

Description de la Qualité de Vie des Patients Présentant une Cardiomyopathie Dilatée

[Description of the Quality of Life of Patients with Dilated Cardiomyopathy]

Benja Ramilitiana¹, Narindrarimanana Avisoa Randriamihangy², Lahatriniavo Ritchy Ramiandrisoa³, Rado Olivier Rakoto Sedson⁴, Samoelin Razy³, Radonirina Lazasoa Andrianasolo⁵, Nirina Rabearivony³

¹Service de Néphrologie, CHU JRB, Antananarivo, Madagascar

²Service de Cardiologie, CHU Mahavoky Atsimo, Mahajanga, Madagascar

³Service de Cardiologie, CHU JRB, Antananarivo, Madagascar

⁴Service de Cardiologie, CHU Morafeno, Toamasina, Madagascar

⁵Service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes, CHU JRB, Antananarivo, Madagascar



Résumé – But. – Décrire la qualité de vie de patients présentant une cardiomyopathie dilatée hospitalisés au service de Cardiologie de l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana.

Patients et Méthodes. – Nous avons effectué une étude prospective descriptive, basée sur 31 patients, sur une période de 8 mois allant du 15 mai 2017 au 15 janvier 2018 à l'aide du questionnaire Medical Outcomes Study Short Form SF-12.

Résultats. – La prévalence hospitalière de la cardiomyopathie dilatée était de 7,08%. L'âge moyen était de 56,74 ans avec une légère prédominance masculine. Vingt patients (64,52%) étaient en décompensation sur le mode global. Le diamètre télédiastolique moyen du ventricule gauche était de 63,95 mm. Sur la qualité de vie, 48,39% se sentaient « un peu limité » au cours des efforts physiques modérés et 45,16% se sentaient être « beaucoup limités » à la réalisation des efforts physiques plus importants. Selon les 8 dimensions du SF-12, la santé psychique et la relation avec les autres se situaient au-dessus de la moyenne, contrairement à l'état physique qui était altéré. Le score résumé psychique était au-dessus de la moyenne (54,28±13,04), contrairement au score résumé physique (46,85±24,67).

Conclusion. – La cardiomyopathie dilatée est une maladie qui altère la qualité de vie en particulier la santé physique. L'intégration de la réadaptation cardiaque dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique à Madagascar pourrait pallier à ce problème.

Mots-clés – Cardiomyopathie dilatée, Insuffisance cardiaque, Qualité de vie, Antananarivo.

Abstract – Aims To assess the quality of life of patients with dilated cardiomyopathy hospitalized at the University Hospital of Antananarivo, Joseph Raseta Befelatanana Hospital.

Patients and methods. – We performed a descriptive prospective study, based on 31 patients, over an 8-month period from May 15, 2017 to January 15, 2018 using the Medical Outcomes Study Short Form SF-12 questionnaire.

Results. – The hospital prevalence of dilated cardiomyopathy was 7.08%. The mean age was 56.74 years with a slight male predominance. Twenty patients (64.52%) had a global cardiac decompensation. The mean of the telediastolic diameter of the left ventricle was 63.95 mm. The majority of patients (48.39%) felt “a bit limited” during moderate physical exertion and 45.16% felt that they were “much limited” when performing significant physical effort. According to the 8 dimensions of SF-12, mental health and relationships with others were above average, in contrast to the physical state which was altered. The summary psychic score was above average (54.28 ± 13.04), unlike the physical summary score (46.85 ± 24.67).

Conclusion. – Dilated cardiomyopathy is a disease that affects quality of life, especially physical health. The integration of cardiac rehabilitation for the management of chronic heart failure in Madagascar could help to solve this problem.

Keywords – Dilated cardiomyopathy, Heart failure, Quality of life, Antananarivo.

I. INTRODUCTION

La cardiomyopathie dilatée (CMD) se définit par une atteinte du muscle cardiaque à l'origine d'une dilatation et d'une altération de la contractilité du ventricule gauche ou des deux ventricules entraînant des épisodes d'insuffisance cardiaque d'évolution variable, pouvant aboutir à une insuffisance cardiaque réfractaire [1]. Cette atteinte peut être idiopathique ou bien secondaire à une pathologie cardiaque sous-jacente [2], [3]. Aux Etats Unis, l'incidence est de 400-500 nouveaux cas par an et en France elle représente 2 à 5% des hospitalisations en cardiologie. En Afrique noire, elle constitue les 3 à 62% des pathologies cardiovasculaires [4]. Elle est responsable d'une forte mortalité (10 000 par an aux États-Unis) et constitue le premier motif de la transplantation cardiaque [5], [6]. En Afrique, la CMD constitue aussi un problème de santé publique par sa morbidimortalité [7]. Beaucoup des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque présentent une CMD, pourtant peu d'études étaient menées sur l'évaluation de la qualité de vie relative à cette pathologie. L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie en ambulatoire des patients présentant une CMD.

II. PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive, du 15 mai 2017 au 15 janvier 2018 (08 mois), chez les patients hospitalisés au service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana.

Pour le recrutement des patients, nous avons observé tous les résultats de l'échographie cardiaque des patients hospitalisés, quelle que soit la cause de la maladie. Un questionnaire sur la qualité de vie était utilisé pour les patients qui avaient présenté une CMD. Le questionnaire était inscrit sur une fiche de recueil de données comportant les données démographiques, la date et le motif d'entrée, les données de l'échographie Doppler cardiaque, l'étiologie de la cardiomyopathie dilatée et le traitement reçu lors de l'hospitalisation. Ont été inclus, tous les patients présentant à l'échographie cardiaque une dilatation du ventricule gauche avec un diamètre > 27 mm/m² ou > 55 mm en diastole et une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) $< 50\%$. Les échographies Doppler cardiaques étaient réalisées par un(e) cardiologue. Ont été exclus tous

les patients qui ne pouvaient pas répondre correctement et les patients non consentant.

Les paramètres étudiés étaient : le genre, l'âge, la situation matrimoniale, la profession, le mode de décompensation cardiaque, la cause de la CMD, ainsi que les paramètres échographiques tels que le diamètre télédiastolique du ventricule gauche, la fraction d'éjection du ventricule gauche. L'évaluation de la qualité de vie était réalisée grâce au questionnaire Medical Outcomes Study Short Form 12 ou Short Form 12 (SF-12) [8], [9] (Tableau I). Le SF-12 est une échelle faite de 12 items, qui permet de calculer 2 scores globaux patients qui avaient présenté une CMD. Le questionnaire était inscrit sur une fiche de recueil de données comportant les données démographiques, la date et le motif d'entrée, les données de l'échographie Doppler cardiaque, l'étiologie de la cardiomyopathie dilatée et le traitement reçu lors de l'hospitalisation. Ont été inclus, tous les patients présentant à l'échographie cardiaque une dilatation du ventricule gauche avec un diamètre > 27 mm/m² ou > 55 mm en diastole et une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) $< 50\%$. Les échographies Doppler cardiaques étaient réalisées par un(e) cardiologue. Ont été exclus tous les patients qui ne pouvaient pas répondre correctement et les patients non consentant.

Les paramètres étudiés étaient : le genre, l'âge, la situation matrimoniale, la profession, le mode de décompensation cardiaque, la cause de la CMD, ainsi que les paramètres échographiques tels que le diamètre télédiastolique du ventricule gauche, la fraction d'éjection du ventricule gauche. L'évaluation de la qualité de vie était réalisée grâce au questionnaire Medical Outcomes Study Short Form 12 ou Short Form 12 (SF-12) [8], [9] (Tableau I). Le SF-12 est une échelle faite de 12 items, qui permet de calculer 2 scores globaux mesurant la qualité de vie : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique [8], [9]. Le SF-12 porte sur les 8 dimensions de la santé : la santé perçue, l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, les limitations dues à l'état psychique, les douleurs physiques, la santé psychique, la vitalité et la vie de relation avec les autres [8], [9]. Les scores de ces 12 questions sont calculés de façon à ce qu'un score élevé corresponde à un meilleur état de santé et seront répartis dans les 8 dimensions suivantes :

1. Le score activité physique (**Physical Functioning**) : c'est la somme des valeurs finales des questions 2a + 2b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure activité physique.
2. Le score limitations dues à l'état physique (**Role Physical**) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 3a + 3b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique l'absence de limitations dues à l'état physique.
3. Le score douleurs physiques (**Body Pain**) : C'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 5. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une absence ou peu de douleurs physiques.
4. Le score santé perçue (**General Health**) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 1. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure santé perçue.
5. Le score vitalité (**Vitality**) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 6b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure vitalité.
6. Le score vie et relation avec les autres (**Social Functioning**) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 7. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure vie relationnelle avec les autres (vie sociale).
7. Le score limitations dues à l'état psychique (**Role Emotional**) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 4a + 4b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique moins de limitations dues à l'état psychique.
8. Le score santé psychique (**Mental Health**) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 6a + 6c. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure santé psychique.

Concernant la transformation linéaire des scores de chaque dimension, elle a pour objectif de transformer le score d'origine de chaque dimension en un score qui s'étend de 0 à 100, obtenu par l'application de la formule suivante :

$$ST = \frac{(\text{score d'origine de l'échelle} - \text{le plus petit score d'origine possible})}{(\text{étendue possible des scores d'origine pour cette échelle})} \times 100$$

ST= Score transformé

Cette transformation va convertir le plus bas et le plus haut score possible respectivement de 0 à 100.

Nous avons calculé les 8 dimensions du SF-12 ainsi que les scores résumés physique et psychique pour chaque patient en utilisant le logiciel Excel 2016®. L'analyse statistique descriptive de toutes les données du questionnaire rempli par les patients a été ensuite effectuée à l'aide du logiciel EPI Info v 7.2.2.2®.

III. RÉSULTATS

• Aspects épidémiologiques et cliniques

Pendant la période d'étude, 466 patients ont été hospitalisés au service de cardiologie du CHU de Befelatanana. Cent trente-quatre patients étaient hospitalisés pour insuffisance cardiaque. La CMD a été diagnostiquée chez 33 patients soit 24,62% des insuffisances cardiaques. Trente et un parmi eux ont remis et bien rempli les questionnaires et ont été retenus dans notre étude.

L'âge moyen des patients était de 56,74 ans. Les âges extrêmes étaient de 26 ans et 83 ans. Le plus nombreux était les patients entre 51 et 60 ans (38,71%). Le sexe ratio était

de 1,06. Soixante-dix-sept pourcent des patients étaient mariés. Vingt patients (64,52%) étaient en décompensation sur le mode global et 11 patients (35,48%) sur le mode gauche. Selon l'étiologie de la CMD, la CMD de cause non retrouvée était la plus fréquente (35,48%) (Tableau II).

• Données échographiques

La valeur moyenne du diamètre télédiastolique du ventricule gauche était de 63,95 mm avec une minimale de 55 mm et une maximale de 78,5 mm. La moyenne de la FEVG était de 32,84% avec des extrêmes de 17,2% et 45,5%. Trois patients présentaient un thrombus intracardiaque (9,68%).

• Données sur la qualité de vie

○ Description des 7 items de S-F12

Concernant la perception générale de leur santé (item 1), 45,16% trouvaient leur santé « bonne ». Pour la perception générale de leur capacité physique (item 2), 48,39% se sentaient « un peu limités » au cours des efforts physiques

modérés et 45,16% se sentaient « beaucoup limités » à la réalisation des efforts physiques plus importants (Tableau III). Par rapport aux limitations dues à l'état psychique (item 4), 38,71% ont « toujours » eu des difficultés à faire ce qu'ils avaient à faire avec autant de soins et d'attention que d'habitude. Selon le retentissement des douleurs physiques (item 5), plus du tiers de nos patients (35,48%) ont été énormément limité dans leur travail ou leurs activités domestiques par la douleur physique (tableau III). Par rapport au niveau d'anxiété et de dépression (item 6), la réponse des patients connaissait une grande disparité. Le tiers des patients se sentaient parfois débordant d'énergie dans les 4 dernières semaines (Tableau III). Concernant la vie et relation avec les autres (item 7), 29,03% des patients n'ont jamais été gênés dans leur vie sociale (Tableau III).

○ Description des scores du SF-12

Les moyennes des scores santé perçue, activité physique, les limitations dues à l'état physique, les limitations dues à l'état psychique, la vitalité, les douleurs physiques, la santé psychique, la vie et la relation avec les autres sont représentés dans le tableau IV. La santé psychique et la relation avec les autres se situent au-dessus de la moyenne, contrairement à l'état physique qui était altéré (Tableau IV).

En outre, le score résumé psychique était au-dessus de la moyenne ($54,28 \pm 13,04$), contrairement au score résumé physique ($46,85 \pm 24,67$).

IV. DISCUSSION

• Aspects épidémiologiques et cliniques

L'âge moyen de notre série était de $56,74 \pm 11,84$ ans, comparable aux séries de Dramane au Mali et Lompo au Burkina Faso qui ont retrouvé respectivement $54,4 \pm 9,9$ et $53,69 \pm 14,95$ [10, 11]. La prédominance masculine des patients présentant une CMD était aussi concordante avec les données de la littérature [12, 13, 14]. En effet, par rapport à l'origine ischémique et hypertensive de la cardiopathie dilatée, les femmes seraient protégées jusqu'à la ménopause par les œstrogènes endogènes [15]. De plus, la prévalence de la cardiopathie du péripartum dans notre étude était très faible par rapport aux causes hypertensive et ischémique. Concernant la situation matrimoniale, 77,42% des patients étaient mariés. Une situation très importante, qui constitue un support psychique pour les patients.

Par rapport au mode de décompensation de la cardiopathie, 64,52% des patients recrutés étaient en décompensation sur le mode global versus 35,48% sur le mode gauche. Ce qui témoigne l'habitude des malgaches en général, de ne rejoindre les centres de santé qu'au stade

avancé de la maladie. Concernant l'étiologie, la plus fréquente était la CMD de cause non retrouvée (35,48% des cas) ce qui est concordante avec quelques données africaines [10], [11] mais discordante à ce qui se passe en Europe où l'origine ischémique est la plus fréquente [16], [17]. En effet, la coronarographie qui devrait faire partie du bilan étiologique d'une CMD n'a pas pu être réalisée. Malgré la non accessibilité de cet examen pour la majorité des malgaches, ces données justifient le besoin important des patients en cardiologie par rapport à cet examen. La cardiopathie dilatée d'origine hypertensive était la deuxième cause (29,03%) dans notre étude, comparable aux autres études africaines [11]. Par contre, en Europe, la prévalence de la cardiopathie dilatée d'origine hypertensive est plus faible, seulement 10,4% des étiologies [16], [17]. Ainsi, la prise en charge précoce et correcte de l'HTA devrait être intensifiée encore plus en Afrique.

• Données échographiques

Le diamètre télédiastolique du ventricule gauche était de 63,95 mm en moyenne dans notre étude, comparable à celui retrouvé par Lompo au Burkina Faso qui était de 65,34 mm [11]. Concernant la FEVG, la moyenne était de 32,84% dans notre étude, légèrement supérieure à celle de Trouillet en France qui avait retrouvé une moyenne de 24,62% sur 117 patients [18]. La faible taille de notre échantillon d'étude pourrait expliquer en partie cette différence. En outre, dans notre structure, les patients avec une FEVG très altérée, admis aux urgences sont souvent pris en charge en service de réanimation mais pas en cardiologie conventionnelle à cause d'un état de choc fréquent d'emblée.

• Données sur la qualité de vie

○ Description des items du SF-12

Bien que les maladies chroniques altèrent la santé des patients en général, presque la moitié de nos patients (45,16%) trouvaient leur santé « bonne ». Cette constatation était concordante avec la littérature, pouvant être expliquée par la révolution du traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque qui propose beaucoup d'alternatives actuellement pour améliorer la symptomatologie et la qualité de vie des patients [19]. Les dernières recommandations européennes sont précises concernant la hiérarchisation du traitement de l'insuffisance cardiaque proprement dite et ont aussi insisté sur l'importance de la prise en charge correcte des comorbidités comme la dénutrition et la carence martiale pour améliorer cette qualité de vie [19]. Néanmoins, 41,94% des patients se

sentaient « beaucoup limité » pour des efforts physiques modérés. Par contre, seulement 16,13% des patients avaient « toujours » une limitation en raison de leur état émotionnel. Leur relation et vie sociale étaient en général conservées car 29,03% n'avaient jamais de retentissement dû à leur état de santé sur les relations avec les autres.

○ Description des scores du SF-12

Le score pour la santé perçue (General Health) était au-dessous de la moyenne ($43,54 \pm 24$) contrairement à celui de Ghanbari-Firoozabadi au Moyen Orient qui avait trouvé un score de $61,47 \pm 19$ [20]. Le score sur le fonctionnement pour les activités physiques (Physical Functioning) était de 34,67, classifié dans l'incapacité « modérée », qui était bas par rapport à celui de Ghanbari-Firoozabadi qui avait trouvé un score à 57,06 [20]. Pour les limitations dues à l'état physique (Role Physical), le score était très abaissé à 27,41, situé dans l'incapacité « sévère ». Ce n'est pas le cas pour Ghanbari-Firoozabadi dont le score était de 51,41 [20]. Toutes ces différences s'expliquent par la pratique de la réadaptation cardiovasculaire par Ghanbari-Firoozabadi, fortement recommandée au cours de l'insuffisance cardiaque mais pour le moment non disponible dans les structures de soins malgaches [19].

Les limitations dues à l'état psychique étaient « modérées » avec un score à 38,70. Par contre, l'état psychique était plus altéré dans la série de Ghanbari-Firoozabadi avec un score à 26,63 [20]. En effet, malgré l'absence de psychologue clinique, la religion et le soutien familial pourraient combler en partie ce rôle pour les patients malgaches.

Enfin, les scores pour la vie et relation avec les autres, la santé mentale ainsi que la vitalité se trouvent au-dessus de la moyenne, respectivement à 62,09 ; 52,01 et 50,80. Ces chiffres sont proches de l'étude de Ghanbari-Firoozabadi, avec respectivement des scores à 65,44 ; 65,44 et 55,48 [20]. Ils indiquent un bon fonctionnement social des patients.

En comparaison avec les autres maladies chroniques, les patients présentant une CMD dans notre étude ainsi que les insuffisants cardiaques ont une qualité de vie plus altérée en termes d'activité physique et de limitation due à l'état physique [21]. Par contre, en ce qui concerne la vitalité (VT), la relation avec les autres (SF) et la santé psychique (MH), les patients de notre étude avaient des meilleurs résultats que les patients atteints d'une dépression (figure 2).

Pour les scores moyens de l'échelle SF-12, le score résumé physique est altéré à 46,98 versus 54,83 pour le score résumé psychique, contrairement à l'auto-évaluation

de la population de l'enquête PRESAGES chez 386 patients sidéens prétraités qui avait conclu une nette altération du score résumé psychique 37,0 versus 47,3 pour le score physique [22].

Notre population d'étude trouve une meilleure qualité de vie en comparaison avec les survivants de l'infarctus de myocarde dans une étude de cohorte réalisée en Angleterre chez 278 patients qui avait montré un score résumé physique à 42,28 et un score mental à 51,68 [23].

V. CONCLUSION

La description de la qualité de vie des patients présentant une cardiomyopathie dilatée dans cette étude nous a permis d'avoir quelques aperçus sur les difficultés ressenties par ces patients, tant sur le plan physique que psychique.

D'après les résultats obtenus par l'outil de mesure SF-12, une altération du score physique a été noté, en particulier sur les limitations sur les activités physiques quotidiennes. Par contre, le score mental était conservé en général.

Dans l'avenir, nous proposons l'intégration de la réadaptation cardiaque dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique à Madagascar, déjà démontrée dans les recommandations internationales pour améliorer la qualité de vie de ces patients.

RÉFÉRENCES

- [1] Hertz MI. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation—Introduction to the 2012 annual reports: new leadership, same vision. *J Heart Lung Transplant*. 2012 Oct;31(10):1045–51.
- [2] Richardson P, McKenna W, Bristow M, Maisch B, Mautner B, Connell J, et al. Report of the 1995 WHO / International Society and Federation of Cardiology (ISFC) Task Force on the Definition and Classification of cardiomyopathies. *Circulation* 1995;93:841-2.
- [3] Balaji, Subashini, N. Chidambaram. Detection and diagnosis of dilated cardiomyopathy an hypertrophic cardiomyopathy using image processing techniques. *Engineering Science and Technology, an International Journal* 19 (2016) 1871-80.
- [4] Vacheron A, Le Feuvre C, Di Matteo J. *Cardiologie*. 3ième éd, Paris : Flammarion 1999:363-8.
- [5] Duboc D. Myocardiopathies. *Rev Prat* 1997;47:1617-20.
- [6] Bertrand Ed. La maladie coronaire en Afrique noire: épidémiologie, facteurs de risque, symptomatologie clinique et coronarographique, évolution. *Bull. Acad. Natle. Méd.* 1992;176(3):311-26.

- [7] Brieler J, Breeden MA, Tucker J. Cardiomyopathy: An Overview. Am Fam Physician. 2017 Nov 15;96(10):640-46.
- [8] Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). J Health Serv Res Policy. 1997 Jan;2(1):14-8.
- [9] Manolio TA, Bauchman KL, Rodechffer R. Prevalence and etiology of idiopathic dilated cardiomyopathy (summary of a national Heart, Lung and Blood institute workshop). Am J Cardiol 1992, 69: 1458-1466.
- [10] Kopdonu J, Podée JOM, Chukuremeka ACU, Larbi E.B. Cardiomyopathy at the Korkebu Teaching Hospital : Analysis of 147 cases seen between January 1975 and Dec 1979. Cardiol Trop : 1984; 10 : 31-41.
- [11] Agboton H, Massougbdji M, Badarou G., Tchabi Y, Dossouvi C, Akindes R. Facteurs épidémiologiques des cardiomyopathies au Bénin. Cardiol. Trop. 1986 ; 12 (48) : 179-83.
- [12] Gerbeaux A. Les myocardiopathies primitives dilatées. In : Durieux P, Begon C eds. Encycl Med Chir Cœur-Vaisseaux, Paris 1989 ; 11019 A509:1-9.
- [13] Agboton H, Massougbdji M, Tchabi Y, Dossouvi C et Akindes R. Facteurs épidémiologiques des myocardiopathies au Bénin. Cardiologie tropicale 1986;12:179-83.
- [14] Malu K, Ticolat R, Renambot J, Odi-Assamoi M, Bertrand Ed. Enquête épidémiologique sur les myocardiopathies chroniques dilatées apparemment primitives: 69 cas. Cardiologietropicale 1991;17:127-32.
- [15] Authors/Task Force Members, Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention ;Rehabilitation (EACPR). EUR Heart J. 2012 Mai;33(13):1635-701.
- [16] Touze JE, Fourcade L, Vailloud JM. Faut-il revoir le cadre nosologique des cardiomyopathies tropicales ? Arch Mal Cœur Vaiss Pratique. 2012;213:23-32.
- [17] Charron P. Acquis et perspective de la génétique des cardiomyopathies. Ann Cardiol Angeiol. 2001;50(1):12-20.
- [18] Charlotte Trouillet. Cardiomyopathie dilatée primitive : Mise en évidence de facteurs pronostiques à l'IRM [Thèse]. Faculté de Médecine : Université de Toulouse III ; 2010. 63p.
- [19] Authors/Task Force Members, Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2016 Aug;18(8):891-975.
- [20] Ghanbari-Firoozabadi M, Rahimianfar AA, Reza Vafaii Nasab M. A Study of The Effect of Cardiac Rehabilitation on Heart Failure Patients'Life Quality. Journal of Medicine an Life Vol. 7, Issue 1, January-March 2014, p51-4.
- [21] Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W et al. Health Related quality of life in patients with congestive heart failure : comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart 2002;87:235-41.
- [22] Gandek JE, Ware B. Cross validation of item selection and scoring for the the SF12 health survey in nine countries; Journal of Clinical of Epidemiology 1998 ;51(11) :1171-8.
- [23] Melville MR, Lari MA, Brown N, Yong T, Gray D. Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors ; Division of Cardiovascular Medicine, University Hospital, Nottingham NG7 2UH, UK. Dec 2003.

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Comparaison des 8 dimensions du SF-12 entre les maladies chroniques.

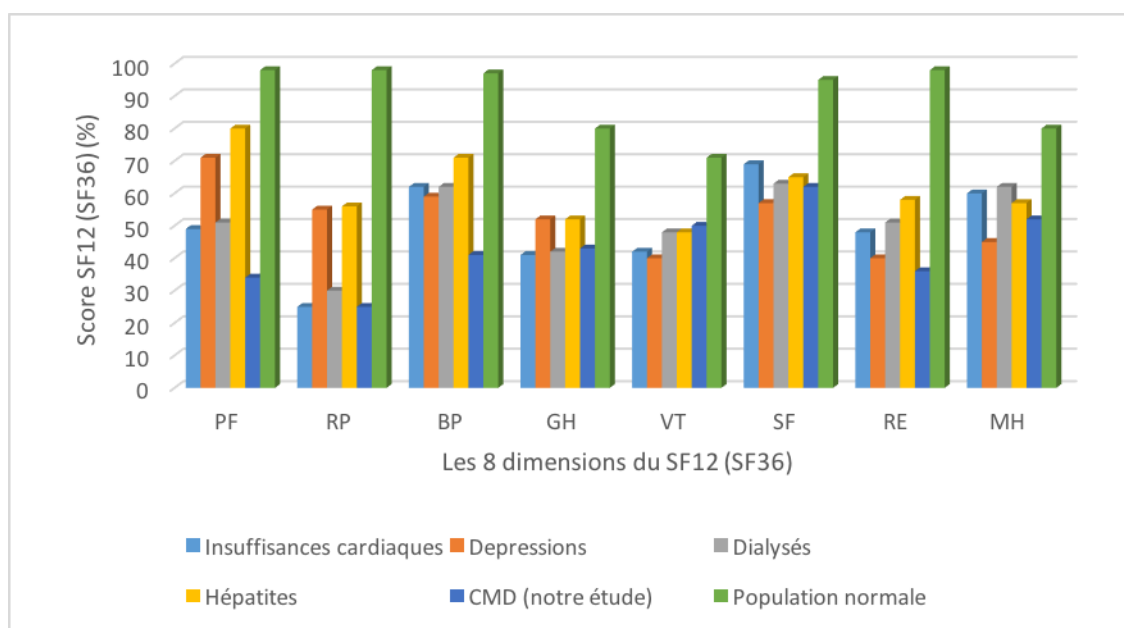
Figure 2 : Comparaison des scores physique et mental entre quelques maladies

Tableau I : Questionnaire de qualité de vie selon le SF-12

Tableau II : Etiologies de la cardiopathie dilatée

Tableau III : Réponse des patients à chacun des items de SF-12

Tableau IV : Moyennes des scores du SF-12



PF: Physical functioning; RP: Role physical; BP: Bodily Pain; GH: General Health; VT: Vitality; SF: Social Functioning; RE: Role emotional; MH: Mental Health CMD: Cardiomyopathie Dilatée

Figure 1 : Comparaison des 8 dimensions du SF-12 entre les maladies chroniques.

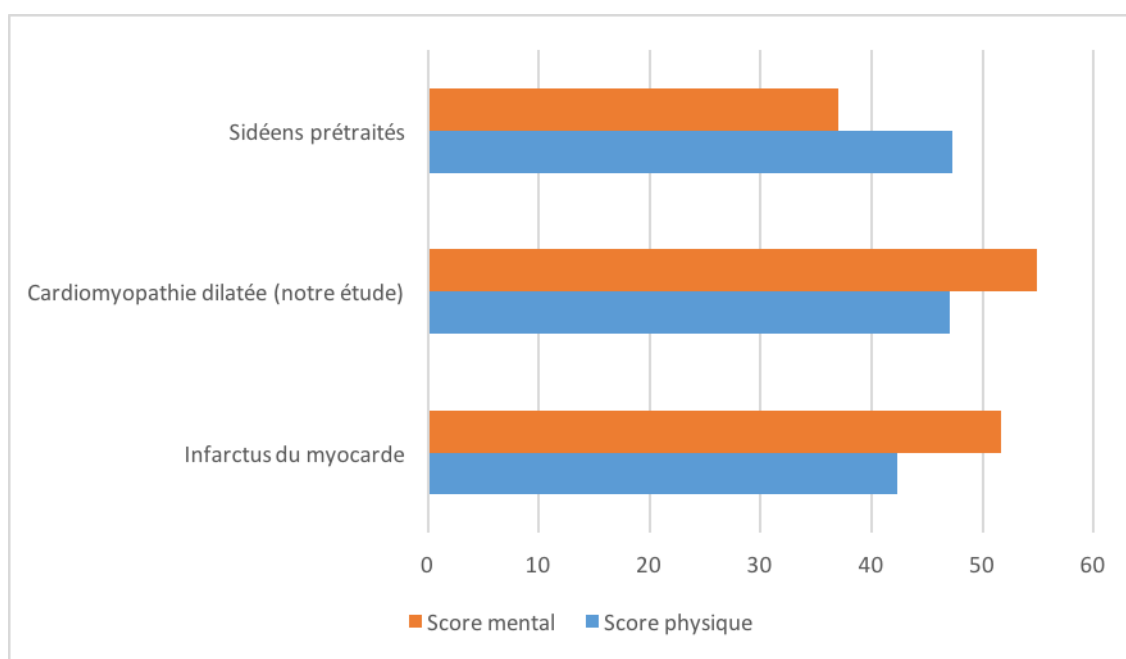


Figure 2 : Comparaison des scores physique et mental entre quelques maladies

Tableau I : Questionnaire de qualité de vie selon le SF-12

Items	Evaluation
1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :	☐ 1 Excellente ☐ 2 Très bonne ☐ 3 Bonne ☐ 4 Médiocre ☐ 5 Mauvaise
2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :	☐ 1 Oui, beaucoup limité ☐ 2 Oui, un peu limité ☐ 3 Non, pas du tout limité
a. des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)?	☐ 1 Oui, beaucoup limité ☐ 2 Oui, un peu limité ☐ 3 Non, pas du tout limité
b. monter plusieurs étages par l'escalier ?	
3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :	☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
a. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
b. avez-vous été limité pour faire certaines choses ?	
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :	☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
a. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais
b. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	
5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont -elles	☐ 1 Pas du tout ☐ 2 Un petit peu ☐ 3 Moyennement ☐ 4 Beaucoup ☐ 5 Enormément

limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

a. y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

b. y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

c. y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais

☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais

☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

☐ 1 Toujours ☐ 2 La plupart du temps ☐ 3 Souvent ☐ 4 Parfois ☐ 5 Jamais

Tableau II : Etiologies de la cardiopathie dilatée

Etiologies de la cardiopathie dilatée	Nombre des patients
Non retrouvée	11 (35,48%)
Hypertensive	6 (29,03%)
Ischémique	5 (16,13%)
Toxique	3 (9,68%)
Péri-partum	2 (6,45%)
Endocrinologique	2 (6,45%)
Connectivite	1 (3,23%)
Infectieuse	1 (3,23%)

Tableau III : Réponse des patients à chacun des items de SF-12

Items	Réponse des patients				
1	Excellente 1 (3,23%)	Très bonne 3 (9,68%)	Bonne 14 (45,16%)	Médiocre 8 (25,81%)	Mauvaise 5 (16,13%)
2a	Oui, beaucoup limité 13 (41,94%)	Oui, un peu limité 15 (48,39%)	Non, pas du tout limité 3 (9,68%)		
2b	14 (45,16%)	13 (41,94%)	4 (12,90%)		
3a	Toujours 2 (6,45%)	La plupart du temps 4 (12,90%)	Souvent 3 (9,68%)	Parfois 7 (22,58%)	Jamais 15 (48,39%)
3b	1 (3,23%)	5 (16,13%)	5 (16,13%)	8 (25,81%)	12 (38,71%)
4a	Toujours 5 (16,13%)	La plupart du temps 6 (19,35%)	Souvent 3 (9,68%)	Parfois 10 (32,26%)	Jamais 7 (22,58%)
4b	12 (38,71%)	8 (25,81%)	3 (9,68%)	5 (16,13%)	3 (9,68%)
5	Pas du tout 2 (6,45%)	Un petit peu 8 (25,81%)	Moyennement 4 (12,90%)	Beaucoup 6 (19,35%)	Enormément 11 (35,48%)
6a	Toujours 5 (16,13%)	La plupart du temps 9 (29,03%)	Souvent 3 (9,68%)	Parfois 9 (29,03%)	Jamais 5 (16,13%)
6b	3 (9,68%)	9 (29,03%)	5 (16,13%)	10 (32,26%)	4 (12,90%)
6c	6 (19,35%)	2 (6,45%)	10 (32,26%)	9 (29,03%)	4 (12,90%)
7	Toujours 3 (9,68%)	La plupart du temps 6 (19,35%)	Souvent 5 (16,13%)	Parfois 8 (25,81%)	Jamais 9 (29,03%)

Tableau IV : Moyennes des scores du SF-12

Dimensions du SF-12	Abréviation	Moyenne
General Health	GH	43,54±24,81
Physical Functioning	PF	34,67±26,74
Role Physical	RP	27,41±23,12
Role Emotional	RE	38,70±20,83
Bodly Pain	BP	41,12±31,73
Mental Health	MH	52,01±16,44
Vitality	VT	50,80±28,30
Social Functioning	SF	62,09±30,28