

UNIVERSITE DU BENIN
FACULTE DE MEDECINE
LOME - TOGO

ANNEE 1995

Thèse N°

**LES PRECORDIALGIES EN CONSULTATION
DE CARDIOLOGIE**

**ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 130 CAS OBSERVES
A LA CLINIQUE CARDIOLOGIQUE DU CHU-CAMPUS
DE LOME
D'OCTOBRE 1993 A MARS 1994**

THESE

Présentée et soutenue Publiquement le 18-02-1995

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

BARAGOU So'odougoua René

Né le 12 Novembre 1967 à Niamtougou (TOGO)

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM	K. KPODZRO	Professeur	Président du Jury
	K. GRUNITZKY	Professeur Agrégé	Juge
Mme	K. TCHANGAI-WALLA	Professeur Agrégé	Juge
Mr	B. SOUSSOU	Professeur Agrégé	Directeur de thèse

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

Doyen : M. Komi KESSIE

Vice-Doyen : M. Komlavi JAMES

Secrétaire Principale : Mme Fifonsi LADE

UNIVERSITE DU BENIN

FACULTE DE MEDECINE

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

Année Universitaire 1994-1995

A. DOYENS HONORAIRES

Professeur K. KEKEH	(1971-1980)
Professeur A. AMEDOME	(1980-1986)
Professeur N. NAKPANE	(1986-1987)
Professeur A.M. D'ALMEIDA	(1987-1990)

B. PROFESSEURS HONORAIRES

Professeur M. VOVOR (+Janvier 1992)	Gynécologie et Obstétrique
Professeur K. NATHANIELS	Chirurgie thoracique
Professeur K. KPODZRO	Anatomie pathologique
Professeur K. GNAMEY	Pédiatrie
Professeur K. HOMAWOO (+Juillet 1991)	Chirurgie Générale
Professeur K. AMEGNIZIN (+Janvier 1993)	Biochimie

C. ENSEIGNANTS RESIDENTSPROFESSEURS TITULAIRES

MM. K. ASSIMADI	Pédiatrie
M. EDEE	Biophysique
A. AGBETRA	Gastro-entérologie
K. KESSIE	Pédiatrie
K. JAMES	Anatomie (option chirurgicale)
A. AHOANGBEVI	Anesthésie-Réanimation
D. AMEDEGNATO	Thérapeutique
O. TIDJANI	Pneumophtisiologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. K. HODONOU	Gynécologie et Obstétrique
Mme M. PRINCE-DAVID	Bactériologie-Virologie
MM. S. BOUKARI	Histologie-Embryologie
K. GRUNITZKY	Neurologie
B. SOUSSOU	Cardiologie
K. TATAGAN	Pédiatrie
Mme K. TCHANGAI-WALLA	Dermatologie
MM. K. AGBO	Parasitologie
Y. KASSANKOGNO	Santé Publique
S. BAETA	Gynécologie et Obstétrique
K. BALO	Ophtalmologie

A. TEKOU	Chirurgie Pédiatrique
K. N'DAKENA	Electro-Radiologie
Mlle A. VOVOR	Hématologie

CHEFS DE CLINIQUE-MAITRES ASSISTANTS DES SERVICES

UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

MM. A. AYITE	Chirurgie Générale
M. MIJIYAWA	Rhumatologie
K. AKPADZA	Gynécologie et Obstétrique
G. NAPO-KOURA	Anatomie Pathologique
D. REDAH	Gastro-Entérologie

ASSISTANTS DE FACULTE-ASSISTANTS DES SERVICES

UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

MM. M. KOLANI	Physiologie
K. TOGBEY	Physiologie
N. KAMPATIBE	Histologie-Embryologie
A. BELLOW	Anatomie
D. KADJAKA	Santé Publique
A. SEGBENA	Hématologie
Y. POTCHO	Pharmacologie

CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES SERVICESUNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

MM. A. ABAGLO	Médecine du travail
Y. APEDJINOU	Cardiologie
Mmes M. GRUNITZKY-BEKELE	Maladies Infectieuses
A.E. KPONTON	Réadaptation Médicale
MM. Y. ATAKOUMA	Pédiatrie
A. R. AGBERE	Pédiatrie
B. DOSSIM	Traumatologie
T. KPEMISSI	O.R.L.
N. K. TETE	Gynécologie et Obstétrique
B. BALAKA	Pédiatrie
K. ATTIPOU	Chirurgie Générale
T. E. ANOUKOU	Urologie
M. BANLA	Ophtalmologie
E. GOEH-AKUE	Cardiologie

ASSISTANT CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

M. K. BISSANG	Chirurgie Générale
---------------	--------------------

CHARGE DE COURS

M. D. DJAGBA	Stomatologie
--------------	--------------

D. ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DES SCIENCES

PROFESSEUR TITULAIRE

M. M. GBEASSOR Physiologie Générale

MAITRES DE CONFERENCES

MM. A. DOH Biochimie

K. DOGBA Parasitologie-Entomologie

MAITRES ASSISTANTS

M. Y. BOUKARI Chimie Générale

Mme K. KPEGBA Chimie Organique

ASSISTANT

M. A. EKOHOHO Mathématiques-Statistiques

ASSISTANT VACATAIRE

M. K. AZIAGBE Informatique

E. ENSEIGNANT DE L'INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES

DE L'EDUCATION

MAITRE ASSISTANT

M. G. DJASSOA Psychologie Médicale

F. ENSEIGNANTS NON RESIDENTSPROFESSEURS

MM. GAUTIER-BENOIT	Chirurgie Digestive (LILLE II)
D. FURON	Médecine du travail (LILLE II)
P. GUISSOU	Pharmacologie (OUAGADOUGOU)
I. ZOHOUN	Hématologie-Immunologie (COTONOU)
R. G. AHYI	Psychologie (COTONOU)
K. O. BAGNAN	Chirurgie Digestive (COTONOU)
M. TADIE	Neurochirurgie (ROUEN)

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu

"Dès ma naissance je me suis appuyé sur toi.
Depuis que je suis né tu m'as protégé;
j'ai toujours un motif de louer.
Que ma bouche soit remplie de tes louanges !
Tous les jours je voudrais célébrer ta gloire."

Ps 71, 6 et 8

A mon Père

Inlassable travailleur, aimant la perfection en toute chose,
mon avenir a toujours été ton souci majeur.

Tes sages conseils et ta rigueur ont toujours guidé mes
pas.

Voici les fruits de tant d'années de privations
diverses. Puissent-ils combler tes espérances !

A ma Mère

Quel mot pourrait exprimer le mieux tes grandes qualités de
mère ?... Auprès de toi j'ai toujours trouvé affection,
compréhension et générosité.

Puisse le seigneur être généreux avec toi et te donner selon tes mérites...

Seigneur accorde leur une longue vie afin qu'ils connaissent enfin la joie de ceux qui ont tout donné, tout sacrifié...

A ma Soeur Angèle, "IN MEMORIUM"

Grande soeur aînée, tu as toujours donné un bon exemple à tes frères cadets par ta bonne conduite et ton courage. Mais tu as été très précocément arrachée à notre affection. Nous allons continuer la bataille afin d'atteindre les objectifs que nous nous étions fixés. Que Dieu t'accorde la lumière éternelle.

A mes Frères, Soeurs et Cousins

Puissions-nous rester unis devant les défis de l'avenir. Ce travail est aussi le vôtre. Merci pour vos apports divers et variés.

A mes Oncles et Tantes

Ce travail vous est offert pour l'affection dont vous m'avez toujours entouré. Merci pour tout.

A M^{lle} Clémentine DJETABA

Mon coeur seul saura te dire en un langage particulier toute la reconnaissance qui convient à tant d'affection et de sollicitude à mon endroit.

Ce travail est avant tout le fruit de tes encouragements et de ton soutien moral.

Affectueuse reconnaissance.

A Mr Patrice KANEKATOUA

En grand frère exemplaire, tu as toujours été sensible à toutes mes difficultés.

Merci pour ton apport moral et matériel.

A Mr Hyacinthe BAMANA

Ta simplicité et ta compréhension ont toujours forcé mon admiration.

Je souhaite que tu trouves ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Mr Cyriaque ALOU

Ta sollicitude à mon égard m'a toujours ému.

Je ne saurai te remercier pour le soutien que tu ne cesses de m'apporter. Merci pour tout.

Aux Docteurs BAYILABOU et ABIA

Comme grands frères aînés, vos conseils m'ont été d'un grand apport dès le début de ma formation. Fraternelle reconnaissance.

Au Docteur Yao APEDJINOU

Vous m'avez généreusement reçu dans votre service dès le premier jour. Notre séjour dans votre service nous a laissé l'image d'un homme humble, discret, d'une grande simplicité, mais aussi celle d'un praticien conscient de ses étudiants. Sincère reconnaissance.

Au Docteur Findibé DAMOROU

Ce travail a pu se réaliser sans trop de difficultés grâce à ton précieux concours. Sincères remerciements.

Aux Docteurs N'DAKENA et REDAH

Votre contribution à ce travail n'a pas été du reste.

Merci pour tout.

- A tous ceux qui ont contribué à mon instruction et à ma formation professionnelle.

- Au personnel administratif et enseignant de la Faculté de Médecine de Lomé.

- A mes camarades de promotion.

- A Mr OURO-AKPO Tambo

-Dans l'impossibilité de manifester notre gratitude à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail compte tenu de son caractère pluridisciplinaire (cardiologie, neurologie, gastro-entérologie, hématologie, parasitologie, biochimie, psycho-psychiatrie), nous nous permettons de dire tout simplement et du fond du coeur "merci à vous tous".

xiii

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A Notre Maître et Président de jury

Monsieur le Professeur K. KPODZRO

Professeur titulaire d'Anatomie Pathologique

Votre extrême humilité, votre sagesse et votre valeur professionnelle, sont pour nous un modèle précieux.

Nous avons tiré grand profit de votre enseignement simple et efficace.

Vos multiples occupations ne vous ont pas empêché d'accepter de présider ce jury.

Très honoré de votre présence parmi les membres de jury, nous vous prions de trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

A Notre Maître le Docteur Madame K. TCHANGAI-WALLA

Maître de Conférence Agrégé de Dermatologie-
Vénérologie.

Médecin-chef du service de Dermatologie-Vénérologie au
CHU-TOKOIN

Votre simplicité, votre bonne humeur constante, votre goût du travail bien fait sont autant de qualités qui nous ont marqué. Nous vous sommes reconnaissant pour toute l'attention bienveillante que vous nous avez accordée pendant notre stage dans votre service et l'honneur que vous nous faites en siégeant dans notre jury de thèse.

A Notre Maître le Docteur K. GRUNITZKY
Maître de Conférence Agrégé de Neurologie
Médecin-chef du service de Neurologie

Notre bref séjour dans votre service nous a laissé l'image d'un homme humble, travailleur, d'une grande simplicité, mais aussi celle d'un praticien conscient de ses responsabilités vis à vis de ses patients et de ses étudiants.

Nous vous sommes reconnaissant pour toute l'attention bienveillante que vous nous avez accordée pendant notre stage dans votre service et l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de notre thèse.

A Notre Maître et Directeur de thèse

Docteur I.B. SOUSSOU

Maître de Conférence Agrégé de Cardiologie

Médecin-chef du service de Cardiologie au CHU-

TOKOIN

Vous avez accepté prendre le risque de nous confier ce travail. Nous avons été très heureux de le faire sous votre direction pendant ces longs mois.

Votre bonne humeur constante, votre esprit de rigueur ont été nos meilleurs stimulants.

Même dans les conditions qui vous étaient parfois des plus pénibles, vous n'avez jamais hésité à nous recevoir chaque fois que nous l'avons désiré.

Voici le fruit de nos labeurs, en espérant qu'il comble votre attente et ne trahisse point votre confiance.

Merci pour tout.

" Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation."

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPITRE PREMIER : GENERALITES</u>	4
1-Définition et fréquence de la précordialgie	4
2-Faits cliniques	6
2-1 Les données de l'interrogatoire	6
2-2 Les données de l'entretien psychologique-Importance des questionnaires des cognitions anticipatoires (QCA).	8
2-3 Les données de l'examen somatique	9
2-4 Le bilan paraclinique.	10
2-4-1 L'examen parasitologique des Selles	10
2-4-2 L'électrophorèse de l'hémoglobine	11
2-4-3 L'hémogramme	11
2-4-4 Le bilan myocarde	11
2-4-5 L'électrocardiogramme	11
2-4-6 La radiographie du thorax	11
2-4-7 L'échocardiogramme	12
2-4-8 La fibroscopie oesogastroduodénale	12
<u>CHAPITRE II : NOTRE ETUDE</u>	13
1 - Méthodologie	13
1-1 Cadre d'étude	13
1-2 Méthode d'étude	14
1-2-1 Instruments de travail	14

1-2-2	Préenquête et correction de l'instrument de travail	15
1-2-3	Critères de recrutement des patients	15
1-2-4	Analyse des données de l'enquête	16
1-2-5	Les difficultés rencontrées.	17
2	- Les Résultats	18
2-1	Etudes des caractéristiques générales de l'échantillon retenu	18
2-2	Prévalence des précordialgies en consultation de cardiologie	20
2-3	Caractères des précordialgies	20
2-4	Les étiologies.	24
3	- Commentaire et Discussion	60
3-1	La prévalence des précordialgies en consultation de cardiologie	61
3-2	Répartition selon les caractéristiques générales de l'échantillon	61
3-3	Répartition selon la cause.	63
4	- Conclusion de l'enquête	66
5	- Conduite à tenir devant une précordialgie	68
	<u>CHAPITRE III : SUGGESTIONS ET CONCLUSION GENERALE</u>	71
1	- Suggestions	71
2	- Conclusion générale	72
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	75
	<u>ANNEXES</u>	80

Liste des tableaux

<u>Tableau I</u>	: Répartition de l'échantillon selon l'âge	18
<u>Tableau II</u>	: Répartition de l'échantillon selon le sexe	19
<u>Tableau III</u>	: Répartition de l'échantillon selon la profession	19
<u>Tableau IV</u>	: Répartition de l'échantillon selon les groupes étiologiques	25
<u>Tableau V</u>	: Répartition des groupes étiologiques selon l'âge	26
<u>Tableau VI</u>	: Répartition des groupes étiologiques selon le sexe	28
<u>Tableau VII</u>	: Répartition des groupes étiologiques selon la profession	29
<u>Tableau VIII</u>	: Répartition des étiologies cardio-vasculaires	32
<u>Tableau IX</u>	: Répartition de causes cardio-vasculaires selon le sexe	33
<u>Tableau X</u>	: Répartition des causes cardio-vasculaires selon l'âge	34
<u>Tableau XI</u>	: Répartition des causes cardio-vasculaires selon la profession	35
<u>Tableau XII</u>	: Répartition de la dystonie neurovégétative selon le sexe	44
<u>Tableau XIII</u>	: Répartition de la dystonie neurovégétative selon l'âge	45
<u>Tableau XIV</u>	: Répartition de la dystonie neurovégétative selon la profession	46

<u>Tableau XV</u>	: Répartition des causes digestives selon leur fréquence	50
<u>Tableau XVI</u>	: Répartition des causes digestives selon le sexe	51
<u>Tableau XVII</u>	: Répartition des causes digestives selon l'âge	52
<u>Tableau XVIII</u>	: Répartition des causes digestives selon la profession	53

Liste des abreviations

ASAT	: Aspartate aminotransférase
ALAT	: Alguine aminotransférase
CPK	: Créatine phosphokinase
DNV	: Dystonie neurovégétative
ECG	: Electrocardiogramme
HTA	: Hypertension artérielle
LDH	: Lacticodéshydrogénase
%	: Pourcentage
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
HVG	: Hypertrophie Ventriculaire Gauche
MM	: Maladie Mitrale
IM	: Insuffisance Mitrale

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La précordialgie n'est pas une maladie, mais un symptôme qui témoigne généralement d'une affection. C'est une douleur qui siège au précordium, c'est à dire la région de projection antérieure du coeur.

Elle représente un motif très fréquent de consultation en cardiologie, 25,02% environ et pose un problème étiologique et thérapeutique. Le diagnostic positif repose sur un interrogatoire serré, méthodique, minutieux qui doit permettre de "cerner" le malade et son entourage et de caractériser la douleur.

Le problème fondamental est de reconnaître parmi ces douleurs variées, celles en rapport avec une pathologie cardio-vasculaire susceptible de compromettre le pronostic vital, notamment les atteintes coronariennes sévères.

On ne se sent pas toujours à l'aise dans la démarche diagnostique car, même si dans sa forme typique la précordialgie relève souvent d'une cause cardio-vasculaire, et dans sa forme atypique beaucoup plus d'une étiologie extracardiaque (digestive, neuropsychiatrique, pleuropulmonaire, pariétale), on retrouve parfois des pathologies extracardiaques qui se traduisent par des précordialgies ayant le caractère d'une douleur coronarienne.

Parfois, même après avoir pratiqué un bilan paraclinique aussi complet que possible, on ne parvient pas à déceler la cause et ceci pose un véritable problème thérapeutique.

La précordialgie , évoquant pour le non averti une affection cardiaque, les malades s'orientent d'emblée vers la clinique cardiologique. C'est précisément dans ce cadre que va se dérouler notre étude qui s'étend sur une période de six (6) mois, d'octobre 1993 à mars 1994.

Ce travail a pour but de tenter d'apporter une esquisse de solution au sérieux problème étiologique et thérapeutique que posent les précordialgies. Il se donne pour cela les objectifs suivants :

- 1-définir une précordialgie
- 2-évaluer la prévalence des précordialgies en consultation de cardiologie
- 3-décrire les caractères des précordialgies en consultation de cardiologie
- 4-décrire les examens complémentaires à pratiquer devant une précordialgie
- 5-rechercher les étiologies des précordialgies
- 6-proposer la conduite pratique à tenir devant une précordialgie.

Pour atteindre ces objectifs nous adopterons le plan suivant :

- dans un premier chapitre intitulé généralités, nous donnerons d'abord la définition d'une précordialgie, évaluerons ensuite sa prévalence et enfin ferons un rappel du bilan clinique et paraclinique d'une précordialgie.

- le deuxième chapitre sera consacré à notre étude qui comporte cinq sous-titres : la méthodologie, les résultats de l'enquête, le commentaire des résultats, la conclusion de l'enquête, et enfin la conduite à tenir devant une précordialgie.

- dans un troisième et dernier chapitre, la conclusion et les suggestions retiendront notre attention.

CHAPITRE PREMIER : GENERALITES

CHAPITRE PREMIER : GENERALITES

1- Définition et fréquence des précordialgies

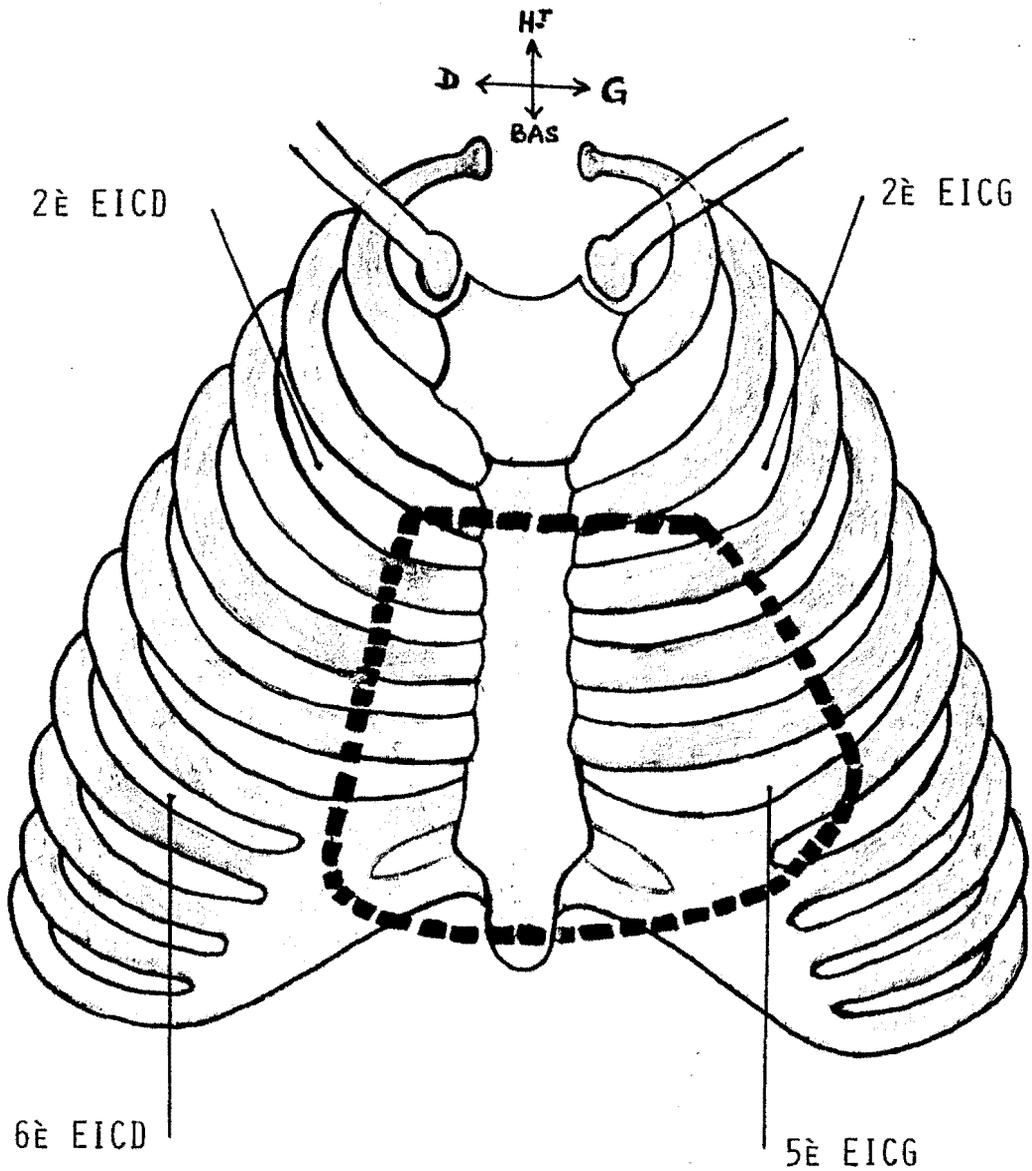
Les précordialgies sont des douleurs siégeant au précordium c'est- à -dire la région de projection antérieure du coeur.

Le coeur se projette en haut au niveau du deuxième espace intercostal environ 1,5cm en dehors du bord latéral du sternum de chaque côté et au dessous du bord inférieur du deuxième cartilage costal. A droite, le bord droit du coeur se projette jusqu'au sixième espace intercostal (il est vertical).

La pointe du coeur est située dans le cinquième espace intercostal gauche à huit centimètres (8cm) de la ligne médiane, sous le mamelon (cf schéma page 5).

La grosse tubérosité de l'estomac est au-dessous de la pointe du coeur.

Les précordialgies constituent un motif très fréquent de consultation en cardiologie. Sur une période de six mois, d'Octobre 1993 à Mars 1994, nous avons recensé 217 cas de précordialgies sur 867 nouveaux consultants, soit un taux de prévalence de 25,02% .



LEGENDE :

- : AIRE DE PROJECTION ANTÉRIEURE DU COEUR
 2È EICD : 2È ESPACE INTERCOSTAL DROIT
 :
 2È EICG : 2È ESPACE INTERCOSTAL GAUCHE
 6È EICD : 6È ESPACE INTERCOSTAL DROIT
 5È EICG : 5È ESPACE INTERCOSTAL GAUCHE
 HT : HAUT
 D : DROIT
 G : GAUCHE

2- Faits Cliniques

Le diagnostic clinique d'une précordialgie repose surtout sur l'interrogatoire, une enquête psychologique, un examen général et physique complet.

2-1 L'interrogatoire

Il doit être attentif, méthodique, minutieux, sans suggestion.

Il doit permettre de connaître le malade et ses antécédents, et de caractériser la douleur.

2-1-1 Le malade

L'interrogatoire doit préciser:

- l'âge du patient
- son sexe
- sa vie familiale
- sa situation professionnelle
- une notion de soucis ou de conflits familiaux et/ou socioprofessionnels
- ses habitudes alimentaires, mode de vie, son profil psychologique (hyperactif, émotif, coléreux).
- ses antécédents personnels : médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.
- ses antécédents familiaux.

2-1-2 La douleur

L'interrogatoire recherchera

-la date d'apparition de la douleur et son mode de début, souvent en rapport avec un dérèglement psycho-affectif.

-les circonstances de survenue : à l'effort ou au repos, avant ou après les repas.

-son type : elle appuie, brûle, pince, gêne, pique, ou serre, écrase, broie, déchire.

-son intensité : légère, modérée ou très intense, intolérable

-son siège et ses irradiations (se méfier des récits de lectures spécialisées de cardiologie ou de livres de vulgarisation de médecine).

-sa durée : quelques secondes, quelques minutes, des heures ou des jours.

-son horaire : pendant la journée ou la nuit.

-les circonstances déclenchantes : marche, course, autre effort, inspiration profonde, alimentation, fatigue, angoisse, anxiété, inquiétude

-les positions antalgiques ou les médications sédatives d'élection : soda et lait *peak*, alcool, sédatifs nervins

-les signes associés : sueurs, vertiges, céphalées, syncope, lipothymie, sensation de boule dans la gorge, insomnie, cauchemar, troubles digestifs (nausée, vomissements, éructation, pyrosis, reflux gastro-oesophagien)

-son mode évolutif : intermittent, permanent, ou évoluant par crises, à l'occasion de certains épisodes de la vie.

2-2 L'enquête psychologique

Elle doit être menée avec tact , bon sens, munitie et rigueur, surtout lorsqu'on suspecte une origine psychosomatique des précordialgies.

Il faut savoir écouter et laisser parler. On est parfois conduit à écouter tous les protagonistes : mari, épouse, enfants, parents. Cette observation occupe les 2/3 de la consultation.

On arrive ainsi à cerner peu à peu l'ambiance professionnelle et familiale du sujet, le comportement et les réactions émotives, les conditions sociales, les soucis familiaux ou conjugaux, les échecs et les déceptions diverses. Leur évocation par le patient s'accompagne d'une douleur précordiale d'intensité variable et il n'est pas rare que le malade en même temps que l'observateur établissent un rapport entre ces événements et sa douleur. Il est fréquent surtout chez les femmes, que se produisent des réactions émotives avec larmes.

L'entretien psychologique est aidé d'un questionnaire des cognitions anticipatoires (QCA). Ce questionnaire qui permet de poser le diagnostic de syndrome dépressif a été élaboré à partir des données les plus récentes acquises en psychiatrie. Il comprend huit (8) cognitions (ou pensées) que peut avoir le patient, face à des situations de tous les jours.

Rempli par le patient, ce questionnaire permet donc, en quelques minutes, de confirmer ou d'infirmier un diagnostic de dépression tout en évaluant son importance.

La valeur seuil déterminant l'état dépressif par le questionnaire des cognitions anticipatoires est de sept (7).

Deux situations vont orienter le bilan paraclinique : ou bien l'inorganicité paraît évidente et doit cependant demeurer un diagnostic d'exclusion, ou bien l'organicité est évidente.

Puisqu'il s'agit très souvent de patients que nous sommes amenés à voir plusieurs fois, il paraît indispensable de procéder à un bilan complet et pluridisciplinaire (cardiologie, neurologie, psychologie, gastro-entérologie).

2-3 L'examen somatique

Bien que généralement pauvre, il doit cependant être complet.

* L'état général est le plus souvent conservé

* L'examen de l'appareil cardio-vasculaire :

. Il commence par la mesure de la tension artérielle aux deux bras chez un malade couché puis assis au repos depuis 15 à 30 minutes, la palpation et l'appréciation des pouls périphériques.

. L'inspection recherche une éventuelle déformation du thorax, le choc de pointe, un foyer ectopique de battements, un tremblement des extrémités.

. La palpation précise les caractères du choc de pointe, recherche un frémissement, ou un signe de HARZER d'hypertrophie ventriculaire droite; la moiteur des mains.

. L'auscultation à tous les foyers permet d'étudier les bruits du coeur, de rechercher un éventuel souffle ou bruit surajouté.

Enfin nous procédons à l'examen systématique et complet des autres appareils.

2-4 Le bilan paraclinique

Il comprend :

- l'examen parasitologique des selles
- l'électrophorèse de l'hémoglobine
- l'hémogramme
- le bilan myocarde
- l'électrocardiogramme
- la radiographie du thorax
- l'échocardiogramme
- la fibroscopie oesogastroduodénale

Ce bilan paraclinique est indispensable pour rechercher une éventuelle origine à la douleur précordiale.

2-4-1 L'examen parasitologique des selles (KOP) peut mettre en évidence une ankylostomiase, une ascariadiase ou une anguillulose intestinale qui peuvent entraîner des précordialgies. En effet il s'agit de "bestioles" sanguicoles qui "broutent" la muqueuse gastrique pour se nourrir...

2-4-2 L'électrophorèse de l'hémoglobine peut révéler dans nos régions une hémoglobinopathie (trait drépanocytaire AS ou SC ou drépanocytose majeure SS) qui entraîne aussi des précordialgies par gastrite et par douleur sternocostale.

2-4-3 L'hémogramme :

. une hyperéosinophilie est en faveur d'une parasitose digestive ou d'un terrain allergique.

. une anémie importante peut entraîner une insuffisance coronarienne fonctionnelle, voire déclencher ou aggraver une insuffisance coronarienne organique préexistante.

. une hyperleucocytose avec polynucléose est retrouvée par exemple dans les pneumopathies aiguës à germe banal.

2-4-4 Le bilan myocarde peut surtout révéler une élévation des enzymes cardiaques (LDH: Lacticodéshydrogénase, CPK: Créatine Phosphokinase, ASAT: Aspartate Aminotransférase, ALAT: Alguine Aminotransférase) dans l'infarctus du myocarde récent.

2-4-5 L'électrocardiogramme peut mettre en évidence des signes d'ischémie sousépocardique ou sous endocardique, des ondes Q de nécrose, en faveur d'une cardiopathie ischémique.

2-4-6 La radiographie du thorax peut noter :

. une cardiomégalie en faveur d'une myocardiopathie, d'une valvulopathie ou d'une péricardite.

. une opacité parenchymateuse pulmonaire due à une pneumopathie à germe banal qui se situe dans la région périhilaire gauche ou au lobe inférieur gauche.

. un comblement du cul-de-sac pleural ou une pachypleurite gauche traduisant une pleurésie ou des séquelles pleurales.

2-4-7 L'échocardiogramme : il est indispensable pour confirmer un épanchement péricardique, une valvulopathie, ou une myocardiopathie. Il permet enfin d'étudier la cinétique du coeur.

2-4-8 La fibroscopie oesogastroduodénale : elle peut mettre en évidence des lésions d'oesophagite, de gastrite, d'ulcère gastroduodénal ou de hernie hiatale avec reflux gastro-oesophagien responsable d'une oesophagite peptique.

CHAPITRE II : NOTRE ETUDE

CHAPITRE II : NOTRE ETUDE

1 - METHODOLOGIE1-1 Cadre d'étude

Le recrutement de nos malades s'est opéré au cours des consultations de cardiologie au Centre Hospitalier et Universitaire Campus (CHU-Campus) de Lomé, d'octobre 1993 à mars 1994 soit sur une période de six mois (6 mois).

Les consultations ordinaires ont lieu du lundi au vendredi de 7h à 12h. Les cas urgents sont admis tous les jours et à toute heure.

La clinique cardiologique du CHU-Campus de Lomé comprend :

* Ressources humaines :

- 1 professeur agrégé de cardiologie
- 1 cardiologue assistant chef de clinique
- 3 médecins généralistes en initiation aux affections cardiovasculaires. Soit environ 4 lits pour 1 médecin.
- 1 interne
- 7 infirmiers à l'hospitalisation, soit environ 3 lits pour un infirmier.
- 1 infirmière chargée de la prise des constantes biométriques à la consultation.
- 4 garde-malades à l'hospitalisation, soit 5 lits pour une garde-malade.

- 1 garde-malade chargé de pratiquer les électrocardiogrammes avec le concours des médecins, internes et stagiaires.

* Ressources matérielles:

- 2 salles communes d'hospitalisation de 10 lits chacune, soit 20 lits au total.

- 9 chambres individuelles ou "cabines".

- 1 salle de consultation commune

- 1 salle d'examens paracliniques.

- 2 électrocardiographes à 6 pistes non encore fonctionnels.

- 2 électrocardiographes à 3 pistes.

- 2 électrocardiographes monopistes

- 1 défibrillateur.

- 1 appareil pour Döppler vasculaire.

- 2 cycles ergométriques pour épreuve d'effort.

- 1 salle d'échocardiographie.

- 4 tensiomètres à mercure.

La durée moyenne de séjour des patients est d'environ 10 à 15 jours. Le coefficient d'occupation des lits est de l'ordre de 90 à 97%. Cette rotation rapide nous permet d'hospitaliser environ 648 malades par an.

1-2 Méthode d'étude

1-2-1 Instruments de travail

Nous avons utilisé une fiche d'enquête (cf annexe) qui a permis d'enregistrer l'identité et les données cliniques des patients.

1-2-2 Préenquête et correction de l'instrument de travail

Une préenquête a été menée et a permis de corriger notre instrument de travail.

1-2-3 Critères de recrutement des patients

Notre étude est une étude prospective qui s'étend sur une période de 6 mois, d'octobre 1993 à mars 1994.

Tous les patients, malades hospitalisés ou malades externes qui viennent en consultation pour une précordialgie ont été recrutés.

Un bilan paraclinique est demandé dès la première consultation et le malade est revu sur rendez-vous avec les résultats d'analyses. Dans certains cas où la douleur est mal supportée, après un électrocardiogramme fait en urgence, soit une hospitalisation s'impose en fonction du tableau clinique, soit un traitement symptomatique d'attente est prescrit, ou un traitement d'épreuve aux dérivés nitrés en cas de suspicion d'une angine de poitrine.

En fonction des résultats du bilan paraclinique, les patients sont traités puis revus ultérieurement afin d'apprécier l'évolution clinique et de contrôler l'efficacité du traitement institué.

N'ont été retenus que les patients qui ont pu honorer leur rendez-vous et qui ont effectivement rapporté les résultats du bilan paraclinique complet.

1-2-4 Analyse des données de l'enquête

Chacun de nos patients recrutés a été enregistré sur une fiche d'enquête.

Les résultats sont traités mécanographiquement et présentés sous forme de tableaux commentés. Comme test statistique, nous avons utilisé le Chi-carré.

Le test X^2 (chi-carré) de YATES est destiné à comparer plusieurs répartitions observées. La correction apportée par YATES est indispensable lorsque l'un au moins des effectifs calculés est petit (inférieur à 5), situation souvent rencontrée dans les études.

On forme à partir du tableau à "l" lignes et "k" colonnes, le chi-carré corrigé :

$$X_c^2 = \sum \frac{(|O_i - C_i| - \frac{1}{2})^2}{C_i}$$

(indice de PERSON) et on cherche le risque d'erreur correspondant, donné par la table de X^2 de FISHER et YATES pour le nombre de degré de liberté (d.d.l

$$d.d.l = (l-1)(k-1).$$

Les O_i sont les effectifs observés et mentionnés dans le tableau et les C_i les effectifs calculés. " C_i " étant le produit du total de la ligne par le total de la colonne de l' O_i considéré, divisé par le

total général :

$$(X_c^2 = \sum \frac{(|O_i - C_i| - \frac{1}{2})^2}{C_i}).$$

La différence observée sera dite statistiquement significative si pour un risque d'erreur " α " d'au plus 5%, qui est le seuil de signification, le résultat de X^2_c calculé est supérieur ou égal à la valeur de X^2 lue dans la table de FISHER et YATES pour le d.d.l correspondant.

Cette différence est d'autant plus significative que " α " appelé alors degré de signification est plus petit (inférieur à 5%).

1-2-5 Les difficultés rencontrées

- Cultivateurs, ménagères sont synonymes pour certains de sujets sans profession et les renseignements sont donnés comme tels.

- Surtout, le coût élevé des examens paracliniques a découragé un certain nombre de nos patients qui ne sont plus revenus à la consultation.

2 - Les résultats2-1 Etude des caractéristiques générales de l'échantillon étudié2-1-1 Répartition de l'échantillon selon l'âgeTableau I : Répartition de l'échantillon selon l'âge

Age (années)	Nombre de cas	Pourcentage
0 - 10	0	0%
11 - 20	13	10%
21 - 30	37	28,46%
31 - 40	39	30%
41 - 50	28	21,53%
51 - 60	7	5,40%
61 - 70	2	1,54%
>70	4	3,07%
Total	130	100%

La tranche d'âge la plus touchée par les précordialgies est celle comprise entre 31 et 40ans avec un taux de 30%, viennent ensuite celles de 21 à 30ans (28,46%) et 41 à 50ans (21,53%).

2-1-2 Répartition de l'échantillon selon le sexeTableau II : Répartition de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Nombre de cas	58	72	130
Pourcentage	44,44%	55,56%	100%

On note 58 sujets de sexe masculin soit 44,44% des cas et 72 sujets de sexe féminin soit 55,56% des cas.

2-1-3 Répartition de l'échantillon selon la professionTableau III : Répartition de l'échantillon selon la profession.

Profession	Nombre de cas	Pourcentage
Elèves	24	18,46%
Fonctionnaires	52	40%
Commerçants	18	13,85%
Cultivateurs	6	4,61%
Ménagères	26	20%
Sans profession	4	3,08%
Total	130	100%

Parmi les sujets sélectionnés, le plus grand groupe est constitué par les fonctionnaires qui représentent 40% des cas, suivis par les ménagères 20% des cas et les élèves 18,46% des cas.

2-2 La prévalence des précordialgies en consultation de cardiologie

Sur 867 nouveaux consultants à la clinique cardiologique du 05 Octobre 1993 au 31 Mars 1994, il y a eu 217 malades présentant des précordialgies soit 25,02% du total des consultants.

Parmi ces 217 cas, il y a eu 87 patients éliminés de l'échantillon soit parce qu'ils ne sont plus revenus à la consultation et / ou parce que le bilan paraclinique n'est pas fait.

Après sélection, seulement 130 patients ont été retenus soit environ 15% des consultants et 60% des malades présentant des précordialgies. Les 130 patients retenus ont un âge compris entre 11ans et 83ans, des deux sexes, de toute nationalité et de toute condition sociale.

2-3 Etude des caractères des précordialgies

Notre étude nous permet de remarquer que les douleurs précordiales ont plusieurs caractères. Ce qui nécessite donc un interrogatoire bien conduit et très précis si l'on veut avoir une bonne orientation diagnostique. Nous allons donc essayer d'illustrer cette diversité clinique en étudiant successivement les caractères des précordialgies.

2-3-1 Le siège de la douleur

Parmi les 130 cas observés, 36,92% des précordialgies ont un siège sous mammaire gauche, 31,53% ont un siège rétrosternal médiothoracique, 22,32% ont un siège à la fois rétrosternal et sous mammaire gauche et 9,23% ont un siège rétrosternal bas.

2-3-2 L'intensité

L'appréciation de l'intensité de la douleur est un peu difficile à faire car elle est subjective. Néanmoins, la douleur est d'intensité modérée dans 80% des cas, intolérable dans 16,92% des cas et légère dans 3,08% des cas sélectionnés.

2-3-3 Le mode de début

Dans la majorité des cas (66,38%), la douleur a un début brutal alors qu'elle a un début progressif dans 33,62% des cas, à l'effort très souvent (63,06% des cas) et au repos dans 36,94% des cas.

2-3-4 Le type

La douleur est constrictive dans 70,25% des cas, à type de brûlures dans 17% des cas, d'oppression thoracique (11%) et de picotements dans 1,75% des cas.

2-3-5 Les irradiations

Elles sont multiples. Très souvent la douleur irradie dans le dos 30,38%. Ensuite viennent les irradiations brachiales 20,07% (dont 15,45% au bras gauche et 4,62% aux deux bras), au cou et à la mâchoire inférieure 7,57%, sous mammaire gauche et à l'épigastre 12,30%, à l'épaule gauche 2% et enfin vers l'hypochondre droit et l'aisselle droite 1,53%.

Par contre, la douleur est localisée sans irradiation dans 26,15% des cas, le siège étant indiqué par un doigt!!!

2-3-6 L'horaire

La douleur apparaît le plus souvent pendant la journée 77,61% des cas, contre 22,39% la nuit. Elle survient avant les repas dans 22,30% des cas et après les repas, 30,80%.

Il n'est pas exceptionnel de ne retrouver aucune rythmicité.

2-3-7 Les facteurs déclenchants et/ou aggravants

Ici nous retrouvons plusieurs facteurs qui sont variables d'un patient à un autre. Mais un facteur se dégage au premier rang: c'est l'effort que l'on retrouve dans 36,15% des cas.

L'émotion intervient dans 17,70% des cas, les aliments épicés 19,23%, l'alcool 6,92%, plus rarement la toux 3,14% des cas.

Dans 5,38% des cas, l'interrogatoire ne retrouve pas de facteur déclenchant et les douleurs restent vagues sans organicité évidente.

2-3-8 Les facteurs atténuant la douleur

Ils sont également multiples et varient selon les patients.

La douleur est calmée par le repos dans 43,07% des cas, les dérivés nitrés (Risordan), les pansements gastriques et autres médications comme le lait dans 14,61% des cas, et l'eau glacée 4,64% .

Cependant, dans 6,92% des cas, la douleur se calme spontanément.

2-3-9 Le mode évolutif

La douleur est intermittente dans 74,61% des cas, permanente dans 15,38% des cas et évolue rarement par crises dans 10,01% des cas.

2-3-10 Les signes d'accompagnement

Nombreux, ils sont très variés dans leurs caractères.

En effet, les précordialgies s'accompagnent souvent de beaucoup d'autres signes qui parfois peuvent permettre une orientation étiologique.

Dans notre étude, la "dyspnée" accompagne la douleur précordiale dans 60,77% des cas, suivie de vertiges (43,07%), de la nausée (20%), des épigastralgies (17,70%), de céphalées (10,77%), de l'asthénie et des palpitations dans 10,77% des cas.

Plus rarement, la douleur s'accompagne de régurgitations (7,69%), d'une hypersialorrhée (5,38%), de vomissements (3,08%), d'une impression de boule ou de corps étranger dans la gorge et d'insomnie.

Tels sont brièvement passés en revue les aspects cliniques des précordialgies rencontrés en consultation cardiologique sans tenir compte de leurs étiologies, qui font d'ailleurs l'objet du chapitre suivant.

2-4 Les étiologies

Au terme de notre étude, cinq groupes étiologiques se dégagent:

- les causes cardio-vasculaires
- les dystonies neurovégétatives encore dites asthénies neurocirculatoires !!!
- les causes digestives
- les causes pleuropulmonaires
- les causes pariétales et autres causes.

2-4-1 Répartition de l'échantillon selon les groupes
étiologiques

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon les groupes
étiologiques

Etiologies	Nombre de cas	Pourcentage
Cardio-vasculaires	45	34,62%
Dystonies neuro- végétatives	40	30,77%
Digestives	37	28,46%
Pleuro-pulmonaires	5	3,85%
Pariétales et autres causes	3	2,30%
Total	130	100%

Ce tableau permet de noter que les causes cardio-vasculaires viennent au premier rang avec 45 cas soit 34,62% des cas sélectionnés, suivies des dystonies neurovégétatives avec 40 cas soit 30,77%, des causes digestives 37 cas soit 28,46%, pleuropulmonaires 5 cas soit 3,85% et enfin pariétales 3 cas soit 2,30% des cas.

2-4-2 Répartition des groupes étiologiques selon l'Age

TABLEAU V : Répartition des groupes étiologiques selon l'Age

Age (ans)	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total	Pourcentage
Etiologies									
Cardio-vasculaires	0	4	14	18	4	1	4	45	34,62%
Dystonie neurovégétative	9	18	10	3	0	0	0	40	30,77%
Digestives	4	13	16	2	1	1	0	37	28,46%
Pleuropumonaires	0	1	0	3	1	0	0	5	3,85%
Pariétales	0	1	1	1	1	0	0	3	2,30%
Total	14	37	39	28	7	2	4	130	100%
Pourcentage	10%	28,46%	30%	21,53%	5,40%	1,54%	3,07%	100%	

Commentaire du tableau V

- le taux le plus élevé des causes cardio-vasculaires est observé dans la tranche d'âge {41 - 50} = 40% des étiologies cardio-vasculaires soit 13,84% de l'ensemble des cas de précordialgies sélectionnés.

- le taux le plus élevé des dystonies neurovégétatives est l'apanage de la tranche d'âge {21 - 30} = 45% des dystonies neurovégétatives ou soit 13,84% de l'ensemble des cas de précordialgies.

- le taux le plus élevé des causes digestives se recrute dans la tranche d'âge {31 - 40} = 37,83% des causes digestives ou encore 10,76% de l'ensemble des cas de précordialgies sélectionnés.

- 60% des causes pleuropulmonaires sont rencontrées dans la tranche d'âge {41 - 50} soit 2,30% de l'ensemble des précordialgies.

- les causes pariétales sont rares et s'observent dans l'intervalle d'âge compris entre 21 et 50 ans.

- par ailleurs, on ne retrouve pas de causes cardio-vasculaires avant l'âge de 21 ans, mais par contre les sujets âgés de 70 ans et plus gardent encore des possibilités de développer des affections cardio-vasculaires dans notre étude, même s'il s'agit d'un nombre peu élevé.

2-4-3 Répartition des groupes étiologiques selon le sexe

Tableau VI : Répartition des groupes étiologiques
selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total	Pourcentage
Etiologies				
Cardio-vasculaires	22	23	45	34,62%
Dystonies neuro- végétatives	10	30	40	30,77%
Digestives	22	15	37	28,46%
Pleuro-pulmonaires	2	3	5	3,85%
Pariétales et autres causes	2	1	3	2,30%
Total	58	72	130	100%

- Les dystonies neurovégétatives se rencontrent trois fois plus chez les femmes que chez les hommes.

- Pour les autres étiologies (cardio-vasculaires, digestives, pleuropulmonaires, et pariétales), il n'existe pas de différence notable entre les sexes.

2-4-4 Répartition des groupes étiologiques selon la profession

TABLEAU VII : Répartition des groupes étiologiques selon la profession

Etiologies	Cardio-vascu- laires	Dystonie neurovégétative	Digestives	Pleuro pulmonaires	Pariétales et autres	Total	Pourcen- tage
Elèves	0	16	8	0	0	24	18,40%
Fonctionnaires	20	10	18	2	2	52	40%
Commerçants	14	1	2	0	1	18	13,85%
Cultivateurs	2	0	3	1	0	6	4,61%
Menagères	8	10	6	2	0	26	20%
Sans profession	1	3	0	0	0	4	3,08%
Total	45	40	37	5	3	130	100%
Pourcentage	34,62%	30,77%	28,46%	3,85%	2,30%	100%	

Commentaire du tableau VII

- Les causes cardio-vasculaires s'observent plus chez les fonctionnaires (20 cas soit 44,44%) alors qu'elles sont presque inexistantes chez les élèves.

- Les dystonies neurovégétatives se rencontrent plus chez les élèves (16 cas soit 40%).

- Le taux le plus élevé des causes digestives est observé chez les fonctionnaires (18 cas soit 48,63%).

2-4-5 Les causes cardio-vasculaires

2-4-5-1 Fréquence des causes cardio-vasculaires

Les plus fréquentes, les causes cardio-vasculaires représentent 34,62% des étiologies des précordialgies observées dans notre étude. Elles sont représentées par:

* l'insuffisance coronarienne organique qui comprend :

- l'angine de poitrine organique
- l'infarctus du myocarde.

* l'insuffisance coronarienne fonctionnelle (angor fonctionnel) observée avec prédilection au cours des valvulopathies et des myocardiopathies hypertensives.

* les péricardites

Par ordre decrescendo de fréquence, l'insuffisance coronarienne organique vient largement en tête avec 39 cas soit 86,68% des causes cardio-vasculaires, suivie de l'insuffisance coronarienne fonctionnelle avec 4 cas soit 8,88% des causes cardio-vasculaires et enfin des péricardites avec 2 cas soit 4,44% des causes cardio-vasculaires.

- Dans l'insuffisance coronarienne organique, la première place est occupée par l'angine de poitrine typique (telle que décrite par Heberdeen en 1768) avec 34 cas soit 75,56%, l'infarctus du myocarde se situe en deuxième position avec 5 cas soit 11,12% des causes cardio-vasculaires.

- Dans l'insuffisance coronarienne fonctionnelle, nous décrivons un cas d'insuffisance mitrale, un cas de maladie mitrale et deux cas de myocardiopathies hypertensives.

- Enfin, il y a eu deux cas de péricardites aiguës tuberculeuses: ce qui est plutôt rare pour une zone d'endémie tuberculeuse comme la nôtre. Ceci correspond à 4,44% des causes cardio-vasculaires.

Tableau VIII : Répartition des étiologies cardio-vasculaires

Etiologies		Nombre de cas		Pourcentage	
Insuffisance coronarienne organique	Angor organique	34	39	75,56%	86,68%
	Infarctus du myocarde	5		11,12%	
Insuffisance coronarienne fonctionnelle	Valvulopathie	2	4	4,44%	8,88%
	Myocardiopathie hypertensive	2		4,44%	
Péricardites aiguës		2		4,44%	
Total		45		100%	

L'angor organique occupe le premier rang avec 34 cas soit 75,56% des cas, suivi de l'infarctus du myocarde avec 5 cas soit 11,12% des causes cardio-vasculaires.

2-4-5-2 Répartition des causes cardio-vasculaires selon le sexe

TABLEAU IX : Répartition des causes cardio-vasculaires selon le sexe

Etiologies Sexe	Insuffisance coronarienne organique		Insuffisance coronarienne fonctionnelle		Péricardites aiguës	Total	Pourcentage
	Angor organique	Infarctus du myocarde	Myocardiopathie hypertensive	Valvulopathies			
Masculin	18	2	1	0	2	23	51,11%
Féminin	16	3	1	2	0	22	48,89%
Total	34	5	2	2	2	45	100%
Pourcentage	75,56%	11,12%	4,44%	4,44%	4,44%	100%	
	86,68%		8,88%				

Contrairement aux idées reçues, ce tableau ne montre pas une différence significative selon le sexe en ce qui concerne la répartition des causes cardio-vasculaires.

2-4-5-3 Répartition des étiologies cardio-vasculaires selon l'âge

TABLEAU X : Répartition des étiologies cardio-vasculaires selon l'âge

Age (ans)		11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	Total	Pourcentage
Etiologies											
Insuffisance coronarienne organique	Angor organique	0	3	10	15	3	1	2	0	34	75,56%
	Infarctus du myocarde	0	0	0	2	0	1	0	1	5	11,12%
Insuffisance coronarienne fonctionnelle	Valvulopathies	0	1	1	0	0	0	0	0	2	4,44%
	Myocardiopathie hypertensive	0	0	0	0	1	0	1	0	2	4,44%
Péricardites		0	0	1	1	0	0	0	0	2	4,44%
Total		0	4	12	18	4	2	3	1	45	100%
Pourcentage		0%	11,42%	22,22%	40%	8,89%	4,44%	8,89%	2,22%	100%	

La fréquence des étiologies cardio-vasculaires devient nette à partir et au delà de la 2^e décennie. La majorité des causes cardio-vasculaires se retrouve dans la tranche d'âge {41-50} où on a le taux le plus élevé : 40% de l'ensemble des causes cardio-vasculaires ou encore 44,11% des angines de poitrine.

2-4-5-4 Répartition des étiologies cardio-vasculaires selon la profession

TABEAU XI : Répartition des étiologies cardio-vasculaires selon la profession

Etiologies cardiovasculaires		Profession	Elèves	Fonct°-naires	Commerçants	Cultivateurs	Ménagères	Sans profession	Total	Pourcentage
Insuffisance coronarienne organique	Angor organique		0	18	9	0	7	0	34	75,56%
	Infarctus du myocarde		0	2	2	0	0	1	5	11,12%
Insuffisance coronarienne fonctionnelle	Valvulopathies		0	0	2	0	0	0	2	4,44%
	Myocardopathie hypertensive		0	0	1	0	1	0	2	4,44%
Péricardites aiguës			0	0	0	2	0	0	2	4,44%
Total			0	20	14	2	8	1	45	100%
Pourcentage			0%	44,44%	31,11%	4,45%	17,78%	2,22%	100%	

Commentaire du tableau XI

Les couches professionnelles les plus touchées par les causes cardio-vasculaires des précordialgies sont les fonctionnaires 44,44% (20 cas), suivis des commerçants 31,11% (14 cas).

Ceci dépend du mode de recrutement car les fonctionnaires venant consulter sont plus nombreux que les commerçants qui pour éviter de faire une "longue queue", préfèrent consulter dans les cliniques privées.

2-4-5-5 Caractères cliniques des précordialgies d'origine cardio-vasculaire

2-4-5-5-1 Dans l'angor organique

Sur les 34 cas d'angor organique, 24 patients ont présenté une crise typique d'angor d'effort telle que décrite par Héberdeen en 1768, 7 patients ont eu une crise atypique d'effort et 3 patients une crise atypique spontanée.

* En effet, dans la majorité des cas (24 cas soit 70,58%), les malades ont présenté une crise typique d'angor d'effort avec :

- une douleur en barre, de siège rétrosternal médiosthoracique (61,76% des cas), à la fois rétrosternal bas et sous mammaire gauche (20,60%), sous mammaire gauche (17,64% des cas), d'intensité modérée dans 61,76% des cas, très intense dans 38,23% des cas, de début brutal à l'effort (92,30% des cas) et progressif dans 7,70% des cas, à type de douleur profonde, constrictive ou écrasante, de durée brève, une à deux minutes

après l'arrêt de l'effort, irradiant vers l'épaule et le bras gauche (43,24%), très rarement vers l'avant-bras, le poignet et les deux derniers doigts, mais le plus souvent vers le cou et la mâchoire inférieure (35,29 % des cas), dans le dos (24% des cas).

La douleur est déclenchée par l'effort (course, marche, montée d'escaliers et autres efforts physiques) dans tous les cas, par l'énervement dans 58,82% des cas, les rapports sexuels dans 4 cas soit 11,76%, les efforts de défécation dans 3 cas soit 8,82%.

Elle est par contre calmée par le repos et les dérivés nitrés (Risordan) dans tous les cas.

La douleur est accompagnée parfois d'une dyspnée se manifestant sous la forme d'un étouffement dans 27 cas soit 79,41% et de vertiges dans 13 cas soit 38,23% des cas.

* Une crise atypique d'effort a été retrouvée chez sept (7) patients soit 20,58% des cas, avec une douleur survenant à l'effort mais de siège rétrosternal bas (2 cas ou 5,88%), basithoracique gauche (3 cas ou 8,82% des cas) et épigastrique simulant une gastrite (dans 2 cas ou 5,88% des cas) à irradiation soit abdominale, soit scapulaire droite et dans le dos, se traduisant parfois par une simple gêne rétrosternale. Même alors, la douleur est calmée par l'arrêt de l'effort et la prise de dérivés nitrés.

* Une autre crise atypique, cette fois-ci spontanée a été retrouvée chez 3 patients soit 8,82% des cas, avec une douleur même au repos, indifféremment la journée ou la nuit, de durée plutôt prolongée 10 à 15 minutes, de siège rétrosternal médiosthoracique et sous mammaire gauche sans irradiation dans 1 cas, avec irradiation vers la mâchoire inférieure et le dos dans les 2 autres cas, et accompagnée de palpitations dans 2 cas.

Ce qui est remarquable et constant quelle qu'en soit la forme, typique ou atypique, la douleur répond positivement au test au dinitrate d'isosorbide qui constitue un des médicaments essentiels du traitement .

L'examen physique s'est révélé de peu d'intérêt diagnostique car pauvre dans tous les cas.

Le diagnostic a été confirmé à l'électrocardiogramme (ECG) qui a révélé des signes d'ischémie.

La coronarographie ne pouvant pas être pratiquée pour le moment dans le cadre de notre étude, nous avons évoqué l'origine organique plus précisément athéromateuse de l'angine de poitrine en nous basant sur:

* les facteurs de risque qui sont :

- le tabagisme
- l'obésité
- l'alcool
- l'hypertension artérielle
- l'hypercholestérolémie

- le diabète
- l'âge
- * L'absence de cardiopathie sous jacente.

En effet sur les 34 cas d'angor organique,

- 13 patients sont hypertendus connus depuis plusieurs années avec une dyslipidémie à type d'hypercholestérolémie et d'hypertriglycéridémie,

- 9 patients dont 6 femmes et 3 hommes présentent une obésité.

- 8 patients sont tabagiques depuis au moins une dizaine d'années.

- 2 patients sont diabétiques et hypertendus (1 cas de diabète insulino dépendant chez un homme de 52 ans et 1 cas de diabète mûre chez une femme de 48 ans) depuis quelques années, avec au fond d'oeil des lésions d'athérosclérose au niveau des vaisseaux rétiniens.

- l'hypercholestérolémie isolée a été retrouvée chez 2 patients.

Chez tous les patients de moins de 40 ans, une sérologie syphilitique a été faite systématiquement, permettant d'éliminer une coronarite ou une aortite syphilitique.

2-4-5-5-2 Au cours de l'infarctus du myocarde

La douleur était de siège rétrosternal médiosthoracique dans 2 cas (soit 40%), rétrosternal bas dans 1 cas (soit 20%), sous mammaire gauche dans 1 cas (20% des cas), rétrosternal et sous mammaire gauche dans 1 cas (20%), d'intensité modérée dans 3 cas (60%) et très intense dans 2 cas (40%), de début brutal

dans 3 cas (60%) et progressif dans 2 cas (40%), survenant à l'effort comme au repos, permanent, à type de douleur écrasante ou constrictive, avec irradiation à la mâchoire inférieure et dans le dos dans 3 cas (60%), vers l'épigastre dans 1 cas (20%) et sans irradiation dans 1 cas.

La douleur était accompagnée d'un état de choc dans 1 cas, d'une éructation avec vertige dans 2 cas, et uniquement d'une angoisse dans 2 cas, avec dyspnée d'effort et de décubitus dans tous les cas. Ici la douleur n'est pas calmée par les dérivés nitrés mais par la noramidopyrine (BARALGIN), antalgique banal.

L'examen somatique a noté une arythmie dans 3 cas, avec des signes d'insuffisance cardiaque dans tous les cas.

Le diagnostic a été confirmé par l'ECG (électrocardiogramme) qui a mis en évidence des ondes de lésion-ischémie (ondes T en dôme de Pardee), des ondes Q de nécrose, et par la biologie qui a révélé une élévation des enzymes cardiaques: Lactico-déshydrogénase (LDH), créatine phosphokinase (CPK), Aspartate Aminotransférase (ASAT), Alquine Aminotransférase (ALAT).

2-4-5-5-3 Au cours de l'insuffisance coronarienne fonctionnelle

L'angor est dit ici fonctionnel car il est secondaire à une cardiopathie sous-jacente.

* L'angor fonctionnel au cours des valvulopathies:

Parmi les 130 cas sélectionnés, nous avons retrouvé 2 cas de

valvulopathies soit environ 1,54% du total des cas ou 4,44% des causes cardio-vasculaires. Il y a 1 cas d'insuffisance mitrale (IM) et 1 cas de maladie mitrale (MM) et ce uniquement chez les femmes.

Dans les 2 cas, la douleur survient progressivement à l'effort, de siège étalé rétromédiosternal et sous mammaire gauche, d'intensité modérée, à type d'oppression thoracique sans irradiations particulières, accompagnée d'une dyspnée d'effort et de palpitations.

Elle est calmée par le repos et le traitement médical. Evidemment, l'examen clinique retrouve les signes sthétacoustiques respectifs de l'atteinte valvulaire déterminée.

L'électrocardiogramme (ECG) a mis en évidence une hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) avec des troubles secondaires de la repolarisation à type d'ischémie sous épocardique. L'échocardiogramme a confirmé le diagnostic d'insuffisance mitrale (IM) et de maladie mitrale (MM).

* L'angor fonctionnel au cours des myocardopathies hypertensives:

Il s'agit de sujets âgés, hypertendus connus, irrégulièrement traités, qui présentent un retentissement cardiaque de leur affection.

Sur l'ensemble de notre échantillon de 130 patients, nous avons retrouvé 2 cas de myocardopathie hypertensive soit 1,54% de l'ensemble des étiologies des précordialgies ou 4,44% des causes cardio-vasculaires.

La douleur est modérée, survenant à l'effort comme au repos surtout lors des poussées hypertensives, de siège étalé rétrosternal et sous mammaire gauche, avec sensation de pesanteur, accompagnée parfois de palpitations, irradiant vers l'épaule gauche et le cou, calmée par le repos, le traitement symptomatique et à visée étiologique.

Dans les 2 cas, l'examen a mis en évidence des signes d'insuffisance ventriculaire gauche (tachycardie, bruit de galop gauche, râles crépitants aux 2 bases pulmonaires), cardiomégalie aux dépens du ventricule gauche à la radiographie thoracique et hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) avec surcharge systolique à l'électrocardiogramme (ECG).

L'échocardiogramme a montré une dilatation des cavités gauches avec hypertrophie des parois du ventricule gauche, sans atteinte valvulaire.

2-4-5-5-4 Au cours des péricardites

Parmi les cas sélectionnés, il y a 2 cas de péricardites aiguës soit 1,54% de l'ensemble des précordialgies ou 4,44% des causes cardio-vasculaires.

Il s'agit d'une douleur modérée survenant progressivement à l'effort comme au repos surtout en décubitus dorsal, de siège étalé rétromédiosthoracique et sous mammaire gauche irradiant dans le dos et parfois vers l'épigastre, intermittente, exacerbée par l'inspiration profonde et le décubitus dorsal, calmée par la position penchée en avant.

Elle est accompagnée d'une dyspnée d'effort dans les 2 cas et d'une toux sèche.

L'examen a noté un assourdissement des bruits du coeur dans les 2 cas avec des signes d'insuffisance cardiaque droite ou adiatolie dans un cas (turgescence des jugulaires, hépatomégalie, reflux hépatojugulaire et oedème des membres inférieurs).

La radiographie du thorax a permis de noter un coeur en carafe dans les 2 cas; l'électrocardiogramme a noté un microvoltage avec troubles diffus et concordants de la repolarisation dans un cas, tandis qu'il a été normal dans le 2è cas.

L'échocardiogramme a confirmé le diagnostic en mettant en évidence l'épanchement péricardique et en appréciant son importance.

L'efficacité du traitement antituberculeux d'épreuve a permis de confirmer la nature tuberculeuse de ces péricardites aiguës.

2-4-6 La dystonie neurovégétative

2-4-6-1 Fréquence de la dystonie neurovégétative

La dystonie neurovégétative vient au deuxième rang après les causes cardio-vasculaires.

Sur les 130 cas sélectionnés, la dystonie neurovégétative a été retrouvée chez 40 patients, soit une fréquence de 30,77%.

Elle est surtout rencontrée chez les patients de sexe féminin.

2-4-6-2 Répartition de la dystonie neurovégétative selon le sexe

Tableau XII : Répartition de la dystonie neurovégétative selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Nombre de cas	10	30	40
Pourcentage	25%	75%	100%

La prédominance féminine de la dystonie neurovégétative est évidente avec 30 cas soit 75% des cas rencontrés.

2-4-6-3 Répartition de la dystonie neurovégétative selon l'âge

Tableau XIII : Répartition de la dystonie neurovégétative selon l'âge

Age (années)	Nombre de cas	Pourcentage
11-20	9	22,50%
21-30	18	45%
31-40	10	25%
41-50	3	7,50%
> 50	0	0%
Total	40	100%
Pourcentage	100%	

La dystonie neurovégétative est l'apanage du sujet jeune et la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 21 et 30 ans avec 18 cas soit un taux de 45%.

2-4-6-4 Répartition de la dystonie neurovégétative selon la profession

Tableau XIV : Répartition de la dystonie neurovégétative selon la profession

Profession	Nombre de cas	Pourcentage
Elèves	16	40%
Fonctionnaires	10	25%
Commerçants	1	0,25%
Cultivateurs	0	0%
Ménagères	10	25%
Sans profession	3	0,75%
Total	40	100%

La dystonie neurovégétative est plus fréquente chez les élèves avec 16 cas soit 40%. Une brève enquête a mis en évidence des difficultés scolaires chez la plupart de ces élèves.

En deuxième position viennent les fonctionnaires et les ménagères avec 10 cas soit 25%.

2-4-6-5 Caractères cliniques des précordialgies au cours de la dystonie neurovégétative

La dystonie neurovégétative représente la deuxième étiologie des précordialgies après les causes cardio-vasculaires.

Elle touche le plus souvent les sujets jeunes et plus particulièrement les femmes.

Il s'agit généralement d'une fille ou d'une femme " à problème", ou bien d'un étudiant à l'approche des examens.

La douleur, souvent d'intensité modérée survient progressivement (62,50% des cas) ou brutalement (37,50%) sans horaire fixe, de siège sous mammaire ou pérिमammaire gauche (80% des cas), en un point sans irradiation (62,50% des cas), de siège rétrosternal médiothoracique (20% des cas) à type de pincement ou d'écrasement. Parfois à irradiations multiples épigastrique, dorsale, aux deux bras, au cou et à la mâchoire inférieure (37,50% des cas).

Le contexte est souvent bien particulier, marqué par la pluralité des signes d'accompagnement : nausée, vertiges, étouffement, asthénie, courbatures, palpitations, sensation d'arrêt cardiaque, céphalées, sensation de corps étrangers dans la gorge, épigastralgies, fourmillement des extrémités.

C'est une douleur souvent rythmée par les soucis ou les émotions (87,32% des cas).

En effet, l'interrogatoire retrouve une notion de problème affectif (surtout le divorce) dans 52,50% des cas, de décès dans 17% des cas, de problème financier dans 18% des cas.

Il n'est pas rare au cours de l'interrogatoire chez les femmes que se produisent des réactions émotives avec des crises de larmes.

Cependant dans 11% des cas, aucun facteur déclenchant n'est

retrouvé.

L'examen somatique est généralement normal, de même que le bilan paraclinique.

Les symptômes régressent ou disparaissent progressivement sous anxiolytiques et psychothérapie.

2-4-7 Les causes digestives

2-4-7-1 Fréquence des causes digestives

Les causes digestives occupent le troisième rang des étiologies des précordialgies avec 37 cas soit 28,46% des étiologies. Elles sont représentées par :

- les gastrites
- les oesophagites secondaires aux hernies hiatales
- les oesophagites isolées
- les hernies hiatales isolées
- les parasitoses digestives
- les ulcères gastro-duodénaux.

Par ordre décroissant de fréquence, les gastrites viennent en tête avec 19 cas soit 51,35% des causes digestives, suivies des oesophagites secondaires aux hernies hiatales avec 7 cas soit 18,93%, des parasitoses digestives 4 cas soit 10,81%, des oesophagites mycosiques 3 cas soit 8,11%, des hernies hiatales isolées et des ulcères gastro-duodénaux 2 cas soit 5,40%.

Parmi les gastrites, nous avons retrouvé 9 cas de gastrites peptiques, 3 cas de gastrites après prise d'acide acétyl salicylique et 7 cas de gastrites de cause indéterminée.

Il y a eu 7 cas de hernies hiatales compliquées d'oesophagite du tiers inférieur, ceci par reflux gastro-oesophagien, 3 cas d'oesophagite isolée de nature mycosique et 2 cas de hernie hiatale isolée.

Deux cas d'ulcères gastro-duodénaux ont été retrouvés de même que 4 cas de parasitoses digestives dont 1 cas d'ankylostomiase, 1 cas d'anguillulose et 2 cas d'ascaridiase.

Tableau XV : Répartition des causes digestives selon leur fréquence

Etiologies	Nombre de cas	Pourcentage
Gastrites	19	51,35%
Hernies hiatales avec oesophagite	7	18,93%
Parasitoses digestives	4	10,81%
Oesophagites mycosiques	3	8,11%
Ulcères gastro- duodénaux	2	5,40%
Hernies hiatales isolées	2	5,40%
Total	37	100%

2-4-7-2 Répartition des causes digestives selon le sexe

Tableau XVI : Répartition des causes digestives selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total	Poucentage
Etiologies				
Gastrites	10	9	19	51,35%
Hernies hiatales avec oesophagite	3	4	7	18,93%
Parasitoses digestives	2	2	4	10,81%
Oesophagites mycosiques	1	2	3	8,11%
Ulcères gastro- duodénaux	0	2	2	5,40%
Hernies hiatales isolées	1	1	2	5,40%
Total	17	20	37	100%
Pourcentage	45,95%	54,05%	100%	

Il n'y a pas de prédominance d'une affection en fonction du sexe.

2-4-7-3 Répartition des causes digestives selon l'âge

TABLEAU XVII : Répartition des causes digestives selon l'âge

Age (ans)	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	Total	Pourcentage
Etiologies digestives										
Gastrites	3	8	5	2	1	0	0	0	19	51,35%
Hernies hiatales avec oesophagites	1	2	2	1	0	1	0	0	7	18,93%
Parasitoses digestives	1	1	2	0	0	0	0	0	4	10,81%
Oesophagites mycosiques	0	1	2	0	0	0	0	0	3	8,11%
Ulcères gastro-duodénaux	0	0	1	0	1	0	0	0	2	5,40%
Hernies hiatales isolées	0	0	1	0	1	0	0	0	2	5,40%
Total	5	12	13	3	3	1	0	0	37	100%
Pourcentage	13,51%	32,42%	35,13%	8,11%	8,11%	2,70%	0%	0%	100%	

Les causes digestives sont plus fréquentes dans les tranches d'âge {31-40} avec 13 cas soit 35,13% et {21-30} avec 12 cas soit 32,42%.

2-4-7-4 Répartition des causes digestives selon la profession

TABLEAU XVIII : Répartition des causes digestives selon la profession

Profession	Elèves	Fonct° naires	Commer- çants	Cultiva- teurs	Menagères	Sans profession	Total	Pourcen- tage
Gastrites	6	9	2	1	1	0	19	51,35%
Hernies hiatales avec oesophagite	1	5	0	0	1	0	7	18,93%
Parasitoses digestives	1	0	0	2	1	0	4	10,81%
Oesophagites mycosiques	1	2	0	0	0	0	3	8,11%
Ulcères gastro- duodénaux	0	1	0	0	0	1	2	5,40%
Hernies hiatales isolées	1	0	0	1	0	0	2	5,40%
Total	10	17	2	3	4	1	37	100%
Pourcentage	27,02%	45,94%	5,40%	8,10%	10,81%	2,70%	100%	

Selon ce tableau, les causes digestives sont plus observées chez les fonctionnaires avec 17 cas soit 45,94%. Ceci s'explique par le fait que les fonctionnaires viennent consulter plus que les autres couches professionnelles.

2-4-7-6 Caractères cliniques des précordialgies d'origine digestive

2-4-7-6-1 Au cours des gastrites

Les précordialgies au cours des gastrites sont presque toujours accompagnées d'épigastralgies.

La douleur est de siège rétrosternal bas ou à la fois rétrosternal et sous mammaire gauche, d'intensité le plus souvent modérée, de début progressif dans 93% des cas, brutal dans 7% des cas, à type de brûlures avec picotement, irradiant vers l'épigastre, survenant après ingestion d'aliments pimentés ou fermentés ou à distance des repas ou bien après la prise d'aspirine (acide acétyl salicylique). La douleur évolue sur un mode intermittent et est calmée par les pansements gastriques. Parfois la douleur évolue sur un fond psychosomatique surtout chez la femme.

l'examen somatique retrouve une douleur à la palpation épigastrique sans signes sthétacoustiques cardiaques. Le diagnostic positif est fait à la fibroscopie oesogastroduodénale.

2-4-7-6-2 Au cours des oesophagites

Dans notre étude, nous avons retrouvé dix (10) cas d'oesophagites dont 3 cas d'oesophagites isolées toutes mycosiques et 7 cas d'oesophagites secondaires à une hernie hiatale.

* Au cours des oesophagites isolées mycosiques, la douleur est rétrosternale haute, médiane ou basse selon que la lésion siège au tiers supérieur, moyen ou inférieur de l'oesophage. Elle est d'intensité modérée, exacerbée ou déclenchée par les repas, surtout les aliments chauds ou épicés, calmée par les pansements gastriques ou de l'eau glacée. La douleur irradie souvent vers l'épigastre et est accompagnée d'une nausée, d'une odynophagie et d'une anorexie.

Dans 2 cas sur 3, nous avons retrouvé une stomatite mycosique associée. Le diagnostic positif est fait à la fibroscopie oesogastroduodénale en se basant sur les caractères cliniques des lésions.

Une sérologie systématique au VIH faite est revenue positive dans 2 cas et négative dans 1 cas.

* Au cours des oesophagites secondaires à une hernie hiatale, la douleur a presque les mêmes caractères précités, mais elle est souvent déclenchée par un reflux gastro-oesophagien qui survient après un repas, surtout lorsque le sujet se penche en avant : "signe du lacet". Le patient ressent alors la remontée d'un liquide dans l'oesophage suivie de brûlures rétrosternales ascendantes.

Une toux sèche nocturne survenant au cours du sommeil est signalée. Des palpitations intermittentes ont été aussi signalées dans 68% des cas.

L'examen somatique est pauvre à part l'existence parfois d'une douleur à la palpation épigastrique.

La radiographie thoracique a été normale dans tous les cas.

Le diagnostic positif a été fait à la fibroscopie oesogastroduodénale qui a révélé dans tous les cas une hernie hiatale moyenne avec reflux gastro-oesophagien et lésions d'oesophagite prédominant au tiers inférieur.

2-4-7-6-3 Au cours des hernies hiatales isolées

Sur 9 cas de hernie hiatale, nous avons retrouvé 7 cas de hernies hiatales compliquées d'oesophagite et 2 cas de hernies hiatales isolées.

La douleur est rétrosternale basse survenant peu après les repas, surtout la nuit avec une toux sèche. Elle est exacerbée par la position "penchée en avant" et s'accompagne souvent d'un pyrosis. Le diagnostic est fait à la fibroscopie oesogastroduodénale.

2-4-7-6-4 Au cours des ulcères gastroduodénaux

La douleur à type de brûlures et de crampes est surtout épigastrique mais avec irradiation ascendante précordiale rétrosternale et parfois sous mammaire gauche. Cette douleur est exagérée par la consommation du piment et l'ingestion d'antiinflammatoires. Elle survient surtout la nuit réveillant le malade, et aussi à distance des repas lorsque le patient a faim.

La douleur évolue par crises. Le diagnostic d'orientation a été facile du fait que ces deux patients étaient ulcéreux connus depuis plusieurs mois et traités irrégulièrement.

La fibroscopie oesogastroduodénale a confirmé le diagnostic d'ulcère gastroduodéal.

2-4-7-6-5 Au cours des parasitoses digestives

Nous avons retrouvé 4 cas de parasitoses intestinales à savoir : 1 cas d'ankylostomiase (ancylostoma duodenale), 1 cas d'anguillulose et 2 cas d'ascaridiase.

Dans tous les cas, la douleur est de siège rétrosternal étalé, à type de picotement ou de brûlures, sans horaire fixe, sans facteur déclenchant, à irradiation rétrosternale haute et épigastrique, accompagnée d'une nausée avec parfois vomissement, et d'un étouffement à l'effort.

L'examen somatique est presque toujours normal. Le diagnostic de parasitose intestinale a été retenu après l'examen parasitologique des selles qui a mis en évidence des oeufs de parasites en question, et surtout la disparition de la douleur après traitement antihelminthique.

2-4-8 Les causes pleuropulmonaires

2-4-8-1 Fréquence des causes pleuropulmonaires

Les causes pleuropulmonaires représentent par ordre de fréquence le quatrième groupe étiologique avec 5 cas sur 130 soit une prévalence de 3,85%.

Elles comprennent :

- les bronchopneumopathies aiguës à germe banal
- une tuberculose pleurale (pachypleurite séquellaire d'une tuberculose pleurale ancienne).

Les bronchopneumopathies occupent 80% des causes pleuropulmonaires avec 4 cas, tandis que l'atteinte pleurale représente 20% soit 1 cas sur 5.

2-4-8-2 Caractères des précordialgies au cours des pleuropneumopathies

Au cours des pneumopathies aiguës à germe banal, la douleur est localisée latérothoracique gauche et sous mammaire accompagnée d'une dyspnée, d'une fièvre, d'une toux avec crachats muqueux parfois hémoptoïques, inhibant l'inspiration profonde.

L'examen somatique objective des râles crépitants en foyer dans la région sous mammaire gauche et latérothoracique gauche, avec un souffle tubaire dans deux cas.

La radiographie du thorax a permis de noter une opacité dense non homogène systématisée au lobe inférieur gauche dans la région périhilaire dans les 4 cas.

Une antibiothérapie non spécifique s'est soldée par la disparition des symptômes cliniques en 48-72 heures et de l'image radiographique en 15 jours.

* Au cours de la tuberculose pleurale

Le cas de tuberculose pleurale retrouvé dans notre étude est en fait une pachypleurite séquellaire d'une tuberculose pleurale ancienne. En effet, il s'agit d'une femme de 47ans qui a présenté une douleur précordiale d'intensité modérée, intermittente, sans horaire fixe, souvent déclenchée par l'inspiration profonde et l'effort. L'interrogatoire a retrouvé dans les antécédents une tuberculose pleurale traitée il y a huit mois.

La radiographie du thorax a permis de noter un épaissement pleural axillo-basal gauche.

2-4-9 Les causes pariétales et autres causes

2-4-9-1 Fréquence des causes pariétales et autres causes

Ce groupe étiologique est beaucoup plus rare avec 3 cas sur 130 sélectionnés soit 2,30% de l'ensemble des étiologies des précordialgies.

Il comprend :

- 1 cas de chondrite de TIETZE.
- 2 cas d'hémoglobinopathies, avec 1 cas d'hémoglobine AS et 1 cas d'hémoglobine SC.

2-4-9-2 Caractères des précordialgies d'origine pariétale

* Au cours de la chondrite de TIETZE, c'est une douleur latérosternale haute d'intensité moyenne, déclenchée ou exacerbée par la toux, les mouvements du bras et l'inspiration profonde, irradiant vers l'aisselle gauche. Cette douleur survient surtout la nuit.

L'examen a noté une tuméfaction douloureuse des 2^e et 3^e cartilages costaux supérieurs gauches. La radiographie du thorax a confirmé l'origine costale de la tuméfaction.

Un traitement antiinflammatoire a entraîné une disparition complète de la douleur et une régression de la tuméfaction.

* Au cours des hémoglobinopathies

La douleur est sternale et costale, déclenchée par le froid surtout, associée à des douleurs d'autres localisations ostéoarticulaires. L'examen somatique a retrouvé un syndrome anémique et une splénomégalie type II dans 1 cas.

La biologie a permis de chiffrer le degré de l'anémie.

La douleur est calmée par le paracétamol ou par l'acide acétylsalicylique. Les crises douloureuses deviennent très rares avec la correction de l'anémie.

3- COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Ce travail nous a permis :

- de déterminer la prévalence des précordialgies en consultation spécialisée de cardiologie à la clinique cardiologique du CHU-Campus de Lomé.
- d'établir la répartition en fonction de l'âge, du sexe et de la profession.
- de déterminer les différentes étiologies impliquées dans la genèse des précordialgies.

Le problème fondamental est de reconnaître parmi ces douleurs variées celles qui résultent d'une pathologie cardio-vasculaire et susceptibles de compromettre le pronostic vital, notamment les douleurs coronariennes.

3-1 La prévalence des précordialgies en consultation de cardiologie

Au terme de notre étude, nous constatons que la prévalence des précordialgies à la clinique cardiologique du CHU-Campus de Lomé est de 25,02% des consultants. Mais ce chiffre est encore au-dessous de la réalité parce que les précordialgies accompagnent souvent plusieurs affections; elles sont ainsi reléguées au second plan, le malade consulte alors soit en pédiatrie, soit en neurologie, en gastroentérologie, en rhumatologie ou en pneumologie.

Néanmoins, si parmi tous les motifs de consultation en cardiologie les précordialgies en représentent à elles seules les 25,02%, nous pouvons estimer qu'elles sont un motif très fréquent de consultation en cardiologie.

C'est d'ailleurs cette constatation qui nous a conduit à entreprendre ce travail.

3-2 Répartition selon les caractéristiques de l'échantillon

3-2-1 Répartition selon l'âge

La tranche d'âge la plus atteinte par les précordialgies est celle comprise entre 21 et 40 ans (Tableau I).

Cette phase de la vie d'un individu correspond à la période d'activité professionnelle. A cette période, l'individu est soumis à toutes sortes d'agressions extérieures et intérieures, morales, professionnelles, psychologiques.

3-2-2 Répartition selon le sexe

Selon le sexe, il existe une prédominance féminine des précordialgies avec 55,56% contre 44,44% pour les hommes (Tableau II).

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus sensibles aux agressions extérieures ou intérieures morales, professionnelles et psychologiques que les hommes. C'est d'ailleurs pourquoi la dystonie neurovégétative est surtout l'apanage des femmes (Tableau XI).

3-2-3 Répartition selon la profession

Le groupe professionnel le plus atteint est celui dont l'âge oscille entre 21 et 40 ans (47 au total) soit 90,38% des 52 fonctionnaires. Si l'on peut incriminer le stress professionnel dans ce cas, nous pensons cependant que l'âge constitue un facteur de risque d'apparition des précordialgies.

Un troisième élément à prendre en compte est le fait que les fonctionnaires consultent plus facilement au CHU-Campus car la clinique cardiologique répond de façon satisfaisante à leur attente. Ce qui en fait peut constituer un biais de recrutement.

3-3 Répartition selon la cause

Cette répartition se fait en cinq groupes étiologiques qui sont par ordre decrescendo de fréquence :

- les causes cardio-vasculaires
- les dystonies neurovégétatives
- les affections digestives
- les affections pleuropulmonaires
- les atteintes pariétales et autres.

3-3-1 Les causes cardio-vasculaires

Elles représentent 34,62% des étiologies des précordialgies et constituent le groupe étiologique le plus important.

Le tabagisme, l'éthylisme et la tendance de la population aux habitudes alimentaires occidentales, la prévalence croissante de l'hypertension artérielle expliquent cette fréquence élevée des causes cardio-vasculaires.

En effet, une fraction de plus en plus importante de la population fume et a un régime alimentaire riche en matières grasses, facteurs prédisposants à l'obésité, à l'hypertension artérielle, aux hyperlipidémies qui à leur tour sont des facteurs d'atteinte coronarienne.

Dans notre étude, sur les 34 cas d'angor organique, l'hypertension artérielle est facteur de risque dans 38,23% des cas, l'obésité dans 26,47% des cas, le tabac dans 23,53% des cas, le diabète et l'hypercholestérolémie dans 5,88% des cas.

Sur les 5 cas d'infarctus du myocarde, on relève 3 cas d'hypertension artérielle essentielle, 1 cas de diabète insulino-dépendant et 1 cas d'hypercholestérolémie chez un tabagique.

L'angor fonctionnel est quant à lui observé essentiellement dans les myocardopathies dilatées, les valvulopathies mitroaortiques organiques. Ces myocardopathies entraînent une dilatation des anneaux aortique et mitral, responsable de l'insuffisance valvulaire fonctionnelle et par conséquent une insuffisance de perfusion coronarienne avec anoxie. Le pourcentage de la péricardite aiguë tuberculeuse est faible dans notre étude bien que notre région soit une zone d'endémie tuberculeuse.

3-3-2 La dystonie neurovégétative (ou asthénie neuro-circulatoire)

La dystonie neurovégétative constitue 30,77% des étiologies des précordialgies et occupent le deuxième rang.

Ce taux élevé s'explique par les agressions psychoaffectives très fréquentes de nos jours et le diagnostic est posé en présence d'une symptomatologie riche ne reposant sur aucune organicité évidente.

L'âge et le sexe sont électivement touchés. En effet, la dystonie neurovégétative est l'apanage du sujet jeune et de la femme. La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 21 et 30 ans avec 18 cas soit un taux de 45%. La femme est trois fois plus touchée que l'homme (75% contre 25%).

3-3-3 Les affections digestives

Le troisième groupe étiologique des précordialgies est constitué par les causes digestives avec un pourcentage de 28,46%. Elles sont dominées par les gastrites et les oesophagites. Dans le cadre de cette étude en fait pluridisciplinaire, la fibroscopie oesogastroduodénale a été d'un recours déterminant pour le diagnostic de ces affections digestives.

Plusieurs facteurs interviennent dans la genèse des gastrites et des ulcères gastroduodénaux dont plus particulièrement le stress. Ainsi, très souvent ces gastrites évoluent sur un terrain de dystonie neurovégétative. C'est le lieu d'insister sur la composante psychologique dans le traitement des gastrites et des ulcères gastroduodénaux...

Nous sommes dans une zone d'endémie parasitaire et l'on comprend alors aisément le rôle important joué par les parasites intestinaux dans la genèse de certaines gastrites, surtout l'ancylostoma duodenale, très hématophage.

3-3-4 Les affections pleuropulmonaires

Elles représentent 3,85% des étiologies des précordialgies. Les affections pleuropulmonaires sont responsables surtout de douleurs basithoraciques ou latérothoraciques plutôt que de précordialgies pures.

3-3-5 Les atteintes pariétales et autres

Elles sont beaucoup plus rares et représentent seulement 2,30% des étiologies des précordialgies. On y retrouve surtout les hémoglobinopathies.

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé certaines causes de précordialgies telles que décrites par Edmond BERTRAND dans son ouvrage "urgences cardio-vasculaires".

Il s'agit notamment de la dissection aortique, de l'embolie pulmonaire, du spasme oesophagien, du pneumothorax spontané, de la périarthrite scapulo-humérale, de la névralgie cervico-brachiale, de la mastite chronique et de la cellulite.

Ceci peut s'expliquer par la rareté de ces affections et par la taille moyenne de notre échantillon.

4 CONCLUSION DE L'ETUDE

A partir de cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- notre étude, certes, s'est portée sur un échantillon de taille moyenne. Néanmoins, des étiologies se sont révélées plus fréquentes après analyse.

- L'enquête a été menée dans un service spécialisé de cardiologie et c'est en partie probablement la raison pour laquelle les étiologies cardio-vasculaires occupent le premier rang.

Il n'en demeure pas moins vrai que nous avons recensé un total de 38 cas d'angine de poitrine organique ou fonctionnelle, 5 cas d'infarctus du myocarde et 2 cas de péricardites aiguës.

La dystonie neurovégétative se trouve aussi en bonne position dans cette étude pour la simple raison que tous nos patients viennent consulter en cardiologie pour le motif suivant "j'ai mal au coeur" devant toute douleur thoracique quelle qu'en soit l'étiologie.

- Parmi les caractéristiques de l'échantillon, surtout le sexe et l'âge jouent un rôle important dans le diagnostic de précordialgie :

* devant un sujet jeune (moins de 40 ans), on évoquera d'abord une dystonie neurovégétative et surtout s'il s'agit d'une jeune femme.

* par contre devant un sujet de plus de 40 ans, on pensera plus à une cause cardio-vasculaire du type insuffisance coronarienne.

* dans tous les cas, il faudra rechercher également une cause digestive.

- Les hémoglobinopathies, classées dans "les autres causes", sont des causes particulières mais fréquentes dans nos régions, qu'il faudra rechercher systématiquement surtout chez le sujet jeune.

De là vient l'aspect pluridisciplinaire de notre étude à savoir :

- cardiologique
- gastro-entérologique

- hématologique
- neurologique
- psychologique
- pneumologique.

5 CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PRECORDIALGIE

Trois temps majeurs caractérisent la conduite pratique devant une précordialgie :

- affirmer la précordialgie et préciser ses caractères cliniques,
- pratiquer les examens complémentaires adéquats,
- prescrire un traitement étiologique si possible.

5-1 Affirmer la précordialgie et préciser ses caractères

Il faut vérifier par l'interrogatoire et l'examen que la douleur siège dans l'aire de projection antérieure du coeur.

Après une enquête psychologique, faire un examen somatique complet.

5-2 Pratiquer les examens complémentaires adéquats

5-2-1 Devant une précordialgie banale ou d'intensité modérée:

- * demander systématiquement en se basant sur les caractères cliniques de la douleur :
 - un examen parasitologique des selles
 - une électrophorèse de l'hémoglobine
 - un hémogramme

- un électrocardiogramme
- une oesogastroduodéoscopie peut s'avérer indispensable.

* Si les examens sus mentionnés sont négatifs, prescrire:

- un déparasitage systématique par un antihelminthe
- un pansement gastrique est associé en cas de gastrite ou

d'ulcère gastroduodéal

- prescrire un anxiolytique si la composante psychologique est prédominante.

5-2-2 Devant une précordialgie intense "intolérable" :

* L'hospitalisation s'impose

* Pratiquer en urgence :

- un électrocardiogramme
- le dosage des enzymes cardiaques: la CPK: Créatine

phosphokinase (fraction MB si possible), la lacticodéshydrogénase (LDH), les transaminases (ASAT: Aspartate Aminotransférase)

- une radiographie du thorax
- un échocardiogramme s'il ya des signes d'adiastolie
- une fibroscopie oesogastroduodénale peut être faite au

cas où l'ECG et le dosage des enzymes cardiaques ne sont pas concluants

- pratiquer un traitement d'épreuve à la trinitrine.

Quelle que soit la décision immédiate, les autres examens complémentaires devront être entrepris pour étayer un diagnostic qui guidera la conduite ultérieure.

5-3 Prescrire un traitement étiologique si possible

Un traitement étiologique sera prescrit lorsque la cause est retrouvée.

**CHAPITRE III : SUGGESTIONS ET
CONCLUSION GENERALE**

CHAPITRE III : SUGGESTIONS ET CONCLUSION GENERALE

SUGGESTIONS

Notre étude a été réalisée dans un service de cardiologie et sur un échantillon de taille moyenne. Nous nous sommes efforcés de nous coller de très près aux 6 objectifs définis dès le début à savoir :

- définir une précordialgie
- évaluer la prévalence des précordialgies en consultation de cardiologie
- décrire les caractères des précordialgies en consultation de cardiologie
- décrire les différents examens complémentaires à pratiquer en présence d'une précordialgie
- décrire les principales étiologies d'une précordialgie
- proposer la conduite pratique à tenir devant une précordialgie.

Cependant nous pensons qu'il s'agit d'une oeuvre inachevée et c'est pourquoi nous faisons les propositions ci-après :

- Aux chercheurs dont nous mêmes !!!

* Des études portant sur des échantillons plus importants en élargissant la gamme des variables incluant celles déjà retenues par cette étude (enquête sur les conditions de vie familiale, professionnelle, sociale, l'origine etc...).

* Une étude multidisciplinaire faisant intervenir le cardiologue, l'interniste, le neurologue, le gastro-entérologue, le psychologue, si possible le psychanalyste sans oublier naturellement les départements des examens paracliniques.

Dans notre étude nous nous sommes déjà inspiré de cet aspect du problème.

* Une extension de cette étude aux formations sanitaires secondaires du pays (CHR et Hôpitaux de préfecture).

- Aux autorités sanitaires.

* Que chaque CHR, chaque Hôpital de préfecture soit équipé du matériel minimal indispensable pour explorer une précordialgie (électrocardiographe, fibroscope, un appareil de radiographie etc).

* Que la formation des ressources humaines des disciplines impliquées soit planifiée et exécutée.

* Que la clinique cardiologique du CHU-Campus soit dotée d'un maximum d'équipement et de personnel qualifié pour une efficacité plus grande.

CONCLUSION GENERALE

Dans sa pratique quotidienne, le médecin et plus particulièrement le cardiologue se trouve confronté à une plainte sassée et resassée par plusieurs consultants sous la forme d'un leitmotiv qui se résume à la phrase suivante : <<docteur j'ai mal au coeur>>, l'index pointé sur l'épigastre.

Commence alors une véritable et laborieuse gymnastique intellectuelle pour dissocier ce qui est cardiaque de ce qui ne l'est pas.

Cette difficulté diagnostique et par voie de conséquence la conduite ultérieure pour soulager le plaignant justifie à nos yeux que les précordialgies constituent un thème de recherche appliquée.

A notre humble avis, notre étude en définitive pluridisciplinaire impliquant le cardiologue, le neurologue, le psychologue, le gastro-entérologue, l'hématologiste, le parasitologue pour ne citer que ceux-là, nous a permis de tirer les conclusions pratiques suivantes :

- contrairement aux conceptions pas très anciennes, les atteintes coronariennes quelle qu'en soit la forme se classent en tête, puis viennent ensuite

- la classique asthénie neurocirculatoire ou dystonie neurovégétative qui même si elle peut être soulagée par une thérapeutique particulière et la psychothérapie, cache souvent une situation particulière, un vécu conscient ou inconscient du patient, que seules des consultations itératives auprès du psychologue ou du psychanalyste peuvent contribuer à débrouiller,

- les affections digestives (gastrites, hernies hiatales, ulcères gastroduodénaux, reflux gastro-oesophagien avec oesophagite), les parasitoses intestinales (ancylostoma duodenale, ascaridiase, anguillulose).

- Les tares hémoglobiniques (hémoglobinopathies AC ou AS).

- et enfin les rares affections pleuropulmonaires.

En définitive, nous proposons que soient retenues et recherchées en tant que telles systématiquement les étiologies sus énumérées devant toute précordialgie.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ALEXANDER F.
La médecine psychosomatique
éd. Payot, Paris, 1967, 35-49
- 2- BARBIZET J., DUIZABO Ph. et coll.
Abrégé de Neuropsychologie
3è éd., Paris, Masson, 1975, 51-74.
- 3- BARIETY M., CHOUBRAC P.
Maladies de l'appareil respiratoire
Paris, Flammarion, 1961, 77-89.
- 4- BARIETY M., BARIETY J., BONNIOT R.
Sémiologie médicale
4è éd., Paris, masson, 1974, 14, 543p.
- 5- BERGERET J., ACHAINTE A., BECACHE A., BOULANGER J_J.,
CHARTIER J. P., DUBOR P., HOUSER m., LUSTIN J.J.
Abrégé de psychologie pathologique
2è éd., Paris, 1976, 88-99
- 6- BERNIER J. J.
Gastroentérologie
2è éd., Tome1, Flammarion médecine Sciences,
France, 1986, 268-361.
- 7- BERTRAND Ed.
Urgences cardio-vasculaires
éd. Frison-Roche, 1992, 11-37

- 8- BRUMPT E.
Précis de Parasitologie
6è éd., Masson et C^{ie}, Paris, 1949, 72, 131-168
- 9- CAMBIER J., MASSON M., DEHEN H. et Coll.
Abrégé de Neurologie
Paris, Masson, 1975, 9.
- 10- COHEN M.D., BADAL D., KIL PATRICK A., REED E.W.
et WHITE P.D.
The high familial prevalence of neuro-circulatory
asthenia (anxiety neurosis. Effort syndrom)
Amer.J. hum. Genet, 1951, 3, 126
- 11- DA COSTA J.M.
On irritable heart: a clinical study of
fonctionnal disorder and its consequences.
Amer.J. med., 1871, 61, 17
- 12- DEBRAY C., GEFFEROY Y.
Précis des maladies du tube digestif
Série précis médicaux, 1977, 122-182.
- 13- DELAY J., PICHOT
Abrégé de psychologie
4è éd., Paris, Masson, 1976, 122-154.
- 14- DIMATTEO J., VACHERON A.
cardiologie
2è éd.; Paris, ESF, 1987, 307-348; 587-603

15- EDWARD F.C., COGHILL N.F.

clinical manifestations in patients with
chronic atrophic gastritis, gastric ulcer
and duodenal ulcer.

Q.J. Med, 1968, 37, 337-360

16- FRIEDMAN M.

The cardiovascular manifestations of
neuro-circulatory asthenia.

Amer, Heart J., 1945, 30, 478.

17- GENTILLINI M., DUFLO B.

Médecine Tropicale

Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1986

18- GUELFY J.D.

Psychiatrie de l'adulte

Ellipses, France, 1988

19- GROSGOGEAT Y.

Les faux cardiaques. Comment traiter l'asthénie
neurocirculatoire en pratique de ville.

Rev. Prat., 7 déc-1966, 16, n°spécial 31 bis, 142-146.

20- JULIEN J.L., JULIEN - MATTEI N.

Manifestations fonctionnelles cardiovasculaires
anorganiques et manifestations fonctionnelles simulant
une affection cardio-vasculaire

Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), coeur-vaisseaux,

11037 A¹⁰, 5-1985, 6p.

21- LAMBLING A.

Les gastrites par reflux duodéno pancréaticobiliaire
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1944, 33=304-316.

22- LAUBRY Ch.

Maladie du coeur et des vaisseaux
Doin, éd., Paris, 1930.

23- LEGER L.

Sémiologie chirurgicale-5è éd.
Paris, Masson, 1983, 43, 529p.

24- LENE GRE J.

Les névroses cardiaques; in <<Maladies de
l'appareil cardio-vasculaire>>.
Flammarion, éd., Paris, 1970, 2, 597-622.

25- MATIKAINEN M., TAAWTSAINEN M., KALIMA TV.

Duodenogastic reflux in patients with heart burn
and oesophagitis.
Scand J. Gastroenterol., 1961, 16: 253-255.

26- RUILLIERE R.

Abrégé de cardiologie
4è éd., Paris, Masson, 1987.

27- SCHWARTZ D.

Méthodes statistiques à l'usage des Médecins

et Biologistes

Paris, Flammarion, Méd. Sce, 3è éd. 1983, 318p

28- SWYNGHEDAUW B.

Hypertrophie et insuffisance cardiaques

Ed. INSERM, Nancy, 1990.

29- TOROVILLA G.

Cardiac neurosis

Amer-Heart 5, 1947, 3370.

ANNEXES

ANNEXES

DIAGNOSTIC DES PRECORDIALGIES

FICHE DE RENSEIGNEMENT1-CORDONNEES DU MALADE

1-1 Nom et Prénoms :

1-2 Age :

1-3 Sexe :

1-4 Profession :

1-5 Ethnie :

1-6 Domicile et Adresse :

1-7 Nationalité :

1-8 Village et Préf.d'origine :

1-9 Situation matrimoniale :

2-CONSTANTES DU MALADE

2-1 Poids :

2-2 Taille :

2-3 TA : BG. BD.

2-4 Pouls :

2-5 Température :

3-ANTECEDENTS3-1 Antécédents personnels

3-1-1 Antécédents médicaux :

3-1-2 Antécédents chirurgicaux :

3-1-3 Antécédents gynéco-obstétricaux : DDR =

Geste =

Parité =

3-2 Antécédents familiaux

3-2-1 Père :

3-2-2 Mère :

3-2-3 Collatéraux :

3-2-4 Conjoint :

3-2-5 Grands parents :

3-3 Habitudes alimentaires et mode de vie

3-3-1 Alcool :

3-3-2 Tabac :

3-3-3 Régime alimentaire :

4-SIGNES FONCTIONNELS4-1 Précordialgies

4-1-1 Intensité : /__/ Modérée : /__/ Très intense : /__/

4-1-2 Mode de début :

Brutal : /__/ Agressif : /__/ A l'effort : /__/

Au repos : /__/

- 4-1-3 Périodicité :
- 4-1-4 Horaire :
- Pendant la journée : /__/
 - Pendant la nuit : /__/
 - A l'effort : /__/
 - Au repos : /__/
 - Avant les repas : /__/
 - Après les repas : /__/
- 4-1-5 Siège :
- 4-1-6 Irradiations :
- 4-1-7 Facteurs déclenchants :
- 4-1-8 Facteurs apaisants :
- 4-1-9 Mode évolutif :
- Intermittente : /__/
 - Permanente : /__/
 - Evoluant par crise:/__/

4-2 Signes d'accompagnements

- 4-2-1 Nausée : /__/
- 4-2-2 Vomissements : /__/
- 4-2-3 Vertige : /__/
- 4-2-4 Epigastralgies : /__/
- 4-2-5 Toux : /__/
- 4-2-6 Dyspnée : /__/
- 4-2-7 Syncope : /__/
- 4-2-8 Hypersialorrhée : /__/

7-7 Bilan myocarde :

7-7-1 Enzymes cardiaques :

-ASAT :

-ALAT :

-CPK :

-LDH :

7-7-2 Bilan lipidique :

-Cholestérolémie :

-Triglycéridémie :

-Phospholipidémie :

7-7-3 Ionogramme sanguin :

-Na+ :

-K+ :

-Cl- :

7-7-4 Glycémie :

7-7-5 Calcémie :

7-7-6 Magnesémie :

7-7-7 Urémie :

7-7-8 Créatininémie :

8-CONCLUSION

8-1 Etiologie certaine :

8-2 Etiologie probable :

8-3 Etiologie non précisée : /__/

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment de l'admission comme Membre de la Profession Médicale,

je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de l'humanité.

Je réserverai à mes Maîtres le respect et la gratitude qui leur sont dus.

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.

La santé du malade sera ma première préoccupation

Je garderai les secrets qui me seront confiés.

Je sauvegarderai par tous les moyens possibles, l'honneur et la noble profession médicale.

Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux, national, racial, politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du malade.

Mes collègues seront mes frères.

Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la conception même ; même sous des menaces, je n'utiliserai point mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

RESUME

Notre étude, prospective, a porté sur 130 patients observés sur une période de 6 mois (d'Octobre 1993 à Mars 1994) à la clinique cardiologique du CHU-Campus.

Les précordialgies représentent un motif très fréquent de consultation en cardiologie, avec un taux de prévalence de 25,02%, et posent un sérieux problème étiologique et thérapeutique. Ce travail a eu pour principaux objectifs : évaluer la prévalence des précordialgies en consultation spécialisée de cardiologie, décrire leurs caractères cliniques, rechercher leurs différentes étiologies et proposer une conduite pratique à tenir devant une précordialgie. Au terme de notre étude, cinq groupes étiologiques se dégagent :

- les causes cardio-vasculaires viennent au premier rang avec 45 cas, soit 34,62% des cas sélectionnés. Elles sont dominées par l'insuffisance coronarienne (95,56%),

- l'asthénie neurocirculatoire (ou dystonie neurovégétative) occupe le 2^e rang avec 40 cas soit 30,77% des cas,

- les affections digestives (dominées par les gastrites) viennent en 3^e position avec 37 cas, soit 28,47% des cas sélectionnés,

- les affections pleuropulmonaires sont plus rares : 3,85%,

- les atteintes pariétales et les hémoglobinopathies ne représentent que 2,30% des cas sélectionnés.

Ces résultats nous amènent à proposer que soient retenues et recherchées en tant que telles systématiquement les étiologies sus énumérées, devant toute précordialgie et dans un cadre pluridisciplinaire.

Mots Clés : - Précordialgies - Insuffisance coronarienne - Dystonie neurovégétative.