

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°

MEMOIRE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ECHOCARDIOGRAPHIQUES DES CARDIOPATHIES CONGENITALES DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE

Présenté et soutenu publiquement le 25/02/2025 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Mahamadou DEMBELE

Pour obtenir le Diplôme D'étude spécialisée (DES) en Cardiologie

Jury

Président : Mr Ichaka MENTA, Professeur

Directeur : Mr Ibrahima SANGARE, Maître de conférences

Co-directeur : Mr Alhadji TRAORE, Maître de recherches

Membre : Mr Noumou SIDIBE, Maître de recherches

SOMMAIRE

MATIERES.....	Pages
DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	3
ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	13
OBJECTIFS.....	15
GENERALITES.....	17
MATERIELS ET METHODE.....	29
RESULTATS.....	31
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	44
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	51
ANNEXES	55

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

❖ DEDICACES ET REMERCIEMENTS

➤ DEDICACES

Je dédie ce mémoire : A Dieu le tout puissant et au Prophète (Paix et salut sur lui) pour m'avoir guidé et soutenu pour la réalisation de ce travail.

A mon père : Feu Mamadou Dembélé

Très cher papa j'espère que de là où vous êtes, vous éprouviez cette même fierté du devoir accompli par votre fils.

Seigneur veuillez accorder votre clémence à cet homme dont j'aurai beaucoup plus aimé découvrir et chérir pendant longtemps.

A ma Mère : Bagna Coulibaly

Source intarissable de motivation, de bonté, d'humilité, d'humanisme un modèle, une idole.

Tu as su garder tes qualités mêmes sous les ferveurs d'un mal qui te rongerait à petit feu. Ta ténacité et ton courage devant cette épreuve continueront de renforcer mon amour pour la science de la santé.

Tu as toujours donné le meilleur de toi dans toutes les circonstances et à tout lieu, nous prions pour qu'Allah te fasse grâce dans le firdaws.

A mon père Balla Tounkara

Cher père de vous je retiens un homme modeste et digne qui force le respect et l'admiration de tous par votre franchise et votre amour pour votre prochain.

Vous m'avez été d'une aide incommensurable tend sur le plan matériel, financier, qu'éducationnel.

A ma femme Djénebou Koné Ma dulcinée, ta compréhension et ta patience m'ont rendu facile la rédaction de ce document.

En me disant : « c'est en travaillant qu'on gagne », tu m'as soufflé une âme nouvelle, celle de travailler et de gagner. Que ce mémoire soit pour toi ma belle, le cadeau que toute femme réclame à son mari ! Que chaque phrase de ce mémoire soit pour toi, l'expression de mes sentiments, les plus tendres ! Ma

dulcinée, le chemin est encore long. Puisse ce mémoire être pour nous, le point de départ d'un avenir sans faille !

A mon oncle : Ichaka Coulibaly

Passionné de la connaissance et du savoir, tu t'es toujours battu pour mon éducation et ma réussite. Sans toi, j'aurais vu la vie sous un autre angle. Les mots ne sauraient exprimer suffisamment toute ma gratitude à ton égard. Que ce travail soit une reconnaissance envers toi.

➤ **REMERCIEMENTS**

A mes grands-parents

Ladji Dembélé, Fatoumata Coulibaly et Kadia Coulibaly vous nous avez quitté quand je n'étais encore qu'un enfant. Je regrette de n'avoir pas eu la chance de collaborer avec vous. Puisse Dieu vous accorder l'accès au paradis.

A mes frères et sœurs

Mohamed Dembélé, Zoumana Niambélé, Mariam Niambélé, Fatoumata Coulibaly, Fatoumata Niambélé, Aboubacar Dembélé, Anas Dembélé Ce travail est le vôtre ; et trouvez à travers lui toute mon affection et mon profond attachement. Qu'il puisse vous servir d'exemple et vous inciter à mieux faire.

A mes amis :

Samba Sall, Madou Traoré, Zoumana Niambélé, Massaman Kamissoko, Bembé Fomba, Moussa Kané etc. plus que des amis vous êtes des frères pour la vie. Que Dieu consolide davantage cette amitié et cette fraternité.

A mes amis de la faculté :

Birama Sangaré, Moussa Keita, Abdou Traoré, Zoumana Niambélé, Moussa Kané, plus que des amis vous êtes des frères pour la vie. Que Dieu consolide davantage cette amitié et cette fraternité.

A mes maîtres cardiologues :

Pr Ichaka Menta, Dr Alhadji Traore, Pr Ba Hamidou, Pr Sangare Ibrahim, Pr Noumou Sidibé, Dr Boua Diarra, Dr Chieck Fofana, Dr Hamidou Camara, Dr René Dakouo, les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens, après tous ces moments passés ensemble pour la réalisation de ce travail. J'ai été touché par votre rigueur, votre détermination, votre courtoisie, votre humanisme et surtout votre désir pour le travail bien fait. Recevez ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Aux aînés Médecin et étudiants DES de la cardiologie du Mali :

Merci pour tous vos soutiens.

SIGLES ET ABREVIATIONS

❖ LISTE DES ABREVIATIONS

CIV : communication inter ventriculaire.

CIA : communication inter auriculaire.

ECG : électrocardiogramme.

CC : cardiopathie congénitale.

HTAP : hypertension artérielle pulmonaire.

HTA : hypertension artérielle.

CAV : canal atrio-ventriculaire.

OD : oreillette droite.

OG : oreillette gauche.

VD : ventricule droit.

VG : ventricule gauche.

AP : artère pulmonaire.

ETT : Echographie transthoracique

APSO : atrésie tricuspide a septum ouvert

RVPA : retour veineux pulmonaire anormal

Ao : aorte.

IAo : insuffisance aortique.

T4F : tétralogie de FALLOT.

HVD : hypertrophie ventriculaire droite.

HVG : hypertrophie ventriculaire gauche.

Shunt D-G : shunt droit-gauche.

Shunt D-G : shunt gauche-droite.

APG : artère pulmonaire gauche.

PCA : persistance du canal artériel.

TAC : tronc artériel commun.

TGV : transposition des gros vaisseaux

FE-VG : fraction d'éjection du ventricule gauche.

FOP : foramen ovale perméable

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

❖ LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les cavités cardiaques et les gros vaisseaux	18
Figure 2 : Coupe anatomique d'une CIV	19
Figure 3 : Image échocardiographique d'une CIA ostium secundum.....	20
Figure 4 : Coupe anatomique d'une sténose pulmonaire.....	21
Figure 5 : Image échocardiographique en incidence para sternale gauche petit axe montrant une sténose de l'artère pulmonaire	22
Figure 6 : Coupe anatomique d'une coarctation aortique.....	23
Figure 7 : Coupe anatomique montrant une membrane sous aortique.....	24
Figure 8 : Coupe anatomique d'une TGV.....	25
Figure 9 : Image échocardiographique en incidence grand axe montrant une transposition des gros vaisseaux ou discordance artério-ventriculaire.....	26
Figure 10 : Coupe anatomique d'un cœur triatrial.....	27
Figure 11 : Image échocardiographique en incidence apicale 4 cavités montrant un cœur triatrial.....	28
Figure 12 : Répartition selon l'âge.....	35
Figure 13 : Répartition en fonction du sexe.....	36

❖ LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition en fonction de la taille.....	34
Tableau III : Répartition en fonction du poids.....	34
Tableau III : Répartition en fonction des motifs de consultations.....	35
Tableau IV : Répartition en fonction des signes fonctionnels.....	35
Tableau V : Répartition en fonction des signes retrouvés à l’inspection....	36
Tableau VI : Répartition en fonction des signes retrouvés à la palpation...	36
Tableau VII : Répartition en fonction des signes retrouvés à l’auscultation	
Tableau VIII : Répartition selon les données radiologiques.....	37
Tableau IX : Répartition selon les données électrocardiographiques.....	37
Tableau X : Répartition en fonction des motifs de demande de l’échocardiographie	38
Tableau XI : Répartition selon les anomalies retrouvées à l’échocardiographie.....	39
Tableau XII : Répartition en fonction du type de communication inter-ventriculaire	40
Tableau XIII : Répartition en fonction du type de communication inter-atrial.....	40
Tableau XIV : Relation entre la cardiopathie congénitale et l’âge.....	41
Tableau XV : Répartition des différentes cardiopathies en fonction de sexe.....	42
Tableau XVI : Comparaison entre les Cardiopathies malformatives les plus fréquemment diagnostiquées dans notre étude à celles de mécénat chirurgie cardiaque.....	46

INTRODUCTION

1-INTRODUCTION :

Les cardiopathies congénitales sont des anomalies cardiaques survenant au cours de la formation du cœur pendant la vie intra-utérine [1]. L'incidence est estimée entre 7 à 8 pour 1000 naissances vivantes [2]. En absence de traitement 50% de mortalité surviennent avant l'âge adulte [3]. Actuellement dans les pays occidentaux on retrouve 90% de survie à l'âge adulte après chirurgie cardiaque [3].

Les données africaines sur les cardiopathies congénitales sont partielles avec beaucoup de disparités. En effet au Cameroun 13,1% des patients suspects de cardiopathies (âgés de 2 mois à 41 ans) sur une période d'étude de 4 ans avaient une cardiopathie congénitale [4], au Nigéria sur 1312 malades (âgés de 9 jours à 3 ans), 9,3% étaient porteurs d'une malformation congénitale [5].

En 2006 au Burkina Faso, une étude rétrospective réalisée à Ouagadougou avait rapporté une prévalence de 22,12% [6]. Au Sénégal une étude sur la prévalence des cardiopathies congénitales notait une prévalence de 8,9 pour 1000

Au Mali une étude rétrospective réalisée en 2010 sur l'aspect épidémiologique des affections cardio-vasculaires en période néo-natale et infanto-juvénile à l'hôpital Mère-Enfant « Le Luxembourg (à propos de 225 cas) », a retrouvé que 67% des patients avaient une cardiopathie congénitale [7].

Une autre étude rétrospective réalisée en 2021 sur les aspects épidémiologiques et échocardiographiques des cardiopathies congénitales au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré avait retrouvé une prévalence de 38% [8].

L'échocardiographie- doppler est devenue indispensable a tout examen de cardiopathie. Son interprétation est immédiate. C'est un « diagnostic » entre les images obtenues et l'opérateur. Son résultat dépend de la qualité de l'opérateur. L'intégration des renseignements obtenus par l'examen échographique dans le contexte clinique est le meilleur garant du diagnostic. Il est donc important que cet examen soit fait par un cardio-pédiatre. L'écho cardiographie doppler est de nos jours l'examen de référence car peu coûteux, fiable, reproductible et incontournable dans le diagnostic et le suivi des cardiopathies congénitales. Une meilleure connaissance des cardiopathies congénitales de l'enfant devrait permettre de proposer des mesures en vue de mieux organiser leur prise en charge.

OBJECTIFS

2-OBJECTIFS

2.1. Général

Etudier les cardiopathies congénitales.

2.2. Objectifs spécifiques

- Etudier le profil épidémiologique des patients victimes de cardiopathies congénitales.
- Evaluer la fréquence des cardiopathies congénitales.
- Déterminer les cardiopathies congénitales les plus fréquemment observées.

GENERALITES

3- GENERALITES :

Rappel anatomo-pathologique [3].

❖ Les deux pompes

Le cœur est composé de 2 pompes ; une pompe pour le sang veineux, et une pour le sang artériel. Ces deux pompes sont totalement séparées par des cloisons interauriculaires et interventriculaires. De ces deux cavités ventriculaires vont sortir les deux gros vaisseaux de la base. Ainsi, du ventricule droit naît l'artère pulmonaire qui envoie le sang bleu vers les poumons ; et du ventricule gauche naît l'artère aorte qui distribue le sang rouge, oxygéné, dans la circulation sanguine.

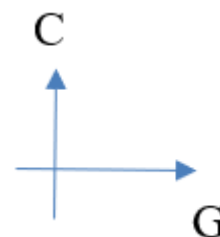
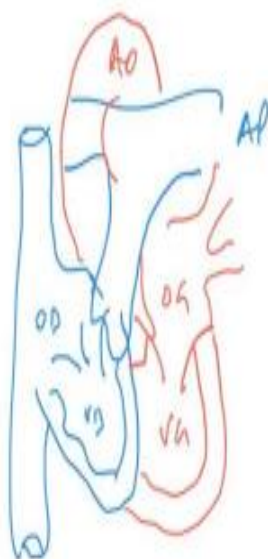


Figure1 : Les cavités cardiaques et les gros vaisseaux

Mécénat-cardiaque [3].

❖ **Il existe trois types de malformations : trou, sténose, malposition**

➤ **Les trous :**

Lorsqu'un bébé naît avec une ouverture anormale dans la paroi qui sépare le septum, on parle de communication anormale. Les trous les plus courants dans le cœur sont la communication interventriculaire (CIV) et la communication interauriculaire (CIA).

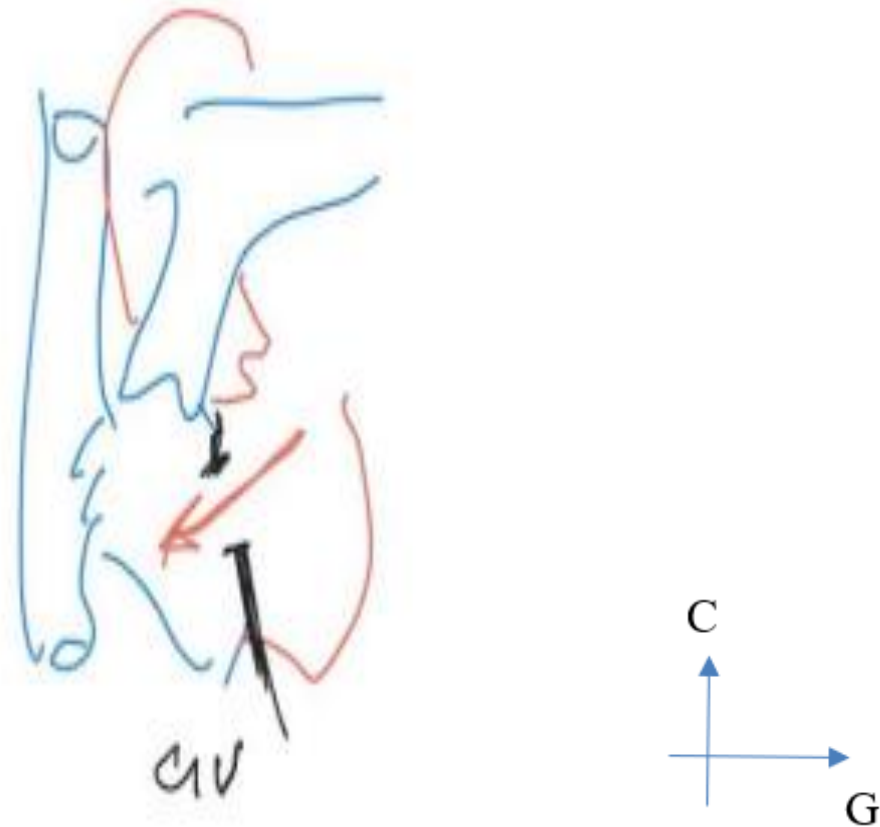


Figure2 : Coupe anatomique d'une CIV

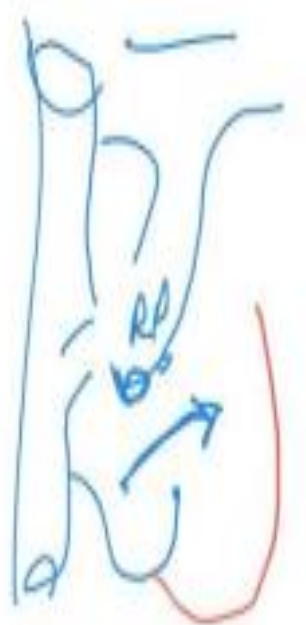
Mécénat-cardiaque [3].



Figure 3 : Image échocardiographique d'une CIA ostium secundum
Mécénat-cardiaque [3].

➤ **Les sténoses :**

La sténose est un rétrécissement ou une obstruction des valvules, des artères ou des veines du cœur qui affecte la circulation du sang. Ici, le rétrécissement pulmonaire (RP) la plus évocatrice des sténoses se situe au niveau de l'artère pulmonaire, provoquant un shunt droit-gauche



Retrecissement
= Sténose

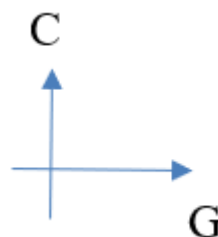


Figure 4 : Coupe anatomique d'une sténose pulmonaire

Mécénat-cardiaque [3].

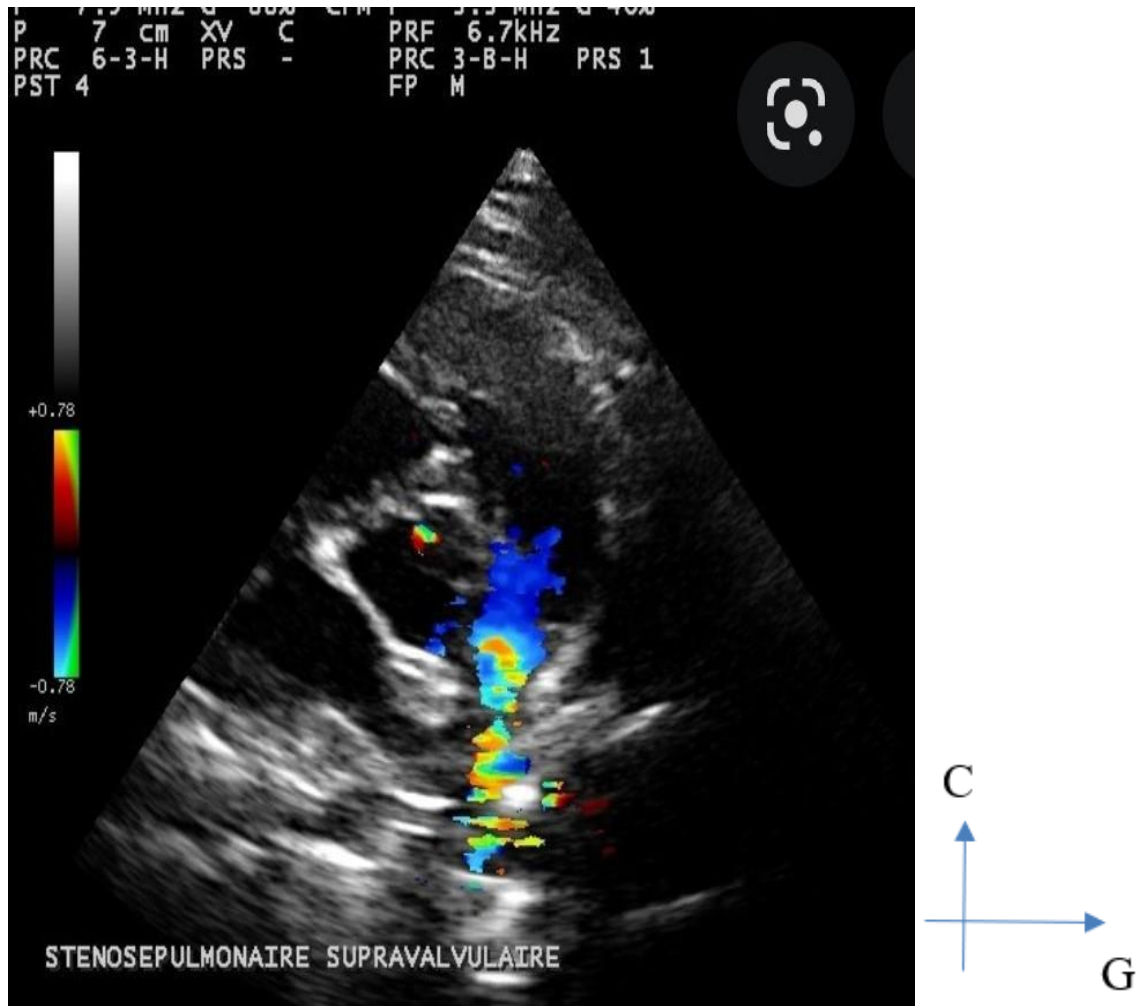


Figure 5 : Image échocardiographique en incidence para sternale gauche petit axe montrant une sténose de l'artère pulmonaire

Mécénat-cardiaque [3].

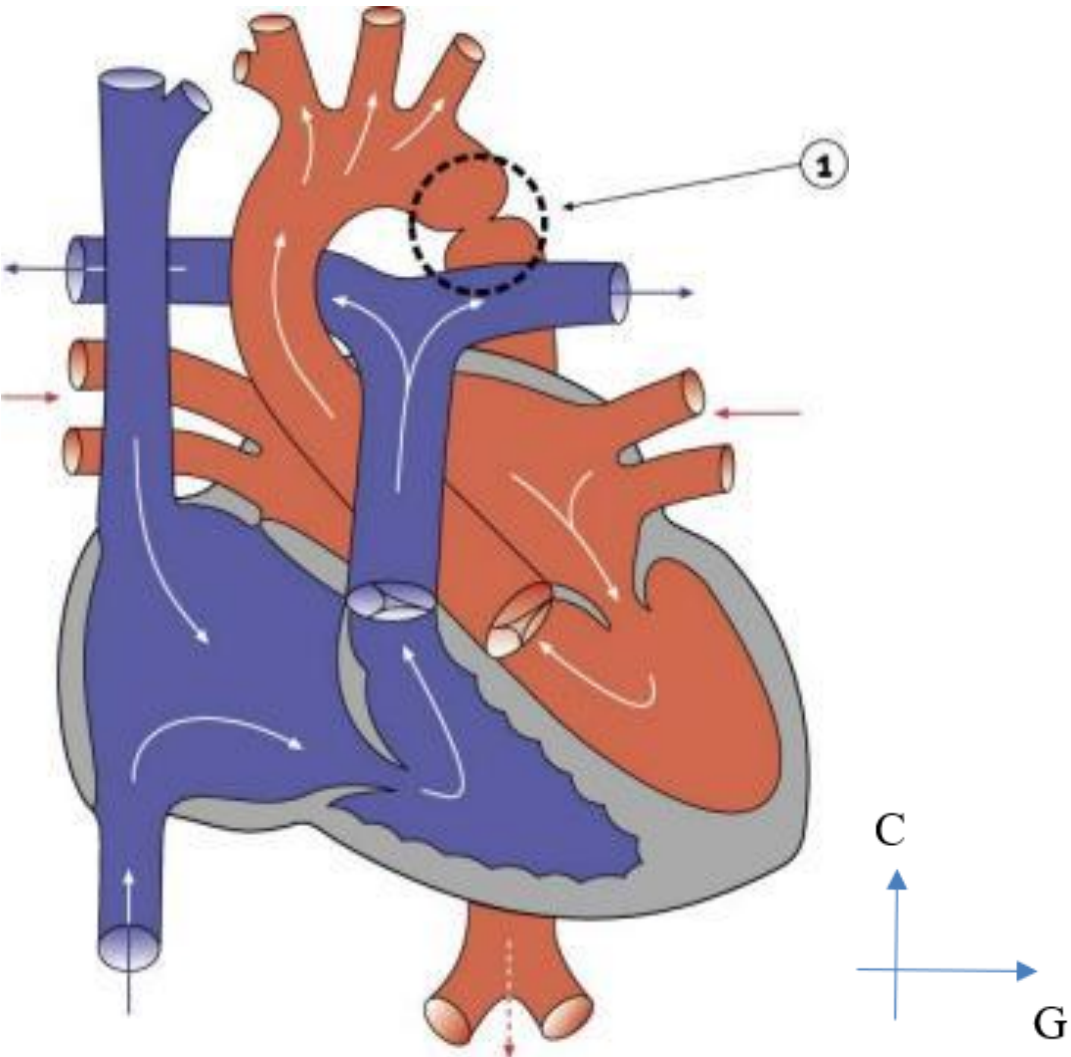


Figure 6 : Coupe anatomique d'une coarctation aortique Mécénat-cardiaque [3].

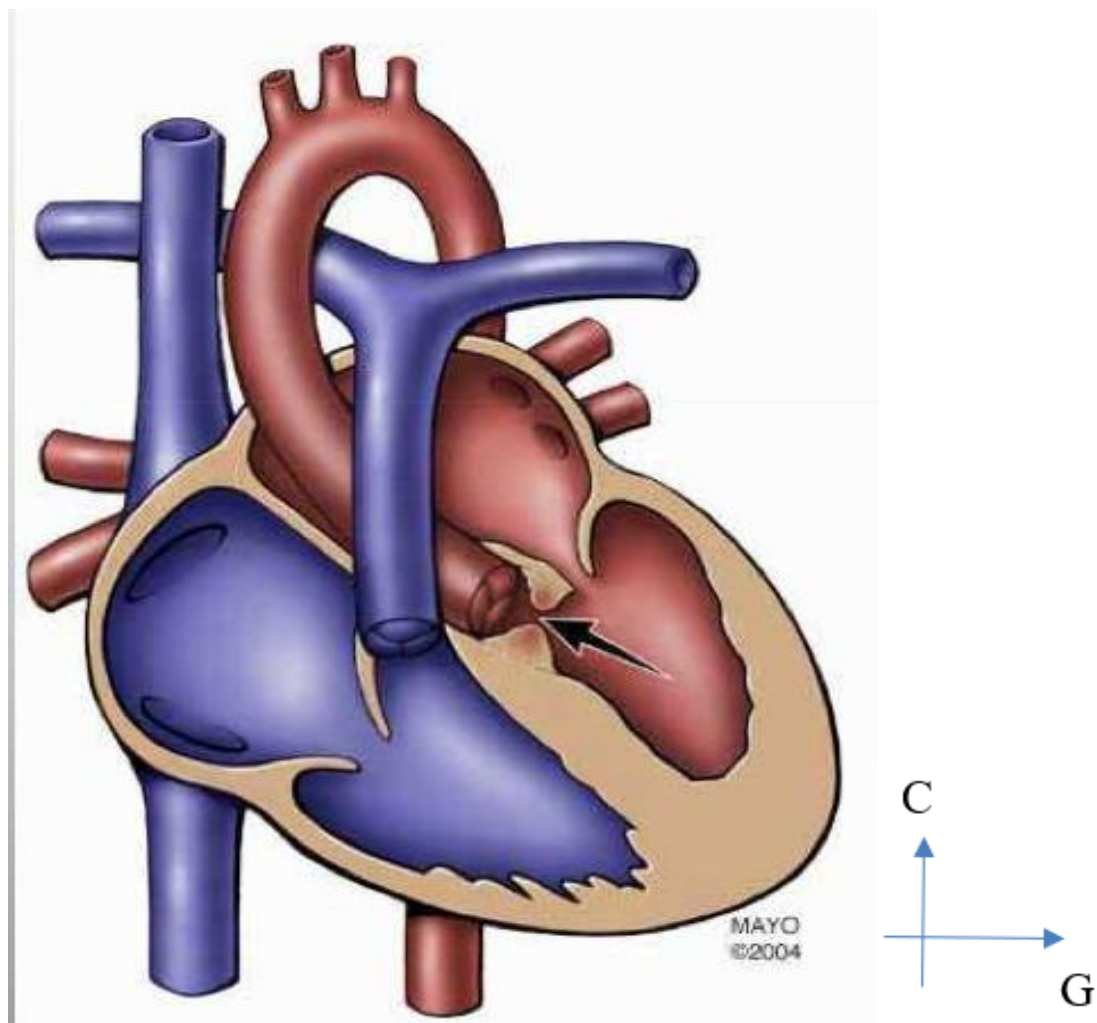


Figure 7 : Coupe anatomique montrant membrane sous aortique
Mécénat-cardiaque [3].

➤ **Les malpositions :**

Dans le cas des malpositions, les vaisseaux qui arrivent vers le cœur (veines caves et pulmonaires) peuvent déboucher dans une mauvaise cavité et les vaisseaux qui partent du cœur peuvent être mal posés. Par exemple, dans la transposition des gros vaisseaux (TGV), l'aorte sort du ventricule droit tandis que l'artère pulmonaire sort du ventricule gauche :

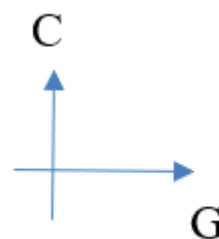
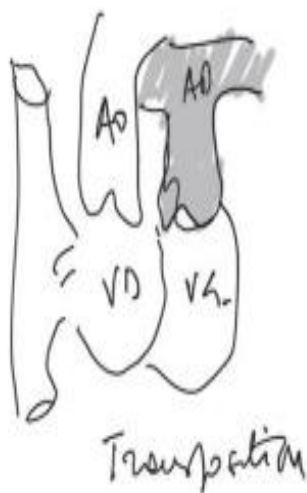


Figure 8 : Coupe anatomique d'une TVG **Mécénat-cardiaque [3].**

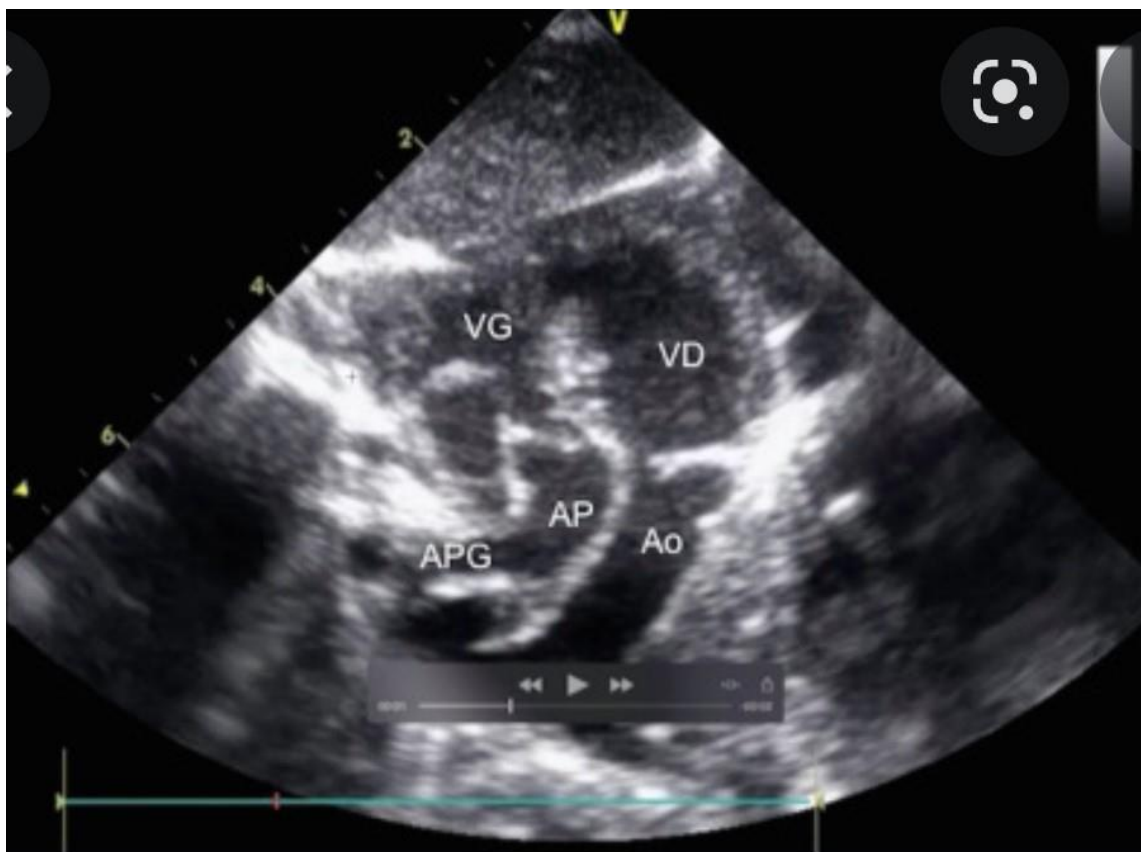


Figure 9 : Image échocardiographique en Incidence grand axe montrant une transposition des gros vaisseaux ou discordance artério-ventriculaire **Mécénat-cardiaque** [3].

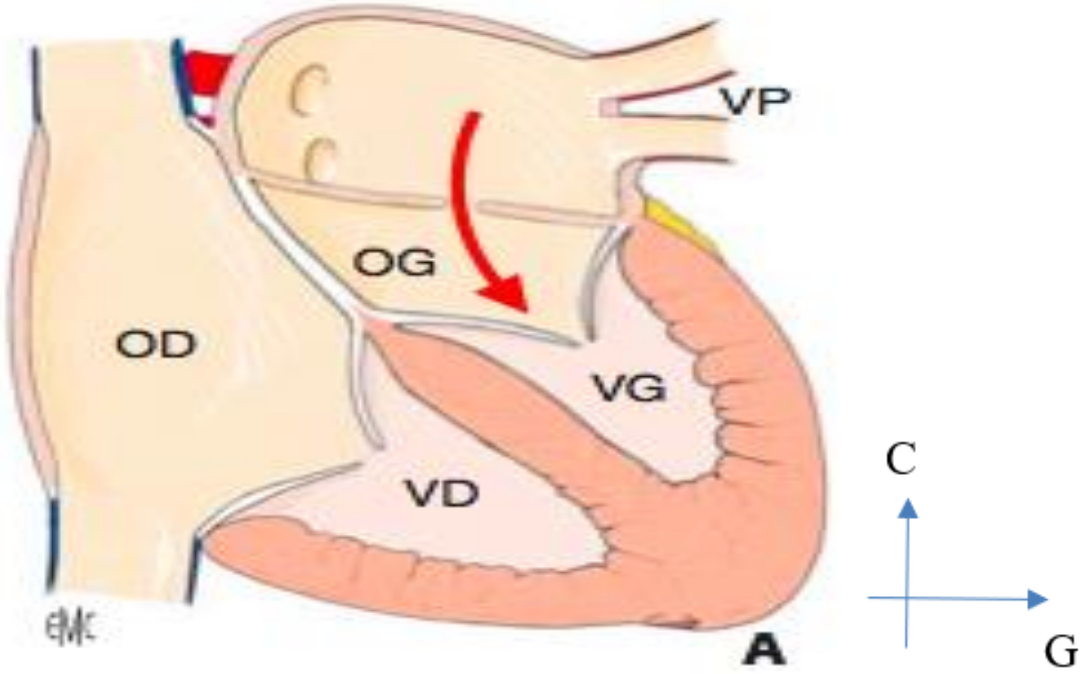


Figure 10 : Coupe anatomique d'un cœur triatrial **Mécénat-cardiaque [3].**

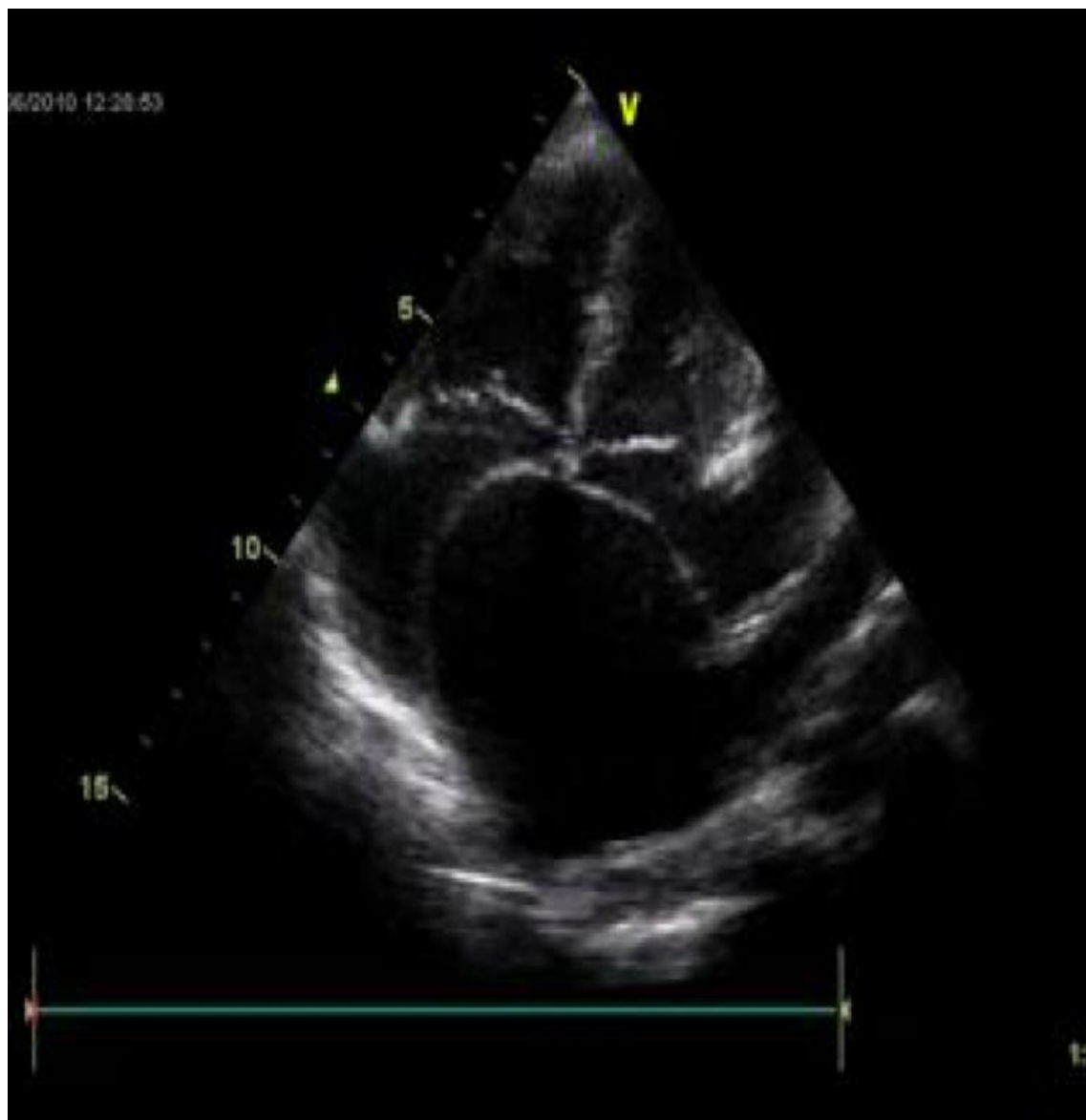


Figure 11 : Image échocardiographique en incidence apicale 4 cavités
Mécénat-cardiaque [3].

❖ **Les deux grandes familles de cardiopathies congénitales :**

On note deux grandes familles de cardiopathies congénitales : les « bleues » et les « roses »

▪ **Les « bleues » :**

La famille « bleue » fait référence à l'observation d'une cyanose plus ou moins importante chez l'enfant. On appelle hypoxémie la diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang.

La cyanose sera plus ou moins importante et appréciée cliniquement avec plus de précision par l'étude de l'oxymétrie : surveillance de la saturation en oxygène par un test diagnostique qui mesure l'oxygène dans le sang. Un niveau de désaturation modéré sera de l'ordre de 85% tandis qu'un niveau de désaturation élevé sera de 55% - 60%.

La radio thoracique de face permet une sous-division :

- Lorsque vous avez un cœur de volume normal, cela veut dire que le cœur ne travaille pas exagérément, ce qui est typiquement le cas de la tétralogie de Fallot.
- Lorsque le cœur est augmenté de volume, on est généralement en présence d'une malposition.

▪ **Les « roses » :**

La famille des "roses" fait donc référence à un enfant avec une saturation normale de l'ordre de 96% - 98%. La radio thoracique de face permet une sous-division :

- Lorsque le cœur est de volume normal ou peu augmenté et, la vascularisation pulmonaire normale, on est généralement en présence de rétrécissements.
- Lorsque le cœur est augmenté de volume et, la vascularisation pulmonaire importante, on est face à une cardiopathie due à un shunt.

❖ **Orientations diagnostiques**

Après l'examen clinique de l'enfant suspecté de cardiopathies, nous avons plusieurs orientations pour évoquer un diagnostic :

1. Inspection : cyanosé ou non-cyanosé
2. Palpation / auscultation : les pouls et le souffle
3. Radiographie thoracique de face : gros cœur ou cœur de volume normal, les poumons : normaux, clairs ou chargés.

4. ECG : axe, rythme et hypertrophies

❖ Signes révélateurs : [1].

Certains sont fréquents : le retentissement pondéral, la limitation de l'activité, les signes respiratoires, une sudation excessive et, la cyanose. D'autres sont rares (les malaises les douleurs d'effort, les œdèmes ou les embolies et les thromboses)

✓ Retentissement pondéral

Un retentissement pondéral se rencontre essentiellement lors des shunts gauche-droite ou des chutes du débit cardiaque (obstacles décompensés, myocardiopathie, etc.), rarement lors des cardiopathies cyanogènes. Il faut le distinguer des insuffisances pondérales d'autres causes notamment d'une fœtopathie associée à la cardiopathie.

✓ Limitation de l'activité

Elle est révélée par un essoufflement ou une cyanose. Chez le nourrisson les repas deviennent longs et laborieux, chez le plus grand l'intolérance porte sur les jeux et la scolarité.

✓ Signes respiratoires

Ce sont la tachypnée, le tirage voire une véritable détresse respiratoire. Ils sont secondaires le plus souvent à un shunt gauche droite, plus rarement à un œdème pulmonaire

✓ Sudation excessive

Les sueurs sont fréquentes en cas d'insuffisance cardiaque et de shunts gauche-droite importants. Après traitement, elles disparaissent en quelques semaines

✓ Cyanose

✚ Définition : c'est la coloration bleue des téguments et des muqueuses, elle apparaît à 5 g d'hémoglobine réduite pour 100 ml de sang capillaire moyen. La saturation normale est supérieure à 96 %, la cyanose apparaît vers 80%, il existe donc une zone de désaturation sans cyanose.

✚ Les origines circulatoires d'une cyanose

- Shunt intracardiaque d'une cardiopathie cyanogène
- Stase capillaire par insuffisance cardiaque.
- Shunt pulmonaire par troubles de ventilation secondaires à une forte hypervascularisation pulmonaire

✚ Les conséquences d'une cyanose par shunt intracardiaque

- Polyglobulie : supérieure à 7 millions, surtout lorsqu'elle est microcytaire, elle peut être responsable d'accidents vasculaires cérébraux. Elle modifie les tests de coagulation et abaisse la vitesse de sédimentation
- Limitation de l'activité par l'hypoxie chronique. +Malaise par hypoxie aiguë.
- Hippocratisme digital.
- Abscès du cerveau : cette rare complication doit toujours être évoquée devant une céphalée associée à une fièvre même modeste. Le scanner fait le diagnostic, le pronostic est excellent si le traitement est précoce.

✓ Malaises

• Malaises par hypoxie aigue : malaises du Fallot

Ils surviennent volontiers chez un nourrisson, entre 2 et 12 mois, atteint d'une cardiopathie cyanogène avec sténose pulmonaire, le plus souvent une tétralogie de Fallot.

Leur apparition n'est pas fonction du degré de la cyanose.

Tout ce qui favorise la tachycardie ou accroît les besoins en oxygène peut déclencher un malaise : fièvre, colère, agitation, douleur

Le plus souvent résolutifs sans séquelle, ils peuvent parfois être responsables de la mort ou d'un accident neurologique. la plupart du temps le malaise se déroule en deux phases, l'une tonique prodromique, assez rapidement suivie d'une phase hypotonique constituant le malaise véritable.

Phase tonique : agitation, pleurs, cyanose et tachycardie.

Phase hypotonique : teint gris par cyanose et pâleur, polypnée (acidose métabolique compensée), tachycardie avec atténuation ou disparition du souffle, hypotonie avec baisse de la vigilance et geignement, parfois convulsions

La récupération est progressive, l'enfant s'endormant et restant anormalement calme

• Malaise à l'effort

Un malaise dans un contexte adrénergique doit toujours faire l'objet d'un bilan le plus complet possible.

• Malaise au repos

Il s'agit le plus souvent de malaises vagues, généralement déclenchés par l'émotion, la chaleur, la douleur ou les troubles digestifs

✓ Douleurs thoraciques

Elles sont fréquentes chez l'enfant et le plus souvent d'origine pariétale survenant alors au repos. Exceptionnellement, il peut s'agir d'un angor, le plus souvent à l'effort, faisant découvrir une anomalie coronaire (anomalie de naissance ou de trajet d'une coronaire, anévrisme, séquelle d'une maladie de Kawasaki), ou de douleurs plus permanentes évoquant une péricardite.

METHODOLOGIE

4- Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, qui a concerné les données des enfants de la période allant de janvier 2018 à décembre 2024. Elle a porté sur les dossiers médicaux d'une population d'enfants souffrant de malformations cardiaques vus d'abord en consultation clinique cardio-pédiatrique, puis à l'échocardiographie Transthoracique.

➤ Critères d'inclusion :

Tous les enfants âgés de 0 à 15 ans, souffrant de cardiopathies congénitales et, ayant bénéficié d'une consultation clinique et, d'une échocardiographie-doppler trans-thoracique.

➤ Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus de l'étude, tous les enfants ne souffrants pas de cardiopathies congénitales et, les enfants dont le dossier médical était incomplet.

➤ Collecte des données :

Ainsi chaque patient de l'échantillon a bénéficié d'une fiche individuelle de suivi avec enregistrement systématique des facteurs socio-épidémiologiques et, les résultats de l'examen clinique (âge, sexe, origine, le poids, la taille, la saturation, l'ECG, l'échocardiographie-doppler, la radiographie thoracique de face, le diagnostic de cardiopathie.

➤ L'analyse statistique

Les données ont été saisies par Word et analysés par le logiciel SPSS 20.0 le test statistique utilisé était le chi carré, le seuil de signification retenu est de $p < 0,05$.

➤ Aspects ethniques

La confidentialité des dossiers a été respectée.

RESULTATS

5- RESULTATS

❖ ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

De janvier 2018 à décembre 2024 sur 713 patients vus en consultation clinique cardio-pédiatrique, puis à l'échocardiographie Transthoracique dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré, nous avons recensé 236 patients atteints de cardiopathies congénitales soit une prévalence de 33,09%. L'âge moyen était : $6,0 \pm 5,3$ ans. Les extrêmes étaient : 1jour et 14 ans. La taille moyenne était : $73 \pm 54,76$ cm. Les extrêmes étaient : 42 et 155 cm
Le poids moyen était : $23,5 \pm 21,9$ kg. Les extrêmes étaient : 2,5 et 55 kg

➤ Résultats uni variés

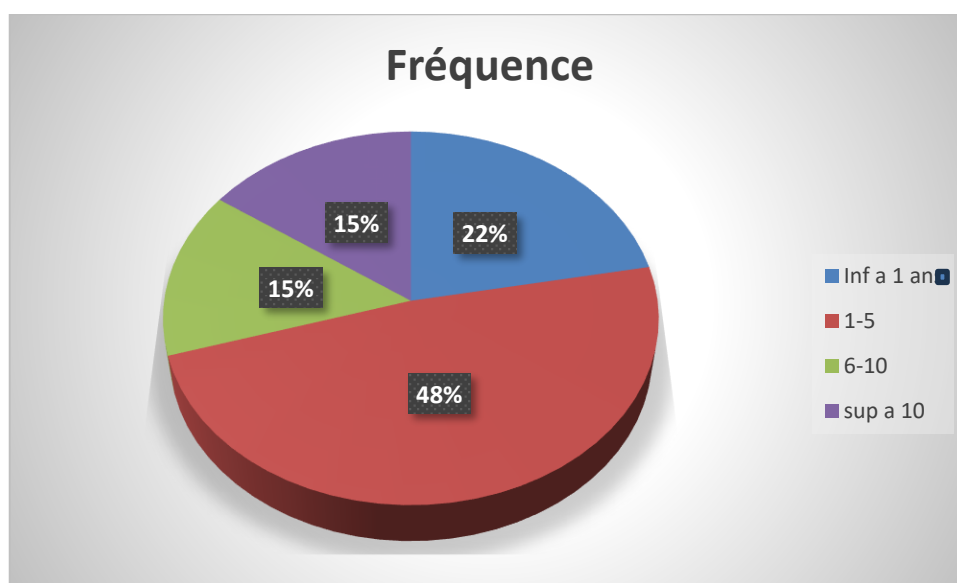


Figure 12 : Répartition selon l'âge

L'âge moyen était : $6,0 \pm 5,3$ ans. Les extrêmes étaient : 1jour et 14 ans

La tranche d'âge de 1 an à 5 ans était la plus représentée avec 114 cas (48%)

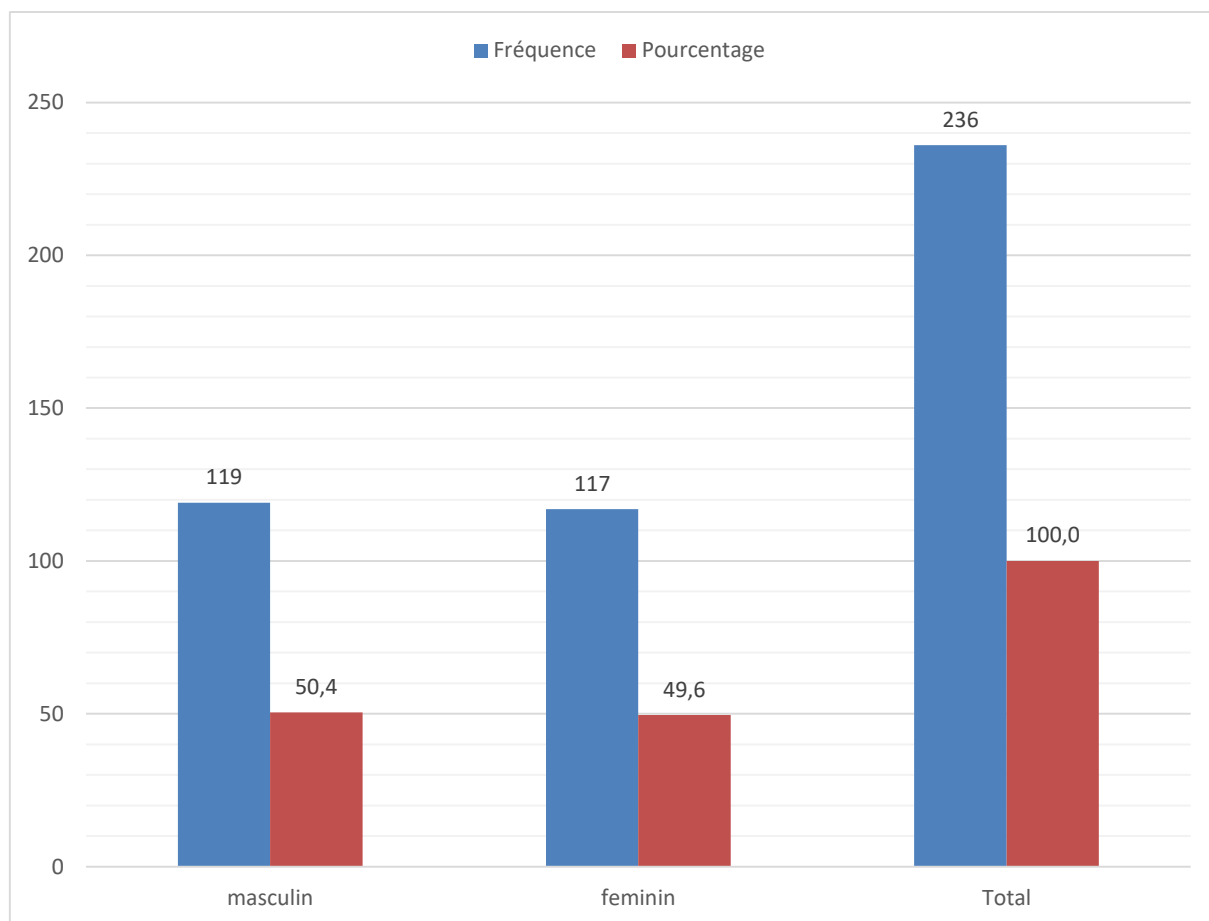


Figure 13 : Répartition en fonction du sexe

La population d'étude était composée de 119 garçons (50,4%) et de 117 filles (49,6%), Le sex-ratio garçon /fille était : 1,01.

Tableau III: Répartition en fonction de la taille

Taille	Fréquence	Pourcentage
< 45 cm	15	6,4
45 - 50 cm	4	1,7
> 50 cm	217	91,9
Total	236	100,0

La tranche de taille supérieure à 50 cm était la plus représentée avec une fréquence de 91,9%

Tableau IVI : Répartition en fonction du poids

Poids	Fréquence	Pourcentage
<5 kg	34	14,4
5 - 20 kg	139	58,9
20 - 35 kg	36	15,3
>35	27	11,4
Total	236	100,0

58,9 % des patients avaient un poids compris entre 5 et 20 Kg

❖ ASPECTS CLINIQUES

Tableau III : Répartition en fonction des motifs de consultations

Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage
Souffles cardiaques	139	58,8
Dyspnée	32	13,6
Cyanose	23	9,7
Broncho-pneumopathies	22	9,3
Douleur thoracique	15	6,3
Palpitations	04	01,7

Les souffles cardiaques (58,8%) étaient le motif de consultation le plus retrouvé.

Tableau IV : Répartition en fonction des signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Dyspnée	147	62,2
Douleur thoracique	15	6,3
Squating	12	5,1
Palpitations	3	1,3

La dyspnée était le signe fonctionnel le plus évoqué dans 62,2%.

Tableau V : Répartition en fonction des signes retrouvés à l'inspection

Signes	Effectif (N=236)	Pourcentage
Cyanose	53	22,4
Hippocratisme digital	21	11,4
Déformation thoracique	05	02,1
Pâleur conjonctivale	04	0,4

La cyanose était le signe d'inspection le plus retrouvé dans 22,4% des cas.

Tableau VI : Répartition en fonction des signes retrouvés à la palpation

Signes	Effectif (N=236)	Pourcentage
Anomalie du choc de pointe	23	9,7
Frémissements	21	8,9
Absence de pouls	1	0,4

Le choc de pointe anormal a été retrouvé dans 9,7 %.

Tableau VII : Répartition en fonction des signes retrouvés à l'auscultation

Signes	Effectif (N=236)	Pourcentage
Souffle systolique	193	81,7
Bruits surajoutés*	85	36,01
Souffle continu	09	3,8
Assourdissement des bruits du cœur	4	2

Le souffle systolique était le signe auscultatoire le plus retrouvé dans 81,7% des cas, suivi des bruits surajoutés.

*Les bruits surajoutés étaient composés de : (B1 accentué à la pointe, dédoublement large et contant de B2, B2 accentué au foyer pulmonaire, roulement diastolique, claquement d'ouverture mitrale, Galop de pointe, dédoublement de B1 tricuspide, frottement péricardique, click protosystolique, click mesosystolique)

❖ ASPECTS PARACLINIQUES

Tableau VIII : Répartition selon les données radiologiques thoraciques

Radiographie thoracique de face	Fréquence	Pourcentage
Cardiomégalie	124	52,5
Hypovascularisation pulmonaire	55	23,30
Hypervascularisation pulmonaire	42	17,79
Cardiomégalie +Hypervascularisation pulmonaire	04	01,7

La cardiomégalie était le signe radiologique le plus fréquemment retrouvé dans 52,5%.

Tableau IX : Répartition selon les données électrocardiographiques

ECG	Fréquence	Pourcentage
Surcharge du VG	95	40,2
Surcharge du VD	92	38,9
Bloc de branche droit	23	09,7
Axe QRS plafond (-90 °)	18	03,4

La surcharge du VG était le signe électrocardiographique le plus retrouvé dans 40,2 % des cas, suivie de la surcharge du VD.

Tableau X : Répartition en fonction des motifs de demande de l'échocardiographie

Motifs demande ETT	Fréquence	Pourcentage
Souffle cardiaque	152	64,4
Détresse respiratoire	33	14
Cyanose	23	09,7
Douleur thoracique	15	06,3
Toux	11	4,6
Palpitations	02	0,8

Les motifs de demande d'échocardiographie les plus fréquents étaient les souffles cardiaques (64,4 %).

Tableau XI : Répartition selon les anomalies retrouvées à l'échocardiographie

Anomalies	Fréquence	Pourcentage
Anomalie des coronaires	01	0,4
APSO	03	01,3
CAV	18	07,6
Cardiopathies congénitales complexes*	20	08,5
CIA	23	9,7
CIV	54	22,8
CIV+IAo	02	0,8
COA	02	0,8
IM	16	06,8
PCA	09	03,8
Polyvalvulopathies	14	05,9
RVPA	01	0,4
Sténose valvulaire pulmonaire	03	01,3
TAC	20	8,5
TF4	43	18,2
TGV	07	02,9
Total	236	100,0

La CIV (22,8%) était la pathologie la plus retrouvée, suivie de la Tétralogie de Fallot (18,2%), CIA (9,7%), le TAC 8,5% et, les cardiopathies complexes (8,5%).

Cardiopathies congénitales complexes* : (malposition ventriculo-artérielle avec CIV, malposition ventriculo-artérielle avec CIV et sténose pulmonaire, double discordance, atrésie des valves auriculo-ventriculaires et ventricule unique, atrésie aortique-hypoplasie du ventricule gauche, anomalie d'Ebstein).

Tableau XII : Répartition en fonction du type de communication inter-ventriculaire

CIV	Fréquence	Pourcentage
CIV peri-membraneuse	35	14,8
CIV admission	08	03,4
Conotroncale	06	2,5
CIV infundibulaire	04	01,7
CIV musculaire	02	0,8

La CIV peri-membraneuse était la plus retrouvée dans 14,8 % des cas.

Tableau XIII : Répartition en fonction du type de communication inter-atrial

CIA	Fréquence	Pourcentage
CIA ostium secundum	15	06,3
CIA ostium primum	08	03,4

La communication inter-atriale type ostium secundum était la plus retrouvée dans 06,3% des cas.

➤ **Etudes bi- variées :**

Tableau XIV : Relation entre la cardiopathie congénitale et l'âge

		Age				Total	
		<1 ans	1-5	6-10	> 10		
Cardiopathies Congénitales	Anomalie des coronaires	01(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	01(0,4)	
	APSO	01(0,4)	02(0,8)	0(0,0)	0(0,0)	03(1,2)	
	CAV	09(3,8)	05(2,1)	01(0,4)	03(1,3)	18(7,6)	
	Cardiopathies congénitales complexes	07(2,9)	12(5,1)	01(0,4)	0(0,0)	20(8,5)	
	CIA	03(1,2)	12(5,0)	04(1,7)	04(1,7)	23(9,7)	
	CIV	07(2,9)	35(14,8)	05(2,1)	07(2,9)	54(22,8)	
	CIV+IAO	0(0,0)	01(0,4)	01(0,4)	0(0,0)	02(0,8)	
	COA	01(0,4)	0(0,0)	01(0,4)	0(0,0)	02(0,8)	
	IM	0(0,0)	03(1,3)	05(2,1)	08(3,4)	16(6,8)	
	PCA	01(0,4)	05(2,1)	02(0,8)	01(0,4)	09(3,8)	
	Polyvalvulopathie	00(0,0)	01(0,4)	05(2,1)	08(3,4)	14(5,9)	
	RVPA	0(0,0)	01(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	01(0,4)	
	Sténose pulmonaire	0(0,0)	02(0,8)	01(0,4)	0(0,0)	03(1,3)	
	TAC	11(4,6)	08(3,4)	0(0,0)	01(0,4)	20(8,5)	
	TF4	09(3,8)	22(9,3)	08	04(1,7)	43(18,2)	
	TGV	01(0,4)	01(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	02(0,8)	
	TGV+CIA	01(0,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	01(0,4)	
	TGV+CIV	0(0,0)	04(1,7)	0(0,0)	0(0,0)	04(1,7)	
	Total		52(22,0)	114(48,3)	34(14,4)	36(15,2)	236(100)

La relation entre la cardiopathie congénitale et l'âge est statistiquement significative ($p= 0,02$. $\chi^2 = 315,826$. $df = 264$).

La malformation cardiaque a été diagnostiquée chez 114 patients (48,3) entre l'âge de 1 à 5 ans, chez 52 (22,0) patients avant l'âge de 1 an et, chez 70 patients après l'âge de 6 ans.

Tableau XV : Répartition des différentes cardiopathies en fonction de sexe

		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Cardiopathies Congénitales	Anomalie des coronaires	0(0,0)	01(0,4)	01(0,4)
	APSO	01(0,4)	02(0,8)	03(1,3)
	CAV	13(5,5)	05(2,1)	18(7,6)
	CCC	07(2,9)	13(5,5)	20(8,5)
	CIA	10(4,2)	13(5,5)	23(9,7)
	CIV	29(12,3)	26(11,0)	54(22,8)
	CIV+IAO	01(0,4)	01(0,4)	02(0,8)
	COA	0(0,0)	02(0,8)	02(0,8)
	IM	06(2,5)	10(4,2)	16(6,8)
	PCA	04(1,7)	05(2,1)	09(3,8)
	Polyvalvulopathie	10(4,2)	04(1,7)	14(5,9)
	RVPA	0(0,0)	01(0,4)	01(0,4)
	Sténose valvulaire pulmonaire	02(0,8)	01(0,4)	03(1,3)
	TAC	07(2,9)	13(5,5)	20(8,5)
	TF4	25(10,6)	17(7,2)	43(18,2)
TGV	04(1,7)	03(1,3)	07(2,9)	
Total		119(50,4)	117(49,6)	236(100)

La cardiopathie congénitale a été notée chez 119 garçons (50,4%) et, 117 (49,6%) filles (49,6%). La CIV a été diagnostiquée chez 29 garçons (12,3%) contre 26 filles (11,0%), la Tétralogie de Fallot 25 garçons (10,6%) contre 17 filles (7,2), la CIA chez 13 filles (5,5%) contre 10 garçons (4,2%), le CAV 13 garçons (5,5%) contre 5 filles (2,1%).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Dans le monde, un enfant sur cent naît avec une malformation cardiaque [3]. La prise en charge de cette malformation constitue de nos jours une vraie hantise pour plusieurs familles. Le dépistage d'une malformation cardiaque se fait habituellement en consultation clinique, la grande qualité des renseignements fournis par l'échocardiographie-doppler couleur permet le plus souvent un diagnostic complet.

Notre étude étant rétrospective nous n'avons pas pu être exhaustif dans la collecte des informations nécessaires à l'étude ; ce qui a sous-estimé le nombre de cardiopathies congénitales. Malgré ces difficultés nous avons pu comparer nos résultats à ceux d'autres études et mener notre discussion.

➤ Aspects épidémiologiques

Dans notre étude sur 713 patients recensés durant la période d'étude nous avons enregistré 236 cas de cardiopathies congénitales soit une prévalence de 33,09%. La prévalence retrouvée dans notre série est proche de celle rapportée par Guindo A qui a retrouvé 38%.

Les 236 patients, dont 119 garçons et, 117 filles avaient un âge moyen de $6 \pm 5,3$ ans (extrêmes 1 jour et 14 ans), La tranche d'âge de 1-5 ans était la plus représentée avec 114 cas (48%). Une étude similaire réalisée en 2015 au Burkina Faso par Kindal [9] sur une période de 27 mois avait trouvé un âge moyen de 5 mois (extrêmes 1 jour à 15 ans) avec une tranche d'âge prédominante de 1 à 30 mois à 55%, toujours au Burkina Faso Kambiré Yibar [10] trouvait un âge moyen de $3,17 \pm 3,79$ ans (extrêmes 3 jours et 15 ans). D'autres auteurs comme Guindo Abdoulaye [8], Abéna [11] et Cloarec [12] ont remarqué que la plupart des cardiopathies congénitales était diagnostiquée dès le bas âge entre 1 jour et 24 mois respectivement à 89%, 70% et 61%. Ce taux élevé des cas de cardiopathie congénitale dans la tranche d'âge de 1 à 5 ans par rapport aux âges de plus de 6 dans notre étude s'expliquerait par le fait que : Certaines cardiopathies congénitales comme les cardiopathies avec shunt gauche-droite peuvent avoir une évolution spontanée vers la fermeture [18-19] ; les cardiopathies congénitales de découverte tardive sont le plus souvent bénignes et le plus souvent asymptomatiques. Alors ces patients ne consultent pas et ne sont souvent pas recensés.

Dans notre série le sex-ratio était de 1,01 en faveur des garçons, résultat similaire au travail de Kambiré Yibar 1,12 également en faveur des garçons [10]

➤ **Aspects cliniques**

Les motifs de consultation cardio-pédiatrique étaient dominés par les souffles cardiaques 58,8%, la dyspnée 13,6%, la cyanose 9,7% et les broncho-pneumopathies itératives 9,3%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le souffle est un signe quasi constant dans les cardiopathies congénitales chez les enfants [20], également par le fait que les broncho-pneumopathies itératives, sont de fréquentes circonstances révélatrices des cardiopathies congénitales

Sur le plan clinique la dyspnée était le principal symptôme avec une fréquence de 62,2%, contre 74,53% pour Kambiré Yibar [10].

Sur le plan auscultatoire le souffle cardiaque était noté chez 81,7% de nos malades contre 97,17% des cas de Kambiré Yibar [10]. Les bruits surajoutés étaient également entendus chez 36,01% et, le souffle continu chez 3,8% de nos malades.

➤ **Aspects électriques**

Sur le plan électrique la surcharge ventriculaire gauche a été enregistrée chez 38,9% de nos patients, suivie de la surcharge ventriculaire droite 40,2%, l'axe de QRS au plafond 3,4%.

➤ **Aspects échocardiographiques**

Les résultats des différents examens associés à l'échocardiographie doppler qui était l'examen clé du diagnostic, nous ont permis de comparer nos résultats de cardiopathies malformatives les plus fréquemment diagnostiquées à celles de mécénat chirurgie cardiaque [3] dans le tableau ci-dessous.

Tableau XVI : Comparaison entre les Cardiopathies malformatives les plus fréquemment diagnostiquées dans notre étude à celles de mécénat chirurgie cardiaque

Cardiopathies malformatives	Fréquence Notre étude	Fréquence Mécénat chirurgie cardiaque
CIV	22,8%	30%
CIA	9,7%	8%
T4F	18,2%	6%
PCA	3,8%	7%
CAV	7,6%	4,5%
TGV	2,9%	4,5%
CIV+IA	0,8	1,5%
TAC	8,5%	1,5%
RP	1,3	7%
IM	6,8%	-
RA	-	5%
RVPAT	-	1,5%
Coarctation aorte	0,8%	6%
VDDI	-	1%
APSO	1,3%	-
VU	-	1,5%
Poly valvulopathies	5,9%	-
Cardiopathies complexes	8,5%	-
Autres	-	12%

La différence entre les fréquences des cardiopathies retrouvées dans notre étude et celles de mécénat s'explique par le fait que mécénat a recensé uniquement les cas de cardiopathies opérables avec un issu favorable et non les cardiopathies complexes.

Les CIV constituaient ainsi les malformations cardiaques les plus diagnostiquées comme l'atteste d'autres études en Afrique : Daffe S et al [12] notait une fréquence de 49,18% au CHU Mère-enfant le « Luxembourg » à Bamako, au Togo Outacha trouvait 24,4% [13], Kinda au Sénégal 23,33% [9], Sawadogo au Burkina 37% [14], Acrachi au Sénégal 38% [15]. Aux Etats-Unis Sables avait trouvé 30% [16], en France Joly et al. 30 à 40% [17].

La Tétralogie de Fallot constituait la deuxième malformation cardiaque congénitale la plus fréquente dans notre série avec une fréquence de 18,2% contre 9,36% pour Kambiré Yibar au Burkina Faso [10], et, 9,42% pour Kinda G au Sénégal. Cette différence s'explique par le fait que certaines de ces études n'ont pas été réalisées en milieu cardiologique et également la période d'étude était courte avec un faible échantillon.

Quant aux CIA notre travail a trouvé une fréquence de 9,7%, contre 23,19% pour Kinda. G [9] au Sénégal et, 13,45% au Burkina pour Yibar [10].

Les cardiopathies complexes et les polyvalulopathies avec des fréquences respectives 8,5% et de 5,9% dans notre série, sont très peu décrites dans les autres études notamment africaines.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

➤ **CONCLUSION :**

Les malformations cardiaques congénitales de l'enfant sont une réalité en Afrique, leur fréquence est certainement sous-estimée dans les études à cause de l'insuffisance de plateau technique et, du personnel qualifié. Elles sont une vraie hantise surtout pour des familles démunies. Le dépistage précoce passe par la mise en place de politiques adaptées et focalisées sur la sensibilisation et le dépistage précoce afin d'améliorer leur prise en charge.

➤ **RECOMMANDATIONS :**

❖ **Au pouvoir public et aux organismes non gouvernementaux.**

- Doter les structures de santé en plateau technique adéquat et bien fourni.
- Former les pédiatres et cardiologues locaux au diagnostic des malformations cardiaques
- Impliquer les associations humanitaires dans la prise en charge des enfants victimes de malformations cardiaques

❖ **Au personnel soignant**

- La sensibilisation et, l'information des familles sur la gravité des malformations cardiaques congénitales dont le seul traitement efficace est la chirurgie cardiaque
- Le dépistage précoce de ces affections congénitales
- La bonne collaboration des médecins pour la prise en charge de ces enfants malades du cœur

❖ **Aux populations**

En mettant tous ensemble notre enthousiasme au service de ces enfants malades, nous les aidons à se développer harmonieusement dans un monde que nous pouvons, tous, chaque jour, contribuer à améliorer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Batisse A. Cardiologie pédiatrique pratique. (2ème édition) Doin Editeurs, Paris (1995) p100-103.
2. Iselin M. Cardiopathies congénitales. Encyclopédie Médico Chirurgicale (Elsevier Paris), Radiodiagnostic-Cœur-Poumon-015-A-12, Pédiatrie 1999 ;4-070-A05: 6p.
- 3.25. Marielle Gouton, Vincent Lucet, Olivier Bical, Francine Leca. Association Mécénat chirurgie cardiaque -Enfants du monde. Formation 5/5. <http://www.mecénat-cardiaque.org> (consulté le 06/01/2025)
4. TantchouTchoumi JC, Ambassa JC, Kingue S, et al (2011) Occurrence, aetiology and challenges in the management of congestive heart failure in sub-Saharan Africa experience of the Cardiac Centre in Shisong. Cameroun. Pan Afr Med J 8 :11.)
5. Sani MU, Mukhtar Yola M, Karaye KM (2007). Spectrum of congenital heart disease in a tropical environment: an echocardiography study. J Natl Med Assoc 99(6): 665-9
6. Sanogo YA. Cardiopathies congénitales de l'enfant: Etude Echocardiographique à propos de 102 cas à Ouagadougou. Thèse méd. Université de Ouagadougou 2006 ;1650 :153p. PubMed | Google Scholar
7. MAÏGA Asmaou KEÏTA Aspect épidémiologique des affections cardio-vasculaires en période néonatale et infanto-juvénile à l'hôpital Mère-Enfant Le Luxembourg à propos de 225 cas ; Mémoire de spécialisation en Cardiologie Bamako 2010 ; 32.
8. GUINDO Abdoulaye ; Aspects épidémiologique et échocardiographiques des cardiopathies congénitales au CHU-GT ; Mémoire de DU d'échographie <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6483>
9. Kinda G. Cardiopathies congénitales : aspects épidémiocliniques, évolutifs et thérapeutiques dans le service de cardiologie du CHU Aristide Le DANTEC de Dakar (à propos de 94 cas). Mémoire CES de cardiologie. Université Cheikh AntaDiop de Dakar 2008 ;143 :155p.
10. Kambiré Yibar, Smé N, Hippolyte, Traore Osara et al. Cardiopathies congénitales de l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au CHU de TENGANDOGO. <http://hsd-fmsb.org/index.php/hra>
11. Abena-Obama MT, Muna WFT, Leckpa JP et al. Cardiovascular disorders in sub-Saharan African children: a hospital based experience. Cardiol Trop. 1995; 21(81): 5-11.

12. Daffe S, Keita A, Touré M et al. Prise en charge chirurgicale des CIV au centre André FESTOC du CHU Mère-enfant le « Luxembourg ». Deuxième Journée Scientifique de la SOMACAR. Le 15 Mai 2023
13. Kokou O, Agbéré A-RD, Balaka B et al. Apport de l'échoDoppler cardiaque dans le diagnostic des cardiopathies congénitales dans le service de pédiatrie du CHU-Tokoin, à Lomé (Togo). Cahiers santé. 1996 ; 6 : 161-4.
14. Sawadogo G. Cardiopathie congénitale de l'enfant : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse méd Université de Ouagadougou 2007 ;1281 :147p.
15. Acrachi Bah K. Cardiopathies congénitales en milieu pédiatrique: Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs à propos de 355 cas au CHU de Dakar. Thèse Méd, Université Cheikh Anta Diop de Dakar 2007 ; 132 :100p. Google Scholar
16. Sable CA. Ultrasound of congenital heart disease: a review of prenatal and postnatal echocardiography. Semin Roentgenol. 2004; 39(2): 215-33. PubMed | Google Scholar
17. Joly H, Dauphin C, Montreff P, Boeuf B, Lusson JR. Communication interventriculaire du nourrisson: évolution à court terme (série prospective de 89 cas) /Ventricular septal defect of neonate. Arch Mal Coeur Vaiss. 2004;97(5): 540-5. PubMed | Google Scholar
18. Fischer H, Sonnweber N, Sailer M, Fink C, Trawoger R, Hammerer I. Incidence of congenital heart disease in tyrol, Austria 1979-1983. Padiatr Padol. 1991; 26(1):57-60.
19. Manetti A, Pollini I, Cecchi F et al. The epidemiology of cardiovascular malformations, III; The prevalence and follow up of 46,895 live births at Careggi Maternity Hospital, Florence, in 1975-1984. G Ital Cardiol. 1993; 23(2):145-52.
20. Dadez E, Cormier B. Echocardiographie Doppler: principes physiques, examen normal. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Cardiologie-Angéologie 1996;11-005-A-10 :14p.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° : |_|_|_|

I-Identité

- Age :.....
- Sexe : 1.Masculin, 2. Féminin
- Nationalité:/ -----/ 1=Maliennne 2= non Maliennne
- Résidence / -----/ 1=Bamako 2= Hors de Bamako
- Ethnie.....
- Motif de consultation :.....

II-Antécédents médicaux:

- Naissance à terme: /____ / (1=oui ; 2= non)
- Réanimation a la naissance: /____ / (1=oui ; 2=non)
- Angine a répétition: /____ / (1=oui ; 2=non)
- Notion de douleurs articulaire: /____ / (1=oui ; 2= non)
- Carie dentaire : /____ / (1=oui ; 2= non)
- Correctement vacciné
- non vacciné
- Broncho-pneumopathie a répétition
- Autres ;/____ / (1=oui ; 2= non)

III-Examen physique:

Signes fonctionnels et généraux

Poids :, Taille :, IMC:....., T° : FC.....

Dyspnée : /__ / (1=oui stade..... ; 2= non) Palpitations : /____ / (1=oui ; 2= non) Précordialgie : /____ / (1=oui ; 2= non) ; Syncope : /____ / (1=oui ; 2= non)

Etat général /____ / (1= bon ; 2= altéré) ;pâleur conjonctivale /____ / (1=oui ; 2= non)

Autres : /____ / (1=oui à préciser.....; 2= non

Examen cardiovasculaire : (1=normal, 2= anormal)

- BDC : /____ / (1= normaux ; 2= assourdis)

- Rythme : / _____ / (1=régulier ; 2=irrégulier)
- Fréquence cardiaque : / _____ /
- Position du choc de pointe : / ___ / (1=normal, 2=anormal)
- Frémissement : / _____ / (1=oui ; 2= non)
- Signe de Harzer : / _____ / (1=oui ; 2= non)
- Galop : / _____ / (1=oui : siège.....; 2= non)
- Souffle : / _____ / (1=systolique 2=diastolique ; 3= non)
- Pouls périphériques : / _____ / (1=perçus ; 2= non perçus)

Examen pleuropulmonaire : (1=normal, 2= anormal)

- Thorax : / _____ / 1=normal, 2= déformé)
- Râles : / _____ / (1=non, 2= crépitants, 3=sibilants, 4=ronflants)
- Murmure vésiculaire: / _ / (1=normal, 2= diminué, 3= abolie)
- Autres : / _____ / (1= a préciser..... ; 2= non)

Examen abdominal : (1=normal, 2= anormal)

- Ascite : / _____ / (1=oui ; 2= non)
- Hépatomégalie : / _____ / (1=oui ; 2= non)
- Reflux hépato-jugulaire : / _____ / (1=oui ; 2= non)
- Autres signes : / _____ / (1= à préciser..... ; 2= non)

IV -Examens paracliniques

ECG :

HVG _____ / HAG _____ / HVD _____ / HAD _____ /

BBD _____ / BBG _____ / FR _____ /

Echo cœur :

CIV _____ / CIA _____ / CAV _____ / T4F _____ / TAC _____ /

AUTRES _____ /

BIOLOGIE

NFS : Hb ; Ht ; GB

FICHE SIGNALITIQUE

Auteur : DEMBELE Mahamadou **Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMOS

Année universitaire : 2023-2024 **Ville de soutenance** : Bamako

Secteur d'intérêt : Cardiologie-Pédiatrie-Imagerie.

Titre : Aspects épidémiologiques, cliniques et échocardiographiques des cardiopathies congénitales dans le service de cardiologie au centre hospitalo-universitaire Gabriel Toure

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et, échocardiographiques des enfants souffrants de cardiopathies congénitales vus en consultation dans le service de cardiologie du CHU-GT.

Étude rétrospective, descriptive, qui s'est déroulée de 2018 à 2024, portant sur les dossiers médicaux d'enfants souffrants de malformations cardiaques, avec enregistrement systématique des facteurs socio-épidémiologiques et, les résultats de l'examen clinique (âge, sexe, le poids, la taille, la saturation, l'ECG, l'échocardiographie-doppler, la radiographie thoracique de face).

Durant la période d'étude nous avons diagnostiqué cette malformation chez 236 patients, dont 119 garçons et, 117 filles avec un âge moyen de $6 \pm 5,3$ ans. Les motifs de consultation cardio-pédiatrique étaient dominés par les souffles cardiaques 58,8%, la dyspnée 13,6%, la cyanose 9,7% et les broncho-pneumopathies itératives 9,3%. Sur le plan auscultatoire le souffle cardiaque était noté chez 81,7% de nos enfants. Les cardiopathies congénitales les plus fréquentes diagnostiquées étaient : La CIV 54 cas (22,8%), suivie de la Tétralogie de Fallot 43 cas (18,2%), TCA 20 cas (8,5%), les valvulopathies mitrales 16 cas (6,8%), les CIA 23 cas (9,7%), les CAV 18 cas ((7,6%), les TGV 7cas (2,9%), les cardiopathies complexes 20 cas (8,5%), les polyvalvulopathies 14 cas (5,9%) PCA 9 cas (3,8%).

Les malformations cardiaques congénitales de l'enfant sont une réalité en Afrique, leur fréquence est certainement sous-estimée dans les études à **cause de** l'insuffisance du plateau technique et, du personnel qualifié. Elles sont une vraie hantise surtout pour des familles démunies. Le dépistage précoce passe par la mise en place de politiques adaptées et, focalisées sur la sensibilisation et le dépistage précoce afin d'améliorer leur prise en charge.

- **Mots clés** : cardiopathies congénitales – clinique - échographie doppler cardiaque.