

**Profil épidémiologique et clinique des urgences cardiovasculaires admises aux soins intensifs de médecine interne des Cliniques Universitaires de Kinshasa**

Mboliasa I<sup>1</sup>, Lepira B<sup>1</sup>, Makulo R<sup>1</sup>, Kintoki F<sup>1</sup>, Lubenga Y<sup>1</sup>, Mpembele M<sup>1</sup>, Nlandu M<sup>1</sup>, Mvunzi T<sup>1</sup>, Engole M<sup>1</sup>, Mukendi M<sup>2</sup>, Nkodila A<sup>3</sup>, Kintoki V.<sup>1</sup>

(1) Département de Médecine Interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, (2) Ecole de Santé

publique, Kinshasa, (3) Médecine Interne, Centre Médical Cité des Aveugles Mont Ngafula

**Contexte et justification :** Les urgences cardiovasculaires sont de plus en plus fréquentes en Afrique sub-saharienne mais en République Démocratique du Congo, notamment à Kinshasa, les données épidémiologiques et cliniques de ces urgences cardiovasculaires sont encore peu nombreuses. L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique et clinique des malades admis pour urgences cardiovasculaires aux soins intensifs de Médecine interne des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK).

**Patients et méthodes :** Etude descriptive documentaire ayant inclus 124 urgences cardiovasculaires admis en soins intensifs de Médecine Interne du 01/01/2015 au 30/06/2015. Les paramètres démographiques et cliniques ont été analysés. Le test de chi carré a comparé les proportions et celui de l'ANOVA les moyennes de plus de deux groupes,  $p < 0,05$  était le seuil de significativité statistique.

**Résultats :** La fréquence des UCV étaient de 32,52% des admissions aux soins intensifs. L'âge moyen de patients était de  $57,42 \pm 15,27$  ans, 61,68% étaient des hommes. Les UCV les plus fréquentes étaient : AVC avec 50,8%, OAP (12,1%), Embolie pulmonaire (11,3%), Trouble de

rythme (10,5%) et choc cardiogénique (6,5%) ; 38,31% des patients étaient décédés.

**Conclusion :** Dans notre série, la coexistence d'une infection à l'urgence cardiovasculaire est un

élément prédictif de mortalité. Le peri-partum, la GNC, le LED et la drépanocytose constituent les principaux facteurs de risque chez les femmes âgées de moins de 50 ans dans cette étude.

**Mots clés :** urgences cardiovasculaires, soins intensifs, CUK

**Introduction**

En Afrique sub-saharienne, les maladies chroniques non transmissibles dont les maladies cardiovasculaires sont devenues de par leur prévalence et la morbi-mortalité y associée, un véritable problème de santé publique. Ces maladies cardiovasculaires se présentent pour la plus part d'entre elles sous forme des urgences (1) mettant en jeu le pronostic vital immédiatement ou de façon prévisible. En République Démocratique du Congo (RDC), notamment aux CUK où les maladies cardiovasculaires constituent l'un des facteurs prédictifs de mortalité des malades admis aux urgences de Médecine Interne (2), les données épidémiologiques et cliniques des urgences cardiovasculaires sont encore peu nombreuses.

L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique et clinique des malades admis pour urgences cardiovasculaires aux soins intensifs de Médecine interne des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK).

**Patients et méthodes**

Il s'agissait d'une étude descriptive documentaire, portant sur tous les patients

admis aux soins intensifs de Médecine interne des CUK du 01/01/2015 au 30/06/2015 pour urgence cardio-vasculaire(UCV) à savoir, accident vasculaire cérébral (AVC), œdème aigu du poumon (OAP), syndrome coronarien aigu(SCA), urgence hypertensive (hypertension artérielle maligne et encéphalopathie hypertensive), trouble de rythme grave(avec retentissement hémodynamique), choc cardiogénique , embolie pulmonaire(EP), coarctation de l'aorte, dissection de l'aorte, péricardite aiguë et arrêt cardiaque (AC). L'échantillonnage

était exhaustif et a permis d'inclure tous les malades admis aux soins intensifs de médecine interne(MISI) pendant la période concernée pour UCV. Nous nous sommes basés sur les registres d'hospitalisation de médecine interne, les registres d'admissions en MISI et les feuilles de remise et reprise de MISI ; les patients avec données incomplètes ont été exclus. Aussi, les soins intensifs de médecine interne étant polyvalent et ne disposant que de 8 lits, d'autres UCV ont été admises directement dans l'unité d'hospitalisation de cardiologie et n'ont pas été incluses dans notre étude.

Les paramètres étudiés étaient démographique (âge, sexe), clinique (HTA, DS, MRC, séjour en MISI et issue des patients) et même paracliniques pour

certain patients. Les données sur l'alcoolisme, le tabagisme et les dyslipidémies n'ont pas été rapportées

La saisie des données a été faite sur Excel et les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 21. Les résultats ont été présentés par sexe sous forme de moyenne  $\pm$  écart type pour les variables quantitatives et des proportions pour les variables catégorielles. La comparaison des fréquences a été faite à l'aide du test de Chi carré et les moyennes par le test d'ANOVA.  $P < 0,05$

était le seuil de significativité statistique.

## Résultats

124 UCV étaient rapportées et représentaient

32,52% des admissions aux soins intensifs.

Il y avait plus d'homme (61,68%) que de femmes ; L'âge moyen était de  $57,42 \pm 15,27$  ans. Les AVC représentaient les principales UCV admises en MISI (50,8%). Les autres affections rencontrées étaient : OAP 12,1%, Embolie pulmonaire (EP) : 11,3%, Trouble de rythme 10,5% (FA 69,23%, TSV 15,38 % TV 7,69%, bradycardie sévère 7,69%), choc cardiogénique 6,5%, HTA maligne :4%, SCA 2,4% (ST+ dans 100%), Encéphalopathie hypertensive 0,8%, péricardite aiguë 1,6%. Il n'y avait pas de cas de coarctation de l'aorte ou de dissection de l'aorte ni d'AC.

Tableau I. Caractéristiques cliniques et démographiques des principales UCV

| Variabl<br>es | AVC<br>(n=63)    | OAP<br>(n=15)         | EP<br>(n=14)     | Arythmie<br>(n=13) | Choc<br>(n=8)    | HTA<br>maligne<br>(n=5) | p     |
|---------------|------------------|-----------------------|------------------|--------------------|------------------|-------------------------|-------|
| Age<br>x±ET   | 59,7±12,7a<br>ns | 54±24,9a<br>ns        | 62,2±12,8a<br>ns | 62,7±21,4a<br>ns   | 49,9±18,3a<br>ns | 35,2±15,3a<br>ns        | 0,077 |
| Masculi<br>n  | 43(68,3%)        | 7(46,7%)              | 5(35,7%)         | 5(38,5%)           | 4(50,0%)         | 5(100,0%)               | 0,140 |
| Féminin       | 20(31,7%)        | 8(53,3%)<br>11(73,3%) | 9(64,3%)         | 8(61,5%)           | 4(50,0%)         | 0(0,0%)                 | 0,421 |
| HTA           | 27(42,9%)        | )                     | 4(28,6%)         | 4(30,8%)           | 1(12,5%)         | 5(100,0%)               | 0,618 |
| DS            | 14(22,2%)        | 4(26,7%)              | 1(7,1%)          | 2(15,4%)           | 1(12,5%)         | 0(0,0%)                 | 0,267 |
| GNC           | 3(4,8%)          | 3(20,0%)              | 1(7,1%)          | 1(7,7%)            | 0(0,0%)          | 3(60,0%)                | 0,624 |
| Décès         | 30(47,6%)        | 5(31,5%)              | 3(21,4%)         | 5(38,5%)           | 5(62,5%)         | 3(60,0%)                | 0,060 |

L'HTA représentait le principal facteur de risque modifiable (40,18%) ; le Diabète sucré était retrouvé dans 11,21% des cas et 8,41% de notre population avait une MRC/GNC. Seulement 42,85 % des patients avec AVC ont réalisé un CT scan cérébral : 59,26 % d'AVC étaient hémorragique avec un sexe ratio de 2,4 en faveur des hommes. L'HTA maligne était rencontrée exclusivement chez les hommes et 83% avaient moins de 50ans ; la GNC était rapportée dans 60% des cas d'HTA maligne. Les cardiopathies sous-jacentes au choc cardiogénique et/ou aux troubles de rythmes identifiées (57%) étaient une atteinte myocardique dans 41,67% (CMD primitive, sur HTA ou ischémique), et dans 25%, une atteinte valvulaire

La durée moyenne d'hospitalisation aux soins intensifs était de  $5,34 \pm 4,072$  (0-19) jours ; le taux de mortalité était élevé à 38,31% sans différence entre les groupes d'âge et dans 60,97% de ces décès, il y avait une notion de fièvre soit dès l'admission soit en cours d'hospitalisation : le risque de décès était influencé par la présence de la fièvre ( $p : 0,007$ ). Les urgences les plus souvent mortelles étaient le Choc cardiogénique avec

62,5 %, l'HTA mal. 60% et les AVC (47,62 %).

Plus de la moitié des UCV (50,8%) étaient rapportées entre 50 et 69 ans ; Le sexe ratio H/F pour toutes UCV passe de 1,75 avant 50 ans à 1

entre 60-69 ans. Chez les femmes âgées de moins de 50 ans (8,4%), l'OAP était L'UCV la plus rencontrée ; le postpartum, le LED, la GNC et la drépanocytose ont été rapporté dans 50% des cas dans cette classe d'âge.

### Discussion

Les patients africains admis pour UCV sont jeunes comme déjà rapporté par Adoubi KA en Côte-d'Ivoire et CODJO HL au Bénin(3,4). Dans notre étude, conformément à ce qui est rapporté dans la littérature, les femmes sont moins exposées avant 50 ans du fait de la protection hormonale ; L'AVC représentait la principale

UCV comme rapporté par Th. Gombet au CHU de Brazzaville(5). Alors que B. Cheval rapporte que le SCA constitue la principale urgence chez les hommes dans le réseau Rescue (6), la faible prévalence du SCA en Afrique, retrouvée aussi dans notre série avait déjà été établie au Bénin, à Lomé et par E Bertrand(3,7, 8) mais nous pensons qu'elle est sans doute aussi sous-estimée du fait qu'en absence d'ECG d'effort et de dosage biologique, les angors instables et IDM ST- n'ont pas été diagnostiqués dans notre série. N'Guetta R. rapporte aussi une prévalence élevée de SCA à Abidjan (9) : Cette différence serait probablement due à la taille de l'échantillon. La faible prévalence des urgences hypertensives dans notre série ne concorde pas avec celle rapportée dans la littérature africaine (1, 3, 4) ; ceci pourrait être lié au fait que certaines urgences hypertensives sont admises directement en hospitalisation de cardiologie par manque de place en MISI ou du fait d'une prise en charge optimale dès l'admission en salle

d'urgence avant d'être transféré en cardiologie ; la FA reste la principale trouble de rythme rencontrée comme décrit dans la littérature et rapporté par Coulibaly I (10). Les atteintes myocardiques et valvulaires demeurent les principales cardiopathies sous-jacentes comme rapporté au Sénégal (11). Le choc cardiogénique, la plus mortelle des UCV avec 62,5 % dans notre étude, était déjà identifié par Bertrand E dans une étude multicentrique dans 7 pays d'ASS comme l'une des UCV les plus mortelles (1). L'HTA reste le principal facteur de risque comme rapporté à Bouaké, à Brazzaville et à travers le monde (3,5).

### Conclusion

Les UCV sont fréquentes en RDC ; le profil épidémiologique et clinique de ces urgences est semblable à celui rapporté dans la littérature médicale africaine mais la coexistence d'une infection augmente le risque de décès dans notre milieu ; le peripartum, la GNC, le LED et la drépanocytose constituent les principaux facteurs de risque chez les femmes âgées de moins de 50 ans dans notre série.

### Références

- Bertrand E. Cardiovascular emergencies in Sub-Saharan Africa. *Arch. Mal Coeur vaiss.* 2006 Déc; **99**(12): 1159-65
- Mbutiwi Ikwa Ndol F. Predictive factors of all-cause mortality in patients attending the medical emergency unit of Kinshasa University Hospital. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2014 Feb; **62**(1): 15-25. doi:10.1016/j.respe.2013.11.071. Epub 2013 Dec 27
- Adoubi KA. Urgences Cardiovasculaires au CHU de Bouaké : Aspects Epidémiologique, Cliniques et évolutifs de 2011 à 2014 Le Journal Africain du Thorax et des vaisseaux n° Spécial 6 au 8 Mai 2015 2<sup>ème</sup> Congrès International de Cardiologie d'Abidjan AFRICARDIO 2015
- Codjo HL, Etude Epidémiologique des Urgences cardiovasculaires à l'Hôpital d'Instruction des Armées de PARAKOU de 2012 à 2014, Le Journal Africain du Thorax et des vaisseaux n° Spécial 6 au 8 Mai 2015 2<sup>ème</sup> Congrès International de Cardiologie d'Abidjan AFRICARDIO 2015.
- Gombet Th. Urgences cardiovasculaires au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Médecine d'Afrique noire* n° 5410-octobre 2007-pp 505-5116.
- Cheval B. Prévalence des pathologies cardiovasculaires en médecine d'urgence dans le réseau Rescue : données liées au sexe, à l'âge et au type de prise en charge, *Journal Européen des Urgences* Volume 22, n° S2 page A96(juin 2009) doi :10.1016/j.jem. 2009.03.088
- Codjo HL. Evaluation de la prise en charge des Syndromes Coronariens aigus à l'Hôpital d'Instruction des Armées de PARAKOU de 2012 à 2014, Le Journal Africain du Thorax et des vaisseaux n° Spécial 6 au 8 Mai 2015 2<sup>ème</sup> Congrès International de Cardiologie d'Abidjan AFRICARDIO 2015
- Pessinaba S. Syndrome coronarien aigu : Aspects Epidémiologique, Clinique, Paraclinique et Thérapeutique au CHU Campus de Lomé, Le Journal Africain du Thorax et des vaisseaux n° Spécial 6 au 8 mai 2015 2<sup>ème</sup> Congrès International de Cardiologie d'Abidjan AFRICARDIO 2015
- N'Guetta R. Prévalence et Caractéristiques des

Syndromes Coronariens Aigus à Abidjan, Le Journal Africain du Thorax et des vaisseaux n° Spécial 6 au 8 Mai 2015 2<sup>ème</sup> Congrès International de Cardiologie d'Abidjan AFRICARDIO 2015

10. Coulibaly I. Prise en charge des troubles du rythme Cardiaque en

Urgence à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, Le Journal Africain du Thorax et des vaisseaux n° Spécial 6 au 8 Mai 2015 2<sup>ème</sup> Congrès International de Cardiologie d'Abidjan AFRICARDIO 2015

11. Kané A. Management of cardiovascular emergencies in Senegal. *Cardiologie tropicale* ISSN 0253-5580 2002, vol. 28, n°109, pp 15 - 16.