

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DU MALI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
BAMAKO

ANNEE : 1997

Thèse N°: 19 /

**CARDIOPATHIES CONGENITALES
AU SERVICE DE CARDIOLOGIE DE
L'HÔPITAL NATIONAL DU POINT « G »**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE DECEMBRE 1997
DEVANT LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Par : Mr Modibo FOMBA

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Mamadou Marouf KEITA
Membres : Professeur Mamadou Koreïssi TOURE
Docteur Mahamadou Balla CISSE
Directeur de Thèse: Docteur Kassoum M. SANOGO.

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997-1998

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumatolo.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA
Mr Benoît KOUMARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA	Radiologie
------------------	------------

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale (Chef de D.E.R.)
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim.

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Elimane MARIKO Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I.MAIGA Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

JE DEDIE CETTE THÈSE À MON REGRETTE JEUNE FRÈRE
CHAKA FOMBA.

REMERCIEMENTS

A mon Père Mamadou Goufolo FOMBA

Tu a été pour nous un exemple. Ce travail est pour toi.

Que le bon Dieu t'accorde longue vie afin que tu puisses goûter au fruit de ce travail.

A ma Mère : Niambra TRAORE

Sur cette terre des Hommes, tu représentes mon Dieu ...

Merci.

A ma Marâtre : Fanta DIAWARA

Les quelques lignes ne suffiront pas pour te remercier. Ta gentillesse, ton Amour, Ton sens élevé du travail bien fait font de toi un exemple.

A ma femme : Aminata Sadio WAGUE

Comme le dit l'adage : « La Famille, c'est la bonne femme ».

Tu es vraiment l'incarnation de cet adage.

A mes oncles et tantes du village N'TENKONI

A mes enfants :

Yacouba FOMBA

Cheick Aboubacar FOMBA

Ramatoulaye FOMBA

Ce travail est pour vous.

A mes Frères et Soeurs :

Assetou FOMBA

Zoumana FOMBA

Koké Ousmane FOMBA
Zéba FOMBA
Aboubacar Sidiki FOMBA
Broulaye FOMBA
Oumou FOMBA
Salif FOMBA
Nana FOMBA
AWA FOMBA
DJelika FOMBA
Adjaratou FOMBA
Mamadou FOMBA
Bandjougou FOMBA

A mes Cousins :

Kourounko KEITA et famille

Merci pour tout ce que vous aviez fait pour moi

Aissata KEITA

A mes maîtres de l'Ecole Catholique Privée de Bougouni :

Mr Jean Marie DIARRA : actuellement Directeur de l'Ecole SAINTE-THERESE du Fleuve.

Vous m'avez appris les premières lettres de l'alphabet français.

Votre rigueur dans le travail, votre dévouement pour l'enseignement font de vous un exemple. Profond respect.

Mr Pascal Baba COULIBALY : conseiller à la
Présidence de la République du MALI.

Mr Blaise TOGO (Professeur à l'ENSUP)

Mr Sylvain SISSOKO

Mr Seriba BALLO

Mr Tiesseye COULIBALY

Mr Alfred SIDIBE

Mme KONE ET Mr BERTHE

A mes Amis :

Ibrahim GUINDO
Yacouba COULIBALY
Chaka TRAORE
Yacouba SANGARE
Souleymane DIAKITE
Souleymane KONE
Diakaridia COULIBALY
Feu Abou KONE
Mamadou COULIBALY
Sibiry KONATE
Amadou KONE

A mes collègues et Amis du service :

Dr Mamadou SIMPARA, Toute ma reconnaissance
Dr Abdoulaye TRAORE
Dr Tidiane M DIAKITE
Dr Modibo T TRAORE
Dr Cheick Oumar KONATE particulièrement

A ma belle Famille :

Famille Feu MAMA KONTA
Famille Feu Baba WAGUE
Salimata KONTA
Fatoumata KONTA
Bintou KONTA
Sékou KONTA
Abdoulaye KONTA
Mamadou WAGUE
Balla WAGUE

A Mademoiselle Fatoumata MAIGA dite "FIFI"

**A la Famille BEMADY KEITA dit "BE" et
A sa femme Fatoumata TRAORE dite "Poupé"**

A mes cadets

Abdoulaye DIARRA

Djibril MALLEY

Nouhoum DIARRA

Aux membres de la "grande famille"

Dr Mamadou Mary COULIBALY

Dr Mamadou Assetou COULIBALY

Dr Abdoulaye GUINDO

Dr Yacouba SANGARE

Dr Moussa TRAORE

Dr Souleymane BAGAYOKO

Dr Siaka SOUMAORO

Dr Fatogoma TOGOLA très sincèrement

A Madame TOGOLA Ramata SANGARE

Vous avez été pour moi une "bonne femme"

Merci pour le travail accompli.

A Dr Mamadou B DIARRA.

Vous m'avez appris beaucoup de choses. Merci pour votre disponibilité.

**A tout le personnel et stagiaires du Service de Cardiologie et Diabétologie et
de Gastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel TOURE.**

A Dr Aminata TRAORE

A Dr Sacko Fatoumata KEITA

A Dr Hamidou BA

A Dr Madina KOUYATE

Major du Service de Cardiologie Madame DIALLO Fatoumata BAMBA.

A Dr Moussa MAIGA

A Dr Antoine Niantao

Au Pr Aly GUINDO

Merci pour l'encadrement.

A tout le personnel et professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto–Stomatologie du MALI.

A Mr Hamidou KONATE Directeur de la coopérative culturelle

DIAMANA pour son appui moral et financier.

A Mr Youssouf SANGARE et famille.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

MONSIEUR LE PRESIDENT DU JURY

Le Professeur Mamadou Marouf KEITA :

Agrégé en Pédiatrie, chef du Service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence du jury de cette thèse.

Je garde de vous, l'image d'un éminent professeur dévoué pour la Science et l'Humanité.

Nous vous assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE

Professeur Mamadou Koreïssi TOURE :

Agrégé de Cardiologie Chef du Service de Cardiologie de l'Hôpital du point "G" Professeur à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto-stomatologie du MALI.

Votre enseignement de qualité, votre rigueur dans la Science et votre modestie, font de vous un exemple.

Vous êtes celui-là même que nous voudrions être.

Trouvez ici notre sincère admiration et notre haute reconnaissance.

**AU DOCTEUR MAHAMADOU BALLA CISSE SPECIALISTE EN PEDIATRIE
ET EN SANTE PUBLIQUE, MEDECIN AU SERVICE DE PEDIATRIE
DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE.**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous a beaucoup marquée.

Merci pour votre disponibilité et votre amabilité.

Croyez en nos respectueux sentiments.

**AU DOCTEUR KASSOUM M. SANOGO : CHEF DU SERVICE DE CARDIOLOGIE
ET DIRECTEUR MEDICAL DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE.**

Ces quelques lignes ne suffisent point pour parler de vos qualités humaines.

Vous nous avez initiés à la pratique de la cardiologie.

Vous avez su marier deux choses presque divergentes : la Rigueur et la modestie.

Votre franc parler et votre dévouement pour la cause des indigents ont forcé notre admiration.

Nous vous prions de croire notre profond respect.

SOMMAIRE

	Pages
CHAPITRE I -----	2
INTRODUCTION-----	3
OBJECTIFS-----	3
GENERALITES-----	4
- PHYSIOPATHOLOGIE-----	4
- CLASSIFICATION-----	5
- RAPPELS SUR QUELQUES CARDIOPATHIES CONGENITALES RENCONTREES AU COURS DU TRAVAIL-----	7
CHAPITRE II -----	13
METHODODOLOGIE-----	14
CHAPITRE III -----	15
RESULTATS-----	16
CHAPITRE IV -----	33
COMMENTAIRE ET DISCUSSION-----	34
CHAPITRE V -----	38
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS-----	39
CHAPITRE VI -----	44
BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES -----	45

LISTE DES ABREVIATIONS

B.A.V.	Bloc auriculo-ventriculaire
B.B.D.	Bloc de branche droit
B.B.G.	Bloc de branche gauche
B.D.C.	Bruits du coeur
B.W.	Bordet Wassermann
C.A.V.	Canal atrioventriculaire
C.I.A.	Communication interauriculaire
C.I.V.	Communication interventriculaire
E.C.G.	Electrocardiogramme
E.I.C.	Espace intercostal
G.B.	Globule blanc
H.A.D.	Hypertrophie auriculaire droite
H.A.G.	Hypertrophie auriculaire gauche
H.B.	Hémoglobine
H.T.A.	Hypertension artérielle
H.T.E.	Hématocrite
H.V.D.	Hypertrophie ventriculaire droite
H.V.G.	Hypertrophie ventriculaire gauche
N.F.S.	Numération formule sanguine
Nbre :	Nombre
Nle :	Normale
O.D.	Oreillette droite
O.G.	Oreillette gauche
R.A.	Retrécissement aortique
R.C.T.	Rapport cardiothoracique
R.P.	Retrécissement pulmonaire
V.S.	Vitesse de sédimentation

CHAPITRE I

A. INTRODUCTION

La complexité de l'étude des cardiopathies congénitales a été signalée dans plusieurs études antérieures (2 - 4 - 5 - 13 - 28).

Cependant ces dernières années, le perfectionnement continu des techniques d'exploration a permis une analyse plus fine et succincte ainsi qu'une meilleure compréhension physiopathologique des lésions et de leurs traitements chirurgico-médicaux.

Notre ambition au cours de cette étude rétrospective allant de l'année 1980 à 1993 n'est pas de faire une analyse détaillée et complète de l'état anatomo-clinique des cardiopathies congénitales.

Les objectifs

Dans ce travail nous nous fixons les objectifs suivants :

- Faire ressortir la place des cardiopathies congénitales enregistrées à l'Hôpital National du Point-"G" au service de cardiologie parmi les autres affections cardiologiques ;
- Montrer l'importance de l'analyse sémiologique et épidémiologique des cardiopathies congénitales ;
- Etudier les perspectives thérapeutiques et évolutives à court, moyen et long terme.

B. GENERALITES

De manière brève deux volets seront passés en revue dans ces généralités :

- La physiopathologie des cardiopathies congénitales ;
- La classification des cardiopathies congénitales.

1. La physiopathologie

Fondamentalement, deux malformations sont à la base de la majeure partie des cardiopathies congénitales :

- La sténose qui crée un obstacle à la libre circulation du sang,
- La communication anormale entre les deux circulations (celle du coeur droit et du coeur gauche).

Cette communication peut se situer :

* soit entre des cavités ou des vaisseaux homologues (C.I.A, C.I.V, persistance de canal artériel, fistule aorto pulmonaire),

* soit entre les cavités et vaisseaux non homologues (retour veineux pulmonaire anormal dans l'oreillette droite, anévrisme du sinus de valsalva rompu dans une cavité droite).

Cette communication lorsqu'elle est isolée détermine un court-circuit appelé shunt gauche-droit (ce fait est lié à la forte pression d'à peu près 100 millimètres de mercure régnant dans le coeur gauche opposée à la basse pression du coeur droit estimée à environ 30 à 40 millimètres de mercure). Ce shunt gauche-droit a certaines conséquences importantes à savoir :

L'absence de cyanose, une surcharge de la circulation pulmonaire, un travail accru du coeur droit d'où les épisodes d'affections bronchopulmonaires avec retard staturo-pondéral.

Dans le cas où la communication anormale est associée à un obstacle sur la petite circulation en amont alors le shunt crée est droit-gauche. Du fait de la sténose, les pressions droites en s'élevant dépassent celles de gauche.

Ainsi le sang veineux va du coeur droit au coeur gauche d'où la cyanose.

A côté des shunts droit-gauche et gauche-droit existent des shunts bidirectionnels. Dans ce cas il y a mélange par égalité de pressions entre les deux coeurs par exemple dans la transposition des gros vaisseaux de la base.

2. La classification

Plusieurs types de classifications ont été proposées, nous en retiendrons deux :

– Celle portant sur la cyanose qui d'ailleurs a été critiquée pour deux raisons, à savoir :

* La cyanose : c'est un élément subjectif,

* Cette classification regroupe des cardiopathies différentes.

– Et l'autre en rapport avec la physiopathologie.

Cette classification en rapport avec la physiopathologie, détermine quatre entités:

a – Les cardiopathies par obstacle

La coarctation de l'aorte

Les rétrécissements aortiques

Le rétrécissement de la voie artérielle pulmonaire

Les malformations mitrales congénitales

Le coeur triatrial

La sténose des veines pulmonaires

Les rétrécissements tricuspidiens congénitaux

La maladie d'Ebstein dans sa variété sans défaut septal.

b – Les cardiopathies avec shunt gauche–droit

La communication interventriculaire

La communication interauriculaire

La persistance du canal artériel

La fistule aorto–pulmonaire

Les retours veineux pulmonaires anormaux.

La persistance du canal atrio–ventriculaire commun.

c – Les cardiopathies avec shunt droit–gauche

La tétralogie de Fallot

La trilogie de Fallot

Le complexe d'Eisenmenger

L'atrésie tricuspидienne

La maladie d'Ebstein (avec défaut septal)

Le ventricule unique

La transposition des gros vaisseaux de la base

Le troncus artériosus

L'anévrisme artério–veineux pulmonaire.

d – Les cardiopathies rares

L'Hypoplasie du coeur gauche

Le ventricule droit papyracé

La fibro–elostose de l'endocarde

Les dextro et levocardies

Les anomalies des arcs aortiques

Les anomalies des coronaires

Les anomalies du péricarde.

C. RAPPELS SUR QUELQUES CARDIOPATHIES CON- GENITALES RENCONTREES AU COURS DU TRAVAIL.

Réf. 15 – 16 – 25 – 27

En se référant sur la classification physiopathologique et les cardiopathies Congénitales les plus fréquemment rencontrées au cours de notre travail nous étudierons successivement :

C1 Les Cardiopathies par shunt gauche-droit

Dans ce groupe nous avons retenu :

La CIA, la CIV et le canal atrio-ventriculaire

C₁ a la Communication inter auriculaire. (C.I.V)

C'est une cardiopathie fréquente qui se voit de façon isolée ou associée à d'autres malformations cardiaques. C'est une affection qui se rencontre 2 fois sur 3 chez le sexe féminin.

Elle est la persistance anormale d'une Communication entre les deux oreillettes.

Hormis quelques signes révélateurs qui sont : la dyspnée d'effort, les épisodes pleuropulmonaires à répétition et le retard staturo-pondéral, deux signes de grande valeur sont à retenir le souffle systolique perçu aux 2ème 3ème espace inter costal gauche et le dédoublement du B2 pulmonaire.

L'examen radiologique montre une augmentation des cavités droites et une expansion franche de l'artère pulmonaire à la scopie.

L'E.C.G note en V1 un bloc incomplet de la branche droite.

L'échographie perçoit une lacune au niveau du septum interauriculaire et montre la dilatation des cavités droites.

Le Doppler met en évidence le shunt gauche-droit.

Le traitement curatif est chirurgical.

C1_b La communication interventriculaire (C.I.V)

Considérée comme la plus fréquente des cardiopathies congénitales la communication inter ventriculaire fut individualisée en 1879 par Roger.

L'examen clinique montre un souffle systolique intense, frémissant perçu au maximum au 4ème espace intercostal gauche.

Ce souffle irradie dans toutes les directions.

La radiographie de face montre :

Une petite aorte, une expansion modérée de l'arbre pulmonaire, souvent une grosse oreillette gauche.

L'E.C.G est normal dans les CIV de petite taille par contre une surcharge gauche est notée en cas de gros shunt. De même une surcharge droite se voit lors d'une hypertension pulmonaire ou d'une sténose associée.

L'échographie :

En dehors des C.I.V membraneuses sous aortique qui sont invisibles à l'échographie bidimensionnelle les autres ne sont mises en évidence que par

le **doppler**.

Le traitement curatif est chirurgical.

C_{1c} Le canal artériel

La persistance du canal artériel est l'anomalie cardio-vasculaire congénitale la plus anciennement connue puis qu'elle fut signalée aux 2ème siècle avant Jésus Christ par Galien.

Près de 70% des cas sont rencontrés chez le sexe féminin.

L'examen clinique révèle le signe fondamental à l'auscultation : le souffle continu. Ce souffle continu systolo-diastolique perçu au deuxième espace intercostal gauche a été décrit par B Gibson en 1900. Il irradie sous la clavicule gauche.

A ces signes s'ajoutent des signes périphériques d'insuffisance aortique.

Radiographie :

On note une aorte large hyperpulsatile et une hypervascularisation pulmonaire.

L'ECG montre, s'il n'est pas normal des signes d'hypertrophie ventriculaire droite ou gauche, l'axe peut être gauche dans les gros canaux.

Le **doppler** pose le diagnostic.

L'échographie montre également l'hypertrophie ventriculaire gauche ou droite.

Le **traitement** curatif est chirurgical.

C2 Les Cardiopathies par shunt droit-gauche

C-2-a La tétralogie de Fallot.

Décrite pour la première fois en 1888 par Arthur Fallot. La tétralogie qui porte son nom associe quatre éléments :

- La sténose de l'artère pulmonaire ;
- La communication interventriculaire ;
- La dextroposition de l'aorte ;
- L'hypertrophie ventriculaire droite.

Elle est la plus fréquente des cardiopathies cyanogènes.

La dextroposition de l'aorte (la naissance de l'aorte à cheval entre les ventricules) et l'hypertrophie ventriculaire droite sont liées à l'existence de la sténose pulmonaire et de la C.I.V.

Ces 2 derniers éléments sont à la base du passage du sang veineux du ventricule droit vers le ventricule gauche créant ainsi le shunt droit-gauche qui est à l'origine de la cyanose.

La clinique : Elle associe la triade cyanose-dyspnée (calmée par l'accroupissement) – Le retard staturo-pondéral ;

L'auscultation note un souffle systolique au troisième E.I.C. gauche avec B2 normal.

L'examen radiologique met en évidence :

- Une hyper clarté pulmonaire
- La silhouette cardiaque peut être normale ou être surchargée avec un arc moyen creux ;
- Une hypertrophie ventriculaire droite.

Au contraire **l'échographie cardiaque** mettra en évidence les différents éléments de la tétralogie et le shunt droit-gauche.

Quant au **cathétérisme**, il montre une hypertension à 100 mm de mercure dans le ventricule droit, une baisse de tension dans l'artère pulmonaire si celle-ci est franchissable.

Mieux, **l'angiographie** précise l'étendue et le diamètre de la sténose pulmonaire, le siège et le volume de shunt.

Le traitement :

Il est chirurgical. D'emblée indiqué dans les accidents vasculaires cérébraux et les fréquents malaises. Il est non urgent dans les cas de mauvaise prise de poids, de dyspnée intense, de cyanose avec polyglobulie.

Dans l'attente du traitement chirurgical, la prévention des complications sera l'apanage du traitement médical.

C2-b Transposition des gros vaisseaux de la base

Elle représente en moyenne 8% des cardiopathies congénitales, c'est une cause majeure de cyanose néonatale.

Dans Cette cardiopathie les rapports antéroposterieurs de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont inversés.

L'aorte naît en avant de l'artère pulmonaire. Il n'y a ni inversion ventriculaire, ni retour veineux anormal, l'aorte naissant du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche.

Pour une viabilité de l'enfant il faut une communication entre les deux coeurs : elle est de 90% une C.I.A. et 10% une C.I.V.

De la rapidité du diagnostic et de l'intervention chirurgicale dépendront la chance de survie de l'enfant.

La clinique :

Elle touche deux fois plus les garçons que les filles.

Les signes cliniques sont :

- La cyanose dans 80% des cas : elle apparaît avant les deux 1ers jours de la vie, de manière intense et constante ;
- La dyspnée, les malaises et les hypotonies sont aussi notés.

L'examen physique est pauvre et non spécifique avec un souffle systolique inconstant, persistant, un éclat pulmonaire.

La radiographie montre un gros coeur en oeuf, un pédicule étroit, une hyper vascularisation pulmonaire.

Cependant avant le sixième–septième jour le coeur peut être normal et les poumons semblent clairs. Il faut refaire un cliché tous les deux jours.

Le traitement est chirurgical. S'il n'est pas entrepris à temps, la chance de survie de l'enfant ne dépasse pas 8–12 semaines.

CHAPITRE II

LA METHODOLOGIE

Notre étude est rétrospective.

LIEU :

Service de cardiologie de l'Hôpital National du Point "G" Bamako République du Mali.

PERIODE :

Elle couvre la période allant de l'année 1980 à 1993 soit 13 années.

CRITERES D'INCLUSION :

Toutes les observations intéressant les cardiopathies congénitales de la période sus-citée du dit Hôpital. Les dossiers incomplets n'ont pu être retenus.

ORGANISATION DU TRAVAIL :

Nous avons, à partir des observations, recensé 223 cas de cardiopathies congénitales parmi 10 200 dossiers cardio-vasculaires soit 2,18 % .

CHAPITRE III

LES RESULTATS

TABLEAU 1 : NOMBRE DE PATIENTS ADMIS PAR ANNEE

ANNEE	NOMBRE	%
1980	27	12,1
1981	9	4
1982	12	5,4
1983	19	8,5
1984	14	6,3
1985	14	6,3
1986	24	10,8
1987	12	5,4
1988	28	12,6
1989	19	8,5
1990	18	8,1
1991	9	4
1992	9	4
1993	9	4
TOTAL	223	100

De ce tableau, il ressort qu'à l'Hôpital National du Point-"G" il est recensé tous les ans au minimum 9 cas de cardiopathies congénitales.

TABLEAU 2 :REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE

SEXE	NOMBRE	%
Masculin	119	53,4
Féminin	104	46,6
TOTAL	223	100

Ce tableau montre que parmi les 223 patients 53,4 % sont de sexe masculin et 46,6 % de sexe féminin avec un sexe ratio = 1,14.

TABLEAU 3 : REPARTITION DES PATIENTS PAR TRANCHES D'AGE EN ANNEES

TRANCHE D'AGE	NOMBRE	%
0-5	139	62,33
5-10	43	19,28
10-15	12	5,98
15-20	23	10,31
20-25	3	1,39
25-30	2	0,89
30-35	1	0,44
TOTAL	223	100

Cette répartition montre que 62,33 % des patients ont moins de 5 ans.

**TABLEAU 4 : REPARTITION EN FONCTION DES DIFFERENTS TYPES DE
CARDIOPATHIES CONGENITALES**

CARDIOPATHIES	NOMBRE		TOTAL	FREQUENCE
	Masculin	Féminin		
C.I.V	70	52	112	54,70
C.I.A	12	31	43	19,33
Canal artériel	5	13	18	8,07
Tétralogie de Fallot	4	12	16	7,17
Cardiopathies complexe	4	10	14	6,27
Canal atrio- ventriculaire	2	5	7	3,13
Trilogie de Fallot	2	0	2	0,89
Coarctation aortique	1	0	1	0,44
	119	104	223	100

Cette répartition montre une nette prédominance de la C.I.V avec 54,70 %.

TABLEAU 5 : REPARTITION DES CAS SELON LA CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE	NOMBRE	%
Dyspnée	108	35
Infections respiratoires	92	30
Fortuite	66	22
Cyanose	18	6
Insuffisance cardiaque	14	5
Accroupissement	6	1
Syncope	5	1
TOTAL	309	100

Cette répartition montre que la dyspnée se retrouve dans 35 % des affections congénitales comme élément de découverte.

**TABLEAU 6 : REPARTITION DES PATIENTS SELON CERTAINS SIGNES
D'EXAMEN PHYSIQUE**

SIGNES D'EXAMEN PHYSIQUE	NOMBRE	%
Souffles cardiaques	218	49
Frémissement	74	16
Eclat de B ₁ ou de B ₂	65	14
Retard staturo-pondéral	62	13
Déformation thoracique	24	08
TOTAL	443	100

Ce tableau montre que les souffles ont été perçus chez 49 % des patients.

**TABLEAU 7 : REPARTITION EN FONCTION DES RESULTATS DE LA
SEROLOGIE DE TOXOPLASMOSE DES MERES DES PATIENTS**

SEROLOGIE DE TOXOPLASMOSE	NOMBRE	%
Négative	189	82,95
Non faite	19	8,53
Positive	18	8,07
Indéterminée	1	0,45
TOTAL	223	100

Il ressort de ce tableau que 82,95 % des mères de nos patients ont une sérologie négative et que 8,07 % seulement étaient atteintes de toxoplasmose au cours de leur grossesse.

**TABLEAU 8 : REPARTITION SELON LES AFFECTIONS RENCONTREES
CHEZ LES MERES DES PATIENTS
AU COURS DE LA GROSSESSE**

AFFECTIONS	NOMBRES	%
Infections génito–urinaires	102	45,73
HTA	27	12,10
Infections génito–urinaires + HTA	19	8,52
Infections génito–urinaires + HTA + Diabète	13	5,82
Infections génito–urinaires + Diabète	12	5,38
Diabète	11	4,93
HTA – Diabète	10	4,48
Pas d'affections	29	13,04
TOTAL	223	100

Cette répartition montre que les infections génito–urinaires sont prédominantes chez les mères de nos patients au cours de leur grossesse (45,73 %). La triade infections génito–urinaires – HTA – Diabète, s'observe chez 5,82 %.

**TABLEAU 9 : REPARTITION EN FONCTION DE LA SEROLOGIE DE B.W
DES MERES DE PATIENTS AU COURS DE LEURS GROSSESSES**

SEROLOGIE DE B.W	NOMBRE	%
Négative	91	40,80
Positive	68	30,50
Indéterminée	37	16,60
Non faite	27	12,10
TOTAL	223	100

Ce tableau nous permet de constater que : 40,80 % des mères de nos patients ont une sérologie de B.W négative.

12,10 % des mères de patients n'ont pas eu à faire cette sérologie.

TABLEAU 10 : REPARTITION SELON LA CONDITION DE NAISSANCE

CONDITION DE NAISSANCE	NOMBRE	%
Normale	186	83,40
Césarienne	14	6,30
Réanimation	14	6,30
Prématurité	9	4
TOTAL	223	100

Ce tableau nous enseigne les faits suivants :

- 6,30 % des patients ont été réanimés à leur naissance
- 6,30 % des patients sont nés par césarienne
- Enfin 4 % des enfants étaient des prématurés.

**TABLEAU 11 : REPARTITION EN FONCTION DU POIDS
DE NAISSANCE DES PATIENTS**

POIDS DE NAISSANCE	NOMBRE	%
Normal	103	46,20
Indéterminé	71	31,80
Supérieur à la normale	11	4,95
Inférieur à la normale	38	17,05
TOTAL	223	100

Cette répartition montre que 46,20 % de nos patients ont eu un poids de naissance normal avec 22 % de poids de naissance anormal.

**TABEAU 12 : REPARTITION SELON LA PARITE DES MERES
DE PATIENTS**

PARITES	NOMBRE	%
1	9	4
2	25	11,21
3	34	15,25
4	41	18,40
5	34	15,25
6	27	12,10
7	11	4,95
8	7	3,20
9	4	1,90
10	2	0,88
11	1	0,44
12	1	0,44
14	2	0,88
Indéterminée	25	11,21
TOTAL	223	100

Ce tableau nous permet de dire que :

- 48,81 % des mères de nos patients ont fait au moins deux grossesses.

**TABLEAU 13 : REPARTITION SELON LE NOMBRE D'ENFANTS
VIVANTS DES MERES DES PATIENTS**

ENFANTS VIVANTS	NOMBRE	%
1	35	15,70
2	38	17,04
3	41	18,40
4	37	16,60
5	21	9,40
6	16	7,20
7	6	2,70
8	3	1,34
10	1	0,42
Indéterminés	25	11,20
TOTAL	223	100

Il ressort de ce tableau que :

- 73,10 % des mères de nos patients étaient des multipares.

TABLEAU 14 : REPARTITION SELON LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	NON FAITS		FAITS				%	TOTAL	%
	NOMBRE	%	NORMAL	ANORMAL	% NORMAL	% ANORMAL	% TOTAL FAITS	FAITS + NON FAITS	TOTAL
ECG	55	24,67	101	67	45,29	30,04	75,33	223	100
Radio-Thorax Face	40	17,94	46	137	20,62	61,43	82,06	223	100
Biologie	70	31,40	96	5	43,04	25,2	68,60	223	100
Echographie cardiaque	134	60,09	24	65	10,76	29,15	39,91	223	100

De ce tableau il ressort que la radiographie du thorax de face a été l'examen le plus pratiqué :

– 82,06 %.

TABLEAU 15 : REPARTITION SELON L'EVOLUTION

EVOLUTION	NOMBRE	%
Perdus de vue	109	49
Stabilisation	78	35
Guérison	19	8,50
Aggravation	9	4,00
Décès	8	3,50
TOTAL	223	100

L'examen de ce tableau montre que :

- 49 % des patients ont été perdus de vue,
- 3,5 % de nos patients sont morts.

**TABLEAU 16 : REPARTITION EN FONCTION DES DIFFERENTS TYPES
DE TRAITEMENTS**

TYPE DE TRAITEMENT	NOMBRE	%
Médical	151	67,70
Chirurgical	42	18,80
Medico-chirurgical	27	12,10
Aucun	3	1,30
TOTAL	223	100

Ce tableau montre que :

- 67,70 % des patients ont bénéficié du traitement médical,
- 1,30 % n'ont par contre bénéficié d'aucun traitement.

CHAPITRE IV

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Les cardiopathies congénitales demeurent des affections préoccupantes ; en raison de leur fréquence, du traitement et de leur surveillance.

Avant notre étude les observations antérieures avaient donné :

- DIAKITE au Mali a recensé sur 104 patients 37,5 % de cardiopathies congénitales (23) ;
- TRAORE au Mali et en milieu Hospitalier au cours de 3 ans et demi a enregistré 63 cas de cardiopathies congénitales en 1977 (44).

L'étude effectuée par TRAORE et la nôtre ne montrent pas de différence significative. En effet un calcul rapide montre qu'il est admis dans les 2 cas sensiblement 18 cas de cardiopathies congénitales par an.

Par contre la différence qui existe entre le nombre élevé observé par DIAKITE et le nôtre réside dans le fait que :

- Il existe la Pédiatrie à côté de son lieu d'étude.

Dans notre cas l'éloignement de la Pédiatrie reste un handicap.

Dans ce chapitre nous passerons en revue quelques volets de notre étude.

Etat obstétrical des mères des patients

L'analyse de l'état Obstétrical des mères de nos patients fait ressortir certain faits :

- Les infections urogénitales sont prédominantes au cours de leur grossesse ;
- Les examens biologiques de routine lors de la grossesse n'ont pas pu être faits par l'ensemble des mères.

Il serait intéressant d'inclure la sérologie de Rubéole dans les examens de routine de la grossesse car la Rubéole est pourvoyeuse de malformations congénitales (42).

Symptomatologie fonctionnelle et examen physique :

Dans un pays où les ressources financières familiales et étatiques sont faibles, où les structures sanitaires spécialisées sont peu nombreuses, il est important d'accorder une place de choix à la symptomatologie fonctionnelle et à l'examen physique.

Dans la circonstance de découverte, la dyspnée a été retrouvée chez 48,43 % patients, elle est ainsi la symptomatologie dominante, puis viennent les affections respiratoires avec 41,25 %.

DIAKITE a trouvé au cours son étude 82 % de cas de dyspnée.

D'autres signes tels que la syncope et la cyanose ont été révélateurs de la pathologie congénitale cardiaque.

Cependant certains sujets n'ont présenté aucune symptomatologie fonctionnelle.

Leur découverte fut fortuite. Ils occupent 29,60 %. Cela incite à des enquêtes de masse et à pratiquer des examens de routine.

Notons par ailleurs que le signe essentiel à l'examen physique a été le souffle perçu chez 97,75 % des patients à l'auscultation.

Le retard staturopondéral et la déformation thoracique ont été observés chez 13 % .

Examens complémentaires

Les examens complémentaires ont été de quatre ordres à savoir :

- L'échographie cardiaque ;
- La radiographie de thorax (face et profil) ;
- L'électrocardiographie et ;
- Les examens biologiques.

Ces examens complémentaires n'ont pas pu être faits par l'ensemble de nos patients, cela pour deux raisons :

- * Coût élevé de ces examens,
- * Panne des appareils de radiologie ou d'échographie et manque de réactifs pour les examens biologiques.

Les différents types de cardiopathies congénitales :

Notre étude nous a permis de recenser 223 cas au cours de 13 ans. Avant celle ci, TRAORE a eu à enregistrer 63 cas de cardiopathies en 3 ans et demi (entre Mars 1974 et Octobre 1977).

De même DIAKITE a obtenu 39 cas de cardiopathies congénitales à l'Hôpital National Gabriel TOURE au cours de 12 mois (1er Novembre 1990 – 31 Octobre 1991). Nos observations ont regroupé 122 cas de C.I.V. (54,70 %) avec une prédominance masculine. TRAORE a enregistré 21 cas de C.I.V. sur 63.

Ici nos observations et celles de TRAORE ont Trouvé la prédominance des C.I.V. par contre chez DIAKITE la C.I.A. est venue en tête avec 41,67 %. Nous avons obtenu un cas de coarctation aortique ; 6,27 % de cardiopathies complexes et 7,17 % de tétralogie de Fallot. L'analyse de ces données montre qu'il n'existe pas de différence entre le nombre admis des cas de cardiopathies par an chez TRAORE et le nôtre (18 cas en moyenne par an).

Evolution et traitement :

S'il existe un chapitre qui doit beaucoup attirer l'attention du praticien c'est bien celui de l'évolution et du traitement. En effet nous avons enregistré 49 % de perdus de vue après soit la première consultation ou une année après, DIAKITE a parlé de 36 % seulement d'enfant régulièrement suivis. TRAORE a signalé 14 cas de non revus sur 63.

Nous avons noté 8 cas de décès. Quant à TRAORE il a souligné 15 cas.

Le traitement curatif des cardiopathies congénitales est médico-chirurgical.

Si le traitement médical est proposé il est de longue haleine. D'aucuns parlent de traitement de "toute une vie". Ce traitement médical est axé sur les complications (insuffisance cardiaque, les sur infections, et les thromboses), mais aussi une meilleure surveillance de la femme en grossesse et de l'état vaccinal de l'enfant.

Quand au traitement chirurgical il est presque hors de portée de nos populations. La chirurgie cardiaque n'est pas réalisable au Mali.

Seule l'aide de l'association "chaîne de l'espoir" de Médecins du monde permet d'espérer sur une telle thérapie. Au cours de notre étude 11 cas ont pu bénéficier d'intervention chirurgicale à l'étranger.

Cette étude n'est pas allée sans difficultés.

Nous avons jugé nécessaire de signaler ici :

- L'absence d'un système de sécurité sociale au Mali ;
- L'absence de centre spécialisé de chirurgie cardiaque au Mali ;
- L'insuffisance de personnels qualifiés et de techniques d'explorations et le coût élevé du traitement.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Notre étude est rétrospective. Elle porte sur les cardiopathies congénitales enregistrées au service de cardiologie de l'Hôpital National de Point "G" de l'année 1980 à 1993. Nos résultats ont permis de constater que 56,50 % de nos patients ont moins de 61 mois. Le sexe masculin est prédominant avec 53,40 %. La CIV tient la tête des pathologies congénitales cardiaques avec 54,70.

Aussi nous avons noté l'enregistrement au minimum de 9 nouveaux cas de cardiopathies congénitales par an. Ce chiffre d'ailleurs est à revoir à la hausse car le sous équipement de nos structures sanitaires, la sous information de nos populations et le manque de personnels qualifiés constituent des handicaps.

La surveillance de nos patients reste encore un défi. En effet près de la moitié de nos patients ont été perdus de vue, 3,50 % de décès enregistrés.

2,7 % seulement de nos patients ont pu bénéficier du traitement chirurgical à l'étranger (l'Allemagne Fédérale, la France et la Côte d'Ivoire) avec l'appui de l'ONG "chaîne de l'espoir" dans la quasi-totalité des cas.

Il ressort toute la difficulté de la prise en charge de la cardiopathie congénitale car si le traitement adopté est médical il est généralement à vie ou à long terme. S'il est chirurgical par contre le coût reste trop élevé pour nos populations.

A la lumière de nos résultats nous recommandons :

- Un perfectionnement et une augmentation de nos structures sanitaires.
- Une sensibilisation et information de nos populations.
- Une formation des personnels socio-sanitaires.
- Une prise en charge par l'état des frais d'intervention chirurgicale et la construction d'un institut de cardiologie avec bloc d'intervention chirurgicale cardiaque.
- Une collaboration avec les organismes internationaux gouvernementaux ou non.

- Une collaboration plus étroite entre les services de cardiologie, de Pédiatrie, de gynéco-obstétrique et toutes les personnes impliquées dans la prise en charge des cardiopathies congénitales.
- La continuation d'études prospectives et rétrospectives afin de mieux préciser la prévalence des cardiopathies congénitales au Mali.

CARDIOPATHIES CONGENITALES

NonPrénoms.....Date de naissance.....

Sexe.....Age Père.....Age Mère.....Nombre de grossesse.....

Nbre d'enfants vivants..... Nbre de décès.....Causes.....

Nbre d'avortements..... BW.....TOXOPLASMOSE.....

CONDITIONS DE LA GROSSESSE

HTA Oui..... Non..... Diabète Oui..... Non

Infections Oui..... Non.....

CONDITIONS DE NAISSANCE

Nle Oui..... Non..... Césarienne Oui..... Non.....

Réanimé Oui Non..... Prématuré Oui..... Non...

Poids de naissance.....

CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

Fortuite..... Dyspnée..... Syncope..... Insuf. cardiaque...

Infections respiratoires..... HTA..... Accroupissement.... Cyanose.....

EXAMEN PHYSIQUE

Poids Taille Développement normal..... Retard s-p.....

Déformation thoracique Oui..... Non.....

Palpation frémissement Oui... Non... Eclat Bruits Oui.... Non....

AUSCULTATION

Shunt G-D :..... CIA..... CIV..... Canal artériel.....

AUTRES

Shunt DG : Atrésie tricusp..... Trilogie..... Tétralogie.....

AUTRES AFFECTIONS

RA..... RP..... CAV..... COARCTATION AORTIQUE

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

NFS GB..... VS Taux d'HB.....

Hte.....

ECG Axe..... HAD..... HVD..... HAG..... HVG.....

BBG..... BBD..... BAV.....

RADIOGRAPHIE

RCT..... POUMON..... DIAPHRAGME.....

Coeur droit.....

Coeur gauche.....

Aorte.....

ECHOGRAPHIE

VG

VD

OG

OD

CHAPITRE VI

BIBLIOGRAPHIE

- 1*) BARNARD B.N : schrire V.
La chirurgie des principales cardiopathies congénitales.
L'expansion Paris 1969.
- 2*) BERGERET.CH.
Observations sur les cardiopathies des africains.
BULL-MED-AFR. occidentale Française 33 – 87.
- 3*) BERTRAND.ED.
Les particularités de la pathologie cardio-vasculaire en région tropicale.
Monographie Squib, traduit du chapitre "cardio-vascular deseases in the tropic" in
Masson's tropical deases", Ballure-Tindall ed, Easthourne England, 1987.
- 4*) BERTRAND.ED. (sous la direction de).
Précis de pathologie cardio-vasculaire tropicale.
Vol.1, SANDOZ 1979-27-101.
- 5*) BERTRAND.E.D.
Le dogme et la réalité de la pathologie cardio-vasculaire dans un pays sous
développé.
Editorial, Cardio Tropical, 1988, 14 (55), 95-96.
- 6*) BERTRAND E.D. : COULIBALY A.O. ; TICOLATR.
Statistiques 1988-1989 et 1990 de l'I.C.A.
Cardiol., Trop. 1991, 17, (68).
- 7*) BINET J.P.
A propos de la cure radicale de la tétralogie de Fallot.
Coeur-8, (3)- Mai-Juin 1977. 359-366.

- 8°) BINET J.P.
Où en est la chirurgie des cardiopathies congénitales.
Rev.Prat.14(31) 1964-3807-3817.
- 9°) GAMPBELL M.
Natural history of ventricular septal defect.
Brit-Heart J;33 (2) Mars 1971-246-257-54 ref.
- 10°) CARAMANIAN M.
Persistance du canal atrioventriculaire commun.
Rev-Prat. -14 (31) 1964-3845-3850.
- 11°) CASASOPRANO A., BOULESTEIX J., DIMENZA R., STEINS CHNEIDER R.
Cardiopathies congénitales cyanogènes.
Perfectionnement privé et permanent du praticien.30 Janvier 1970.
- 12°) CASASOPRANA A. et THIBERT M.
La sténose pulmonaire à septum ventriculaire intact,
Formes sévères à révélation précoce.
- 13°) LES CARDIOPATHIES CONGENITALES DES NOUVEAUX-NES ET DES
NOURRISSONS.
23ème congrès de l'association des pédiatres de langue Française.
11, 12, 13 et 14 Septembre 1972.
Allier éditeur Grenole -11-260-329.
- 14°) CHAUVET J. ; KACOU G.M. ; BERTRAND E.D.
Le rôle du médecin praticien dans le diagnostic et le traitement de
cardiopathies congénitales. A propos de 417 cas.
Cardiologie tropicale 1986, 11.
- 15°) CLOUP.M
Diagnostic schématique des cardiopathies congénitales du nourrisson.
Maloine S.A. Paris, 1972, P13-98.

- 16*) COLETTE VEYRAT, KALMAN SOND.SAVIER C.H., ET CHICHE P.
Diagnostic des C.I.A. par l'étude des temps systoliques gauches en respiration
profonde. Comparaison avec le sujet normal.
Coeur et Red. –interne, Tome XI (3) Juillet 1972–451–479.
- 17*) CORONE P. (Paris)
Les cardiopathies congénitales.
Maloine 1972.
- 18*) CORONE P.(PARIS)
Les cardiopathies congénitales chez l'enfant.
Les grands syndromes – les shunts droite–gauche.
Conc.Med.90–(42)–6825–6834. Octobre 1968.
- 19*) CORONE P. (PARIS)
Les cardiopathies congénitales chez l'enfant.
Le traitement médical.
Conc.Med.90 (43) Octobre 1968–7035–7042.
- 20*) CORONE P.(PARIS)
Les cardiopathies congénitales chez l'enfant.
Le traitement chirurgical.
Conc.Med.90 (44) Novembre 1968–7277–7288.
- 21*) CORONE P. (PARIS)
Les cardiopathies congénitales chez l'enfant – le traitement.
Le médecin–traitant devant une cardiopathie congénitale.
Conc.med.90 (45) Novembre 1968–7481–7487.
- 22*) DALLAINES C., EISEMMAN B., DIMATTES J., VACHERAN A., JOFFE G.,
DUBOTST CH. (Paris).
L'interruption de la crosse aortique. A propos d'un cas opéré avec succès.
Ann–chir– Thorac.–cardiovasc. –13 (1) Février 1972–133–142.

- 23*) DIAKITE. T.M'.
Cardiopathies juveniles au service de l'Hôpital Gabriel TOURE.
Thèse Med. Bamako 1994.
- 24*) DIMATE O J., VACHERON A.
Cardiopathies congénitales dans le manuel de cardiologie.
Paris, 187, 2ème édition Flammarion.
- 25*) DIOUF S.
Place actuelle et aspects généraux de la pathologie cardio-vasculaire du noir africain.
Thèse Med, Dakar, 1974,19,239.
- 26*) DUCAM. H. (Paris)
Les communications interventriculaires du nourrisson et de l'enfant.
Conc. Med. 2-11-1974 96-39.
- 27*) DUPUIS C., REY C.
Evolution générale et complication des cardiopathies congénitales.
EMC. (Paris-France), coeur et vaisseaux, 1104 B¹⁰, 12-1984 10p.
- 28*) GUERIN F.
Comment conduire l'examen clinique d'un malade porteur d'une cardiopathie congénitale.
Rev. Prat. 14 (30) 1964 3711-3721.
- 29*) GUERIN F.
Communications interventriculaires.
Rev.Prat. 14 (31) 1964 3835-3843.
- 30*) GUERIN F.
Découverte d'un souffle cardiaque chez l'enfant (orientation diagnostique et conduite à tenir).
Gaz.Med.France-79 (15) Avril 1972 2449-2456.

- 31*) GUILMET D. et COLL. (Paris)
 La coartation de l'adulte âgé.
 Etude comparative de 20 cas par rapport à un groupe de 190 coarctations de tous âges opérées durant la même période.
 Arch. mal. coeur 61 (9) septembre 1968 1252–1268.
- 32*) GUILMET D., BLONDEAU PH., PIWORICA A., CACHERA J.P., BRUNET A. et DUBOST CH.
 Les retours veineux pulmonaires totaux. Etude clinique et thérapeutique à propos de 6 cas opérés.
 Ann.Chir. Thorc. Gard. 7(7) 1968 1137–1145.
- 33*) GRUMBACH. et COLL. (Paris)
 Canal artériel malin néonatal.
 Presse-Med-76 (50) Décembre 1968 2383–2386.
- 34*) HALLAM G.L. AND COLEY D.A.
 Cardio-vasculaire surgery in new born infants ; results in 1050 patients less than on year old.
 Ann. Surg. 173–1007 1971.
- 35*) HAMISH W.
 The early detection of congenital malformations of the heart.
 British Heart J. 34 (1) 1972 3740.
- 36*) HARDEL M., BAJALET A., ELAERTS J. (Reims)
 Les souffles "innocents".
 Sem.Hom.48 – (29) Juin 1972 2113–2117.
- 37*) HAZAN E. (Paris)
 Malformations congénitales des artères coronaires et leur traitement.
 Sem. Hop.44 – (65) Novembre 1968 2946–2952.
- 38*) HAZAN E. ; NEVEU. J.Y.
 Traitement chirurgical des cardiopathies congénitales.
 EMC, Paris, coeur-vaisseaux 11041c¹⁰, 31984.

- 39*) ISSAC.SONC.
The changing pattern of heart disease in south africa blacks.
Soc-Afr. éd; 1977,52 793-798.
- 40*) JAUBERT DE B., GAMPO P. et KORKMOZ G.
Les anomalies des arcs aortiques.
Lyon chirug. Juin 1972.
- 41*) JEAN CLAUDE RUET.
Contribution à l'étude de l'évolution spontanée des C.I.V. à propos de 275 cas.
Thèse Paris Sud. 1972.
- 42*) KENNETH-R.NISWANDER.M.D MANUEL D'OBSTETRIQUE
Surveillance - complications - traitement. Reimpression 1991-page 137.
Office des publications universitaires-Alger Collection Spirales.
- 43*) TOGO M.M.
Contribution à l'étude des cardiopathies à Bamako et en milieu rural.
Thèse Méd ; Bamako, 1981, N°2.
- 44*) TRAORE B.
Les cardiopathies congénitales (à propos de 63 cas observés à Bamako en milieu hospitalier).
Thèse Méd. Bamako, 1977, N°22.
- 45*) YUSTE P. ; ASIN L.E.
Echocardiographie : nouvelles techniques.
Bordeaux L. N° 8196 1- 1982.

FICHE SIGNALETIQUE

TITRE : Cardiopathies congénitales au service de cardiologie de l'Hôpital National du Point "G"

AUTEUR : Modibo FOMBA

ANNEE : 1997

VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie BP. 1805 Bamako – Mali

SECTEUR D'INTERET : CARDIOLOGIE

RESUME :

Une étude rétrospective s'étalant sur 13 années (1980 – 1993) a été effectuée au service de cardiologie de l'hôpital du Point "G".

Il a été enregistré 223 malades atteints de cardiopathies congénitales dont 53,4% de sexe masculin et une prédominance de la C.I.V 54,70%. Dans cette étude la fréquence est estimée à 2,18% .

Mots clés : Cardiopathies Congénitales, Etude rétrospective, C.I.V, fréquence.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis a l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

1000

1000

1000