

**Présentation du Volume 12 de la Revue Africaine de Médecine Interne**  
*Overview of Volume 12 of the RAFMI (Revue Africaine de Médecine Interne)*

**Pr Madoky Magatte DIOP**  
**Rédacteur en Chef**

Ce volume couvre une variété de sujets essentiels dans le vaste domaine de la Médecine Interne, y compris, donc, les maladies auto-immunes, les maladies métaboliques, les maladies cardiovasculaires et d'autres conditions médicales spécifiques à divers contextes africains. Il est structuré en deux numéros, contenant des articles originaux et également des parcours diagnostiques trompeurs, d'une riche diversité géographique. Ces cas cliniques se concentrent sur des étiologies complexes et des défis médicaux. Ainsi, les pays concernés par ces productions scientifiques sont le Cameroun, le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée (Conakry), le Mali, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo.

Les thèmes concernent principalement des anomalies du métabolisme glucidique et leur impact sur le risque cardiovasculaire, sur la sphère ORL (avec le pernicious SAOS ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil), la survenue de l'insuffisance rénale, et par conséquent l'opportunité de l'éducation thérapeutique et de la contraception dans leur cadre. Les hémorragies périnatales et l'anémie ont été traitées, ainsi que la problématique des néoplasies et infections. Les articles ont également impliqué le contexte de travail libéral, ainsi que la qualité de vie des patients ayant d'autres problèmes endocriniens.

En résumé, le volume 12 de la *Revue Africaine de Médecine Interne* illustre l'engagement croissant des chercheurs et praticiens africains pour relever les défis sanitaires au niveau continental. Les travaux présentés offrent une plateforme cruciale pour le partage des connaissances et l'amélioration des pratiques cliniques en Afrique.

BONNE LECTURE

This volume covers a variety of essential topics in the broad field of internal medicine, including autoimmune diseases, metabolic disorders, cardiovascular diseases, and other medical conditions specific to various African contexts. It is structured in two issues, featuring original articles and diagnostic case studies with a rich geographical diversity. These clinical cases focus on complex aetiologies and medical challenges. The countries covered by these scientific publications are Cameroon, Senegal, Benin, Burkina Faso, Guinea (Conakry), Mali, Ivory Coast, Niger, and Togo.

The topics mainly concern carbohydrate metabolism abnormalities and their impact on cardiovascular risk, ENT issues (including the harmful OSAS or obstructive sleep apnea syndrome), the onset of kidney failure, and therefore the opportunity for therapeutic education and contraception within their framework. Perinatal haemorrhages and anaemia were addressed, as well as the issue of neoplastic and infectious conditions. The publications also covered the context of private practice, as well as the quality of life of patients with other endocrine problems.

In summary, volume 12 of the RAFMI illustrates the growing commitment of African researchers and practitioners to addressing continental health challenges. The presented studies offer a crucial platform for knowledge sharing and improvement of clinical practices in Africa.

HAPPY READING

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

1. **Anomalies du métabolisme glucidique et risque cardiovasculaire chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun** 5-13  
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. **Evaluation du risque cardiovasculaire et de l'athérosclérose infraclinique au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Saint-Louis** 14-20  
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. **Effets d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'évolution du diabète de type 2 chez les patients suivis à Parakou en 2023** 21-26  
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. **Anémie sévère en Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya** 27-34  
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. **Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal** 35-41  
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. **Evaluation du profil tensionnel par mesure ambulatoire de la pression artérielle chez une population apnéique** 42-49  
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. **Dyslipidémie chez les patients diabétiques de type 2 à Conakry** 50-57  
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. **Covid Long : Aspects cliniques et paracliniques** 58-62  
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goïta IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. **Association entre maladies rénales et parodontites : revue systématique de la littérature de 2010 à 2022** 63-76  
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. **L'hirsutisme à Dakar : aspects cliniques, étiologiques et impact sur la qualité de vie** 77-84  
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. **Facteurs de décompensations aiguës du diabète à l'Hôpital Régional de Conakry** 85-92  
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. **Early experience of penile prosthesis for erectile dysfunction in Senegal** 93-99  
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

## CAS CLINIQUES

13. **Une péricardite avec embolie pulmonaire révélant un syndrome des antiphospholipides : à propos d'un cas et revue de la littérature** 100-104  
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. **Tuberculose péritonéale simulant une néoplasie avancée ovarienne chez la femme : difficulté diagnostique et apport de la coelioscopie : à propos de 5 observations** 105-111  
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébégo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. **Quand l'histologie fait défaut : deux cas de cancer papillaire de la thyroïde révélés huit ans après thyroïdectomie** 112-117  
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. **Cancer thyroïdien sur un goitre plongeant chez un sujet âgé : à propos d'un cas** 118-125  
Kouassi L, Toure KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B

## **SOMMAIRE**

### **ORIGINAL ARTICLES**

1. *Glucose metabolism abnormalities and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus followed at the Yaoundé Central, Cameroon* 5-13  
Nkeck JR, Dehayem M, Kouayep LJY, Pelda A, Wambo SVK, Guédi CD, Fojo B, Singwé MN
2. *Evaluation of cardiovasculaire risk and subclinical athrosclerosis during rheumatoid arthritis in Saint-Louis* 14-20  
Dia DG, Nguer CB, Dia AD, Niang FG, Ngouamba BM, Sène M
3. *Effects of a therapeutic education program on the outcome of type 2 diabetes in patients monitored in Parakou in 2023* 21-26  
Alassani A, Dohou H, Djibril A, Djalogue L, Koné S, Wanvoegbe A
4. *Severe anemia in Internal Medicine at the Ouahigouya Regional University Hospital Center* 27-34  
Sawadogo N, Hien S, Traoré D, Sawadogo A, Rouamba WSB
5. *Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal* 35-41  
Mingou JS, Boukhoulkhal Y, Ngaidé AA, Diouf MT, Gaye ND, Aw F, Sarr SA, Babaka K, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M, Kane A
6. *Evaluation of blood pressure profile by ambulatory blood pressure measurement in a population with sleep apnea* 42-49  
Mboup WN, Dièye O, Diack EM, Aw F, Sow AK, Ba A
7. *Dyslipidemia in type 2 diabetic patients in Conakry* 50-57  
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MA, Diallo MM, Kourouma L, Diango A, Diallo MC, Dieng K, Wann TA, Camara R, Diallo OK
8. *Long Covid: clinical and paraclinical aspects* 58-62  
Traoré D, Saliou M, Sy D, Sangaré, Timbiné A, Koné N, Keïta K, Goita IS, Landouré S, Sinayoko A, Nyanké R, Dembélé IA, Diarra A, Koné Y, Cissoko M, Doumbia N, Tolo N, Sangaré D, Traoré Abdramane, Dao K, Togo M, Soukho AK
9. *Association between kidney disease and periodontitis: systematic review from 2010 to 2022* 63-76  
Diallo AM, Guirassy ML, Thiam D, Alassane Fousséni R, Mbow NL, Diouf A, Adam Seck-Diallo, Benoist HM
10. *Hirsutism in Dakar: clinical and aetiological aspects and impact on quality of life* 77-84  
Seck B, Ndiaye MT, Diop A, Ndiaye M, Ndour MA, Ly F, Niang SO, Diallo M
11. *Factors of acute decompensation of diabetes at the Conakry Regional Hospital* 85-92  
Sylla D, Kaké A, Bah MM, Bah MLY, Wann TA, Diallo A, Diakhaby M, Bah MM
12. *Expérience initiale de la prothèse pénienne pour dysfonctionnement érectile au Sénégal* 93-99  
Jalloh M, Ndoye M, Kyungu Y, Fontaine CL, Vogt M, Gaballa N, Gassama B, Mbodji MM, Diallo A, Labou I, Guèye S, MacDonald JA, Ralph DJ, Stephenson BM, Niang L, Kalejaiye OM

### **CLINICAL CASES**

13. *Pericarditis with pulmonary embolism revealing antiphospholipid syndrome: a case report and review of the literature* 100-104  
Diallo BM, Ndour JND, Sow K, Faye FA, Dièye I, Mamoudou BN, Nandong N, Sow A, Guèye AD, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
14. *The role of exploratory laparoscopy in the diagnosis of peritoneal tuberculosis simulating advanced ovarian neoplasia* 105-111  
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Tiendrébéogo E, Faye A, Diop B, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
15. *When histology is lacking: two cases of papillary thyroid cancer revealed eight years after thyroidectomy* 112-117  
Sall SAB, Ndiaye N, Diack ND, Lèye MY, Ba M, Samb K, Guissé PM, Lèye A
16. *Thyroid cancer on a dipping goiter in an age subject: about a case* 118-125  
Kouassi L, Touré KH, Koné S, Acko UV, Tanoh KE, Koné F, Kouame GR, Yapa GSK, Acho JK, Gboko KKL, Sako K, Keïta O, Ouattara B



**Prise en charge des syndromes coronariens aigus en milieu libéral au Sénégal**  
*Management of acute coronary syndromes in private practice settings in Senegal*

Mingou JS<sup>2</sup>, Boukhoulkhal Y<sup>2</sup>, Ngaidé AA<sup>2</sup>, Diouf MT<sup>2</sup>, Gaye ND, Aw F<sup>1</sup>,  
Sarr SA<sup>1</sup>, Babaka K<sup>3</sup>, Bodian M<sup>1</sup>, Ndiaye MB<sup>1</sup>, Diao M<sup>1</sup>, Kane A<sup>2</sup>

1. Service de cardiologie, Centre des œuvres universitaires de Dakar, Sénégal
2. Service de cardiologie, Hôpital Dalal Jam, Dakar, Sénégal
3. Clinique Cardio de Dakar, Sénégal
4. Service de réadaptation cardiaque, Mamadou Ibra Wane, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Dr Joseph Salvador MINGOU

**Résumé**

**Introduction :** Au Sénégal, les données récentes sur la prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) dans les structures privées sont limitées. Cette étude décrit le profil des patients, les stratégies de reperfusion et le pronostic hospitalier observés à la Clinique Cardio de Dakar.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients hospitalisés pour SCA du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023. Les variables collectées portaient sur les facteurs de risque, les délais préhospitaliers, les données électro et échocardiographiques, l'angiographie coronaire, les modalités de reperfusion et les complications intrahospitalières.

**Résultats :** Soixante-dix dossiers ont été analysés. L'âge moyen était de 61,9 ± 13,8 ans ; 73% des patients étaient de sexe masculin. Les principaux facteurs de risque modifiables étaient la sédentarité (84%), l'hypertension (50%) et le diabète (31%). Le délai médian symptôme-admission était de 11 heures. Les STEMI représentaient 58,6% des cas, avec une prédominance antérieure (43,9%). Une dysfonction systolique ventriculaire gauche était retrouvée chez 29,8%. L'angiographie a été réalisée chez 97,1% des patients, révélant une maladie monotronculaire dans 53,1% des cas, impliquant l'IVA dans 71,9%. La reperfusion comprenait une thrombolyse par streptokinase chez 17,1% des STEMI (succès 71,4%, dont 57% pré-hospitalière) et une angioplastie chez 70% des patients, dont 69,4% d'angioplasties primaires. Les complications aiguës étaient rares : troubles du rythme ou de la conduction 7,2%, choc cardiogénique 2,9%. La mortalité hospitalière globale était de 1,4%.

**Conclusion :** Dans ce centre disposant d'un accès 24 h/24 à la coronarographie, le recours massif à l'angioplastie primaire s'accompagne d'une mortalité hospitalière très basse. L'amélioration des délais préhospitaliers et la diffusion de la thrombolyse de terrain constituent des leviers prioritaires pour optimiser le pronostic des SCA au Sénégal.

**Mots-clés :** syndrome coronarien aigu - angioplastie - milieu libéral - Sénégal.

**Summary**

**Introduction:** Data describing the management of acute coronary syndrome (ACS) in private cardiology settings in sub-Saharan Africa remain sparse. This study analyzed the demographic profile, therapeutic strategies and in-hospital outcomes of patients treated for ACS at the Cardio Clinic in Dakar during 2023.

**Methods:** We performed a retrospective descriptive and analytic review of all patients hospitalized for ACS between January 1<sup>st</sup> and December 31<sup>st</sup> 2023. Collected variables included cardiovascular risk factors, pre-hospital delays, electro and echocardiographic findings, coronary angiography, reperfusion modalities and in-hospital events.

**Results:** Seventy patients were included. Mean age was 61.9 ± 13.8 years (range 33-91) and 72.9% were men. Principal modifiable risk factors were sedentariness (84.3%), hypertension (50%) and diabetes (31.4%). Median symptom-to-door time was 11h. ST-elevation myocardial infarction (STEMI) represented 58.6% of cases; anterior territory predominated (43.9%). Left-ventricular systolic dysfunction (ejection fraction < 50%) was present in 29.8%. Coronary angiography was performed in 97.1%; single-vessel disease accounted for 53.1%, involving the left anterior descending artery in 71.9%. STEMI reperfusion included thrombolysis in 17.1% (streptokinase; 71.4% success, 57% pre-hospital) and angioplasty in 70% of patients (percutaneous coronary intervention) including 69.4% primary PCI. In-hospital complications were infrequent: rhythm or conduction disorders 7.2%, cardiogenic shock 2.9%. Overall hospital mortality was 1.4%.

**Conclusion:** Availability of round-the-clock catheterization in this private Senegalese center allows near-universal angiography and a high rate of primary PCI, translating into extremely low hospital mortality. Reducing pre-hospital delays and expanding field thrombolysis remain key targets for improving national ACS outcomes.

**Key words:** acute coronary syndrome - PCI - private-practice setting - Senegal.



## Introduction

Les syndromes coronariens aigus (SCA), regroupant principalement l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI), sans élévation du segment ST (NSTEMI), et l'angor instable, constituent des urgences médicales majeures. Le pronostic des patients présentant un SCA dépend fortement de la rapidité et de l'efficacité de la prise en charge initiale. La gestion optimale de ces pathologies implique des interventions rapides, telles que la revascularisation par angioplastie coronaire ou la thrombolyse dans les délais recommandés par les sociétés scientifiques, notamment l'American Heart Association (AHA) et la Société Européenne de Cardiologie (ESC) [1, 2].

La mise en place d'une stratégie de prise en charge efficace pour les SCA reste un défi de taille dans de nombreux pays en développement, où l'accès aux infrastructures de soins et aux ressources humaines qualifiées peut être limité. En Afrique, la prévalence des maladies cardiovasculaires est en nette augmentation, en grande partie en raison de l'urbanisation croissante, des changements de mode de vie, et de l'adoption de comportements à risque tels que la sédentarité et une alimentation peu équilibrée. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prévalence de l'hypertension, du diabète, et de l'obésité, principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, continue de croître, exacerbant ainsi l'incidence des SCA dans la population adulte [3, 4].

Les délais d'intervention jouent un rôle crucial dans l'issue des SCA. L'étude FAST-MI (French Registry of Acute ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction), menée en France, a souligné l'importance de l'angioplastie primaire pour les patients présentant un STEMI dans les premières heures après l'apparition des symptômes. Toutefois, dans des contextes à ressources limitées, les défis logistiques et les limitations en équipements et personnel qualifié augmentent la mortalité et la morbidité associées aux SCA [5, 6]. Les structures de santé en milieu libéral y jouent aussi un rôle central dans la prise en charge des SCA, avec souvent un premier accueil des patients avant le transfert éventuel vers un centre tertiaire pour les cas plus graves. Cependant, il existe peu de données sur l'efficacité et les spécificités de cette prise en charge en milieu libéral dans les pays africains. Cette étude a donc comme objectif l'évaluation de la prise en charge des SCA à la Clinique Cardio de Dakar.

## Méthodologie

### Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée à la Clinique Cardio de Dakar, portant sur une période d'un an (du 1er janvier au 31 décembre 2023).

### Population de l'étude

La population de l'étude comprenait 70 patients admis pour syndrome coronarien aigu (SCA) à la Clinique Cardio de Dakar.

### Les critères d'inclusion étaient les suivants :

Tous les patients hospitalisés, âgés de 18 ans et plus, présentant un diagnostic confirmé de SCA (STEMI, NSTEMI, ou angor instable) sur la base des critères cliniques, biologiques (augmentation des marqueurs cardiaques) et électrocardiographiques.

### Les critères de non-inclusion :

Les patients ayant des antécédents connus de cardiopathie non ischémique ou ceux dont les dossiers médicaux sont incomplets n'étaient pas inclus dans l'étude.

### Sources des données

Les données étaient extraites des dossiers médicaux des patients, incluant les informations démographiques, cliniques, biologiques, et paracliniques. Les variables collectées couvrent des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, ainsi que les résultats évolutifs et les complications observées durant l'hospitalisation.

### Variables étudiées

Les données sont classées en trois grandes catégories :

**Variables démographiques et épidémiologiques** : âge, sexe, mode de vie (tabagisme, sédentarité), antécédents médicaux (hypertension, diabète, dyslipidémie).

### Variables cliniques et paracliniques :

- Type de SCA : STEMI, NSTEMI, ou angor instable.
- Marqueurs biologiques : niveaux de troponine et de créatinémie.
- Données de l'électrocardiogramme (ECG) : localisation des lésions, signes d'ischémie.
- Imagerie cardiaque : évaluation de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) par échocardiographie transthoracique (ETT) pour déterminer la fonction cardiaque.

### Variables thérapeutiques et évolutives :

- Type de prise en charge initiale : thrombolyse ou angioplastie.
- Délai entre l'apparition des symptômes et la prise en charge hospitalière.



- Complications intrahospitalières : troubles du rythme, insuffisance cardiaque, récurrence d'infarctus.
- Évolution et issue de l'hospitalisation : décès, réadmission, ou sortie sans complications.

### Processus de collecte des données

Les données ont été collectées de manière systématique à partir des dossiers médicaux archivés dans le service de cardiologie de la Clinique Cardio de Dakar. Les informations pertinentes pour chaque patient ont été enregistrées dans une base de données dédiée, créée à cet effet, et vérifiées pour assurer leur précision et leur cohérence.

### Analyse statistique

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel **SPSS version 20.0**. Les analyses comprenaient :

**Analyses descriptives** : Calcul des moyennes, écarts-types pour les variables quantitatives (âge, délai d'admission, durée d'hospitalisation) et les pourcentages pour les variables qualitatives (sexe, facteurs de risque, type de SCA).

**Analyses comparatives** : Comparaison des délais d'admission et de prise en charge selon le type de SCA et les caractéristiques des patients. Les tests de Chi-carré ou de Fisher sont utilisés

pour comparer les variables qualitatives, et le test t de Student pour les variables quantitatives.

**Critère de significativité** : La significativité statistique est fixée à un seuil de 5% ( $p < 0,05$ ).

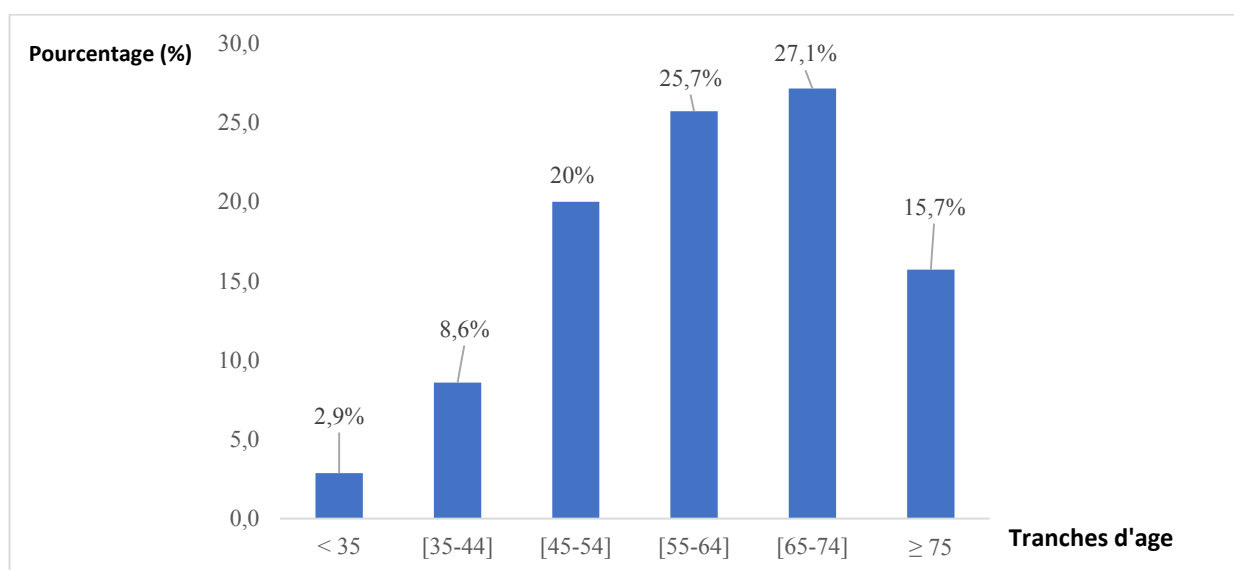
### Aspects éthiques

Cette étude a été conduite conformément aux directives éthiques pour la recherche en santé. L'accord de la direction de la Clinique Cardio de Dakar a été obtenu pour l'utilisation des données. De plus, l'anonymat et la confidentialité des informations des patients ont été garantis tout au long du processus de recherche, conformément aux normes internationales de confidentialité des données.

### Résultats

#### Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des patients

Parmi les 260 patients hospitalisés durant la période d'étude, 60 patients avaient une cardiopathie non ischémique et 32 dossiers étaient incomplets et donc finalement 70 étaient admis pour un SCA, soit une fréquence hospitalière de 26,92%. L'âge moyen de ces patients était de  $61,9 \pm 13,79$  ans (entre 33 et 91 ans). La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 65 et 74 ans (27,1% des cas) comme l'indique la figure 1.

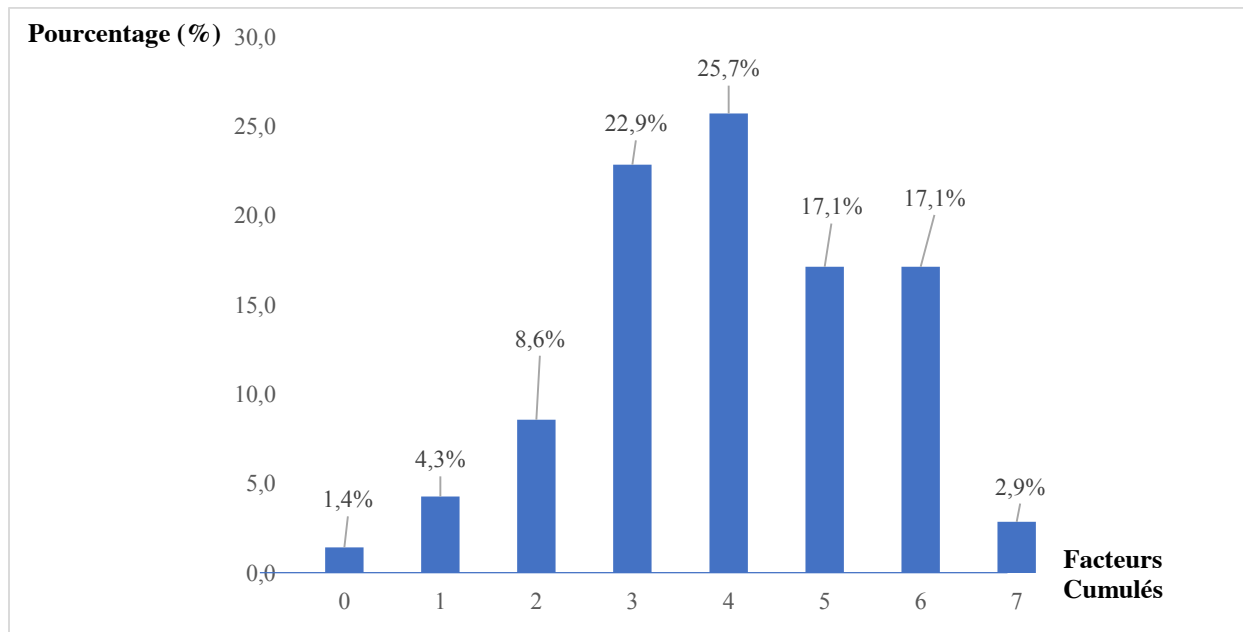


**Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge**

La majorité des patients était des hommes, représentant 72,86% de l'échantillon, avec un sex-ratio de 2,68, confirmant une prédominance masculine dans les cas de SCA.

#### Facteurs de risque cardiovasculaires

Les facteurs de risque les plus fréquents étaient la sédentarité ( $n= 59 ; 84,2\%$ ), l'hypertension ( $n= 35 ; 50\%$ ), et le diabète ( $n= 22 ; 31,43\%$ ). Nous avons remarqué que 94,3% des patients présentaient au moins deux facteurs de risque comme sur la figure 2.



**Figure 2 : Répartition des patients selon les facteurs de risque cardio-vasculaires cumulés**

### Mode et délais d'admission

La majorité des patients (85,71%) était référée depuis d'autres structures de santé, essentiellement des cliniques privées. Le délai moyen entre le début de la douleur thoracique et l'admission était de 11 heures, avec un délai de 8h40 pour les patients STEMI.

### Évaluation clinique et paraclinique

La douleur thoracique était le symptôme dominant, rapportée par tous les patients et décrite comme typique dans 90% des cas. Les autres symptômes incluaient la dyspnée (7,14%), les palpitations (2,86%), et les vomissements (1,43%).

L'ECG montrait un STEMI dans 58,57% des cas et un NSTEMI dans 34,29% des cas. Les infarctus avaient majoritairement une localisation antérieure (43,90%), suivie d'une localisation inférieure (36,58%).

La troponine I, dosée chez tous les patients, était positive dans 92,86% des cas.

### Prise en charge thérapeutique

Une angioplastie primaire a été réalisée chez 34 patients (82,9% des patients STEMI), trois patients (6,12%) ont bénéficié d'une thrombo-aspiration au cours de l'angioplastie comme mentionné dans le tableau I. Deux patients chez qui la thrombolyse avait échoué ont bénéficié d'une angioplastie de sauvetage.

**Tableau I : Récapitulatif des données de l'angioplastie**

Données	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
<b>Angioplastie</b>	49	70
Angioplastie primaire	34	69,39
Angioplastie de sauvetage	2	4,08
Angioplastie programmée	10	20,41
Thrombo-aspiration	3	6,12
<b>Nombre de stent par patient</b>		
Un stent	41	89,13
Deux stents	4	8,7
Trois stents	1	2,17
<b>Résultats de l'angioplastie</b>		
Succès	48	97,96
Échec	1	2,04
<b>Complications</b>	4	8,16
Bloc auriculoventriculaire complet	2	4,08
Dissection coronaire	1	2,04
Arrêt cardiaque	1	2,04

Les bêta bloquants ont été prescrits dans 74,28% des cas, les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) utilisés chez 60% des patients. Tous les patients ont reçu de l'aspirine, en combinaison avec un inhibiteur P2Y12 comme inscrit au tableau II.

Les statines ont été systématiquement administrées, et 92,85% des patients ont reçu une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) comme le montre le tableau II.



**Tableau II : Répartition selon les moyens médicamenteux utilisés**

Traitements adjuvants	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Aspirine 300 mg	70	100
Clopidogrel 300mg	53	75,72
Clopidogrel 600mg	12	17,14
Ticagrelor 180mg	5	7,14
Statines	70	100
Héparine à bas poids moléculaire	65	92,85
Bêtabloquant	52	74,28
Inhibiteurs d'enzyme de conversion	42	60
Dérivés nitrés	2	2,86
Morphine / antalgique pallier II	56	80
Inhibiteurs de la pompe à protons	63	90

### Complications hospitalières et évolution

Les complications durant l'hospitalisation incluait des troubles du rythme chez trois patients (4,29%) et des troubles de conduction chez quatre patients (5,72%).

Le taux de mortalité hospitalière était constaté chez 1 seul patient (1,43%). L'évolution favorable chez 62 patients (88,57%).

### Discussion

#### Les caractéristiques socio-démographiques

La population étudiée se caractérise par une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,68, ce qui correspond aux observations classiques dans les pathologies coronariennes. Des études similaires, notamment en Afrique et dans les pays développés, ont montré une susceptibilité accrue des hommes aux maladies coronariennes, souvent attribuée à une exposition plus fréquente aux facteurs de risque tels que le tabagisme et la sédentarité. Par ailleurs, l'âge moyen de 61,87 ans est comparable à d'autres recherches dans des contextes similaires, suggérant une exposition cumulative aux facteurs de risque cardiovasculaires dans cette tranche d'âge [7-9].

#### Prévalence des facteurs de risque

La prévalence élevée des facteurs de risque, en particulier la sédentarité (84,29%) et l'hypertension (50%), reflète l'impact des changements de mode de vie dans les pays en développement, où l'urbanisation rapide entraîne une augmentation des comportements sédentaires et des maladies métaboliques. Des études antérieures en Afrique ont montré des prévalences similaires, mettant en évidence un besoin urgent d'initiatives de santé publique visant à réduire ces facteurs de risque. Par

ailleurs, la majorité des patients (94,3%) présente au moins deux facteurs de risque, ce qui augmente leur vulnérabilité aux événements coronariens aigus et nécessite une prise en charge proactive et globale [10, 11].

#### Délais et mode d'admission

Le délai moyen de 11 heures entre le début des symptômes et l'admission est préoccupant, bien que commun dans les contextes de santé à ressources limitées. Ce retard pourrait être attribué à plusieurs facteurs, notamment la reconnaissance tardive des symptômes par les patients, l'accessibilité limitée aux services de santé, et la nécessité de référer les patients de structures moins équipées vers des centres spécialisés. Comparativement, des registres européens comme FAST-MI ont montré des délais d'admission beaucoup plus courts, généralement inférieurs à 2 heures, ce qui a un impact positif sur la survie des patients). La centralisation des soins dans les cliniques privées de Dakar peut également jouer un rôle dans le prolongement de ces délais, en raison de la logistique des transferts inter-établissements [5, 12].

#### Efficacité de la prise en charge initiale

L'étude montre une prise en charge relativement efficace des patients STEMI, avec 82,93% ayant reçu une angioplastie primaire dans les délais recommandés. Cette performance est remarquable compte tenu des défis du contexte, et elle reflète une adaptation réussie des pratiques locales aux recommandations internationales. Cependant, le recours à la thrombolyse dans 17,07% des cas pour les patients STEMI suggère des limites d'accès rapide aux interventions invasives pour certains patients. Dans d'autres



contextes à ressources limitées, l'implantation de centres de cathétérisme accessibles dans le secteur public a permis de réduire les délais et d'améliorer la prise en charge des SCA, ce qui pourrait être une voie d'amélioration pour le Sénégal.

#### Utilisation des traitements adjuvants

L'utilisation des bêtabloquants (74,28%) et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (60%) est en adéquation partielle avec les recommandations de l'ESC et de l'AHA, bien que légèrement inférieure aux taux observés dans les pays développés. Ces différences peuvent s'expliquer par la présence de comorbidités ou de contre-indications spécifiques chez les patients étudiés. Par ailleurs, la bi antiagrégation plaquettaire, administrée à tous les patients, et la prescription systématique de statines reflètent une prise en charge pharmacologique alignée avec les standards internationaux [1, 2].

#### Complications intrahospitalières et mortalité

Les complications observées (troubles du rythme, 4,29%, et troubles de conduction, 5,72%) sont relativement faibles par rapport aux études similaires, ce qui pourrait indiquer une prise en charge efficace et un suivi rigoureux des patients. Ce faible taux de complications suggère également une gestion efficace des facteurs de risque associés, comme l'hyperglycémie et l'hypertension, qui sont connus pour aggraver les issues post-infarctus [5].

Le taux de mortalité hospitalière de 1,43% est bas comparativement aux standards observés dans d'autres pays en développement, où les ressources limitées contribuent souvent à des issues moins favorables. Ce résultat favorable témoigne de la qualité des soins prodigués dans cette clinique privée et souligne le potentiel du secteur libéral pour assurer une prise en charge de qualité des SCA dans les pays à ressources limitées [13].

#### Limites de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites. D'abord, l'étude étant rétrospective et réalisée dans une seule clinique, elle ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble du Sénégal. De plus, l'absence d'un suivi post-hospitalier limite l'évaluation de l'évolution à long terme des patients. Enfin, des facteurs comme le statut socio-économique des patients n'ont pas été étudiés et pourraient influencer les résultats, notamment en matière d'accès aux soins et d'adhésion aux traitements.

#### Conclusion

Le secteur libéral au Sénégal est capable d'offrir une prise en charge des SCA qui se rapproche des standards internationaux. Cependant, des améliorations dans les délais d'admission et la disponibilité des interventions invasives restent nécessaires. Le renforcement de la collaboration entre les structures publiques et privées est à encourager pour rendre optimal l'accès aux soins cardiaques d'urgence dans un contexte de ressources limitées.

#### LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Acute Coronary Syndrome  
 AHA : American Heart Association  
 ECG : Électrocardiogramme  
 ESC : European Society of Cardiology  
 ETT : Échocardiographie transthoracique  
 FAST-MI : French Registry of Acute ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction  
 FEVG : Fraction d'éjection ventriculaire gauche  
 HBPM : Héparine de bas poids moléculaire  
 IEC : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine  
 IVA : Artère interventriculaire antérieure  
 NSTEMI : Non-ST-Elevation Myocardial Infarction  
 OMS : Organisation mondiale de la Santé  
 P2Y12 : Récepteur plaquettaire P2Y12  
 PCI : Percutaneous Coronary Intervention (angioplastie coronaire percutanée)  
 SCA : Syndromes coronariens aigus  
 SPSS : Statistical Package for the Social Sciences  
 STEMI : ST-Elevation Myocardial Infarction

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Financement :** Cette recherche n'a reçu aucun financement externe.

#### REFERENCES

1. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. *Circulation*. 2013; 127(4): 362-425
2. European Society of Cardiology. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2022; 43(15)
3. Organisation mondiale de la Santé. Hypertension [Internet]. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (consulté le 28 mars 2024)



4. Organisation mondiale de la Santé. Diabète [Internet]. Genève : OMS ; 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (consulté le 29 mars 2024)
5. Danchin N, Puymirat E, Aissaoui N. Épidémiologie des syndromes coronaires aigus en France et en Europe. *Ann Cardiol Angéiologie*. 2010 ; 59 : S37-41
6. Danchin N, Blanchard D, Steg PG. Impact of pre-hospital thrombolysis for acute myocardial infarction on one-year outcome: USIC 2000 registry. *Circulation*. 2004; 110: 1909-15
7. Addad F, Gouider J, Boughzela E, Kamoun S, Boujenah R, Haouala H et al. Prise en charge de l'infarctus du myocarde en Tunisie : résultats préliminaires du registre FAST-MI Tunisie de la Société tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardiovasculaire. *Ann Cardiol Angéiologie*. 2015 ; 1, 64(6) : 439- 45
8. Seck SM, Diop TM, Toure IA, Ndiaye MB, Faye A, Ba SA et al. Prevalence and Factors Associated with Acute Coronary Syndrome among Patients Admitted to the Cardiology Department of the Hospital of Dakar. *J Cardiol Clin Res*. 2018; 12(4): 234-40
9. Mboup MC, Diao M, Dia K. Les syndromes coronariens aigus à Dakar : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *Pan Afr Med J* 2014 ; 19 : 126
10. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. For the INIERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case- control study. *Lancet* 2004; 364: 937-952
11. Pyorala K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the second Joint Task Force of European and other societies on coronary prevention. *Eur Heart J*. 1998 ; 19 : 1434-503
12. Duraffourg A, Yayehd K, Fourny M. Reperfusion des infarctus aigus avec sus-décalage du segment ST dans le RENAU/RESURCOR : des recommandations à la pratique. *Annales de Cardiologie et d'Angiologie* 63(2014)312-320
13. Pessinaba S, Atti YDM, Yayehd K. Les syndromes coronaires aigus : aspects épidémiologiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques au CHU Campus de Lomé, Togo. *Med Sante Trop*. 2018 ; 28(3) : 285-288