

Résumés des communications



C1 LA CARDIOMYOPATHIE ARYTHMOGENE DU VENTRICULE DROIT : PROFIL CLINIQUE ET EVOLUTIF

S. Ouali, M. Zidi, S. Hammas, E. Neffeti, F. Remedi, E. Boughzela
Service de cardiologie Hôpital Sahloul. Sousse. Tunisie

Introduction : La cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit (CAVD) est une cause importante de mort subite chez les sujets jeunes, en particulier les sportifs. Les facteurs de risque de mort subite dans la CAVD sont difficiles à préciser.

Objectifs : Le but de cette étude est d'identifier les facteurs cliniques, électrocardio-graphiques et échographiques de mauvais pronostic de la CAVD.

Matériel, méthodes : Cette étude inclus 24 patients porteurs de CAVD (11 hommes et 13 femmes, moyenne d'âge 29ans \pm 17ans) hospitalisés entre 1999 et 2008 au service de cardiologie, CHU Sahloul à Sousse. Après un suivi moyen de 30.2 mois, 5 patients sont décédés (2 morts subites et 3 décès dans un tableau d'insuffisance cardiaque réfractaire). Une analyse des différents paramètres cliniques, électrocardiographiques et échographiques a été réalisée afin de déterminer les facteurs de mauvais pronostic.

Résultats : L'installation des signes d'insuffisance cardiaque gauche et/ou droite, constitue le paramètre clinique prédictif de mauvais pronostic (DC). La dilatation du ventricule droit, la baisse de la fraction d'éjection du VD et une vitesse systolique (Sa) < 11.3 cm/s au doppler tissulaire sont les paramètres prédictifs de décès. Parmi les différents paramètres électrocardiographiques étudiés, il existe une corrélation statistiquement significative entre la survenue d'arythmies supraventriculaires et le décès des patients. Il en est de même pour la durée du QRS en DII et dans les dérivations précordiales droites (V1+V2), la dispersion du QRS et de l'intervalle QT ($p < 0,02$).

Conclusion : Le spectre évolutif de la CAVD est très large. La recherche de facteurs prédictifs de mauvais pronostic permet d'améliorer la prise en charge thérapeutique afin d'améliorer le pronostic de cette pathologie.

C2 MESURE DE LA DEFORMATION MYOCARDIQUE VENTRICULAIRE GAUCHE CHEZ LES SUJETS DE PLUS DE 75 ANS PAR LE STRAIN BIDIMENSIONNEL

F. Mghaieth, H. Bougteb*, P. Réant*, S. Lafitte*, R. Roudaut*.

Service des Explorations Fonctionnelles et de Réanimation Cardiologiques. Hôpital la Rabta de Tunis
*Laboratoire d'échocardiographie. Hôpital du Haut Levêque de Bordeaux

Introduction : Le strain bidimensionnel (2D strain) repose sur la technique de «speckle-tracking». Après confrontation à différentes techniques de référence, il a passé avec succès les étapes de validation expérimentale et clinique pour l'évaluation de la fonction myocardique globale et segmentaire. Le vieillissement myocardique s'accompagne de modifications aux échelons moléculaire et anatomique avec pour conséquence une altération des paramètres de fonction myocardique diastolique et systolique. Le but de ce travail a été de comparer le 2D strain régional et global dans ses composantes longitudinales, transverse, radiale et circonférentielle pour le ventricule gauche entre une population de sujets âgés et une population de sujets jeunes à cœur échographiquement sain.

Population et résultats : Notre population était constituée de sujets âgés de 75 à 95 ans hospitalisés en service de gériatrie pour un motif non cardiaque, principalement psychiatrique, orthopédique ou rhumatologique. Soixante et un sujets ont été examinés, 12 ont été éliminés pour anomalie échographique significative et 4 autres pour une fenêtre ultrasonore inexploitable. 45 sujets (groupe: âgés) ont été effectivement inclus dans l'étude et ont été comparés à 45 témoins âgés de moins de 45 ans. Ils ont eu une échographie cardiaque conventionnelle puis une acquisition de boucles pour une étude off-line du 2D strain. La faisabilité des mesures était de 56 à 100% selon la région et le type de strain mesuré. Le strain longitudinal global était significativement plus bas chez les sujets âgés (-20.9 ± 1.9 vs -22.2 ± 2.2 %, $p < 10^{-3}$). De même pour le strain radial (36.9 ± 14.2 vs 50.9 ± 117.3 , $p < 10^{-3}$) Il n'a pas été noté de différence significative en ce qui concerne le strain circonférentiel ou transverse.

En **conclusion** : malgré une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) normale chez le sujet âgé, le vieillissement altère la composante longitudinale et radiale de la déformation myocardique, ceci pourrait expliquer en partie les insuffisances cardiaques à FEVG normale.

C3 MUTATIONS MALIGNES DANS LES CARDIOMYOPATHIES HYPERTROPHIQUES FAMILIALES : A PROPOS D'UNE FAMILLE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

H .Faresse, I.Touhami, Mz.Zoubidi, A. Drighil, A.Bennis

La cardiomyopathie hypertrophique familiale est une maladie cardiaque d'origine génétique par mutation des gènes codant pour les protéines du sarcomère et transmise selon un mode autosomique dominant. La fréquence des formes familiales est de 55%.

Les mutations malignes dans les CMH familiales sont caractérisées par une incidence élevée de mort subite et la progression rapide vers l'insuffisance cardiaque à l'âge adulte.

Notre travail est une étude transversale descriptive, son but est d'examiner le phénotype d'une famille marocaine porteuse d'une mutation du gène MYH7, tous les apparentés au premier degré ont été convoqués soit un total de 18 individus, ainsi deux générations ont été étudiées, les ascendants étaient déjà décédés au moment de l'étude. Les résultats de notre étude suggèrent que cette mutation était associée à un phénotype malin particulièrement chez les sujets jeunes.

Les aspects génétiques de la CMH sont caractérisés par une très grande hétérogénéité aussi bien au niveau intra que inter-génique. L'identification de treize gènes morbides codant pour toutes les protéines du sarcomère a conduit à la définition de la base de la CMH 'c'est une maladie primitive du sarcomère'.

Des études plus larges permettront avec le temps de comprendre cette pathologie complexe et d'établir une stratification exacte du risque de mort subite qui permettra de codifier la prise en charge thérapeutique chez les patients porteurs de cardiomyopathie hypertrophique.

C4 HEMODIALYSE : INFLUENCE DE LA REDUCTION AIGUE DE LA PRECHARGE SUR LES INDICES DU DOPPLER TISSULAIRE DE LA FONCTION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE DES VENTRICULES DROIT ET GAUCHE

I.Touhami, A.Drighil, H.Faress, A.Bennis

Service de cardiologie. CHU Ibn Rochd. Casablanca

But : Les paramètres échocardiographiques (ECHO) conventionnels des fonctions systolique et diastolique des ventricules droits (VD) et gauche (VG) sont réputés d'être précharge dépendants. Cependant ; l'impact de la réduction de la précharge sur les indices du Doppler tissulaire (TD) de la fonction du VD et du VG restent incomplètement élucidés. Le **but** de ce travail est de déterminer l'influence des modifications de la précharge au cours de l'hémodialyse (HD) sur les indices (ECHO) conventionnels et sur les paramètres du Doppler Tissulaire DT (TDI) des fonctions systolique et diastolique des ventricules droit et gauche.

Méthodes et résultats : dix-sept patients insuffisants rénaux chroniques (âge 31 ± 10 ans), sans pathologie cardiaque associée, ont eu une échocardiographie bidimensionnelle conventionnelle et Doppler avec mesures des vitesses longitudinales à l'anneau mitral et tricuspide. Le volume des fluides mobilisé par HD était de 2706 ± 1047 cm³. L'hémodialyse a entraîné une réduction des volumes télédiastolique et télésystolique du VG ($P < 0,0001$, $P < 0,001$ respectivement), de l'onde E du flux transmitral ($P = 0,0001$), et le rapport E/A diastolique du flux mitral ($p = 0,021$). Pour le VG, les vitesses diastoliques TDI précoces (E0) et le rapport des vitesses diastoliques TDI précoce et tardive (E?/A?) a diminué significativement après HD uniquement au niveau septal de l'anneau mitral ($P = 0,0001$ et $P = 0,009$, respectivement). Dans un sous-groupe de sept patients ayant eu une réduction importante du volume de fluides après HD, E? et le rapport E?/A? au niveau de l'anneau mitral latéral a également diminué suggérant une plus grande résistance de l'anneau latéral aux variations de la précharge. Après HD, les vitesses systoliques diminuent au niveau des deux sites de l'anneau mitral (septal $6,90 \pm 1,10$ vs. $5,97 \pm 1,48$ cm/s, $P = 0,006$) et latéral ($8,68 \pm 2,67$ vs. $6,94 \pm 1,52$ cm/s, $P = 0,011$). Pour le VD, les vitesses systoliques de l'anneau tricuspide diminuent après HD ($13,45 \pm 1,47$ vs. $11,73 \pm 1,90$ cm/s, $P = 0,002$) de même que les vitesses diastoliques précoces ($13,95 \pm 2,90$ vs. $10,62 \pm 2,45$ cm/s, $P = 0,0001$). Les deux vitesses à l'anneau tricuspide systoliques et diastoliques précoces sont directement corrélés aux variations de volume des fluides ($P < 0,01$).

Conclusion : cette étude montre que les vitesses TDI systoliques et diastoliques des VG et VD sont précharge dépendants. Cependant, par comparaison à l'anneau mitral septal et l'anneau tricuspide ; l'anneau mitral latéral est moins influencé par les variations de la précharge.

C5 CARACTÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE À FONCTION SYSTOLIQUE CONSERVÉE ÉTUDE PROSPECTIVE À PROPOS DE 49 CAS.

L.Ouarga, M.K.Benjelloun, H.Allalou, H.Elmosalami, M.Zahraou, A.Bennis
Centre de Cardiologie, Chu Ibn Rochd, Casablanca

L'insuffisance cardiaque diastolique se définit comme la présence de signes d'insuffisance cardiaque, une fonction systolique du ventricule gauche normale ou subnormale. Elle est due à l'incapacité du ventricule gauche à se relaxer, à se laisser distendre et à se remplir correctement. Sa fréquence a été largement sous-estimée. Il semble qu'au moins la moitié des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique ont une fonction systolique ventriculaire gauche normale ou subnormale. Les circonstances de survenue de la dysfonction diastolique et les moyens de la mettre en évidence-essentiellement par l'échocardiographie-doivent donc être connus.

Le **but** de ce travail est de dresser le profil épidémiologique, échocardiographique des patients ayant une insuffisance cardiaque diastolique et de voir leur évolution sous traitement.

Malades et méthodes : Nous avons étudié un groupe de 49 patients suivis régulièrement à l'unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque sur une période de 24 mois (de juillet 2006 à Juin 2008) chez qui le diagnostic d'insuffisance cardiaque diastolique a été posé. Il s'agissait de patients d'âge moyen de 64 ans (39 à 86 ans), relevant de cause ischémiques pour la plupart (67 %), avec comme facteur de risque une hypertension artérielle (63 %), tabac (71%). Les données échocardiographiques et la conduite thérapeutique ont été rapportées.

Résultats : Tous les patients avaient un VG non dilaté, une fraction d'éjection du ventricule gauche > 40% et une altération de la fonction diastolique : pressions de remplissage élevées et une pression artérielle pulmonaire moyenne à 36mm-Hg (17 à 62 mmHg). Le BNP a été dosé chez un seul patient à 4000.

90 % ont été mis sous bêtabloquants. Seulement 30% ont atteints le traitement maximal de l'insuffisance cardiaque. Chez la plupart de nos patients, on a observé une amélioration fonctionnelle (NYHA) et des paramètres échocardiographiques. 12% d'entre eux ont gardé un flux restrictif.

Discussion et conclusion : Selon le Working Group for the European Society of Cardiology, le diagnostic d'IC diastolique primitive nécessite que 3 conditions obligatoires soient remplies simultanément : La présence de signes ou de symptômes d'insuffisance cardiaque

Congestive, d'une fonction systolique ventriculaire gauche normale ou seulement légèrement anormale et des signes de relaxation, de remplissage, de capacité de dilatation ou de rigidité diastolique du VG anormaux. Les principales causes de l'insuffisance cardiaque sont les cardiopathies ischémique et hypertensive.

Son traitement diffère peu de celui de l'insuffisance cardiaque systolique.

C6 SUIVI AU LONG COURS EN UNITÉ THÉRAPEUTIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE DU CHU IBN ROCHD DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE CARDIOTOXICITÉ AUX ANTRACYCLINES (A PROPOS DE 10 CAS).

L.Ouarga, MK Benjelloun, H.Allalou, M.Zahraoui, A.Bennis
Service de cardiologie Casablanca

Les anthracyclines sont des agents anti tumoraux dont l'efficacité thérapeutique est limitée par l'apparition possible d'une cardiotoxicité dose-dépendante. 10 patients adultes ont été traité aux antracycline au long cours, et suivit sur 2 ans au niveau de l'unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque du CHU de Casablanca. .

On a eu 4 hommes et 6 femmes, moyen age est 63 ans (45 – 87 ans), 8 cas avaient une dysfonction systolique, avec 3 patients à dysfonction légère entre 45% et 50%. 2 cas ont présenté une dysfonction diastolique avec FEVG altérée. Pour le suivie du statut fonctionnel, on dénombre : 3 patients stade III que seulement un est devenu stade II et les 2 autres stades III. 4 patients classe NYHA II que seulement un patient est devenu stade I, par contre les autres stades II, 2 patients stade I de la NYHA qui restait stationnaire et un patient stade IV qui est devenu III. Pour les paramètres échographiques, pour les patients en dysfonction systolique ; la moyenne de leur FEVG est de 33% (20%- 50%), la surveillance a montré qu'ils n'ont pas amélioré leur FEVG, le DTD VG moyen est de 60 mm. Pour les patients qui avaient une fonction diastolique altérée ils avaient respectivement une FEVG à 25% et 35%, chez qui on ne note pas ni d'amélioration ou altération de

la FEVG. Chez 6 patients, on a atteint les doses maximales de bêtabloquants et d'IEC dont un il restait symptomatique avec dyspnée d'effort stade III de NYHA, chez 3 patients on n'a pas pu arriver aux doses maximales. Une patiente était mise sous IEC à bonne dose seulement.

En **conclusion**, sur ce suivi de 2 ans, on note qu'il n'y a pas d'amélioration de la FEVG après altération de celle-ci sous traitement maximal d'insuffisance cardiaque.

C7 LES TUMEURS INTRACARDIAQUES : A PROPOS DE 18 CAS

L. Aissani – B. Sebih – M.A. Bouhaous – M.A. Amouri – L. Hammou-Jamous
Service de Cardiologie – C.H.U.Oran

La pathologie tumorale suscite l'intérêt de toute la communauté scientifique du fait de son incidence croissante et de sa pathogénie encore mal élucidée : quand ces tumeurs touchent le cœur ; organe vital et fragile cet intérêt est encore plus grand. Cette étude rétrospective porte sur dix huit cas de tumeurs intracardiaques diagnostiquées et suivies par notre service entre 2000 et 2008. L'âge des patients est compris entre 15 jours et 70 ans dont 10 de sexe masculin et 8 de féminin. C'est une série variée comportant des tumeurs congénitales (09 cas) des tumeurs primitives de l'adulte (07 cas), ainsi que des tumeurs secondaires aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant (03 cas de Kystes hydatiques intra-cardiaques et un cas de tumeur cardiaques métastatiques). Le taux de mortalité pré-opératoire est de 11% (02 cas). 78% des patients (14 cas) ont été opérées avec succès, le taux de mortalité post-opératoire est de 11%.

C8 SYNDROME DE TAKO-TSUBO A RECUPERATION TARDIVE A PROPOS D'UN CAS.

N. Ismaili, A. Soufiani, F. Durup.
Service de cardiologie, CHG LONGJUMEAU, Paris

Introduction : Le syndrome de Tako-Tsubo, considéré initialement comme anecdotique, semble finalement un phénomène pas si rare que ça.

Observation: Nous rapportons à ce propos le cas d'une patiente âgée de 70 ans ayant présenté dans les suites opératoires d'une prothèse totale de hanche un choc cardiogénique avec sus-décalage du segment ST antérieur étendu et élévation de la troponine faisant évoquer un infarctus du myocarde antérieur. La coronarographie réalisée en urgence n'a pas montré de sténose coronarienne alors que l'angiographie et l'échographie trans-thoracique ont montré une akinésie de l'apex et des deux tiers apicaux de toutes les parois avec hyper kinésie des segments basaux et altération de la fonction systolique du ventricule gauche avec fraction d'éjection à 25% faisant évoquer un syndrome de tako-tsubo confirmé par l'évolution spontanée qui était marquée par une disparition des troubles de la repolarisation et des anomalies de la cinétique segmentaire du ventricule gauche au bout de deux mois.

Discussion et conclusion: A travers cette **observation** et une revue de la littérature nous concluons que :

-La prévalence du syndrome de Tako-Tsubo n'est pas rare, 0.7% des syndromes coronaires aigus.

-Le tableau clinique est la survenue, après un stress, d'un syndrome coronaire aigu chez une femme entre 60 et 70 ans.

-Le diagnostic repose sur l'aspect angiographique particulier du ventricule gauche contrastant avec une coronarographie normale. L'amélioration dans notre **observation** est assez tardive par rapport à la plus part des cas rapportés dans la littérature.

C9 STIMULATION MULTISITE DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE : EXPERIENCE TUNISIENNE

R.Chrigui, I.Kammoun, A.Ben Halima, S.Kachboura, Hôpital l'Ariana, ;Pr Haouala, Haggui A, Baraket N, W Fehri,HMPIT, Tunis ; Pr Boughzela, S Wali, F Mootamri, S Hammas, Sahloul Sousse ; Pr Kammoun, S Krichen, Hentati M, HamzaC, Habib Bourguiba, Sfax ;Pr Mechmeche R, S Mourali, S Abdessalem, F Meghaith, La Rabta,Tunis ;Pr Gamra H, Batbout F, Maaoui S, DridiZ, Pr Maatoug F, Fattouma Bourguiba, Monastir ;Pr Boujnah MR, A Joulak, Fezaa S, Mokaddem A, La Marsa ;Pr Belhani A,Baccar H, Bezdah L, Bannour E, W Ouechtati, HCN, Tunis.

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie fréquente et grave, responsable d'une lourde morbi-mortalité.

La stimulation cardiaque multisite s'est confirmée ces dernières années comme étant une alternative thérapeutique efficace dans l'IC réfractaire au TT médical optimal. Nous rapportons les **résultats** d'une étude multicentrique menée au niveau de 8 centres de cardiologie. 117 patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen est de 55+/- 18 ans. La CMD était d'origine ischémique chez 20 patients, d'allure primitive chez 62 patients et valvulaire chez 2 autres. La classe NYHA était en moyenne de 3,2+/- 0.6 (stade III ou IV dans 95% des cas). Les QRS étaient larges dans 77 % des cas (avec un aspect de BBGC dans 94 % des cas). Seulement 19 patients avaient des QRS fins (16%) et 6 patients avaient une fibrillation auriculaire.

L'échocardiographie a montré un diamètre télédiastolique moyen à 72,8 +/-8 mm, un diamètre télésystolique en moyenne de 58 +/- 8 mm, la fraction d'éjection moyenne a été de 26,4 +/- 6,8 %. L'insuffisance mitrale a été fréquente, notée chez 96 patients.

L'étude échographique de l'asynchronisme, réalisée chez 88 patients, a révélé un asynchronisme interventriculaire dans 67 cas, un asynchronisme auriculoventriculaire dans 50 cas et un asynchronisme intraventriculaire dans 87 cas.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion étaient prescrits chez 107 patients (52% sous doses optimales), les bêta-bloquants chez 37 pts (62% sous doses optimales)

Un stimulateur bi ventriculaire a été implanté chez 104 patients (dont 9 cas d'upgrading). Un défibrillateur triple chambre a été posé chez 11 patients. Un échec d'implantation a été noté chez 2 patients.

25 décès ont été déplorés, à un délai variable (en per-procédure jusqu'à 36 mois) dont la majorité est due à une IC réfractaire (10 patients). L'évolution à 6 mois a été évaluée chez 88 patients : la classe NYHA est passé à 2.2 +/- 0.7 avec une amélioration des paramètres échographiques (la FE moyenne est passée à 33.2 +/- 10%). Après implantation, la proportion des patients sous bêta-bloquants et sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion a augmenté avec surtout une majoration des doses. Cette étude multicentrique a permis de confirmer que la resynchronisation cardiaque est une technique réalisable en TUNISIE avec un taux d'échec de 2%, et de monter son effet bénéfique et additionnel au traitement médical.

C10 STENTING DU TRONC COMMUN A PROPOS DE 13 CAS

M. Lazraq, H. Belghiti, G. Cherkaoui, M. Bouraqadi,

S. Guedira, N. Mouline, M. Benomar

Service de cardiologie A - CHU Ibn Sina – Rabat – MAROC

Notre étude a pour **but** d'illustrer les différentes situations où le stenting du tronc commun peut être proposé en alternative au pontage aorto-coronaire avec des **résultats** encourageants à court et à long terme.

Il s'agit d'une analyse rétrospective de dossiers de 13 patients présentant une sténose du tronc commun traitée par la mise en place d'une endoprothèse, entre 1996 et 2008 au service de cardiologie A du CHU Ibn Sina de Rabat avec stenting du tronc commun non protégé dans 7 cas, sur tronc commun protégé dans 6 autres cas et deux stenting en urgence pour dissection iatrogène du tronc commun. Le stenting a été réalisé avec succès chez les 13 patients sans complication hospitalière majeure. Au cours du suivi, avec un recul de 50 mois en moyenne, nous n'avons pas rapporté de décès. Cependant, deux gestes de revascularisation sur le tronc commun ont été nécessaires.

A la lumière de ces **résultats**, et en se fondant sur les données récentes de la littérature, nous concluons que le stenting du tronc commun gauche pourrait être proposé dans un avenir proche comme traitement de référence même en l'absence de contre indication chirurgicale.

C11 PROFIL EVOLUTIF DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE CHEZ LA FEMME

S. Neffati, F. Annabi, A. Brahem, A. Ben Khalfallah

Service de Cardiologie Hôpital Menzel Bourguiba

Introduction : L'infarctus du myocarde, véritable fléau, a un pronostic tant immédiat qu'à long terme fonction de la précocité de son diagnostic et de son traitement. Si la prédominance masculine est classique, le pronostic de l'infarctus du myocarde chez la femme est plus sombre. Tout âge confondu, une femme sur trois décède de maladie cardiovasculaire, alors que seulement une sur vingt deux décède d'un cancer de sein par exemple.

Matériels et Méthodes : Nous rapportons l'étude de 100 patientes hospitalisées consécutivement dans notre service pour infarctus du myocarde sur une période allant de 1999 à 2004.

L'**objectif** est d'évaluer l'évolution immédiate et l'évolution tardive au décours de la maladie en précisant les principaux éléments déterminants du mauvais pronostic.

Résultat : L'âge moyen des patientes est de 63 ans . L'IDM est le plus souvent de localisation antérieure (60% des cas). La localisation est postérieure est notée dans 30% des cas. L'échographie cardiaque a montré des anomalies de la cinétique segmentaire a type d'hypokinésie segmentaire dans 60% des cas, akinésie dans 30% des cas et de dyskinésie dans 10%des cas. La coronarographie pratiquée dans 40% des cas a montré des lésions mono-tronculaires dans 70% des cas, bi tronculaires dans 20% des cas et tri-tronculaires dans 10% des cas. Il n'y a pas de lésion du tronc commun. Le traitement était conventionnel dans 60% des cas. La thrombolyse était pratiquée dans 40% des cas. 10 patientes ont bénéficié d'un geste de revascularisation par angioplastie percutanée et 8 patientes ont bénéficié d'un pontage aorto-coronaire.

La mortalité précoce est de 10% secondaire à un état de choc cardiogénique primaire ou secondaire. Les complications hémodynamiques représentées par l'insuffisance ventriculaire gauche (Killip I à III) sont notées chez 40% des malades et les complications mécaniques dans 3 % des cas (1 cas de rupture cardiaque, 2 cas rupture de piliers). Les troubles du rythme sont rencontrés dans 15 % des cas représentés essentiellement par l'ACFA (70 %) et les troubles de la conduction dans 15 %. La mortalité tardive est de 4% essentiellement par insuffisance cardiaque secondaire à la déchéance myocardique.

Conclusion : Les affections cardiovasculaires sont fréquentes chez la femme. Cette dernière relativement protégée par ses hormones jusqu'à la ménopause, paye un **tribut** particulièrement lourd aux affections cardiovasculaires quand elle est plus âgée.

C12 LE SYNDROME CORONARIEN AIGU, EXPERIENCE DE L'HOPITAL MILITAIRE DE TUNIS A PROPOS DE 90 CAS

R. Dahmani, K. Majed, N. Barakett, W. Fehri, Th. Filali, DH. Lahidheb, I. Saidi,

S. Othman, A. Haggui, H. Haouala

Service de cardiologie, Hôpital Militaire Tunis

Le syndrome coronarien aigu (SCA) est la pathologie cardiovasculaire la plus fréquemment retrouvée dans les services de cardiologie, notamment dans les pays développés, et de plus en plus dans nos pays en voie de développement. Les recommandations quant à la conduite à tenir et le traitement sont bien codifiés.

Le **but** de notre travail est d'évaluer l'expérience de notre service en matière de prise en charge de syndrome coronarien aigu.

Ont été inclus 90 patients hospitalisés dans notre service de décembre 2006 à août 2008 pour SCA.

L'âge moyen de nos patients est de 61,1 ans avec des extrêmes allant de 32 à 87 ans. Le sexe ratio est de 3.5 (70 hommes contre 20 femmes). Les facteurs de risque cardiovasculaire retrouvés sont le tabagisme chez 59 patients (66%), le diabète chez 43 patients, soit 48% d'entre eux, l'hypertension artérielle chez 56 patients (62%), la dyslipidémie chez 36 patients (40%) et la coronaropathie familiale chez 6 patients (7%). Huit de nos patients (9%) sont insuffisants rénaux. Vingt six patients sont connus coronariens avec un antécédent d'infarctus du myocarde (IDM) chez 18 patients (20%). Seize patients ont déjà bénéficié d'une revascularisation coronaire, 11 par voie percutanée et 5 par voie chirurgicale. Le SCA sans sus décalage du segment ST a été le motif d'admission de 61 patients (67.8%), contre 29 cas d'IDM (32.2%). Six cas sont compliqués, 4 d'insuffisance ventriculaire gauche, 2 d'extension au ventricule droit et aucun de trouble du rythme ou de la conduction. Les troponines sont retrouvées positives chez 61 patients. L'exploration échographique trouve une fraction d'éjection moyenne de 58%. La coronarographie trouve un statut coronaire mono-tronculaire chez 25 patients (28%), bi-tronculaire chez 25 patients (28%), tritronculaire chez 33 patients (37%), et une atteinte du tronc commun gauche chez 4 patients (4%). Le traitement a consisté en un traitement médical chez 19 patients avec recours aux anti GIIbIIIa chez 12 patients, un pontage aorto-coronaire chez 22 patients (24%) et une angioplastie coronaire (ATC) chez 49 patients (54%). Celle-ci a été réalisée avec stenting dans des 46 cas (94%), avec 26 cas de recours à un stent actif contre 20 cas de stent métallique. Quarante cinq des ATC ont été programmées contre 3 ATC primaires et une de sauvetage. Aucune complication per-procédurale n'a été retrouvée. La durée d'hospitalisation moyenne est de 6.8 jours. Aucun

cas de décès n'a été recueilli avec un recul minimum de 03 mois. La prise en charge du SCA dans notre service comme dans tout les services de cardiologie doit être conforme aux recommandations internationales et une évaluation cyclique des pratiques professionnelles ne pourra qu'améliorer cette démarche afin de réduire la morbi mortalité de cette pathologie qui ne cesse d'augmenter avec la multiplication des facteurs de risque cardiovasculaires qu'impose le changement constant du mode de vie.

C13 BILAN D'ACTIVITES DE LA PREMIERE SALLE DE CORONAROGRAPHIE DE NOUAKCHOTT

A. Sidi Aly, F. Barry, A. Bah, H. Zein

La réalisation locale des coronarographies est d'introduction récente en Mauritanie; la première coronarographie a été faite en mars 2007. Depuis, 253 examens diagnostiques, 20 angioplasties coronaires et une dilatation pulmonaire ont été réalisés.

Les auteurs rapportent leur expérience dans cette technique avec présentation des aspects cliniques des patients, des types de lésions retrouvées, des décisions thérapeutiques prises et des difficultés rencontrées.

C14 PRONOSTIC DU SYNDROME CORONARIEN AIGUË CHEZ L'INSUFFISANT RENAL CHRONIQUE

H. Baccar, S. Kammoun, B.Slima Hédi, N. Tagoug, L. Bazdeh, W. Ouchtati, N. Haddad, R. Kasri, A. Belhani
Service de Cardiologie Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction : L'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance coronaire sont en nette progression notamment dans la population des hypertendus et/ou diabétiques. La survenue d'un syndrome coronarien aigu chez l'insuffisant rénal chronique est un événement de mauvais pronostic.

But du travail : De dégager les éléments prédictifs d'événement majeur (décès ,insuffisance cardiaque, récurrence angineuse et récurrence d'infarctus) et de discuter les attitudes recommandées chez cette population de patients.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 130malades consécutifs hospitalisés au service de cardiologie de l'Hôpital Charles Nicolle de janvier 2003 à juillet 2005, avec un suivi prospectif jusqu'au mois de décembre 2007.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 62,75+/-9,24 ans, le sex-ratio est de 1,17 H/1F ,58.5% des patients sont diabétiques ,72.3% hypertendus et 63.8% tabagiques.

Le survie globale de nos patients est de 80.2%.La survie sans événement majeur (critère combiné associant décès, récurrence de l'infarctus et récurrence angineuse) est de 58%.En analyse uni variée ,les facteurs prédictifs de décès et d'événement majeur sont l'ancienneté du diabète et de l'hypertension artérielle, le DFG bas, la dialyse, l'hyperparathyroïdie, l'anémie, l'hypertrophie ventriculaire gauche, la dysfonction systolique ventriculaire gauche, l'hypertension artérielle pulmonaire, l'atteinte coronaire multitrunculaire, L'infarctus du myocarde, l'absence de traitement par bêta-bloqueurs, les thiénopyridines, et les statines. En analyse multivariée nous dégageons trois paramètres prédictifs majeurs de décès qui sont une fraction d'éjection ventriculaire gauche<40% (P<0.001), une classe de Killip 3 ou 4 (P=0.01) et la dialyse (p=0.046), et cinq paramètres pour l'événement majeur qui sont une fraction d'éjection ventriculaire gauche<40%(p=0.001),une classe de Killip 3 ou 4 (p=0.001),la dialyse (p=0.014), la fibrillation auriculaire (p=0.025) et les blocs auriculo-ventriculaires à la phase aiguë (p=0.034).

Conclusion : L'insuffisance coronaire chez l'insuffisant rénal chronique est un facteur de mauvais pronostic, en particulier en ce=as de dialyse chronique. Il s'agit de patients qui ont des lésions coronaires diffuses, une dysfonction ventriculaire gauche et des perturbations biologiques majeures.

C15 EVOLUTION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE A LA PHASE AIGUË DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE SUR UNE PERIODE DE 13 ANS : REGISTRE AMI MONASTIR

F. Bouaziz, Z. Dridi, M Mahjoub, F. Addad, H. Thawaba, T. Jrad, M. Hassine, M. Jemmali, F. Betbout, M. Ben Farhat, H. Gamra

Introduction : L'introduction des méthodes de reperfusion et des nouveaux anti-thrombotiques a permis de réduire de façon significative la morbi-mortalité à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde (IDM).

Objectif du travail : Etudier la variation des taux de mortalité et de morbidité observés à la phase aiguë de l'IDM sur les 13 dernières années dans notre service.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude réalisée à partir du registre des IDM (registre AMI Monastir) qui a inclus 1184 patients hospitalisés dans notre service pour IDM durant la période de janvier 1995 au mois d'août 2008. Les patients inclus dans notre étude ont été divisés en 5 groupes selon la période de leur hospitalisation. Dans chaque groupe on a déterminé les taux de mortalité et de morbidité hospitalière et la stratégie de reperfusion coronaire utilisée.

Résultats :

	Jan 95- dec 97	Jan 98- dec 00	Jan 01- dec 03	Jan 04- dec 05	Jan 06- aout 08	P
Thrombolyse%	49.2%	60%	18.8 %	16.5%	42,7%	0.001
Thrombolyse préhospitalière%	6.3%	20%	29.5%	39.5%	63.3%	0.0001
PAMI	1.5 %	2.5 %	44.9 %	39.1 %	16.0 %	0.0001
TTT médical	48%	33.6%	25.4%	37.2%	33.3%	ns
Syndrome de reperfusion	55.3%	59.4%	72.2%	65.4%	69.5%	ns
Insuffisance cardiaque	0.8 %	2.1 %	3.4 %	3.1 %	1.3 %	0.282
EDC	10.9 %	9.6 %	14.2 %	7.6 %	7.8 %	0.076
TV	6.2 %	5.4 %	3.7 %	2.3 %	2.7 %	0.203
FV	6.9 %	4.6 %	6.2 %	3.1 %	2.7 %	0.145
AC/FA	7.7 %	10 %	7.7 %	5.4 %	4.4 %	0.135
BAV	14.6 %	7.9 %	11.4 %	8.8 %	8 %	0.193
Décès	12.3 %	10 %	11.4 %	8.4 %	6.7 %	0.04

EDC : état de choc cardiogénique

Conclusion : L'introduction de l'angioplastie primaire et de la thrombolyse pré-hospitalière a permis de réduire la mortalité hospitalière de 50% ainsi que l'ensemble des complications hospitalières.

C16 IMPACT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE SUR LE TRAITEMENT ET LE PRONOSTIC DU SYNDROME CORONARIEN AVEC SUS DECALAGE PERSISTANT DE ST

B.Jerbi, M. Sahnoun, L. Abid, R. Hammami, C. Hamza, S. Rekik, S. Krichen, I.

Trabelsi, F. Triki, M. Hadrich, S. Mallek, M. Hentati, S. Kammoun

Service de cardiologie CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction : L'insuffisance rénale est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et les patients porteurs d'une insuffisance rénale sont à haut risque de décès après un syndrome coronarien aigu.

Méthodes : Nous nous sommes intéressés aux particularités cliniques, agiographiques, thérapeutiques et pronostiques de la proportion de patients porteurs d'une insuffisance rénale modérée, et sévère dans une population de patients hospitalisés pour syndrome coronarien aigu avec sus décalage persistant de ST entre Janvier 2005 et Décembre 2006 .

Sur la base de la classification de l'ANAES 2002, deux groupes ont été définis : groupe 1 : DFG <60 ml/mn (112 patients) et groupe 2 : DFG <60ml/mn (119 patients).

Résultats : Sur une période de deux ans, 231 patients ont été inclus pour infarctus avec sus décalage du segment ST.

La comparaison des caractéristiques cliniques des patients des deux groupes montre que ceux avec une dysfonction rénale ont un âge plus élevé, ont plus fréquemment des antécédents d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension artérielle, de diabète et de dyslipidémie. Mais, ils ont moins de coronaropathie familiale, moins souvent fumeurs et sont plus maigres

Les patients du groupe 2 présentent plus de symptomatologie atypique (20.2% vs 11.6% ; p=0.076) : dyspnée, fatigue, douleur épigastrique

A l'admission On déplore dans le groupe 2 beaucoup plus d'état de choc cardiogénique (p=0.1), d'IVG au stade KILLIP \geq 2 (p=0.015), et d'insuffisance cardiaque droite, d'IDM inférieur (p=0.011), l'extension électrique vers le ventricule droit (p=0.033) sont plus fréquents chez les sujets ayant une dysfonction rénale.

A l'ETT, chez ces patients ont décrits un nombre important de patients ayant une dysfonction ventriculaire gauche systolique sévère (32.1% vs 26.9% ont une FEVG \leq 40% ; NS), et ayant des troubles de la cinétique segmentaire à type d'akinésie (23.9% vs 16.3% ; NS).

Les patients avec dysfonction rénale ont une plus importante élévation de la créatinine au cours de l'hospitalisation (p<0.001). Ils gardent des chiffres élevés de créatinine jusqu'à leurs sortie. Ils ont un taux d'hématocrite (p=0.21) d'hémoglobine (p=0.014) plus basses.

Environ 79.8% des patients indemnes d'insuffisance rénale ont bénéficiés de reperfusion coronaire, comparativement à 43.4% des insuffisants rénaux (p<0.001).

L'atteinte tri tronculaire (43.9% vs 24.4% ; p=0.014) sont significativement plus fréquents au sein du deuxième groupe. Alors que l'atteinte mono tronculaire (41.1% vs 22.8% ; p=0.022) est moins fréquent au sein de ce groupe Les calcifications coronaires sont plus notés chez patients du groupe II avec une différence hautement significative (53.3% VS 17.3% ; P<0,0001).

La thrombolyse par le streptokinase est réalisée chez 115 patients, 44 patients (38.3%) ayant une dysfonction rénale comparativement à 71 patients (61.7%) ayant une fonction rénale normale (P<0.001).

L'angioplastie primaire est réalisé chez 26 patients (9 du groupe 2 vs 17 du groupe 1 ; P=0.75).

L'angioplastie de sauvetage était indiquée moins fréquemment indiqué chez les patients ayant une dysfonction rénale (P= 0.49).

Dans le group 2, il y a eu moins de succès de la reperfusion (89.7% vs 95.8% ; p=0.13), avec une moindre régression des douleurs (84.5% vs 95.8% ; p=0.015) et du sus décalage de ST (86.2% vs 95.8% ; p=0.032).

Une faible utilisation du Clopidogrel (p<0.001), des bêtabloquants (p=0.006), statines (p=0.004), Aldactone (p=0.044), IEC (p=0.005), chez les patients du deuxième groupe

On déplore plus fréquemment des complications aiguës intra hospitalières chez les patients ayant une dysfonction rénale (P=0.1).

Le taux de mortalité intra hospitalière plus important : 8 décès dans le groupe 2 Vs 1 décès dans le groupe 1 (p=0.036).

L'insuffisance rénale (DFG \leq 60ml/mn est un facteur prédictif indépendant de MACCE à 1 ans (P=0.085, OR =3.242, IC 95% ,1.635 à 6.429).

Conclusion : Les patients ayant une dysfonction rénale sont plus âgés, ont plus de comorbidités et sont moins bien traités (moins d'IEC, de bêtabloquants, de statines, de reperfusion et d'angiographie précoce)

Chez les patients présentant un infarctus du myocarde aigu, un DFG altéré est associé à une plus forte mortalité intra hospitalière et de MACCE à 1 an, et cette relation persiste après ajustement.

C17 LA FRACTION D'EJECTION VENTRICULAIRE GAUCHE: PRINCIPAL FACTEUR PREDICTIF D'EVENEMENTS SECONDAIRES A DISTANCE D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE

L.Abid , D.Abid ; S.Krichene ; L Laroussi, Hammami R, I.trabelsi ; M.Sahnoun ; F.Triki ; S Mallek ; M.Hentati ; S.Kammoun

Service de cardiologie, CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction : La fraction d'éjection abaissée est reconnue comme le facteur de risque le plus puissant pour la mortalité globale et la mort subite et ce, depuis plus de 20 ans. De nombreuses études l'avaient montré avant la thrombolyse et d'autres l'ont confirmé à l'ère de la thrombolyse. Une fraction d'éjection <30% en post

infarctus est associée à un taux de décès de 15% dans les 6 mois qui suivent.

But : Le but de notre travail est d'évaluer l'incidence et le pronostic des patients ayant une dysfonction VG post IDM.

Matériels et méthodes : Notre étude est rétrospective portant sur 156 patients consécutifs admis pour infarctus du myocarde compliqué de dysfonction ventriculaire gauche (FE<40%) et hospitalisés dans le service de cardiologie du CHU Hédi Chaker entre janvier 2002 et juin 2005.

Les patients ont été suivis à distance de l'IDM. La mortalité, les accidents cardio-vasculaires majeurs, les réhospitalisations pour insuffisance cardiaque ont été notés.

La recherche de la fraction d'éjection comme facteur prédictif de mortalité a été réalisée par le test de log rank.

Résultats : Entre janvier 2002 et juin 2005, 725 cas d'IDM ont été admis dans notre service. L'incidence de la dysfonction VG est de 21%.

Dans notre population on note un âge moyen de 60,3±12,1 ans (extrêmes : 29 à 84 ans) avec une prédominance du sexe masculin (Le sex ratio est de 4,2).

Les principaux facteurs de risque à savoir le diabète, l'HTA, le tabac et la dyslipidémie ont été rencontrés dans respectivement 32, 36, 66 et 18%.

Le territoire de l'infarctus était dans 70% antérieur. Un stade Killip ≥ 3 a été constaté dans 47% des cas. La moitié des patients avait bénéficié d'une revascularisation à la phase aigüe.

La FE évaluée soit échographiquement soit par défaut angiographiquement pour tous les patients : près de la moitié des patients avaient une FE<35%.

Après un suivi moyen de 28,18±13,6 mois, on a déploré 46 décès qui ont été classés en mort subite (n=13), mort d'origine cardiovasculaire (n=29). Le délai moyen de décès après un IDM est de 19,3 ±14,2 mois.

Le taux de survie chez les patients ayant une FE<35% est nettement inférieur à ceux ayant une FE>35% (p=0,005). De plus, la FE moyenne chez les décédés est de 31.6% alors qu'elle est de 34.9% chez les survivants (p=0.01).

Conclusion : La fraction d'éjection ressort comme un facteur prédictif de mortalité rejoignant ainsi les résultats de plusieurs études. La détermination de la fraction d'éjection est le premier pas dans la stratification du risque de mort subite mais aussi de mortalité globale dans le post infarctus.

C18 INFLAMMATORY MARKERS IN ACUTE CORONARY SYNDROME

A. Elneihoum, H. Elfakery, H. Gharour

Faculty of Medicine, Al-Arab Medical University, Benghazi. Libya

Cardiovascular disease (CVD) is multifactorial in etiology. Recently, better understanding of the role of inflammation in atherosclerosis has prompted many to propose the measurement of various inflammatory markers to better identify those who are at increased risk.

Markers of systemic inflammation can predict future cardiovascular events in healthy persons and patients with coronary artery disease. Measurement of certain inflammatory markers can help identify high-risk patients, monitor disease activity, and provide a therapeutic guide for reducing the inflammatory component of the disease. The aim of this study was to determine whether a relationship exists between levels of some plasma markers of inflammation and Acute Coronary Syndrome (ACS) in 40 patients, 20 of them with acute myocardial infarction (AMI), and 20 with unstable angina (UCAD), vs. 20 completely healthy persons. Fibrinogen and C-reactive protein (CRP) are the inflammatory markers most extensively studied for their relation to cardiovascular risk. By using Technic with fibrometer we measure the level of fibrinogen in fresh plasma, and by using COBAS INTEGRA 400 plus we measure the levels of CRP in stored plasma, we found there was a significance high levels of all inflammatory markers especially CRP and fibrinogen as compared to control 10.5, 8.75 vs. 1.8 mg/l (P<0.05) for CRP in AMI, UCAD and control groups respectively, 3.99, 4.03, vs. 2.85g/l (P<0.05) for fibrinogen in AMI, UCAD and control groups respectively. High inflammatory markers was significance predictor for longer hospital stay, and lower left ventricular (LV) Ejection fraction (EF) in all patients P<.0000 for CRP and P<.0002 for fibrinogen, there was no significance relationship between inflammatory markers and in hospital mortality.

We thus demonstrated that, inflammatory markers were significantly high in subjects with ACS as compared with control group. Early measurement of these marker will identify high risk patients with ACS, could predict

in hospital complications & longer hospital stay as well as the magnitude of cardiac damage. Follow up study is needed to identify the role of these markers in long term prognosis after ACS.

C19 L'UTILISATION DE GREFFONS ARTERIELS MULTIPLES DANS LA REVASCULARISATION MYOCARDIQUE : EXPERIENCE DE L'HOPITAL LA RABTA

A. Khayati, M. Djebbi, A. Jemel, S. Abdessalem*, H. Mizouni**, H.Dali, M. Bouchaara, I. Meddeb, R. Denguir, T.Kalfat, E. Mnif**, R. Mechmèche*

Service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique La Rabta

*Service de réanimation et d'exploration cardiaques, La Rabta

**Service de radiologie La Rabta

Introduction : La revascularisation myocardique est le meilleur moyen thérapeutique pour les lésions coronariennes athéroscléreuses. Durant ces dernières décennies plusieurs techniques de revascularisation ont été pratiquées moyennant des stratégies thérapeutiques multiples (angioplastie trans-coronaire, pontage coronaire, revascularisation hybride...). Actuellement, le choix et l'utilisation de greffons artériels sont largement répandus. Notre série s'adresse à cette technique pour déterminer sa faisabilité, sa reproductibilité et ses **résultats** précoces.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie cardio-vasculaire de l'hôpital La Rabta entre janvier 2004 et décembre 2007 concernant 213 patients répartis en 182 hommes et 31 femmes soit un sexe ratio à 5,8 et d'âge moyen de 56 ± 9 ans (31-77 ans). La majorité de nos patients (62%) avaient une atteinte tri-tronculaire avec une fraction d'éjection conservée, à $56,7 \pm 9$ de moyenne et un Euroscore moyen de $2,21 \pm 2$. La majorité des malades ont eu un triple pontage coronaire, soit une moyenne de 3,21 par malade et associée chez 5 patients à une chirurgie valvulaire. Tous ces malades ont reçu au moins 2 anastomoses par un greffon artériel dont 92 (43%) ont bénéficié d'une revascularisation artérielle exclusive. Soixante malades ont été revus après un délai moyen de 19 ± 9 mois parmi eux 30 ont subi un contrôle angiographique. Le taux de mortalité hospitalière était de 6,6% (14 patients).

Discussion : La revascularisation myocardique artérielle multiple prend de plus en plus une place importante dans la chirurgie cardiaque moderne. Les données préopératoires, le choix du greffon, la technique de prélèvement, la préservation du greffon, le type de montage et le choix du trajet présentent des impératifs importants à respecter pour garantir le meilleur résultat chirurgical.

L'anastomose de l'artère mammaire interne gauche (AMIG) sur l'artère interventriculaire antérieure (IVA) constitue à l'unanimité le meilleur montage artériel. L'utilisation de l'artère radiale ou de l'artère mammaire interne droite pédiculée ou en greffon libre ont fait leurs preuves de durabilité et de perméabilité selon plusieurs séries de la littérature.

Les **résultats** préliminaires de notre expérience confirment la faisabilité et la reproductibilité de cette nouvelle technique et nous encouragent à envisager son application de 1ère intention chez la majorité de nos malades.

C20 IMPLANTATION VALVULAIRE AORTIQUE PAR VOIE TRANSAPICALE : RESULTATS ET COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES. ETUDE DE 24 PATIENTS CONSECUTIFS.

W. Ghodbane, N. Al Attar, D. Himbert, A.Vahanian, P. Nataf

Introduction : L'implantation valvulaire aortique par voie transapicale est une nouvelle approche dans le traitement du rétrécissement aortique symptomatique sévère du sujet âgé lorsque la chirurgie conventionnelle et à très haut risque ou contre-indiquée. Nous décrivons les **résultats** de cette nouvelle technique ainsi que ses complications.

Méthodes : 24 patients consécutifs, porteurs d'un rétrécissement aortique serré symptomatique, ont bénéficié d'une implantation valvulaire aortique par voie transapicale. La chirurgie conventionnelle était contre indiquée et l'approche trans-fémorale non réalisable. La prothèse EDWARDS SAPIEN a été implantée chez tous les patients par "Ascendra delivery system" après repérage échographique de l'apex. Le système est introduit à travers deux bourses sur la pointe du VG et sous contrôle échographique et fluoroscopique. Tous les événements hospitaliers ont été prospectivement colligés.

Résultats : L'âge moyen était de 81,9 ans (53-93). L'Euroscore et le STS score étaient respectivement de 25,8% (11-57%) et de 17,3 % (7,6-41%). La prothèse a pu être implantée chez tous les patients (succès procédural de 100%). Les complications sont décrites dans le tableau. Il n'y a eu aucun décès peropératoire. La mortalité hospitalière a été de 16,7% (n=4). La mortalité au suivi est de 15% (n=3) dont un décès de cause cardiaque.

Conclusions : L'implantation valvulaire aortique par voie transapicale est une procédure sûre (aucun décès peropératoire) et fiable (100 % d'implantabilité). Cependant elle est proposée à des patients à très haut risque ou contre-indiqués pour la chirurgie. Les **résultats** de l'approche transapicale sont très encourageants.

COMPLICATIONS PROCEDURALES	N(%)	COMPLICATIONS PRECOSES (<30 jours)	N(%)	COMPLICATIONS TARDIVES	N(%)
Décès	0	Décès	4	Décès	3
Accidents vasculaires cérébraux	0	Accidents vasculaires cérébraux	0	Accidents vasculaires cérébraux	0
Tamponnade	1	Rupture de suture apicale	1	Faux anévrisme VG	1
Fuite para prothétique (dont deux traitées par l'implantation percutanée d'une 2 ^{ème} valve)	3	Bas débit cardiaque nécessitent un BCPIA	2	IAo grade >1/4	1

C21 STIMULATION CARDIAQUE DEFINITIVE : L'EXPERIENCE MAURITANIENNE A PROPOS DE 65 CAS

T. Diagana, A. Bah, A. Eba, A.S. Bounena, M.S. Aghrabatt, A. Sidi Aly

De mai 2004 à septembre 2008 soixante cinq malades souffrant de troubles de conduction symptomatiques ont été implantés à Nouakchott. La moyenne d'âge est de 65 ans avec des extrêmes de 23 ans et 84 ans. Soixante malades ont eu des stimulateurs VVI et cinq patients ont eu des doubles chambres. La voie d'abord céphalique a été utilisée chez deux tiers des patients. Le seuil de stimulation lors de l'implantation est en moyenne de 0,35mV. Les suites opératoires sont marquées par un déplacement précoce de sonde dans deux cas et une infection tardive dans deux cas avec explantation de boîtiers.

C22 MEDIASTINITES POST OPERATOIRES EN CHIRURGIE CARDIAQUE

M. Salah, I. Farhat, W. Naija, H. Chemchik, B. Belhaj, M. Grissa, K. Nabli 1, R. Said

Scé Anesthésie Réanimation CHU Sahloul Sousse

1Scé chirurgie cardio vasculaire CHU Sahloul Sousse

Introduction : La médiastinite est une complication infectieuse grave de la chirurgie cardiaque. C'est une infection nosocomiale sévère associée à un taux de mortalité extrêmement élevé voisin de 50%. La prise en charge des médiastinites post chirurgie cardiaque est multi-disciplinaire mettant en jeu médecin anesthésiste réanimateur, chirurgien, radiologie et infectiologue. L'**objectif** de notre travail a été d'analyser la prise en charge médico-chirurgicale des médiastinites post opératoires et d'identifier les facteurs de risque.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique de l'hôpital universitaire Sahloul de Sousse entre 1998 et 2008. Ont été inclus tous les patients qui ont été pris en charge pour une médiastinite après chirurgie cardiaque sous circulation extra corporelle. Les données ont été collectées grâce à une grille contenant trois parties : démographiques, diagnostique, prise en charge et devenir des médiastinites. L'analyse et le traitement des variables a été réalisés avec le logiciel SPSS 15.0.

Résultats : 37 cas de médiastinites ont été colligés sur 10 ans. L'âge moyen était à 47 ans avec une nette prédominance masculine : 72%. Concernant les facteurs de risques liés à cette pathologie, le tabac était présent dans 51% des cas avec 51% de BPCO. 30% des patients étaient hypertendus et 32% diabétiques. 60% des

patients ont subi un pontage coronaire dont les 2/3 après prélèvement des 2 mammaires. 56% de nos patients étaient sous antiagregant plaquettaire. 62% avaient un score ASA à 3. La médiastinite était diagnostiquée en moyenne à J 14 post opératoire avec une fièvre dans 86% des cas, une instabilité sternale dans 86% des cas et une infection de la plaie opératoire dans 92% des cas. Le prélèvement bactériologique était positif dans 43% des cas avec une prédominance des Bacille Gram Négatifs à 69% des cas par rapport au cocci gram positifs : 19% des cas. L'antibiothérapie était dans 54% à base de : Imipenème associé à un anti staphylocoque avec une durée moyenne de 15 jours. La mortalité était de 24% liée souvent à une défaillance multi viscérale.

Conclusion : Une meilleure définition des facteurs de risque associée à une identification correcte du profil bactériologique permettra d'améliorer la prise en charge des patients ayant développé une médiastinite et de réduire la mortalité.

C23 THERAPEUTIQUES ENDOVASCULAIRES EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE CHU LA RABTA

N. Elleuch, K. Kaouel, M. Ben Mrad, A. Abdi, H. Dali, M. Bouchara, F.ghédira, M. Hakim, M. Lachtar, T. Kalfat, A. Khayati

C'est une étude rétrospective ayant pour **objectif** l'exposer et évaluer les **résultats** des angioplasties transluminales percutanées réalisées dans le service de chirurgie cardio-vasculaire du CHU La Rabta de Tunis. Cent et quatre vingt et une (181) procédures sont réalisées chez 161 patients (128 hommes et 13 femmes) durant la période allant de janvier 2004 à octobre 2008.

L'âge moyen de la population est de 60 ans ($23 \geq 84$ ans).

Les sites intéressés sont :

- Les artères des membres inférieurs dans 162 cas avec 41 gestes en sous inguinal.
- L'artère sous clavière dans 14 cas.
- L'artère carotide interne dans 2 cas.
- L'artère rénale dans 2 cas.
- L'aorte abdominale sous rénale dans 1 cas.

Une chirurgie conventionnelle est associée à l'angioplastie percutanée chez 35 patients.

Un succès immédiat est observé dans 163 cas soit un taux de réussite de 90%.

Trois patients sont décédés dans les suites précoces par des complications générales non liées à la procédure.

La durée moyenne du séjour post opératoire est de 4 jours.

Le suivi moyen est de 7,6 mois ($1 \geq 33$ mois) et a intéressé 146 procédures.

Au cours du suivi, 1 décès est survenu à 1 mois, 8 thromboses nécessitant une revascularisation conventionnelle dans 3 cas et aucune complication au niveau du site opératoire.

En **conclusion** :

Ces **résultats** encourageants, nous poussent à élargir nos indications d'angioplasties de première intention aussi bien sur le plan clinique que topographique.

C24 LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES SUR PROTHESE VALVULAIRE CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET EVOLUTIVES

N. Hamrouni, MA. Majdoub, K. Ben Hamda, S. Hamdi, A. Neji, O. Farhat, F. Betbout, F. Maatouk
Service de cardiologie B, EPS Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie

Introduction : L'endocardite infectieuse (EI) sur prothèse valvulaire est l'une des complications les plus redoutables après chirurgie de remplacement valvulaire et elle représente 12 à 35 % du total des EI.

But du travail : Etudier les particularités cliniques, bactériologiques et échographiques de l'EI sur prothèse valvulaire et identifier les facteurs pronostic.

Patients et **méthodes** : Il s'agit d'un registre qui a inclus entre 1993 et 2006 deux cents vingt cas d'endocardite infectieuse. Le diagnostic de l'EI a été retenu selon les critères de la Durack de la DUKE University.

Chez 53 malades l'EI s'est greffée sur une prothèse valvulaire. Ces malades constituent la population de notre étude.

Résultats : Il s'agit de 29 hommes et 24 femmes d'âge moyen 40 ± 15 ans. La prothèse atteinte a été en position aortique dans 22 cas, mitrale dans 48 cas et mitro-aortique chez 17 malades. L'EI a été précoce dans 34% des cas. La porte d'entrée a été identifiée dans 72 % des cas et il s'agit essentiellement d'une porte d'entrée buccodentaire. Les hémocultures étaient positives dans 45,3% et le germe coupable a été souvent le staphylocoque (20%) devant le streptocoque 9,4%. L'échographie cardiaque transthoracique et transoesophagienne a montré des végétations dans 75% des cas, 11 cas de désinsertion prothétique et 7 cas d'abcès annulaire. L'évolution intrahospitalière a été marquée par la survenue d'un accident embolique cérébral dans 13,2% des cas, une insuffisance cardiaque (IC) dans 30,2% des cas et une insuffisance rénale organique dans 9,4% des cas. Le recours à une chirurgie précoce a été nécessaire chez 27 malades (51%) et l'indication a été essentiellement hémodynamique. La mortalité intra-hospitalière a été de 13,2 %. En analyse bivariée l'endocardite infectieuse tardive, son siège mitro-aortique et l'IC cardiaque étaient prédictifs de décès. En analyse multivariée seule l'insuffisance cardiaque a été prédictif de décès avec un odd ratio 7,5 (IC 95% ; 1,18-47, $p = 0,033$).

Conclusion : Le pronostic de l'EI sur prothèse dépend de la précocité du diagnostic et du traitement. La survenue d'une insuffisance cardiaque traduit des lésions importantes nécessitant rapidement une correction chirurgicale.

C25 ETUDE DU PROFIL HEMODYNAMIQUE DU RETRECISSEMENT MITRAL A L'ECHO DOPPLER CARDIAQUE D'EFFORT

S Lehachi, F. Daimellah, Z. Bennoui, S. Khelil, MS. Issad.
Service de cardiologie, CHU Beni-Messous Alger

Problématique : Dans la littérature, très peu de travaux ont étudié le profil hémodynamique du rétrécissement mitral à l'écho-doppler cardiaque d'effort. Par conséquent, la place de cet examen reste mal définie, et il existe des contradictions sur les valeurs seuils du gradient transmitral et de la pression artérielle pulmonaire systolique posant l'indication de la levée du barrage mitral.

Objectif : Etudier le profil hémodynamique du rétrécissement mitral (gradient moyen transmitral et pression artérielle pulmonaire systolique) à l'écho-doppler cardiaque d'effort.

Résultats : Le profil hémodynamique a été étudié chez 57 patients, d'âge moyen de 40 ± 10 ans. Quatre groupes ont été constitués, groupe G1 : surface mitrale $> 1.7 \text{ cm}^2$; groupe G2 : $1.5 \leq \text{surface mitrale} \leq 1.7 \text{ cm}^2$; groupe G3 : $1.0 \text{ cm}^2 < \text{surface mitrale} < 1.5 \text{ cm}^2$; groupe G4 : surface mitrale $\leq 1.0 \text{ cm}^2$. Dans le groupe G1 : le gradient moyen a été de $5.4 \pm 2.6 \text{ mmHg}$ au repos et de $23.6 \pm 3.7 \text{ mmHg}$ après effort, la pression artérielle pulmonaire systolique est passée de $27.4 \pm 3.3 \text{ mmHg}$ au repos à $60.0 \pm 0.6 \text{ mmHg}$ à l'effort. G2 : le gradient moyen et la pression pulmonaire au repos sont passés respectivement de $5.6 \pm 1.3 \text{ mmHg}$ et de $29.5 \pm 3.85 \text{ mmHg}$ à $23.7 \pm 0.0 \text{ mmHg}$ et à $62.8 \pm 7.1 \text{ mmHg}$ à l'effort. G3 : le gradient a augmenté de $9.8 \pm 3.0 \text{ mmHg}$ au repos à $33.0 \pm 11.7 \text{ mmHg}$ après effort, et la pression pulmonaire de $36.5 \pm 7.3 \text{ mmHg}$ à $87.5 \pm 18.7 \text{ mmHg}$ au maximum de l'effort. G4 : le gradient moyen est passé de $12.0 \pm 2.0 \text{ mmHg}$ au repos à $44.0 \pm 12.1 \text{ mmHg}$ après effort et la pression pulmonaire de $42.0 \pm 11.4 \text{ mmHg}$ à $102.0 \pm 18.4 \text{ mmHg}$.

Conclusion : L'écho-doppler cardiaque d'effort apporte des informations supplémentaires sur le profil hémodynamique dans le rétrécissement mitral. Il reste à définir les indications de cet examen dans cette valvulopathie, et les seuils décisionnels posant l'indication de la levée du barrage mitral, indépendamment de la surface mitrale.

C26 FACTEURS DE MORTALITE HOSPITALIERE DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

F. Daïmellah*, A. Sellah*, Z. Bennoui*, S. Lehachi*, D. Hannoun**, Y. Laid**, MS. Issad*

* Service de cardiologie CHU Béni Messous Alger ouest

** Institut National de Santé Publique Alger

Objectif : Identifier les facteurs de mortalité hospitalière de l'endocardite infectieuse.

Lieu : Service de cardiologie, CHU Béni Messous (Alger ouest).

Matériel et méthodes : Etude rétrospective, monocentrique, concernant 94 épisodes d'endocardite infectieuse remplissant les critères de Duke, survenus chez 93 malades consécutifs hospitalisés entre le 1er janvier 1996

et le 31 mai 2008.

Résultats : Le taux de décès est de 38.3%. En étude univariée, les facteurs de mortalité hospitalière sont l'âge, la cardiomégalie (rapport cardiothoracique > 0.57), la fibrillation auriculaire, la dysfonction ventriculaire gauche systolique (fraction d'éjection < 0.35), l'hypertension artérielle pulmonaire (pression artérielle pulmonaire systolique > 60 mm Hg), le caractère volumineux des végétations, un taux de prothrombine à l'admission < 50%, l'absence de chirurgie cardiaque durant l'hospitalisation et la survenue de complications : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, accident vasculaire cérébral, choc septique et fièvre persistante. L'étude multivariée est en cours.

Conclusion : L'identification des facteurs de mortalité hospitalière permet une meilleure prise en charge de l'endocardite infectieuse dont la gravité reste toujours d'actualité.

C27 GROSSESSES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES PORTEUSES DE PROTHESE VALVULAIRE MECANIQUE. A PROPOS DE 80 OBSERVATIONS.

S. Fradi,Ernez, S. Hajri, A. Bouhadjar, K.Ghoul, A. Khedher, K. Fekri, K. Guellime, H. Bouraoui, B. Trimeche, M. Ben Romdhane, A. Mahdhaoui, G.Jeridi
Service de Cardiologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

La grossesse chez une femme porteuse de prothèse valvulaire mécanique est une grossesse à haut risque. La gestion du traitement anticoagulant pendant la grossesse chez ces femmes pose de délicats problèmes : la grossesse aggrave nettement les risques thromboemboliques propres à la prothèse, le traitement anticoagulant entretient un risque hémorragique aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Le risque malformatif propre aux anticoagulants oraux peut se manifester en cas d'usage de ces derniers au cours du premier trimestre par la survenue d'embryopathie.

Devant les controverses qui existent concernant les différents protocoles thérapeutiques anticoagulants chez la femme enceinte porteuse de prothèse valvulaire mécanique et l'absence de consensus établi à ce jour ; nous rapportons notre expérience concernant les risques materno-foetaux de 80 grossesses chez 44 femmes porteuses de prothèses valvulaires mécaniques, colligées sur période allant de 1974 à 2004 au service de cardiologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

L'évolution maternelle est marquée par trois cas de thrombose de prothèse, quatre AVC ischémiques, dix accidents hémorragiques (4 mineurs et 6 majeurs), deux cas d'endocardites infectieuses survenues en post partum, 6 cas d'insuffisance cardiaque et deux cas de décès maternels.

L'évolution de la grossesse aboutit à la naissance de 53 enfants (66.25%). Le taux de complications fœtales est de 40%. Vingt complications néonatales ont été observées soit 25% des cas.

La grossesse chez une femme porteuse d'une prothèse valvulaire mécanique sous anticoagulant est donc dangereuse pour la mère et aléatoire pour l'enfant. Les indications thérapeutiques chez les femmes en âge de procréer doivent en tenir compte.

Chez une femme ayant déjà une prothèse mécanique au moment du début de la grossesse, on réduira au minimum la durée de l'héparinothérapie soit aux deux périodes difficiles de la grossesse qui se situent de la sixième à la douzième semaine et pendant la dernière quinzaine.

C28 ECHOCARDIOGRAPHIE TRIDIMENSIONNELLE EN TEMPS REEL DANS L'EVALUATION DE LA STENOSE MITRALE RHUMATISMALE « Une APPROCHE NOUVELLE ET PRECISE»

S. Benyoussef, E. Boussabah, H. Bergaoui, L. Zakhama, S. Neffati, A. Jendoubi, B. Boukhris, R. Saad, N. Moussa, M. Thameur,
Service de cardiologie Hopital des FSI la Marsa

Introduction : En raison de la morphologie complexe de la valve mitrale, La planimétrie bidimensionnelle du rétrécissement mitral (RM) devient parfois difficile. L'échographie cardiaque tridimensionnelle fournit une imagerie de surface projetée de la valve mitrale permettant précisément d'en planimétrer son orifice.

Patients et méthodes : Notre série comprend quarante patients porteurs de rétrécissement mitral d'étiologie rhumatismal. Ces 40 patients ont été inclus, afin de d'évaluer puis de comparer la surface de l'orifice mitral

par les **méthodes** conventionnelles échocardiographiques à la planimétrie tridimensionnelle en temps réel échocardiographie bidimensionnelle.

Résultats : En comparant la planimétrie de la surface mitrale (SM) en bidimensionnel et en tridimensionnel, il apparaît que l'échographie tridimensionnelle en temps réel, sous estime significativement ($p = 0.029$) de 0.1 ± 0.26 cm² la SM par rapport à la planimétrie en mode bidimensionnel. Cependant si l'on comparait cette SM 3D à la SM évaluée par les 3 **méthodes** échographiques classiques (planimétrie bidimensionnelle, temps de demi pression et méthode de la zone de convergence il en ressort une bonne corrélation entre les 2 valeurs ($r=0.89$, IC 95% [0.82 à 1.24], $p<0.0001$) sans différence statistiquement significative (respectivement 1.35 ± 0.43 versus 1.36 ± 0.49 et $p = 0.8$). La reproductibilité intra et inter observateur des mesures tridimensionnelles est bonne, étant respectivement de 0,94 et de 0,90.

Conclusion : L'échographie cardiaque tridimensionnelle en temps réel est un moyen simple et fiable qui permet de mesurer avec exactitude et précision la surface de l'orifice mitral chez les patients ayant un rétrécissement mitral.

C29 IMPACT IMMEDIAT DE LA COMMISSUROTOMIE MITRALE PERCUTANEE SUR LA FONCTION DU VENTRICULE DROIT

I.Touhami, A. Drighil, H.Faress, A.Bennis
Service de cardiologie. CHU Ibn Rochd

But : Le rétrécissement mitral (RM) affecte la fonction du ventricule droit (VD) suite a des facteurs myocardiques et hémodynamiques. Bien que les effets de la commissurotomie mitrale soient bien connus a long terme ; notre **but** a travers ce travail est d'évaluer l'impact immédiat de la commissurotomie mitrale percutanée (CMP) sur la fonction du VD chez des patients présentant un RM.

Méthodes et Résultats : Douze patientes (âge moyen 29 ± 7 ans) présentant un RM rhumatismal isolé et en rythme sinusal ont été explorées avant et 24-48h après CMP. Plusieurs paramètres de la fonction globale et longitudinale du VD ont été évalués en imagerie par échocardiographie conventionnelle et par doppler tissulaire. Dans les suites immédiates de la CMP, la surface mitrale a augmenté de $0,91 \pm 0,29$ cm² à $1,86 \pm 0,43$ cm² ($p<0,001$), et la fraction de raccourcissement en surface du VD (RVOTfs) a augmenté de $57 \pm 15\%$ à $72 \pm 12\%$ ($p=0,002$). Il y avait une diminution significative de la pression artérielle pulmonaire systolique de $46,4 \pm 32,1$ mmHg à $29,1 \pm 13,4$ mmHg ($p=0,02$), de l'index de TEI du VD de $0,44 \pm 0,025$ à $0,29 \pm 0,17$ ($p=0,021$), de l'accélération myocardique isovolumique (IVA) au niveau de l'anneau latéral tricuspide de $0,36 \pm 0,11$ m/s² à $0,25 \pm 0,07$ m/s² ($p=0,023$), et des vitesses de contraction isovolumique au niveau de l'anneau tricuspide latéral de $11,3 \pm 3,37$ cm/s à $8,50 \pm 2,04$ cm/s ($p=0,0034$). Paradoxalement, la vitesse au niveau de l'anneau tricuspide latéral en doppler tissulaire est restée inchangée. L'index de TEI a été corrélé à la pression artérielle pulmonaire systolique avant mais non après la CMP ($r= 0,70$, $p=0,01$ et $r=0,270$, $p = 0,053$)

Conclusion : Immédiatement après la CMP, une diminution significative de la contractilité du VD évaluée par l'IVA a été notée tandis que les autres paramètres de la fonction globale et infundibulaire du VD ; évalués par la RVOTfs et l'index de TEI ont observé une amélioration significative. Ces résultats discordants peuvent être rattachés à l'insensibilité relative des paramètres échocardiographiques de la fonction du VD actuellement disponibles et qui ne sont pas complètement irréprochables. Des travaux ultérieurs utilisant une plus grande série de patients sont nécessaires pour confirmer nos constats et d'évaluer leur utilité dans le suivi et la prise en charge des patients.

C30 PRISE EN CHARGE PERCUTANEE DES RESTENOSES MITRALES DEJA DILATEES

N. Bendagha, A. Soufiani, H. Bouzelmat, N. Ismaili, F. EL Ouali, N. El Haitem, M. Benomar.
Cardiologie A, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc.

La commissurotomie mitrale percutanée (CMP) est le traitement de choix du rétrécissement mitral depuis plus de 20 ans. A l'inverse des études post-commissurotomie à cœur fermé, seules des séries limitées se sont intéressées aux **résultats** de la redilatation après resténose post- CMP.

Il est proposé à partir d'une série personnelle et d'une revue de la littérature d'étudier les **résultats** immédiats de la dilatation MP après resténose post-CMP dans le **but** d'en ressortir les indications, les déterminants de

succès ainsi que de comparer les **résultats** à ceux d'une première procédure.

Notre étude a été menée au service de cardiologie "A" de l'hôpital Avicenne de Rabat, entre janvier 2001 et septembre 2008. 1483 dilatations ont été réalisées durant cette période avec 28 procédures de redilatation (délai moyen de resténose = 8,6 ans). En pré-redilatation, 66% des patients étaient au stade III de la NYHA. La surface mitrale (SM) moyenne était de $1 \pm 0,25$ cm² et le gradient trans-mitral moyen de $17,7 \pm 7,6$ mmHg. En post-redilatation, le taux de succès était de 91,8% (avec une SM à $2,05 \pm 0,27$ cm² et un gradient à $5,68 \pm 2,1$ mmHg).

Les données de notre série rejoignent celles de la littérature concernant le succès de la procédure. Succès corrélé à l'âge jeune, à l'absence d'ACFA et à un score de Wilkins favorable (en particulier avec atteinte modérée de l'appareil sous-valvaire). De plus les **résultats** immédiats sont comparables à ceux d'un premier geste malgré un score échographique plus élevé. La CMP s'avère donc être le geste thérapeutique de choix à envisager en première intention dans les resténoses post-dilatation.

C31 LA CHIRURGIE COMBINÉE CORONARIENNE ET VALVULAIRE AORTIQUE (MORBI MORTALITÉ OPÉRATOIRE)

R. Lakhdhar, I. Abdelmoula, M. Mensi, MA. Drissa, K. Mrabet, M. Cheour, N. Essafi, H. Drissa
Service de Cardiologie « Adultes » EPS La Rabta Tunis

Introduction : La chirurgie combinée valvulaire aortique et coronarienne est une situation de plus en plus fréquente chez le sujet âgé. Des études plaident en faveur d'un risque péri opératoire élevé.

But du travail : Analyser les **résultats** de la chirurgie mixte valvulaire aortique et coronarienne.

Patients et **méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 50 patients opérés pour une valvulopathie aortique. Huit de ces patients avaient subi un ou plusieurs pontages aortocoronaires (PAC) associés. L'âge moyen était de 64 ans avec un sexe ratio 2F/6H. Dans tous les cas, un remplacement valvulaire aortique (RVA) a été réalisé, associé à un pontage simple chez 5 patients, double chez 2 patients et triple chez 1 patient. Le taux de revascularisation myocardique a été de 1,6 pontages par patient. L'euroscore calculé chez ces patients s'avère élevé.

Résultats : La mortalité précoce (≤ 1 mois) était nulle. Les causes des complications post opératoires précoces étaient myocardique dans 2 cas (infarctus du myocarde) et rénale chez un autre patient (insuffisance rénale aigue post opératoire).

Conclusion : La chirurgie combinée coronarienne et valvulaire aortique chez notre population d'étude est caractérisée par un taux non négligeable d'infarctus myocardique péri-opératoire en raison d'un euroscore souvent élevé chez ce groupe de patients.

C32 RESULTATS DE LA REVASCULARISATION ANATOMIQUE AORTO-ILIAQUE.

S. Hermes; S. Masmoudi; H. Ben Jemaa, M. Abdennadher, A. Hadj Kacem, S. Kallel, I. Frikha
Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire. CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Introduction : Les atteintes occlusives aorto-iliaques constituent des lésions fréquentes et sévères, entrant dans plus de 90% des cas dans le cadre des artériopathies athéromateuses, d'autres artériopathies inflammatoires peuvent occasionner ce type de lésions.

Notre étude comporte 158 revascularisations sus crurales effectuées pour 155 malades durant la période comprise entre 2000 et 2007.

Résultats : Nos patients avaient un âge moyen de 54,7 ans avec une nette prédominance masculine (96,7%), l'athérosclérose était de loin l'étiologie la plus fréquente (97,4%). Les facteurs de risque étaient dominés par le tabac (83,6%), suivi par le diabète (27,7%) l'HTA (25,8%) et la dyslipidémie (9%). Cliniquement, nos patients étaient dans la majorité des cas classés en stade II. L'exploration radiologique reposait essentiellement sur l'écho-Doppler, l'artériographie et récemment l'angio-TDM, elle a permis de montrer une prédominance des lésions iliaques par rapport aux lésions aortiques et des occlusions par rapport aux sténoses. On a réalisé 98 pontages aorto-bifémoraux dont 6 à partir de l'aorte thoracique descendante, 41 pontages aorto-fémoral, 15 pontages ilio-fémoral et 4 pontages aorto-iliaques. La voie d'abord la plus utilisée était la laparotomie médiane transpéritonéale, suivie par la laparotomie rétropéritonéale et la thoraco-phréno-lombotomie. On a

utilisé les prothèses en Dacron pour les pontages aorto-bifémoraux et les prothèses en polytétrafluoroéthylène (PTFE) pour les pontages unilatéraux. La mortalité post-opératoire était de 4,5% et qui est due le plus souvent à la survenue d'un infarctus myocardique ou d'un infarctus mésentérique. Les complications locales précoces étaient dominées par les thromboses de pontages avec une perméabilité primaire de 94,3% et secondaire de 98,1%. Les complications tardives étaient aussi dominées par les thromboses de pontages avec une perméabilité à 5 ans de 89,8% suivies par les faux anévrysmes anastomotiques (5,7%), l'infection de prothèse (3,16%) et l'éventration (3,16%).

Conclusion : Les progrès techniques ont fait que depuis une quinzaine d'années les lésions occlusives aorto-iliaques bénéficient largement de revascularisations endoluminales (recanalisation-dilatation-stent) avec d'excellents **résultats** immédiats et à moyen terme. Néanmoins la chirurgie garde toujours des indications notamment en cas de lésions complexes et bilatérales, en cas de revascularisation combinée rénale à l'étage aorto-iliaque ou en cas de lésions distales associées nécessitant un pontage fémoro-poplité. Les échecs et les complications constituent également une indication de la revascularisation à ciel ouvert si l'état général du patient le permet.

C33 APPORT DE LA CHIRURGIE CORONAIRE À CŒUR BATTANT EN CAS DE DYSFONCTION VG

A. Ben Youssef, S. Shin *, I. Naas *, T. Mestiri, S. Ouerghi, M. Abid, S. Kachboura *, T. Kilani
Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire hopital Abderrahman mami de l'Ariana
Service de cardiologie hopital Abderrahman mami de l'Ariana*

La chirurgie de revascularisation myocardique chez les patients ayant une dysfonction ventriculaire gauche par la circulation extra-corporelle reste associée une morbi-mortalité assez élevé. Récemment la chirurgie coronaire a cœur battant parait plus prometteuse, avec une morbi-mortalité opératoire plus basse chez ce groupe de patients.

Objectif : L'**objectif** de ce travail est de comparer la morbi-mortalité opératoire chez les patients ayant une dysfonction ventriculaire gauche, opérés à cœur battant (CB) et sous circulation extra-corporelle (CEC).

Méthodes : Au total 17 patients (16 hommes et une femme) d'âge moyen de 56.8 ans sont opérés a cœur battant CB entre avril 2004 et septembre 2008, ayant une fonction ventriculaire gauche altérée avec une FE \leq 40%, ces patients sont comparés a 20 patients (17 hommes et 3 femmes) d'âge moyen de 62 ans opérés sous circulation extra-corporelle CEC durant la même période. Les facteurs de risques préopératoires, les variables opératoires et la morbi-mortalité hospitalière sont analysés et comparés entre les deux groupes.

Résultats : La fraction d'éjection moyenne du ventricule gauche (FEVG) est de 30.1% vs 34.2% respectivement dans le groupe du CB et le groupe CEC. La moyenne d'anastomoses par patient est de 1.6 ± 0.7 dans le groupe CB, 2.5 ± 0.7 dans le groupe CEC. La mortalité opératoire est de 17.6% dans le groupe CB (3 patients dont 2 de cause cardiogénique et un de cause septique) et de 25% dans le groupe CEC (5 de cause cardiogénique), $p=0.7$. L'infarctus du myocarde péri opératoire, l'état de choc cardiogénique, l'insuffisance rénale et les complications infectieuses post-opératoires sont comparable entre les deux groupes. La durée moyenne d'intubation (5.9 ± 3.05 vs 14.9 ± 31 heures, $p=0.21$), le nombre de patients transfusés (17.6% vs 35%, $p=0.28$), l'assistance pharmacologique par des inotropes positifs (35.3% vs 85%, $p=0.003$) et les troubles du rythmes ventriculaires (0 % vs 10%) sont moindre chez le groupe opéré a cœur battant.

Conclusion : Les **résultats** de notre travail démontrent que la chirurgie coronaire à cœur battant est une technique efficace douée d'une morbi-mortalité acceptable en cas de dysfonction ventriculaire gauche et constitue une alternative valable à la chirurgie conventionnelle.

C34 PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES STENOSES DES ARTERES RENALES

M.Z. Ghariani, N. Chaouch, F. Aouini, B. Derbel, R. Kasraoui, N. Ben Romdhane, J. Manaa
Service de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation d'Organes Hôpital Militaire de Tunis

Introduction – Objectif : Le traitement des lésions de l'artère rénale (AR) s'est totalement modifié au cours des 2 dernières décennies. Aujourd'hui, la majorité des lésions de l'artère rénale est traitée par angioplastie

percutanée associée ou non à la mise en place d'un stent. Toutefois, la chirurgie de l'artère rénale reste nécessaire dans de nombreux cas parmi lesquels il faut mentionner les lésions complexes intéressant les branches de l'artère rénale, certaines lésions associées de l'aorte et des artères rénales, les occlusions longues de l'artère rénale, les échecs de l'angioplastie.

Matériels et Méthodes : Notre travail consiste en une étude rétrospective et descriptive de cas consécutifs et non sélectionnés de lésions des artères rénales traitées chirurgicalement dans notre service entre janvier 2001 et juillet 2008. Cette étude comporte 12 patients, dont la majorité était des hommes avec un rapport H/F 8/4. L'âge moyen était 43,58 ans.

Tous les patients ont eu en préopératoire un doppler des artères rénales complété chez 7 patients par une artériographie et chez les 5 autres par une angio-TDM. Une scintigraphie au DTPA et/ou DMSA était pratiquée chez 8 patients.

La créatininémie pré et post opératoires étaient pratiquées chez tous les patients.

Résultat : L'indication d'une revascularisation rénale était posée chez 7 patients pour équilibrage de la tension artérielle (TA) et chez les 5 autres pour équilibrage de la TA et sauvetage néphronique.

Un seul patient était traité par une chirurgie ex-vivo devant la complexité des lésions et l'existence d'un anévrysme dysplasique de l'artère rénale. Les autres cas étaient traités par une chirurgie in situ : endarteriectomie avec angioplastie d'élargissement dans 1 cas, réimplantation directe de l'AR dans 1 cas et pontages dans 9 cas (6 aorto-rénaux, 2 prothéto-rénaux et 1 ilio-rénal). Le **matériel** utilisé pour les pontages était : prothétique (6 cas), veineux (2 cas) ou artériel (1 cas).

Les lésions traitées étaient : ostiales (9,1%), postostiales (54,5%), tronculaire (9,1%) et distales (27,3%). Ces lésions étaient : athéromateuses (41,7%), fibrodysplasiques (41,7%) ou entrant dans le cadre d'une hypoplasie de l'aorte abdominale (16,7%). Deux patients ont des antécédents d'angioplastie rénale échouée. Deux autres patients ont eu une cure de lésions aortiques associées.

Le nombre d'anti-hypertenseurs était de 2,67 en moyenne en préopératoire et n'était que 0,91 en post opératoire. A noter qu'une normalisation de la TA était obtenue chez 4 patients.

La créatininémie était de 155,50 micromol/l en moyenne en pré-opératoire et 157,17 en post opératoire.

La perméabilité primaire était, toute chirurgie confondue : 75% à 3 mois, 81,81% à un an, 85,71% à 3 ans et 75% à 5 ans.

Nous rapportons un seul décès post opératoire immédiat (J2) dans un tableau d'insuffisance rénale aiguë (IRA) avec œdème aigu du poumon et altération de l'état de conscience.

Discussion : La multiplicité des techniques chirurgicales permettant de traiter les lésions complexes aortiques et rénales associées est telle qu'aujourd'hui, il est possible d'opérer ce type de pathologie avec une morbi mortalité tout à fait basse sans comparaison avec le pronostic spontané de l'affection. Cette sécurité chirurgicale doit être mise en exergue à l'heure où beaucoup de ces malades n'ont qu'un traitement endovasculaire partiel de la composante rénale de la maladie. Cette prise en charge à minima souvent immédiatement efficace ne résout aucun des problèmes à moyen terme et amène à réintervenir à l'occasion de situations cliniques beaucoup plus graves.

C35 LA MORBI MORTALITE EN CHIRURGIE CARDIAQUE DU CHU HABIB BOURGUIBA DE SFAX

M. Abdennadher¹, S. Kallel², H. Ben Jmaà¹, M. Dabbebi², A. Hadj Kacem¹, A. Karoui², I. Frikha¹.

¹ Service de chirurgie cardio vasculaire et thoracique du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

² Service d'anesthésie réanimation du CHU Habib Bourguiba de Sfax.

Introduction : Plusieurs scores pronostiques ont été développés pour la chirurgie cardiaque et sont considérés comme des outils épidémiologiques et cliniques permettant de prédire en pré opératoire la morbi mortalité. Cependant, certains facteurs locaux propres à chaque centre chirurgical peuvent avoir un impact sur les **résultats** opératoires.

L'**objectif** de notre étude est de déterminer la morbi mortalité au service de chirurgie cardiaque de Sfax et de comparer la mortalité trouvée par rapport à celle prédite par l'euroscore.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les 100 derniers patients opérés pour

chirurgie cardiaque à Sfax. Nous avons inclus dans l'étude les patients opérés de façon programmée ou semi urgente.

Les critères de non inclusion sont les urgences, les dissections et les interventions à cœur fermé.

Pour chaque patient, nous avons recueilli les caractéristiques démographiques, cliniques et échographiques et nous avons calculé l'euroscore.

Nous avons noté aussi la nature de l'acte, la durée de circulation extra corporelle et de clampage aortique et les suites opératoires.

Résultats : Parmi les 100 patients opérés, on a totalisé 90 patients répondant aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de 52.76 ans, le sex ratio était de 1.3.

3 patients avaient une fraction d'éjection inférieure à 30% ; la pression artérielle pulmonaire systolique était supérieure à 60 mm Hg chez 5 patients. L'euroscore moyen était de 7.05 avec une mortalité prédite de 9.57%.

Les actes opératoires ont été répartis en : 51 pontages coronaires dont 32 sous CEC et 19 à cœur battant, 11 remplacements valvulaires aortiques, 13 remplacements valvulaires mitraux, 3 plasties mitrales, 6 remplacements valvulaires mitro aortiques, 2 pontages associés à un remplacement valvulaire aortique, 3 fermetures de CIA et un Kyste hydatique du septum interauriculaire.

Le taux global de mortalité était de 10 % (9 patients) dont 3 patients étaient décédés au bloc opératoire par hypodébit.

Les principales complications observées en post opératoire ont été représentées par :

5 reprises pour décaillottage

4 reprises pour médiastinite

9 septicémies post opératoires.

Le séjour moyen en réanimation était de 5.49 jours.

Conclusion : Le chiffre de mortalité opératoire du service de chirurgie cardiaque de Sfax concorde parfaitement avec la mortalité prédite par l'euroscore.

C36 ANGIOPLASITIE ILIAQUE ET REVASCULARISATION SOUS INGUINALE ASSOCIEE : INDICATIONS ET RESULTATS

M.Z. Ghariani, N. Chaouch, F. Aouini, B. Derbel, R. Kasraoui, N. Ben Romdhane, J. Manaa

Service de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation d'Organes

Hôpital Militaire de Tunis

Introduction – Objectif : L'angioplastie iliaque associée à une revascularisation sous inguinale est une chirurgie hybride et à double étage. Elle présente trois avantages de taille : diminution des voies d'abord, une agression chirurgicale moindre comparée à la chirurgie aortique directe, amélioration de l'inflow.

Le **but** de notre travail est de rapporter les indications et les **résultats** de cette chirurgie en se basant sur notre expérience personnelle et celle rapportée dans la littérature.

Matériel et Méthode : Notre travail consiste en une étude rétrospective et descriptive de cas consécutifs et non sélectionnés de lésions occlusives des membres inférieurs (MI) traitées par chirurgie hybride dans notre service entre avril 2000 et avril 2008. Cette étude comporte 13 patients, dont tous étaient des hommes. L'âge moyen était 61,38 ans. Tous les patients ont eu en préopératoire un doppler artériel des MI complété chez 12 patients par une artériographie et chez le patient restant par une angio-IRM.

Tous les malades sont classés selon la classification de la TASC (2).

Resultat : Tous les patients avaient au moins un facteur de risque d'athérosclérose : tabac (100%), diabète (61,53%), hypertension artérielle (38,46%) et dyslipidémie (30,76%). 30,76% des patients avaient une atteinte des troncs supra-aortiques et 30,76% avaient une atteinte des coronaires associées.

46,2% des patients étaient en stade IV de la classification de Leriche et Fontaine, 30,8% en stade IIb et 23,1% en stade IIc. Les lésions iliaques étaient classées en : TASC A (30,8%), TASC B (15,4%), TASC C (7,7%) et TASC D (46,2%). Ces lésions ont été traitées pour 54% par dilatation simple au ballonnet, 38% par dilatation+stent et pour 8% par recanalisation. Cette revascularisation concernait : l'artère iliaque primitive (62%), iliaque externe (31%) et l'association des deux (8%).

La chirurgie sous inguinale consistait en : endartériectomie simple dans 1 cas, endartériectomie avec angioplastie d'élargissement dans 2 cas, pontages dans 9 cas (6 pontages fémoro-poplités pour

revascularisation du membre homolatéral et 3 pontages fémoro-fémoraux croisés pour revascularisation du membre controlatéral) et thrombectomie d'un ancien pontage.

La perméabilité primaire est de : 100% à 3 mois, 55,6% à 1 an, 71,4% à 3 ans et 80% à 5 ans. On note un sauvetage de membre de 100% à 3 mois et 76% à un an. Nous ne rapportons aucun décès dans notre série.

Discussion : Le développement des techniques endovasculaires a permis d'améliorer le pronostic de certaines lésions dont la chirurgie était associée à une forte morbi-mortalité. Ces techniques sont utilisées seules ou combinées à une chirurgie classique à ciel ouvert qui se veut le moins invasif possible.

Ces procédures hybrides ont donc permis d'allier les avantages des deux techniques pour un meilleur résultat, au moindre complication.

C37 STIMULATION VENTRICULAIRE GAUCHE INVOLONTAIRE PAR PASSAGE TRANS-SEPTAL VENTRICULAIRE (A PROPOS D'UNE OBSERVATION)

Z. Bazid , M. Lazraq,I. Hajjaji, B. Balkis, I. Fellat, A. Aoud, M.Arharbi
Service de cardiologie B CHU Ibn Sina Rabat

Introduction : L'**introduction** dans le ventricule gauche d'une sonde de stimulation, par un trajet trans-septal ventriculaire involontaire peut passer inaperçue pendant la mise en place d'un pacemaker et ne se révéler que tardivement, parfois à l'occasion de complications. Nous discutons à travers notre **observation** les différents moyens pour éviter ce piège de la stimulation cardiaque définitive.

Observation : Madame N..., âgée de 80 ans, est porteuse d'un stimulateur cardiaque monochambre implanté en Mai 2004 pour bloc auriculo-ventriculaire (BAV) Mobitz II de haut degré symptomatique. Les suites immédiates ont été marquées par un défaut de stimulation, ayant nécessité une reprise le même jour. Aucun suivi régulier n'est effectué. Trois ans plus tard elle consulte pour asthénie profonde. Un déplacement de sonde est évoqué sur l'ECG qui montre un aspect de retard droit. La sonde de stimulation se projette sur l'aire du ventricule gauche à la radiographie thoracique. L'échocardiographie transthoracique montre un passage de la sonde de stimulation à travers le septum interventriculaire à sa partie musculaire, et arrive au niveau du segment apical de la paroi latérale du ventricule gauche auquel elle est bien ancrée, sans shunt décelable au Doppler couleur. Compte tenu de l'âge de la patiente, de l'ancienneté de l'implantation et du bon fonctionnement de la sonde, il a été décidé le suivant : une abstention thérapeutique, avec démarrage d'un traitement par anti-vitamines 'K', et il est prévu lors du changement du boîtier de mettre une autre sonde ventriculaire droit.

Discussion : L'implantation d'une sonde de stimulation dans le ventricule gauche par un trajet trans-septal involontaire est rarement décrite (exceptionnellement à travers le septum interventriculaire) et peut avoir des conséquences graves. Une surveillance attentive d'une dérivation ECG de surface pour remarquer un axe droit insolite du QRS stimulé, ainsi qu'un contrôle radioscopique sont nécessaires pour dépister une telle malposition de la sonde pendant l'intervention.

C38 EVOLUTION DE LA FONCTION VENTRICULAIRE GAUCHE APRÈS CHIRURGIE DE REMPLACEMENT VALVULAIRE AORTIQUE

M.E.A. Nouar, M. Djenas,B. Djafer, H. Benalikhoudja, H. Laouer, L. Halassi, R. Mehyaoui, M.O. Amrane.
Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire (Pr. M.O. AMRANE);
EHS Dr M.A. MAOUCHE, El Biar – Alger - Algérie

Cette étude évalue les résultats à long terme de la chirurgie de l'insuffisance aortique et l'évolution de la fonction ventriculaire gauche après chirurgie.

De 1996 à 2000, 252 patients ont été opérés. L'âge moyen est de 35 ± 12 ans. 141 patients étaient porteurs d'une lésion mitrale associée, avec, dans 20 % des cas, une lésion valvulaire tricuspide associée. Quatre patients présentaient un anévrisme de l'aorte ascendante dont une dissection (type I de Baky). 13 % des patients étaient au stade fonctionnel III-IV de la NYHA. 15 % ont présenté dans leurs antécédents un ou plusieurs épisodes de décompensation cardiaque et 10 % une endocardite.

L'étiologie est rhumatismale dans 93% des cas.

Soixante quinze patients avaient une fraction d'éjection < 40 %. Trente huit étaient des monovalvulaires, 19 avaient une atteinte mitrale associée et 18 une atteinte mitrale et tricuspide. Trente pour cent de ces patients

sont au stade III-IV de la NYHA sous traitement médical au moment de l'intervention

Tous les remplacements valvulaires sont effectués par valve mécanique.

La mortalité opératoire est de 22 patients (8,7 %), due à une incompétence myocardique.

Les patients au stade III de la NYHA nécessitent le maintien pour un bon nombre d'entre eux du traitement médical.

La chirurgie de l'insuffisance aortique donne de bons **résultats** à long terme à condition d'une bonne préparation préopératoire et d'un bon suivi médical. Nos **résultats** (survie actuarielle) sont confrontés aux données de la littérature.

C39 FACTEURS PRÉDICTIFS DE L'ATTEINTE CORONAIRE TRITRONCULAIRE AU COURS DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS EN DEHORS DU DIABÈTE ET DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

S.Chine, M.ElMensi, A.BenHalima, I.Naas, S.Gargouri, K.Bouzouita H. Keskes, I.Kamoun, S.Kachboura.

Service Cardiologie, Hôpital A.Mami. EPS de l'Ariana

Introduction : L'insuffisance coronaire est une pathologie en nette progression, touchant des sujets de plus en plus jeunes souvent tabagiques mais non diabétiques et non hypertendus. Le pronostic à long terme dépend de la sévérité de la maladie coronaire, les patients tritronculaires ont généralement un pronostic plus sévère et nécessitant un recours plus fréquent à la prise en charge chirurgicale.

Objectif : Notre étude se propose de déterminer les facteurs prédictifs cliniques et paracliniques de lésions tritronculaires au cours des syndromes coronariens aigus chez des patients non hypertendus et non diabétiques.

Patients et méthodes : Ont été inclus dans notre étude 120 patients non diabétiques non hypertendus admis pour syndrome coronarien aigu. Ces patients ont bénéficié d'un examen clinique minutieux, un électrocardiogramme, une échocardiographie cardiaque, un dosage de la microalbuminurie au troisième jour d'admission. Les patients ont aussi bénéficié d'une échographie carotidienne avec détermination de l'épaisseur intima média carotidienne (EIMC) et une coronarographie avec évaluation des lésions coronaires par le score de Gensini.

Résultats : Il s'agit de 120 patients (109 hommes et 11 femmes) âgés en moyenne de 57 ± 11 ans (extrêmes 32 à 79 ans). 70 patients sont admis pour syndrome coronarien aigu avec sus-décalage ST (SCA ST+). La prévalence du tabagisme est de 80%, 6 patients ont des antécédents de coronaropathie familiale et 60% des patients sont sédentaires. Le BMI moyen est de 25 ± 4 Kg/m².

En analyse univariée, les facteurs prédictifs de lésions tritronculaires sont l'âge ($p=0,006$), le sexe masculin ($p<0,001$), le tabagisme ($p<0,001$), la sédentarité ($p<0,001$), le SCA ST+, le BMI ($p=0,01$), la microalbuminurie ($p<0,001$) et l'EIMC ($p<0,001$).

En analyse multivariée, seuls l'âge, la microalbuminurie et l'EIMC sont prédictifs des lésions tritronculaires avec valeur cut off de 18 mg/24 h pour la microalbuminurie (sensibilité= 89% ; spécificité=55%) et de 0,9 mm pour l'EIMC (sensibilité 88% ; spécificité = 70%).

Conclusion : L'âge, la microalbuminurie et l'EIMC sont de bons marqueurs prédictifs de la diffusion des lésions coronaires. Leur évaluation systématique au cours d'un SCA permet de mieux appréhender le statut coronaire et stratifier le risque cardiovasculaire du patient avant coronarographie.

C40 LA PRISE EN CHARGE INVASIVE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE COMPLIQUÉ D'ÉTAT DE CHOC CARDIOGÉNIQUE. ETUDE DES FACTEURS PRONOSTIQUES

K. Battikh, K. Mrabet, Y. Ben Ameer, F. Ben Moussa, C. Abbessi, S. Longo, S. Fennira, S. Kraïem, M.L. Slimane

Service de Cardiologie Hôpital Habib Thameur Tunis

L'état de choc Cardiogénique (ECC) est une complication grave de l'infarctus du myocarde (IDM) grevée d'une lourde mortalité qui a été nettement améliorée par la revascularisation myocardique dans les séries internationales. Il est très intéressant de savoir quels sont les facteurs pronostiques dans notre population

tunisienne et quels sont les résultats des méthodes utilisées dans notre environnement médical.

But du travail : Etudier le profil clinique et angiographique des patients ayant bénéficié d'une angioplastie en urgence motivée par un ECC compliquant un IDM et de dégager les facteurs influençant la mortalité intra hospitalière.

Méthodes : Nous avons exploité les données de la base de données prospective de l'angioplastie coronaire du service de cardiologie de l'Hôpital Habib Thameur entre Septembre 2004 et Juin 2008 pour en extraire 28 ECC primaire. Nous avons étudié les caractéristiques cliniques et angiographiques pour dégager les facteurs pronostiques.

Résultats : L'âge moyen 60,1 ans \pm 10,9, le sex ratio est de 4,6 avec le tabac en tête des facteurs de risque (67,9%) suivi du diabète 53,6% et de l'HTA 39,3%

L'infarctus était avec sus décalage du ST dans 92,8% des cas, et antérieure dans 42,9% des cas. L'artère coupable était également répartie entre l'IVA et la CD (39,3%) avec un flux TIMI 0 ou 1 dans 82,1% des cas, et l'arbre coronaire était particulièrement atteint avec un statut multi tronculaire dans 71,4%. L'angioplastie a été faite avec un taux de succès 71,4% pour rétablir un flux TIMI3 en utilisant les stents dans 82,14% et 14,3% d'utilisation des anti GPIIb/IIIa. La Mortalité intra hospitalière globale était de 53,57% proche des grandes séries internationales.

Les Facteurs prédictifs de mortalité sont : les troubles conductifs (RR : 9,1), l'occlusion coronaire de type C (RR : 7,5), l'échec de l'angioplastie avec un flux TIMI 0-1-2 (RR : 10,5), un mauvais Blush grade (RR 18,1) et l'absence de résolution segment ST (RR : 3,5). La survie à la sortie de l'hôpital est de 83,3 % à 9,6 mois de suivi. Ainsi notre étude dégage les indicateurs de la reperfusion comme facteurs pronostiques déterminants aussi bien sur les critères angiographiques qu'électriques et met le doigt ainsi sur le point crucial du traitement de l'infarctus du myocarde.

Conclusion : L'angioplastie coronaire est techniquement réalisable en urgence pour l'ECC dans notre contexte, elle s'accompagne d'un assez bon résultat angiographique qui se traduit par une amélioration pronostique liée surtout à une bonne reperfusion. L'utilisation de l'assistance hémodynamique pourrait encore améliorer ces résultats

C41 TIROFIBAN ET COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES

F. Mghaieth, A. Amri, K. Kammoun, S. Ben Hammouda, R.Trabelsi, S. Mourali, A. Farhati, S. Abdessalem, R. Boussada, N. Larbi, R. Mechmèche.

Service des Explorations Fonctionnelles et de Réanimation Cardiologiques. Hôpital la Rabta-Tunis

Introduction : Le Tirofiban, un antagoniste non peptidique puissant et spécifique des récepteurs Gp II b/III plaquettaires, est caractérisé par son action rapide et sa demi-vie brève. Son utilisation a été d'un grand apport en raison de ses bénéfices prouvés dans le traitement des syndromes coronariens aigus et la prévention des complications thrombotiques en post angioplastie coronaire. Cependant, son utilisation est limitée par une augmentation des complications hémorragiques, parfois graves.

Le **but** de l'étude était de déterminer l'incidence, la nature et les facteurs favorisant de survenue de complications hémorragiques sous tirofiban dans notre population et de les comparer aux données de la littérature.

Matériel, méthodes et résultats : L'étude a inclus 75 patients consécutifs hospitalisés entre septembre 2007 et septembre 2008. L'âge moyen était de 56 \pm 12 ans, 52 82% étaient de sexe masculin. Parmi nos patients, 31% étaient diabétiques, 41% hypertendus, 19% dyslipidémiques et 14% une insuffisance rénale chronique non terminale. Dans notre population aucun patient n'avait d'antécédents d'ulcère gastro-duodéal, d'accident vasculaire cérébral ni d'hémopathie connue. 73 % des patients étaient hospitalisés pour syndrome coronarien aigu (SCA) avec sus décalage de ST dont 27% des cas avaient reçu un fibrinolytique (la streptokinase). 15,8% des patients avaient des signes d'insuffisance cardiaque. Un seul patient avait une clairance de créatinine $<$ 40 ml/mn. Tous les patients ont reçu une dose de charge de clopidogrel, 600 mg pour 88 % des cas et 900 mg dans 12% des cas. L'héparine non fractionnée à la pousse seringue électrique a été utilisée dans tous les cas. L'indication de la mise sous tirofiban a été la présence de matériel thrombotique à la coronarographie (82 % des cas) et des syndromes coronariens sans sus décalage de ST à haut risque dans 17%. Les accidents hémorragiques ont intéressés 7 patients soit 11% des cas et se répartissaient selon la gravité de l'hémorragie

en 2 cas d'hémorragie majeure et 6 cas d'hémorragie mineure (selon la classification TIMI 11), et selon le site de l'hémorragie en 2 cas d'hémorragie digestive dont 1 mortel (1.5% des cas) et 6 cas d'hématome au point de ponction de la coronarographie dont un cas compliqué d'un syndrome de Volkman ayant nécessité une aponévrectomie de décharge puis des rapprochements des berges. Le diabète et l'héparinothérapie avec un temps de céphaline activée (TCA) supérieur à 2.5 fois le témoin ont été les facteurs indépendants associés à la survenue de complications hémorragiques. Enfin un âge supérieur à 70 ans a été retrouvé associé à la survenue d'une hémorragie grave.

En **conclusion**, une évaluation préalable du risque hémorragique est primordiale pour une utilisation rationnelle des anti GIIb/IIIa. De même une surveillance attentive clinique et biologique (TCA) en cours de leur utilisation est nécessaire.

C42 PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFARCTUS DU SUJET JEUNE.

Y. Benchabi, R. Belguedj, F. Bencheikh, C. Lahmer, N. Abdous, R. Bouchir
Service cardiologie; CHU Constantine

Introduction: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et comparative, entre le profil épidémiologique de l'infarctus du sujet jeune (inférieur à 45 ans) à celui des patients de 45 ans et plus.

Moyens et Méthodes: 300 dossiers ont été revus; Ont été inclus tous les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde à la phase aigüe. Nous avons recueilli dans les deux groupes les différents facteurs de risque, les délais de consultation, le territoire infarci et le pronostic.

Résultats: dans notre série, 14% des sujets admis ont moins de 45 ans; il existe une nette prédominance masculine et de facteurs de risque modifiables. Le tabac demeure le facteur de risque le plus constant mais on constate une fréquence non négligeable d'éléments du syndrome métabolique ; cet évènement constitue souvent le mode d'entrée dans la maladie athéromateuse pour cette tranche d'âge. Le pronostic reste bon dans cette population, avec des délais de thrombolyse précoce et une fonction ventriculaire gauche conservée.

Conclusion: l'IDM du sujet jeune est de meilleur pronostic avec moins de dysfonctions ventriculaires gauches et une mortalité moindre. Des enquêtes épidémiologiques plus larges permettraient de mieux cerner le profil de cette nouvelle population, de personnaliser sa prise en charge, et d'instaurer une prévention primaire précoce et adaptée, vu la prédominance de facteurs de risque modifiables.

C43 SYNDROME METABOLIQUE, TAUX DE HDL CHOLESTEROL ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE.

F. Moatemri, K. Ben Hamda, MA. Majdoub, K. Mzoughi, H. Thawaba, S. Hamdi, F. Maatouk
Service de cardiologie B, CHU de Monastir, Tunisie.

Depuis quelques années, les cardiologues ont pris conscience de l'importance du taux de HDL cholestérol (HDLc) dans la pathologie cardiovasculaire. Le HDLc fait aussi partie intégrante de la définition du syndrome métabolique (Mets).

But : Étudier le risque cardiovasculaire chez les patients avec un Mets selon les taux de HDLc.

Patients et méthodes : Le Mets a été recherché chez 524 patients hospitalisés au service de cardiologie entre 2005 et 2007, selon les critères de la NCEP-ATPIII, à savoir l'association d'au moins 3 critères parmi les 5 proposés : obésité abdominale, hypertriglycéridémie (TG), hypoHDLémie (HDLc), hyperglycémie à jeun et hypertension artérielle. Le seuil de HDLc anormal considéré était de 1,29 mmol/l pour les femmes et de 1,03 mmol/l pour les hommes. 159 hommes et 112 femmes étaient inclus.

Résultats : Chez les femmes, un taux de HDLc bas est corrélé à une plus grande fréquence du diabète (59% vs 51%, $p=0,05$), de l'HTA (79,3% vs 66,7%, $p= 0,04$), des dyslipidémies (19,8% vs 13,8%, $p=0,03$). Les cardiopathies ischémiques sont aussi plus fréquentes avec 39 % des patientes vs 23,8% ($p<0,05$). Par contre les paramètres biologiques autres que le HDLc et le CHT étaient semblables.

Ces mêmes résultats sont retrouvés chez les hommes, sauf pour l'HTA ou les taux ne sont pas significativement différents (63% vs 58,8%). La fréquence des coronaropathies était de 79,5% en cas de HDLc <1,03 mmol/l et de 60,6% dans le cas contraire.

Conclusion : Le HDLc représente à lui seul un facteur de risque cardiovasculaire. La prévention primaire chez

les sujets à risque et la prévention secondaire par les statines sont d'actualité.

C44 APPORT DE LA TOMOSCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE DANS LA DETECTION DE LA RESTENOSE CORONAIRE APRES ANGIOPLASTIE CORONAIRE; ETUDE PROSPECTIVE.

N. Diab*, E. Benmokhtar*, F. Menad****, Em. Haffaf****, Chabane Chaouch**, Kermezli**, N. Adjeroud*, R. Bougherbal**, K. Merad***.

Services de cardiologie, HCA*, EHS DR MAUCHE**, CHU MUSTAPHA***,
Service de médecine nucléaire****, HCA. Alger

Nous rapportons dans ce travail prospectif, l'apport de la tomoscintigraphie myocardique dans l'évaluation de la resténose après angioplastie transluminale coronaire (ATC). Le gold standard étant la coronarographie.

L'étude de la resténose est réalisée par quantification angiographique. Il faut préciser qu'il s'agit d'un travail prospectif portant sur l'ATC et la resténose, sinon, en routine, la resténose est recherchée par les examens non invasifs : épreuve d'effort et ou scintigraphie myocardique.

Il s'agit de 126 patients, 115 hommes et 11 femmes dont l'âge moyen est de $57,42 \pm 8,53$ ans présentant une lésion coronaire monotronculaire. Le nombre de facteurs de risque par patient est de 3,4 ; 24 % des patients sont diabétiques et 63 % des hommes sont tabagiques.

Sur le plan coronarographique, nous avons entrepris une dilatation sur 129 lésions, trois patients avaient une double lésion sur la même artère. Soixante sept pour cent des lésions siègent sur l'interventriculaire antérieure (IVA), 21 % sur la coronaire droite (CD) et 12 % sur la circonflexe (CX). La lésion de type A représente 11% du nombre total des lésions, 62 % des lésions sont de type $\geq B2$. Dans 19 % des cas, le diamètre fait moins de 2,5 mm, dans 35 % des cas, le diamètre est ≥ 3 mm. Sa longueur est > 10 mm dans 56 % des cas. Les stents utilisés sont à métal nu.

Le contrôle coronarographique à 6 mois a intéressé 118 patients soit 94 % des patients. Le taux de resténose angiographique a été évalué à 12 %. Les performances de la clinique dans la détection de la resténose étaient médiocres avec une sensibilité de 43 %, une spécificité de 91 %, une valeur prédictive positive (VPP) à 38 %, mais la valeur prédictive négative (VPN) est satisfaisante, elle est de 93 % ; par contre la tomoscintigraphie myocardique corrélée à la coronarographie a permis de détecter la resténose avec une sensibilité de 88 %, une spécificité de 98 %, une VPP et VPN respectivement de 88 % et 98 %.

Point important dans ce travail, l'index de perte tardive est de 0,31 contre 0,45 – 0,50 dans la littérature ; chez nos diabétiques, il est de 0,37 contre 0,68, taux nettement inférieurs par rapport à ceux rapportés dans la littérature.

C45 IMPACT DE LA REVASCULARISATION PAR ANGIOPLASTIE TRANSLUMINALE CORONAIRE SUR LA CINETIQUE SEGMENTAIRE ET LA FRACTION D'EJECTION VENTRICULAIRE GAUCHE.

N. Diab, E. Benmokhtar, N. Adjeroud

Service de Cardiologie. Hôpital Central de l'Armée. Alger.

Pour évaluer à 6 mois, l'impact de l'angioplastie transluminale coronaire sur la fraction d'éjection ventriculaire gauche et la cinétique régionale correspondant au territoire pris en charge par l'artère dilatée, nous avons confronté avant l'angioplastie et à 6 mois de celle-ci, grâce à l'angiographie quantitative,

*les volumes ventriculaires télédiastolique et télésystolique,

*la fraction d'éjection ventriculaire gauche et

*la cinétique segmentaire correspondant aux territoires irrigués par l'artère dilatée.

Il s'agit d'un travail prospectif, portant sur 126 patients, 115 hommes et 11 femmes dont l'âge moyen est de $57,42 \pm 8,53$ ans présentant une lésion coronaire monotronculaire.

Dans 25 % des cas, l'angioplastie transluminale coronaire est réalisée pour angor stable, dans 35 % pour syndrome coronaire aigu sans persistance du segment ST et dans 40 % dans le post infarctus.

Nos **résultats** montrent qu'à 6 mois de l'ATC, l'évolution de la FE et de la cinétique segmentaire se présente différemment selon que les patients avaient été dilatés dans le post infarctus ou après un angor.

Dans notre travail, l'ATC chez les patients en angor stable ne semble apporter aucun bénéfice sur la FE et la cinétique segmentaire, ces dernières étant normales avant l'ATC exception faite lorsque la sténose est très serrée $\geq 80\%$. Dans ce cas, les troubles de la cinétique segmentaire sont étendus en particulier lorsqu'il s'agit d'une sténose de l'interventriculaire antérieure (IVA). Après l'ATC, on observe une amélioration de la FE de 9 % entre les 2 ventriculographie ($74,5\% \pm 11,83$ contre $65,5\% \pm 11,10$) avec une différence significative. La récupération de la cinétique segmentaire est particulièrement appréciable. Ce bénéfice est également frappant chez les patients dilatés dans les suites d'un SCA sans persistance du segment ST. Leur FE s'améliore également de 9 %. Chez les patients dilatés dans le post infarctus, nous n'avons pas observé une amélioration significative de la FE, la variation de 5 % seulement. Mais ceci n'est pas synonyme d'échec. La diminution des volumes, l'absence de survenue au cours du suivi d'événements coronaires ou d'insuffisance cardiaque sont en eux-mêmes des résultats positifs.

C46 ETUDE DE LA RESISTANCE AU CLOPIDOGREL DANS LES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

A. Mahdhaoui, A. Tritar, M. Sassi *, M. Ben Romdhane, B. Trimech, S. Fradi, M. Sakli, H. Bouraoui, S. Ernez, T. Mahjoub *, G. Jeridi

Service de Cardiologie, Hôpital Farhat Hached. Sousse

*Service Hématologie biologique Hôpital Farhat Hached. Sousse

L'efficacité du Clopidogrel a été largement démontrée dans la réduction du risque de survenue d'évènements thrombotiques chez les patients coronariens.

Cependant, ces dernières années plusieurs équipes ont montré, dans une large proportion de patients, l'existence d'une réponse plaquettaire inadaptée au traitement par Clopidogrel.

L'**objectif** de ce travail d'évaluer au sein d'une population de patients prise en charge pour syndrome coronarien la proportion de patients présentant une réponse inadaptée au clopidogrel et d'identifier les facteurs prédictifs cliniques et paracliniques associés à l'existence d'une réponse inadaptée au clopidogrel et d'évaluer l'effet des deux formes commerciales du clopidogrel.

Notre travail a inclus 35 patients admis au service de cardiologie du CHU Farhat Hached pour syndrome coronariens aigus. Le clopidogrel a été prescrit chez tous les patients sous 2 formes (le Plavix et son générique Pidogrel) à raison de un comprimé par jour et après dose de charge.

L'effet anti-plaquettaire du clopidogrel a été évalué selon la méthode d'agrégométrie plaquettaire l'ADP ($10\mu\text{mol/l}$) et le PFA-100.

Nous avons calculé la valeur moyenne d'agrégabilité d'une population témoin. Les patients chez qui les **résultats** ont été supérieurs à cette valeur moyenne de deux déviations standards (60%) à J0 étaient considérés comme non répondeurs.

Quatre patients étaient non répondeurs au traitement. Si, Le clopidogrel n'a pas beaucoup prolongé le temps d'occlusion dans le PFA 100, on observe une corrélation significative avec la méthode d'agrégation plaquettaire.

Pas de différences dans l'évolution des valeurs de l'agrégation plaquettaire à l'ADP chez les patients sous Pidogrel et sous Plavix à différents moments de l'étude.

La persistance d'une hyper-agrégabilité plaquettaire sous Clopidogrel affecte une large proportion de patients coronariens. Le dépistage de ces patients pourrait devenir systématique et il est probable que l'attitude thérapeutique sera modifiée et adaptée aux examens de laboratoire.

C47 LESIONS ASSOCIEES A LA NON COMPACTION VENTRICULAIRE

K.Selmi, H.Bergaoui, A.Joulak, W.Sdiri, R.B.Romdhane, K.Bachraoui, A.Mokaddem, Mr.Boujnah

Service de Cardiologie, Hôpital Mongi SLIM - La Marsa

La non compaction du ventricule gauche (NCVG) est une cardiomyopathie rare et

Souvent isolée du VG. Nous avons sélectionné 20 patients ayant une NCVG définie selon les critères de Jenni : 17 sont des hommes, l'âge moyen est 54 ans. 11 patients sont en insuffisance cardiaque. La lésion intéresse le VG dans 18 cas, 2 fois les lésions sont biventriculaires.

Les associations retrouvées sont :

- 1 – Une atteinte ischémique chez 11 patients compliquée de fuite mitrale
Sévère chez 3 patients.
- 2 – Une HTA chez 8 patients.
- 3 – Une insuffisance aortique sévère chez un patient.
- 4 – Une sténose mitrale chez 1 patient.
- 5 – Une fibrillation auriculaire chez 2 patients.
- 6 – Un BAV complet dégénératif nécessitant la mise en place d'un pace maker.
- 7 – Une CIA large associée à une CIV et une fuite mitrale sévère par prolapsus valvulaire mitral.

Nous concluons que la non compaction ventriculaire, cardiomyopathie déjà rare décrite souvent isolée, peut être associée à d'autres lésions cardiaques rendant son diagnostic et sa prise en charge difficiles.