mapouré Njankouo Yacouba^{1,2}.

Affiliations :

¹ Service de Médecine Interne et Spécialités, Hôpital Général de Douala, Cameroun,
² FMSP – Université de Douala, Cameroun,
³ FMSB– Université de Yaoundé 1; Cameroun

Correspondance :

Pr Kamdem Félicité,
Email :
fdjimegne@gmail.com;
Tél:699 98 86 75

Introduction : l'accident vasculaire cérébral (AVC) est une affection neurologique sévère. Plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) sont associés à sa survenue. Le but de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissances sur les AVC des patients à haut risque cardiovasculaire (HRCV).

Méthodologie : nous avons réalisé une étude transversale de janvier en avril 2020 dans les unités de consultation de cardiologie et de diabétologie de l'Hôpital Général de Douala. Les patients à HRCV étaient sélectionnés via un score de Framingham. L'analyse statique était réalisée à l'aide du logiciel EPI info version 7.1. Une p-value < 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

Résultats : nous avons retenus 157 patients avec un taux de réponse de 95,54%. L'âge moyen était de 64,76 ± 8 ans avec une prédominance masculine. Le cerveau a été rapporté comme organe atteint en cas d'AVC par 24,7% des patients tant dis que le cœur était rapporté par 54,7%. La majorité des participants ont pu identifier au moins 2 FDR et au moins 2 signes d'AVC. La douleur thoracique était rapportée comme signe d'AVC dans 44,7% des cas. La majorité des patients (67,3%) étaient conscients de leur risque de faire un AVC et une minorité (16%) avait reçu cette information par un médecin. Les connaissances étaient insuffisantes chez 32,7% des patients et satisfaisantes chez 67,3%.

Conclusion : le niveau de connaissance des patients était satisfaisant. La majorité des patients étaient conscients de leur risque de faire un AVC.

Mots clés : AVC, connaissance, risque cardiovasculaire, Douala.

CO 5

PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES A LA QUALITÉ DE SOMMEIL CHEZ LES PATIENTS VUS EN CONSULTATION EXTERNE DE CARDIOLOGIE A L'HÔPITAL GENERAL DE DOUALA

Kamdem Félicité^{1,2}; Tientcheu Moukam Nelly¹; Mouliom Sidick^{1,2}; Lade Viché¹; Ngoté Henri¹; Dzudie Anastase^{1,3}.

¹Service de Médecine Interne et Spécialités, Hôpital Général de Douala, Cameroun

² Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques – Université de Douala, Cameroun

³Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales – Université de Yaoundé 1; Cameroun

Correspondance : Pr Kamdem Félicité, Email :
fdjimegne@gmail.com, Tél:
699 98 86 75

Introduction : le sommeil est un besoin essentiel de l'organisme auquel nous consacrons un tiers de notre vie. Les troubles du sommeil sont un problème émergent de santé publique en Europe et en Amérique vu leurs impacts néfastes sur le profil cardiovasculaire de la population. Bien que la prévalence des troubles du sommeil augmente avec l'industrialisation, elle reste peu documentée au Cameroun. L'objectif était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à la qualité du sommeil chez les patients vus en consultation de cardiologie à l'Hôpital Général de Douala (HGD).

Méthode : nous avons mené une étude transversale descriptive de mars à Juillet 2018. La qualité du sommeil a été évaluée à l'aide de l'Index de Qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI). Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats : nous avons inclus 368 patients, l'âge moyen était de 54 ± 13 ans et le sex-ratio F/H de 1.45. 81,5% et 81,0% des patients présentaient respectivement une obésité abdominale et une obésité globale. 77,4% étaient hypertendus, 52,7% avaient un syndrome métabolique, 48,9% une dyslipidémie, 13,9% un diabète et 40,5% une hyperuricémie. La prévalence de la mauvaise qualité du sommeil était de 52,7%. Les facteurs associés à la mauvaise qualité de sommeil étaient : l'HTA (p=0,030), le diabète (p=0,016), le syndrome métabolique (p=0,006), l'hypertriglycéridémie (p=0,003).

Conclusion : la mauvaise qualité du sommeil est un problème de santé publique dont la prise en charge mériterait de retenir l'attention du personnel soignant.

Mots clés : prévalence, qualité de sommeil, facteurs de risque cardiovasculaires.

CO 6

PROFIL CLINIQUE, ÉTIOLOGIQUE ET ÉVOLUTIF DE LA DOULEUR THORACIQUE AIGUE NON TRAUMATIQUE DE L'ADULTE AUX URGENCES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DOUALA

Kamdem Félicité^{1,2} ;
Mbele Onana Charles^{1,2} ;
Dongmo Kana Kelly¹ ;
Mouliom Sidick^{1,2} ; Lade
Viché¹ ; Ngoté Henri¹ ;
Dzudie Anastase^{1,3} ;
Mbatchou Nghane,
Bertrand^{1,2}.

¹Service de Médecine
Interne et Spécialités,
Hôpital Général de
Douala, Cameroun
² Faculté de Médecine et
des Sciences
Pharmaceutiques –
Université de Douala,
Cameroun

³Faculté de Médecine et
des Sciences
Biomédicales –
Université de Yaoundé
1; Cameroun

Correspondance : Pr
Kamdem Félicité, Email :
fdjimegne@gmail.com,
Tél: 699 98 86 75

Introduction : la douleur thoracique est définie comme une sensation désagréable intéressant l'ensemble du thorax. Sa présentation clinique et sa gravité sont très variables en fonction du mécanisme responsable et du terrain sous-jacent. Le but de cette étude était de décrire le profil clinique, étiologique et évolutif des patients ayant présenté une douleur thoracique aiguë non traumatique aux urgences.

Méthodes : nous avons mené une étude descriptive et analytique sur une période de 4 ans (Janvier 2017 à Décembre 2020) dans les services des urgences médico-chirurgicales de l'Hôpital Général de Douala. Étaient inclus dans notre étude les dossiers des patients âgés de 18 ans et plus venus consulter pour « douleur thoracique aiguë non traumatique ». Les données ont été analysées par les logiciels SPSS version 25.0.

Résultats : nous avons recruté 678 adultes sur un total de 28787 consultations, soit une fréquence 2,35%. L'âge moyen était de 40,56 ± 16,28 ans avec une prédominance féminine (53,6%). Les principales comorbidités étaient l'hypertension artérielle et la maladie rénale chronique (MRC) avec des fréquences respectives de 36,13% et 12,87%. Les principales étiologies étaient digestives (21,2%), respiratoires (18,2%) et cardiovasculaires (14,7%). Les pneumonies étaient les plus représentées (62,25%), suivies d'ulcère gastroduodénal (47,5%) et des maladies coronariennes (23,18%). Les hospitalisations représentaient 11,6% de notre échantillon, tant dis que 87,40% étaient autorisés à retourner à domicile et 2,8% sortaient contre avis médical. Le taux de mortalité était de 4,1%. Les facteurs associés à l'hospitalisation étaient le sexe masculin (OR : 2,32 (1,23 – 4,39); p=0,009), les causes respiratoires (OR : 11,99 (5,10 – 28,14); p<0,0001) et cardiovasculaires (OR : 8,22 (3,34 – 20,23); p<0,0001). Les facteurs associés au décès étaient les causes cardiovasculaires (OR : 5,46 (2,11 – 14,08); p=0,001).

Conclusion : La douleur thoracique aiguë non traumatique représente 2,35% des admissions aux urgences. Les causes de la douleur thoracique aiguë non traumatique sont principalement digestives, respiratoires et cardio-vasculaires. La mortalité est principalement due aux pathologies cardiovasculaires.

Mots clés : douleur thoracique aiguë non traumatique, affections digestives, mortalité, urgences, Hôpital Général de Douala.

CO-7

RAPPORT ENTRE LE TYPE D'AVC ET LA RÉCUPÉRATION MOTRICE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE YAOUNDÉ

Mbonda Paul Cédric^{1*},
Sini Victor², Menanga
Alain¹, Kuate Callixte¹
¹Faculté de Médecine et
des Sciences
Biomédicales. Université
Yaoundé 1-Cameroun
²Service de Neurologie,
Hôpital Général de
Yaoundé, Yaoundé,
Cameroun
Auteur correspondant:
mbondapaul@gmail.com

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la première cause de handicap moteur de l'adulte. Notre objectif était de trouver dans quel type d'AVC la récupération motrice survenait le plus rapidement, et quels étaient les facteurs associés.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée à l'Hôpital Général de Yaoundé durant 6 mois. Étaient inclus tout patient ayant eu un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, âgé de plus de 18 ans, suivi et réévalué en consultation externe. Au cours de notre analyse statistique, nous avons recherché l'index de Barthel et le score de Rankin à 6 mois post AVC, la corrélation avec la kinésithérapie précoce et régulière ainsi que la compliance au traitement.

Résultats : Nous avons recruté 62 patients âgés de 37 à 91 ans. Parmi les patients, nous retrouvions 44 AVC ischémiques (71%) et 18 hémorragiques (29%). L'index de Barthel et le score de Rankin à 6 mois étaient meilleurs chez les patients en post AVC hémorragique. Les récurrences d'AVC, les troubles cognitifs, la non compliance au traitement anti hypertenseur et antidiabétique étaient des facteurs associés à une faible récupération motrice de manière statistiquement significative.

Conclusion : Les AVC ischémiques sont plus fréquents que ceux hémorragiques mais la récupération motrice à long terme est meilleure après une hémorragie cérébrale. Plusieurs facteurs y sont associés, dont les antécédents médicaux, et leur traitement, car ceux-ci sont des facteurs de récurrence et de troubles cognitifs empêchant une bonne récupération.

Mots-clés : AVC, Ischémie, hémorragie, Récupération

CO-8

RELATION ENTRE L'ÉTAT NUTRITIONNEL ET L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE PLAIE DU PIED DIABÉTIQUE A YAOUNDE

Etoa Etoga Martine
Claude^{1,2}; Francine
Mendane Ekobena²,
Mesmin Dehayem
Yefou^{1,2}; Elodie Héra
Lontsi Djou¹; Anne
Ongmeb Boli¹, Jean
Claude Mbanya^{1,2};
Eugène Sobngwi^{1,2}

1. Centre National d'Obésité Hopital Central de Yaoundé (Cameroon)
2. Département de Médecine Interne et Spécialités Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant :
Martine Claude Etoa ;
adresse mail :
claudetoea@yahoo.fr

Introduction : La santé bucco-dentaire des patients diabétiques est influencée par la qualité du contrôle glycémique. L'objectif de cette étude était d'établir la relation entre l'état nutritionnel et bucco-dentaire des patients présentant une plaie du pied diabétique.

Méthode : Nous avons mené une étude transversale dans le service d'endocrinologie de l'hôpital central de Yaoundé. Étaient inclus tous les patients diabétiques consentant, présentant une plaie du pied diabétique. Nous avons réalisé un examen bucco-dentaire des patients afin de déterminer l'indice CAO (nombre de dents Cariées, Absentes, Obturées d'une population), l'état parodontal, les profondeurs des poches parodontales, les pertes d'attache et le degré de mobilité dentaire. Enfin l'état nutritionnel était évalué grâce aux paramètres anthropométriques, et le dosage de l'albumine sérique. Le test de chi carré et le test de Student ont été utilisés pour les analyses statistiques. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

Résultats : nous avons inclus 40 participants (21 hommes et 19 femmes). L'âge moyen était de $57,4 \pm 12,7$ ans. La durée moyenne du diabète était de $7,3 \pm 6$ ans. L'examen bucco-dentaire a révélé que l'indice CAO moyen de cette population était 6,6. La parodontite était sévère dans (47,2%) et modérée chez (17,5%) des participants. Concernant l'état nutritionnel, l'albuminémie était < 30 g/l chez (52,5%) participants. Il existait une association significative entre la sévérité de la maladie parodontale et la concentration sérique d'albumine ($p = 0,000$).

Conclusion : les patients présentant une plaie du pied diabétique ont un état bucco-dentaire mauvais et la sévérité de l'atteinte parodontale est fortement liée au statut nutritionnel de ces patients.

Mots-clés : parodontite, albuminémie, plaie du pied diabétique.

CO-9

FACTEURS DE RISQUE ET ÉVALUATION DU RISQUE THROMBOEMBOLIQUE EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE A L'HÔPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDE.

Metogo Ntsama JA^{1,2},
Amengle AL^{1,3}, Metogo
Mbengono JA^{4,5},
Meukem Tatsipie WL¹,
Owona Ngandebé AA^{1,6},
Ovozobo ML¹, Bengono
Bengono RS^{1,7},
Foumane P^{1,3}

Affiliations

1. FMSB/, Université de Yaoundé I
2. CHRACERH
3. Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
4. FMSP de Douala
5. Hôpital Général de Douala
6. Hôpital Général de Yaoundé
7. Hôpital de Référence de Sangmelima

Introduction : La maladie thromboembolique veineuse est responsable de la survenue des décès chez les femmes soit du fait de la grossesse, soit de celui de la chirurgie en gynécologie.

Objectif : Nous avons évalué le risque thromboembolique veineux chez les femmes vues en consultation au service de gynécologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est étendue sur une durée de 7 mois. Toutes les femmes, ayant été reçues en consultation de gynécologie ont été incluses. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.00. Nous avons utilisé le score de Wells pour l'évaluation du risque chez chaque participante.

Résultats : Nous avons recruté au total 391 femmes. L'âge moyen était de $34 \pm 12,4$ ans. Les femmes présentaient principalement des antécédents de tabagisme actif (2,6%), et d'hypertension artérielle (5,9%). Une proportion de 11, 8% des femmes avaient été opérées dont 6,4% pour césarienne. Les grandes multipares étaient représentées (32,7%), avec des antécédents d'hémorragie du post-partum (1,8%), de pré-éclampsie / éclampsie (3,6%), et de myomes utérins (7,9%). Les femmes ayant un score de WELLS compris entre 1 et 2 représentaient 4,3 % de notre population d'étude et seules 0,6% des femmes avaient une méthode préventive autre que la mobilisation active.

Conclusion : Il existe un risque thromboembolique veineux, le plus souvent modéré et élevé chez les femmes vues en consultation de gynécologie et très peu d'entre elles ont une méthode préventive autre que la mobilisation active.

Mots-clés : Évaluation-Thromboembolique- Gynécologie-HGOPY.

CO-10

« SLEEVE GASTRECTOMY » DANS LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DE L'OBÉSITÉ AU CENTRE HOSPITALIER D'ESSOS (YAOUNDE, CAMEROUN) : ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE LA PERTE PONDÉRALE A MOYEN TERME

Bang GA^{1,2}, Nana Oumarou¹, Mbianda Nketcha JJ¹, Essomba A².

¹ Service de chirurgie viscérale et laparoscopique, Centre Hospitalier d'Essos (Yaoundé)

² Faculté de Médecine et des Sciences biomédicales, Université de Yaoundé I

³ Service de chirurgie viscérale et laparoscopique, Centre hospitalier d'Essos

Introduction : Si la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente en Afrique, la pratique de la chirurgie bariatrique demeure marginale dans notre contexte. Les résultats sur la perte pondérale de la « sleeve gastrectomy » (SG), technique la plus usitée de chirurgie bariatrique dans le monde, n'ont pas fait l'objet d'une étude à ce jour dans notre pays.

Méthodologie : Les dossiers de tous les patients ayant eu une SG dans notre service de chirurgie entre le 1er Janvier 2016 et le 30 Septembre 2020 ont été rétrospectivement consultés. La perte pondérale à moyen terme, un an après la chirurgie, était le principal résultat investigué. Cette perte pondérale était calculée à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) postopératoire et du pourcentage de perte de l'excès de poids (%PEP). Les critères de Reinhold ont été utilisés pour évaluer le %PEP.

Résultats : Nous avons colligé 21 patients parmi lesquels 19 (90,5%) de sexe féminin. L'âge moyen des patients était de 40,3±10,8 ans avec un IMC moyen de 44,9±7,4 kg/m². Tous les patients avaient au moins une comorbidité liée à l'obésité. Toutes les procédures ont été conduites par voie coelioscopique, sans conversion, avec une durée moyenne de 192,2±52,8 min. Un an après la chirurgie, l'IMC moyen de nos patients était de 32,51± 3,7 kg/m² et le % PEP moyen de 63,35±6,5%. Selon les critères de Reinhold, le %PEP était considéré comme satisfaisant.

Conclusion : Dans notre contexte, la SG donne des résultats satisfaisants sur la perte pondérale à moyen terme.

Mots clés : Obésité- Chirurgie bariatrique- Sleeve gastrectomy- Perte pondérale – Cameroun

CO-11

SURVIE À UN AN DES CANCERS DIGESTIFS OPÉRÉS AU CAMEROUN : ÉTUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE

Bang GA^{1,2}, Savom EP^{2,3}, Moukitek AJ^{2,3}, Ngowe Ngowe M³.

¹ Service de chirurgie générale, Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

² Faculté de Médecine et des Sciences biomédicales, Université de Yaoundé I

³ Service de chirurgie générale, Hôpital Général de Yaoundé

Introduction : La prise en charge des cancers digestifs demeure problématique au Cameroun et les données sur la survie des patients sont anciennes. L'objectif de ce travail était d'analyser la survie à un an des cancers digestifs opérés.

Méthodologie : Une étude de cohorte avec un recueil prospectif de données a été menée sur une période 30 mois dans six formations sanitaires de référence de notre pays. Nous avons inclus tous les patients opérés d'un cancer digestif primitif et les avons suivis jusqu'à un an après l'intervention chirurgicale. La survie à un an après chirurgie était le principal résultat investigué. La régression de cox a été utilisée pour déterminer les facteurs associés à un risque accru de mortalité.

Résultats : Nous avons enrôlé 271 patients dont l'âge moyen était de 54,90 ans. Le sexe-ratio était de 1,28. Les localisations tumorales les plus fréquentes étaient, par ordre décroissant : colorectale, gastrique et pancréatique. Selon la classification TNM, près de 3/4 des tumeurs étaient au stade 3 ou 4 au moment du diagnostic. La chirurgie était palliative dans 35,1% des cas et réalisée en urgence chez 14,4% des patients. La survie à un an était de 40,3%. La consommation régulière de tabac, l'obésité et le traitement palliatif étaient statistiquement associés à un risque accru de décès durant l'année suivant la chirurgie.

Conclusion : La survie à un an des cancers digestifs opérés est faible au Cameroun. Le diagnostic précoce, la lutte contre l'obésité et le tabagisme, pourraient améliorer le pronostic des patients.

Mots clés : Cancers digestifs – Chirurgie oncologique - Survie - Cameroun.



CO-12

COMPLICATIONS RÉNALES EN GROSSESSE : A PROPOS DE 3 CAS

Fouda Hermine^{1,2},
Elimby Lionel^{1,2},
Maimouna Mahamat^{1,3},
Nzana Victorine^{1,4}, Halle
Marie-Patrice^{2,5}

1. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé
2. Hôpital Général de Douala
3. Hôpital Général de Yaoundé
4. Hôpital Central de Yaoundé
5. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala

Introduction : les complications rénales en grossesse sont rares mais graves. Nous rapportons 3 observations cliniques.

Observation 1 : En mars 2020, Mme MN, 28 ans, G3P1021 était admise en néphrologie pour une anurie survenue au décours d'une césarienne en urgence indiquée pour un hématome retro placentaire compliquant une prééclampsie avec syndrome de HELLP. La dialyse était initiée en urgence devant les œdèmes et l'encéphalopathie urémique. Une antibiothérapie était également débutée devant le sepsis puerpéral. La patiente décédait à J5 dans un tableau de choc septique.

Observation 2 : En novembre 2021, Mme AF, 30 ans, G5P5004 est adressée en néphrologie pour anurie survenue au décours d'une évacuation utérine d'un fœtus macéré. A l'admission, elle présentait une encéphalopathie urémique, une acidose métabolique sévère et un sepsis. La dialyse était initiée en urgence, une antibiothérapie débutée. L'évolution était favorable avec reprise de la diurèse et apyrexie dès J4. Les dialyses sont arrêtées à J14. A S3, la fonction rénale était normale.

Observation 3 : En février 2022, Mme WF, 35 ans, G4P4005 est référée pour une anurie survenue au décours d'une hystérectomie de sauvetage pour hémorragie du postpartum. La dialyse est initiée en urgence devant l'hyperkaliémie, l'acidose métabolique sévère, avec amélioration rapide l'état clinique. Une nécrose corticale est suspectée devant la persistance de l'anurie à J25 et confirmée à l'échographie doppler des reins. La patiente est mise en hémodialyse chronique.

Conclusion : l'agression rénale aiguë est le mode de présentation usuel des complications rénales en grossesses ; la nécrose corticale et le décès ne sont pas exceptionnels.

Mots clés : Agression rénale aiguë – nécrose corticale – grossesse

CO-13

FACTEURS PRONOSTIQUES DES AVC AU SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE

Jemea B¹, Iroume C¹,
Bengono Bengono R. S¹,
Metogo Mbengono J¹,
Owone Etoundi P¹, Ze
Minkande J¹.

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales /Université de Yaoundé I

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) apparaissent aujourd'hui comme un problème de santé publique à travers le monde [1]. En effet on dénombrerait 15 millions de nouveaux cas par an.

Matériels et méthodes : Nous avons mené sur une période de 5 ans, de janvier 2017 à décembre 2022, une étude rétrospective et descriptive des dossiers des malades admis dans le service de réanimation polyvalente pour prise en charge d'accident vasculaire cérébral confirmé par la tomodensitométrie crano-encéphalique au Centre hospitalier et Universitaire de Yaoundé. Étaient exclus, les patients ayant un diagnostic d'AVC incertain, les patients décédés avant le diagnostic de certitude ; les patients dont les dossiers étaient inexploitable. Les données ont été saisies sous le logiciel CSPro version 4.1. Les analyses ont été effectuées grâce aux logiciels SPSS et Microsoft Excel 2007. Les tests statistiques utilisés ont été ceux du Chi2 de Pearson, et le test exact de Fischer. La valeur $P \leq 0,05$ a été considérée comme significative.

Résultats : Durant cette période 1378 Patients ont été admis dont 309 cas d'AVC, soit une prévalence de 22,42 %. La tranche d'âge de 50 et 60 ans a été la plus représentée. L'âge moyen des patients a été 59,2 ans avec des extrêmes allant de 20 ans et 91 ans pour un sex ratio de 1,53. Le pic de prévalence de l'AVC chez les deux sexes a été observé entre 50-60 ans. Les facteurs de mauvais pronostic étaient les âges extrêmes, le retard dans la prise en charge et la présence d'un trouble de la vigilance ou des troubles respiratoires et l'importance de la taille de l'infarctus ou de l'hématome

Conclusion : Dans l'attente de la revascularisation et de la création des unités neurovasculaire, l'AVC reste un élément de mauvais pronostic dans notre milieu.

Mots clés : facteurs pronostiques, AVC, réanimation



CO-14

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS DES MALADES ATTEINTS DE CANCER, ADMIS EN RÉANIMATION

Jemea B¹, Iroume C¹, Bengono Bengono R. S¹, Metogo Mbengono J¹, Owone Etoundi P¹, Ze Minkande J¹.

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales /Université de Yaoundé I
Correspondant : Jemea Bonaventure. Tel: 00237654562343, Email: Jemea@hotmail.fr

Introduction: L'objectif général de notre étude est d'identifier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des malades atteints de cancer, admis en réanimation.

Méthodologie: Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive des patients atteints de cancers et admis au service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2020. Les données sociodémographiques, cliniques et évolutives des patients ont été collectées. La saisie et l'analyse a été effectuée grâce au logiciel SPSS version 18.0 et Microsoft Office Excel 2010.

Résultats: Au total de 1670 patients ont été admis dans les services de réanimation, parmi lesquels 42 ont été inclus. Ce qui nous a ainsi permis d'obtenir une fréquence cumulée de 2,51%. Le sexe masculin était prédominant (sex-ratio H/F= 2). L'âge moyen de 52, 2 ± 16,6 ans. La détresse respiratoire était le principal motif d'admission dans 80,8 %. Le VIH était la comorbidité le plus retrouvée dans 46,15 %. Le cancer hématologique est le plus fréquent dans 45,22%. Tous les patients ont eu recours aux mesures de réanimation en fonction de leur évolution. La durée d'hospitalisation variait entre 2- 10 jours. Le taux de mortalité a été de 77,7 %. La cause principale du décès était l'infection dans 68%. Le mauvais pronostic était lié au cancer avancé 77,7%. (P<0,001).

Discussion : La proportion des patients atteints de cancer est faible dans le service de réanimation. Le cancer hématologique est le plus fréquent. La mortalité chez ces patients en réanimation est élevée

Conclusion: La majorité de la population atteinte de cancer en réanimation était relativement jeune. C'est patients ont un mauvais pronostic en réanimation à cause du fait qu'ils arrivent avec un cancer avancé.

Mots clés : aspects épidémiologiques, clinique, évolutifs, cancer, soins intensif.

CO-15

PRÉVALENCE, ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Owona Amalia¹, L. Ngarka², S.Y. Anyouzo'o Ella³, A. Menanga¹

¹ Service de Cardiologie, Hôpital Général de Yaoundé, Cameroun
² Service de Neurologie, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
³ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun
Auteur correspondant : OWONA Amalia: amowona@yahoo.fr

Introduction : L'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) est un facteur de risque indépendant d'évènement cardiovasculaire incluant les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Notre étude avait pour objectifs d'évaluer la prévalence et les aspects cliniques et thérapeutiques de l'HVG chez des patients atteints d'AVC dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé.

Méthodologie : Notre étude était transversale descriptive et prospective de décembre 2021 à septembre 2022 (10 mois) à l'Hôpital Central de Yaoundé et l'Hôpital Général de Yaoundé. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour identifier les facteurs indépendants associés à l'HVG et à l'AVC.

Résultats : Sur 316 patients inclus, l'âge moyen de survenue de l'AVC était de 61±12 ans, le sex-ratio de 1,32. L'AVC ischémique était dominant à 60%. Les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion étaient plus prescrits. La prévalence de l'HVG électrique était de 66,1% et échocardiographique de 53%. Les variables associées à l'HVG étaient : la dyslipidémie, la PAS de base, la PAD de base, le suivi régulier des patients hypertendus le contrôle de la PA et le délai entre la découverte de l'HTA et la survenue de l'AVC.

Conclusion : La prévalence de l'HVG à l'échocardiographie était de 53% et à l'ECG de 66,1%. Plusieurs variables étaient associées à l'HVG et à la survenue de l'AVC.

Mots-clés : Hypertrophie ventriculaire gauche, Accident vasculaire cérébral, Électrocardiogramme, Échocardiographie, Cameroun



CO-16

QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL A YAOUNDE

¹ Service de Cardiologie, Hôpital Général de Yaoundé, Cameroun

² Département de Santé Publique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

³ Service de Neurologie, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant : Owona Amalia: amowona@yahoo.fr

Introduction : Les handicaps découlant des accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont dévastateurs et ont des conséquences sur les différentes dimensions de la qualité de vie. N'ayant pas encore été menée dans notre contexte, l'étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de vie des survivants d'accident vasculaire cérébral. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée à l'hôpital Central et Général de Yaoundé sur 7 mois. Les participants inclus étaient soumis à un questionnaire administré en utilisant l'échelle du SS-QOL comportant 12 domaines de 49 items, pour la qualité de vie, l'abrégié de l'échelle de Beck pour l'évaluation de la dépression et le score modifié de Rankin pour l'évaluation du handicap.

Résultats : Nous avons inclus 116 survivants d'AVC dont l'épisode aigu datait d'au moins 1 mois. L'âge moyen était de 59,19 ans avec un écart type de 12,78 et le *sex ratio* de 1,10. Le score SS-QOL médian pour plus de la moitié des patients évalués était de 133,50, indiquant une mauvaise qualité de vie. Tous les domaines de la qualité de vie étaient concernés. Les scores médians dans les domaines du rôle social et les soins personnels étaient inférieurs à 60 % du SMP. Nous avons observé une différence significative entre le handicap et les domaines SCORE SS-QOL ($P < 0,05$). **Conclusion :** L'AVC de par les séquelles qu'il entraîne est responsable d'une altération de la qualité de vie, ainsi un soutien psychologique et une physiothérapie au long court doivent faire partie de leur prise en charge.

Mots clés : Accident vasculaire cérébral, Qualité de vie, Yaoundé.

CO-17

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE EN IMPLANTOLOGIE ORALE

Ndjoh Jules Julien¹, Edouma Bohimbo², Mengong Hortense², Ngoulma René¹, Onana Romaric¹, Bengondo Bengongo Messanga Charles²

1. Laboratoire d'implantologie et de parodontologie, FMSB/UyI
2. Département de chirurgie buccale, maxillo-faciale et parodontologie

L'implantologie orale est une discipline nouvelle dans notre contexte. Elle entre dans le cadre de la réhabilitation prothétique de patients édentés et a pour principe la pose d'implants dentaires dans le tissu osseux des mâchoires du patient. En raison des particularités liées à leurs pathologies, les patients souffrant de maladies cardiovasculaires peuvent représenter un véritable défi lors de leur réhabilitation. En effet, la chirurgie implantaire se faisant dans un environnement vascularisé, expose le patient à des risques de bactériémie qui pourraient avoir des conséquences dramatiques chez des patients à risque d'endocardite infectieuse. Les patients souffrant de maladies cardiovasculaires représentent ainsi un défi important en implantologie orale. Ces patients doivent faire l'objet de considérations particulières et d'une compréhension adéquate de l'état cardiovasculaire sous-jacent afin d'assurer un traitement sûr et efficace. En fonction de la condition cardiaque, une modification appropriée des soins est cruciale.

Une approche multidisciplinaire incluant le cardiologue du patient peut potentiellement réduire les complications et améliorer les résultats du traitement implantaire. Cette communication vise à exposer les risques associés à la prise en charge implantaire d'un patient cardiaque et décrit les mesures à prendre pour une réhabilitation implanto-portée optimale.

Mots clés : Implants, endocardites, cicatrisation

CO-18

PRÉVALENCE DES COMORBIDITÉS DES PATIENTS ASTHMATIQUES A L'HÔPITAL JAMOT DE YAOUNDE

Ngah Komo Elisabeth^{1,2}, Kuaban Alain^{1,2}, Olinga Medjo Ubal¹, Pefura Eric^{1,2}.

1: Hôpital Jamot de Yaoundé

2: FMSB de Yaoundé

Email :

Elisabeth.ngah@fmsb-uy1.cm

Introduction : L'asthme est une pathologie inflammatoire chronique affectant les bronches. L'existence des comorbidités peut rendre difficile le contrôle de l'asthme et aboutir à la sévérité de ce dernier. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence des comorbidités des patients asthmatiques à l'hôpital Jamot de Yaoundé. **Matériel et méthodes :** Étude prospective, descriptive menée de 2019 en 2021 (02 ans). Nous avons colligé 25 dossiers de patients asthmatiques à l'hôpital Jamot de Yaoundé. Les données sociodémographiques et les antécédents ont été collectés. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 23.

Résultats : Des 25 dossiers colligés, la prévalence des comorbidités des patients asthmatiques était de 72% représentée par des épisodes bronchitiques récurrents et la rhinite allergique. Les femmes représentaient 60% avec une médiane d'âge de 45 ans avec écart type de]8-77[. Concernant la profession, 44% étaient des femmes au foyer et 20% des élèves. **Conclusion :** La prévalence des comorbidités des patients asthmatiques était élevée. Les femmes étaient les plus affectées et avaient pour profession femme au foyer.

CO-19

HAUTS RISQUES DU SYNDROME D'APNÉES HYPOPNÉES OBSTRUCTIF DU SOMMEIL CHEZ LES PATIENTS VIH POSITIFS A L'HÔPITAL JAMOT DE YAOUNDE.

Ngah Komo Elisabeth^{1,2},
Massongo Massongo^{1,2},
Balkissou Dodo³, Ekono
Claire¹, Pefura Eric^{1,2},
Afane Ze Emmanuel¹

1:Faculté de Médecine
et des Sciences

Biomédicales

2 :Hôpital Jamot de
Yaoundé

3 :Hôpital Régional de
Garoua

e-mail :

elisabeth.ngah@fmsb-uy1.cm

Introduction : Le syndrome d'apnées hypopnées obstructif du sommeil (SAHOS), est la survenue répétitive au cours du sommeil, d'obstructions complètes ou incomplètes des voies aériennes supérieures. Les patients séropositifs au VIH et sous traitement antirétroviral seraient sujets au risque de SAHOS. L'objectif principal était de déterminer les facteurs de risque du SAHOS chez les patients VIH positifs suivis à l'hôpital Jamot de Yaoundé. **Matériel et méthodes** : Nous avons mené une étude transversale de 03 mois allant de Juin 2016 août 2016. L'étude a été réalisée au centre de traitement agréé de l'hôpital Jamot, incluant les patients adultes VIH positifs et sous traitement antirétroviral. L'échantillonnage non probabiliste exhaustif a été appliqué et les données sociodémographiques, les données liées à l'infection VIH, les antécédents toxicologiques, les comorbidités, les mesures anthropométriques et le STOP BANG ont été collectées. Une régression logistique multinomiale a été effectuée pour rechercher les facteurs indépendamment associés au haut risque de SAHOS. **Résultats** : Dans l'étude, 745 patients ont été inclus. La prévalence du haut risque du SAHOS était de 11,9% contre une prévalence de 2-4% dans la population adulte. Les facteurs indépendamment associés au haut risque du SAHOS étaient : le sexe masculin avec un Odds ratio à 3,969 soit intervalle de confiance (2,301-6 ; 848) ; les âges compris entre]25 -35 ans] avec un Odds ratio à 0,216 soit intervalle de confiance (0,100-0,467) et]35-45 ans] avec un Odds ratio à 0,22 soit intervalle de confiance (0,108-0,445) enfin le tabagisme avec un Odds ratio à 2,348 soit intervalle de confiance (1,341-4,112). **Conclusion** : La prévalence du haut risque du SAHOS était élevée chez les patients VIH positifs. Les facteurs de haut risque du SAHOS étaient : le sexe masculin, l'âge compris entre 25-45 ans et le tabagisme.

CO-20

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, ÉTIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES DU CHOC CARDIOGÉNIQUE EN RÉANIMATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL GENERAL DE DOUALA

Mouliom Sidick^{1,2},
Amengle A L³, Metogo
Mbengono^{2,4}, Ngono
Ateba⁴ Glwadys,
,Mpoam Sebe

V², Kamdem Félicité^{1,2}

¹Service de Cardiologie,
Hôpital Général de
Douala, Douala,
Cameroun

²Faculté de Médecine et
des Sciences

Pharmaceutiques
(FMSP) de l'Université
de Douala, Douala,
Cameroun

³Faculté de Médecine et
des Sciences
Biomédicales (FMSB) de
l'Université de Yaoundé
I, Yaoundé, Cameroun

⁴Service d'Anesthésie et
Réanimation, Hôpital
Général de Douala,
Douala, Cameroun

Introduction : notre étude avait pour but de déterminer les aspects épidémiologiques, étiologiques et pronostiques du choc cardiogénique au service de Réanimation Médico-Chirurgicale (RMC) de l'Hôpital Général de Douala (HGD)

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude transversale analytique, avec collecte de données rétrospectives sur 05 ans allant du 1er Janvier 2017 au 31 décembre 2021, dans le service de RMC de l'HGD. Était inclus tout dossier de patients admis pour un état de choc cardiogénique ou l'ayant développé en cours d'hospitalisation en RMC durant notre période d'étude. Nous avons étudié: le profil socio démographique, les antécédents, l'état clinique et biologique des patients, les facteurs étiologiques et le pronostic des patients. L'analyse des données était faite par le logiciel SPSS Version 26. Les facteurs associés ont été recherchés par un test de régression logistique simple avec un intervalle de confiance de 95%, et la valeur significative de $p < 0,05$.

Résultats : Sur 62 dossiers, l'âge moyen était de $63.3 \pm 11,1$ ans avec une prévalence du choc cardiogénique de 3,9%. L'antécédent le plus retrouvé était une hypertension artérielle (79,5%) et la détresse respiratoire était le motif d'admission le plus retrouvé (54,1%). La de la pression artérielle moyenne à l'admission était de 63 ± 8.9 mm Hg. L'électrocardiogramme présentait une anomalie dans 77.4% des cas, dont des troubles de la repolarisation (41.9%). La fraction d'éjection ventriculaire gauche moyenne de $37,9 \pm 10,4$ %. L'infarctus du myocarde représentait l'étiologie la plus fréquente (41,9%). Le taux de mortalité lié au choc cardiogénique était de 58,1%. L'antécédent de cardiomyopathie dilatée constituait l'unique facteur indépendant significativement associé à la mortalité [OR=2,438 (1,91-4,35); $p=0.012$].

Conclusion : Le choc cardiogénique est une pathologie avec une faible prévalence et un taux de mortalité élevé.

Mots clés : Choc cardiogénique – Réanimation – Douala