



Cardiopathies congénitales : Aspect épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 418 cas colligés à Niamey.

Congenital heart disease: Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of 418 cases collected in Niamey.

Abdouramane MA^{1*}, Dodo B², Ousmane I³, Abdoulaye O⁴, Garba SM¹, Bako H², Toure I².

Reçu le 16-07-24

Accepté le 24-08-2025

Publié le 30-09-25

Mots-clés

Cardiopathie congénitale, épidémiologie, prise en charge, Niger.

Résumé

Introduction : les cardiopathies congénitales constituent un véritable problème de santé publique en Afrique subsaharienne. Au Niger, le diagnostic et la prise en charge restent précaires du fait de l'insuffisance des plateaux techniques. Notre étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques des cardiopathies congénitales à Niamey

Méthodologie : Nous avons mené une étude rétrospective, prospective et descriptive portée sur les dossiers des patients vus en échocardiographie entre janvier 2016 et Aout 2020 à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo et l'Hôpital National de Niamey. Etaient inclus tous les patients âgés de moins de 15 ans ayant bénéficié d'une échographie transthoracique dans le cadre d'une suspicion, d'une évaluation ou d'un suivi d'une cardiopathie congénitale durant la période d'étude.

Résultats : Au total 418 patients étaient retenus sur 3344 écho-cardiographiques pédiatriques enregistrées. La prévalence des cardiopathies congénitales était de 12,5%. Il y'avait une prédominance masculine avec un sex-ratio M/F est de 1,14. Le motif de consultation le plus fréquent était la dyspnée ou fatigabilité à l'effort ou aux tétées qui était retrouvée chez 102 patients (34%). La Communication Interventriculaire (CIV) était prédominante (43%), suivie de la communication interauriculaire (21,5%), de la tétralogie de Fallot (11,2%), du canal atrio-ventriculaire (11,2%), des cardiopathies complexes et du canal artériel persistant (4,1%). La prise en charge chirurgicale était de 9,3% avec un taux de décès de 3,3%. La létalité était plus importante dans le groupe des cardiopathies complexes (67%) et cyanogènes (7%).

Conclusion : Cette étude avait révélé un très grand retard dans le diagnostic et la prise en charge des cardiopathies congénitales, qui demeurent encore une fatalité dans notre pays.

Keywords

Congenital heart disease, epidemiology, management, Niger.

Abstract

Introduction: congenital heart disease is a real public health problem in sub-Saharan Africa. In Niger, diagnosis and care remain precarious due to the inadequacy of technical platforms. Our study aimed to describe the diagnostic and therapeutic epidemiological aspects of congenital heart disease in Niamey.

Methodology: We conducted a retrospective, prospective and descriptive study on the files of patients seen in echocardiography between January 2016 and August 2020 at the National Hospital Amirou Boubacar Diallo and the National Hospital of Niamey. Were included all patients under 15 years of age who underwent a transthoracic ultrasound in the context of suspicion, evaluation or follow-up of congenital heart disease during the study period.

Results: A total of 418 patients were retained out of 3344 recorded pediatric echocardiograms. The prevalence of congenital heart disease was 12.5%. There was a male predominance with an M/F sex ratio of 1.14. The most common reason for consultation was

dyspnea or fatigability on exertion or breastfeeding, which was found in 102 patients (34%). Ventricular communication (VSD) was predominant (43%), followed by interatrial communication (21.5%), tetralogy of Fallot (11.2%), atrioventricular canal (11.2%), complex heart disease and persistent ductus arteriosus (4.1%). Surgical management was 9.3% with a death rate of 3.3%. The lethality was higher in the complex (67%) and cyanotic (7%) heart disease group.

Conclusion: This study had revealed a very great delay in the diagnosis and management of congenital heart diseases, which are still fatal in our country.

Introduction

Les cardiopathies congénitales sont des malformations cardiovasculaires survenant au cours de la morphogénèse du cœur pendant la vie intra-utérine. Ces anomalies sont caractérisées par un groupe hétérogène de communications et de connexions anormales entre les cavités cardiaques et les gros vaisseaux entraînant des troubles hémodynamiques variés [1]. Leur incidence globale dans la population est de 5 à 8‰ naissances vivantes. Elle augmente lorsqu'il existe une cardiopathie congénitale chez un des parents (2 à 14%) ou dans la fratrie (3%) [2].

Les cardiopathies congénitales ou acquises de l'enfant constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en développement. Leur incidence élevée, les difficultés de leur prise en charge en charge chirurgicale et leur lourde mortalité font d'elles un sujet d'étude toujours d'actualité dans les pays en développement [3]. Devant l'impossibilité d'accès à une cure chirurgicale, faute de possibilités techniques locales, le transfert à l'étranger reste souvent le seul recours. Au Niger, le diagnostic et la prise en charge de cette malformation posent un problème du fait de l'insuffisance du plateau technique et de personnels qualifiés, ainsi que du manque de centres spécialisés. Cette étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques des cardiopathies congénitales à Niamey.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude type descriptive, prospective et rétrospective portant sur 3446 examens d'échocardiographie d'enfants reçus dans les services de cardiologie de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo et de l'Hôpital National de Niamey sur une période de 44 mois du 01 janvier 2016 au 31 août 2020. Etaient inclus dans notre étude tous les patients âgés de moins de 15 ans reçus dans les deux services de cardiologie et chez qui une échographie transthoracique était réalisée dans le cadre d'une suspicion, d'une évaluation ou d'un suivi d'une cardiopathie congénitale durant la période d'étude. Les échographes utilisés étaient de marque Mindray model DC-N6.

Affiliations :

1. Centre hospitalier régional d'Agadez
2. Faculté des Sciences de la santé, Université Abdou Moumouni de Niamey
3. Hôpital National de Zinder
4. Faculté des Sciences de la Santé, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi.

***Auteur correspondant :** Dr
ABDOURAMANE MOUSSA Akilou.
Cardiologue, Centre Hospitalier
Régional d'Agadez, Niger. Email :
akiloucisse@yahoo.fr

La collecte des données était faite à l'aide d'une fiche individuelle préétablie. Les Paramètres étudiés étaient : les données sociodémographiques (L'âge, tranches d'âge et l'âge moyen, le sexe, le niveau socio-économique, la résidence), les facteurs de risques (le lien de consanguinité du couple parental, l'âge de la mère au moment de la gestation, les infections, la rubéole, la toxoplasmose maternelle), les symptômes et les signes cliniques présentés. Les cardiopathies ont été classées en trois groupes : les shunts gauche- droite, les malformations obstructives et les cardiopathies cyanogènes [4].

L'analyse des données est faite grâce au logiciel SPSS 22.0 (Statistics Package Social Sciences version 22.0.) et les résultats étaient présentés sous forme de tableaux et graphiques. Le test de STUDENT est utilisé pour la comparaison des moyennes. L'évaluation de la liaison éventuelle entre 2 variables qualitatives est faite à l'aide du Test de Khi-2 et entre une variable qualitative et une variable quantitative par le test de FISHER. Le Z-test est utilisé pour la comparaison des proportions. Le niveau de signification retenu est de 5%.

Résultats

Fréquence globale

Durant la période d'étude, 3344 examens d'échocardiographies étaient réalisés et avaient permis de mettre en évidence 418 cas de cardiopathies congénitales soit 12,5% des demandes d'échocardiographies. La prévalence des cardiopathies congénitales en milieu hospitalier durant notre étude était de 1,52% (418/27424).

Nous avons noté une prédominance masculine de 223 cas soit 53,3% de notre série contre 195 pour le sexe féminin soit 46,7% avec un sex-ratio H/F de 1,14. Nos patients étaient âgés 3jours à 15 ans. L'âge moyen était de 1,12 an ($\pm$ 2,03ans). La tranche d'âge la plus représentative était celle de moins d'un an avec 299 patients soit 71,5%. L'âge moyen du diagnostic était de 1,03 mois (0,08 mois) avec des extrêmes de 0,03 mois et 1 an.

Le **tableau I** montre les caractéristiques cliniques et les antécédents maternels des patients.

Tableau I : Facteurs de risque

Facteurs de risques		CC(N=418)	P
Age	<i>Moins de 1an</i>	299(71,5%)	0,049
	<i>1 an et plus</i>	199(28,5%)	0,67
Sexe	<i>Masculin</i>	223(53%)	0,37
	<i>Féminin</i>	195(47%)	0,39
Consanguinité	<i>Oui</i>	(40%)	0,0123
	<i>Non</i>	(60%)	
Niveau socio-économique	<i>Bas</i>	(76%)	0,016
	<i>Moyen</i>	(14%)	0,45
	<i><20ans</i>	(4%)	0,566
Âge maternel	<i>20 ans à 40 ans</i>	(63%)	0,32
	<i>Plus de 40 ans</i>	(33%)	0,67
Dysmorphies observées	<i>Non</i>	(11%)	0,47
	<i>Oui</i>		
Parités des mères	<i>Primipares</i>	(7,5%)	0,7
	<i>Paucipares</i>	(25%)	0,54
	<i>Multipares</i>	(40%)	0,6
	<i>Grande multipare</i>	(27,5%)	0,322

Nous avons noté que la tranche d'âge moins de 1 an était la plus représentée à près de 72% de manière significative ($p=0,049$).

Le bas niveau de vie socio-économique était plus représenté à 76% de manière significative ($p=0,016$).

La consanguinité avait représenté 40% de notre série de manière significative ($p=0,0123$).

La consanguinité et la dysmorphie : La trisomie 21 avait été très souvent retrouvée parmi les CAV de manière significative avec respectivement 83% et 57% avec $p < 0,011$ et $p < 0,033$.

Cependant nous n'avions pas observé de relation significative entre la présence d'une cardiopathie congénitale et l'âge maternel, la parité des mères et le sexe des patients.

Répartition en fonction du groupe de cardiopathies congénitales

Les cardiopathies avec shunt gauche- droit étaient les plus représentatives avec 334 cas soit 80% de l'ensemble des cardiopathies suivi des cardiopathies congénitales avec 63 cas soit 15%.

Les cardiopathies par obstacles et les cardiopathies complexes avaient représenté respectivement 3,6% et 1,4% de l'ensemble des cardiopathies de notre série (**tableau II**).

Types de cardiopathie congénitale	Effectifs	%
Cardiopathies avec shunt gauche – droit	334	80
Cardiopathies cyanogènes	63	15
Cardiopathies par obstacle	15	3,6
Cardiopathies complexes	6	1,4
Total	418	100,0

Répartition des cardiopathies congénitales en fonction du sexe (le tableau III)

Le sexe masculin était plus représenté dans les cardiopathies à shunt gauche-droit et les cardiopathies par obstacle de manière non significative ($p=0,305$) qui ont représenté respectivement 54% et 60%.

Tableau I: Classification physiologique des cardiopathies congénitales chez les garçons et chez les filles de l'étude

CC avec shunt G-D	Total (N= 418)	Garçon (N=223)	Fille (195)	P
CIV	180	92	88	0,305
CIA	90	52	38	0,98
CAV	47	24	23	0,99
PCA	17	13	4	0,97
CC Obstructive				
SP	10	7	3	0,986
Coarctation de l'aorte	5	2	3	0,997
CC Cyanogène				
T4F	47	19	28	0,67
T3F	4	1	3	0,87
TGV	3	1	2	0,89
Atrésie pulmonaire avec CIV	4	3	1	
Atrésie Tricuspidienne	2	2	0	0,99
VU	2	1	1	0 98
Maladie Ebstein	1	0	1	
Cardiopathie complexe				
VDDI + CIV	4	3	1	0,299
Truncus artériosus+ CIV	1	1	0	0,126
Dextrocardie+CIV	1	1	0	0,97

Répartition des cardiopathies congénitales en fonction de l'âge (Tableau IV)

Soixante-dix-huit (78%) des CIV avaient moins de 1 an de manière significative ($p=0,049$) et quatre-vingt-un (81%) des CIA avaient moins de 1 an de manière significative ($p=0,049$)

Devenir chirurgical

L'indication opératoire était posée dans 67,2% (281/418) des cas de cardiopathie congénitale et (39/418) des cas soit 9% ont bénéficié d'une chirurgie cardiaque.

Données sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de $30,5 \pm 4,7$ ans avec des extrêmes de 17 et 75 ans.

Tableau IV : Répartition des cardiopathies congénitales en fonction de l'âge

CC avec shunt G-D	Total (N= 418)	Moins de 1 an	1 à 5 ans	5 ans et plus	P
CIV	180	142(78,5%)	36(20%)	3(1,5%)	0,049
CIA	90	73(81,1%)	15(16,6%)	2(2,2%)	0,498
CAV	47	24(51%)	21(44,7%)	2(4,3%)	0,99
PCA	17	14(82%)	3(18%)	0	0,97
CC Obstructive					
SP	10	5(50%)	4(40%)	1(10%)	0,986
CoCa	5	2(40%)	3(60%)	0	0,997
CC Cyanogène					
T4F	47	26(55%)	17(36%)	4(9%)	0,67
T3F	4	3(75%)	1(25%)	0	0,87
APSO	4	3(75%)	1(25%)	0	
TGV	3	2(67%)	1(23%)	0	0,89
Atrésie Tricuspidienne	2	1(50%)	1(50%)	0	0,99
VU	2	1(50%)	1(50%)	0	0,98
Maladie Ebstein	1	1(100%)	0	0	
Cardiopathie complexe					
VDDI + CIV	4	2(50%)	2(50%)	0	0,299
Troncus artériosus+ CIV	1	1(100%)	0	0	0,126
Dextrocardie+CIV	1	1(100%)	0	0	0,197

Discussion

Notre étude n'avait concerné que deux centres hospitaliers de la région de Niamey, l'Hôpital National Amirou Boubacar DIALLO et L'Hôpital National de Niamey les deux grands centres de référence du pays.

De même que la taille de notre échantillon est de 418 pour la période d'étude, ces cas n'étaient pas représentatifs de l'ensemble des cardiopathies congénitales, surtout si on tient compte du grand nombre de cas perdus de vue ou décédés. En plus il a été constaté que le nombre de cardiopathies congénitales n'est pas

diagnostiqué, souvent du fait de l'inexistence de structure appropriée dans certaines zones du pays.

Le recrutement de nos patients s'était fait sur la base de registres hospitaliers, il est donc probable que des omissions par défaut d'enregistrement ou liées au système d'archivage soient nombreuses. Certaines explorations paracliniques indispensables telles que cathétérisme cardiaque, l'angio TDM et l'angio IRM avaient fait défaut dans la quasi-totalité des cas. Nous pouvons cependant

discuter des résultats obtenus et les comparer à ceux de la littérature.

La présente étude s'était déroulée dans les deux hôpitaux de référence de notre pays.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus avaient inspiré quelque commentaire et nous avons pu également les comparer à ceux d'autres auteurs.

En effet, les malformations cardiaques sont les plus fréquentes des malformations congénitales et représentent une cause importante de mortalité et de morbidité en période néonatale (5). Dans la littérature, la prévalence de la cardiopathie congénitale varie d'une étude à l'autre et selon les pays. Plusieurs études rapportées par différents auteurs africains avaient montré des fréquences variables allant de 0,1 % à 5,09 % (5). Ces différences de prévalence pourraient être liées aux divers facteurs tels que la différence dans les critères de sélection (cardiopathies congénitales chez les patients adultes), séries pédiatriques dans certaines études et pour d'autres, une série échographique (5).

Dans notre étude, la fréquence des cardiopathies congénitales était de 1,52%, elle se trouvait dans la fourchette de prévalence de celle rapportée dans certains pays d'Afrique. Cependant, ces études avaient souligné toutes, de manière concordante, le caractère préoccupant que revêtent les cardiopathies congénitales en Afrique. La fréquence de notre étude pourrait être sous-estimée du fait de la non-accessibilité de l'échocardiographie fœtale en période anténatale pour faire le dépistage.

Dans notre étude, le sexe masculin prédominait avec un sex-ratio M/F égal à 1,14. Ce résultat rejoignait ceux retrouvés par Acrachi et al., au Sénégal, Kinda et al au Burkina Fasso, Kokou et al au Togo, Touré et al au Niger, et M'pembaloufoua et al Congo, (2, 6, 7, 8, 10).

Nous n'avions trouvé aucune relation entre le sexe et la survenue des cardiopathies congénitales. Pour la plupart des auteurs, le sexe n'était pas incriminé dans la genèse des

cardiopathies congénitales et il n'existait pas de prédominance nette.

Les patients de notre étude étaient âgés de 3 jours à 15 ans et l'âge moyen était de 1,12 ans ($\pm 2,03$ ans). Au Burkina Fasso, Kinda et al avaient rapporté des données similaires (6).

En Mauritanie, Ba et al avaient obtenu quasiment les mêmes proportions (11).

Aussi, au Cameroun Chelo et al avait retrouvé un âge moyen de 9 mois dans leur étude (12).

Par contre, nos résultats étaient inférieurs à ceux rapportés par Adam et al, Kamden et al et de Baragou et al (1, 3, 13)

La fréquence des cardiopathies congénitales était significativement plus importante chez la tranche de moins de 1 an ($p= 0,049$). Cette constatation avait été notée par Kamdem et al (3).

Ce taux élevé des cas de cardiopathie congénitale dans la tranche d'âge de moins de 1 an par rapport aux âges de plus de 1 an dans notre étude s'expliquerait par le fait que certaines cardiopathies congénitales comme les CIV, les CIA et la PCA qui représentaient 68,7% des cas dans notre étude avaient une évolution spontanée vers la fermeture. Le même constat avait été rapporté par Kamdem et al (3).

Les motifs de consultation étaient nombreux et le plus souvent associés. Les signes les plus fréquents étaient : la dyspnée chez 34% des patients, le souffle chez 30%. Nos résultats étaient comparables de ceux de Adam et al (1) qui avaient retrouvé 77,5% pour la dyspnée et 65% pour le souffle. En ce qui concerne les souffles, il s'agissait d'un signe quasi constant dans les cardiopathies congénitales chez les enfants (14).

Cependant les résultats de notre étude étaient similaires à celui trouvé par Diby (15) en Côte d'Ivoire et Dieye(16), Diop (9) au Sénégal qui avait retrouvé pour la détresse respiratoire respectivement 31, 76 et 94%.

La consanguinité était le facteur étiologique le plus retrouvé chez nos patients.

Au Niger le mariage consanguin est une pratique courante. Dans notre série 40% de nos patients étaient issus de ce genre d'union. Nous avons trouvé 36 cas de premier degré soit 22% et 50 cas du deuxième degré soit 30%.

Cette consanguinité parentale coutumière dans nos régions constitue un des facteurs étiologiques des cardiopathies congénitales comme l'avait montré certaines études portant sur les cardiopathies congénitales. Ainsi, Diop et al (9) avaient retrouvé 23,5% de consanguinité et Bah et al (11) 55%. En effet la consanguinité augmente la concentration des gènes récessifs.

Par contre, Becker et al (17) était d'avis contraire rapporté dans leur étude sur 849 cas de cardiopathies congénitales à l'Hôpital Amir Fahd en Arabie Saoudite.

Nous avons noté chez 40% ($p=0,017$) des patients l'existence d'un mariage consanguin chez les parents. Nos résultats étaient similaires à ceux de Diop (9) ($P=0,39$) ; Adam (1) et Acrachi (2) ($P=0,22$) qui avaient trouvé respectivement 42,5%, 45% et 54,2%.

Par ailleurs notre résultat était inférieur à celui de Kinda et al (6) et supérieur à celui retrouvé par Toure et al (8).

Cette consanguinité coutumière constante observée dans plusieurs pays africains constituerait l'un des facteurs étiologiques des malformations en général et des cardiopathies congénitales en particulier.

Nous avons noté 349 cas de cardiopathie congénitale non cyanogène dans notre étude. Cinquante-neuf (63) enfants soit 15,1% avaient présenté une cardiopathie congénitale cyanogène et chez six (6) enfants soit 1,4% avaient présenté une cardiopathie congénitale complexe.

Les cardiopathies congénitales non-cyanogènes étaient dominées par la CIV et la CIA avec respectivement 180 et 90 cas soit 51% et 26% des cardiopathies congénitales non-cyanogènes. Quarante-sept (47) enfants ont eu un CAV soit 13,5% des cardiopathies congénitales non

cyanogènes. Dans une étude réalisée au Niger par Toure et al (8) en 2013, les principales cardiopathies congénitales étaient la CIV 51,12% suivi de la CIA 14,97%, les CAV 11,2%, des tétralologies de Fallot 10,17% sur l'ensemble de ces cardiopathies. Des constats similaires étaient faits dans plusieurs études réalisées en Afrique (6, 7, 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23) et dans le monde (24, 25).

La CIV était plus importante chez les garçons 92/180 contre 88/180 chez les filles dans notre étude ($p=0,305$). Par contre, Kamdem et al (3) avaient fait une constatation différente avec la CIV plus élevée chez les filles de manière significative. Les raisons de cette prédominance de la CIV pourraient être l'objet d'une nouvelle recherche après la communication interventriculaire, nous avons retrouvé par ordre décroissant de prévalence : la communication interauriculaire (21,5%), la communication auriculo-ventriculaire (11,24%), la tétralogie de Fallot (11,24%), la persistance du canal artériel (4%), la sténose pulmonaire (2,4%) pour ne citer que ceux-là. Nos résultats étaient proches de ceux de Tougouma et al (26) dans leur étude menée au CHU de Souro Sanou à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso.

La communication interauriculaire (CIA) en deuxième position [6, 8, 15]. La tétralogie de Fallot (T4F) est la première cardiopathie congénitale cyanogène dans les séries africaines [23, 27]. Elles représentaient 11,2% des cas dans notre série et occupaient le 4ème rang. Il s'agissait de 47 cas de T4F. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 15,9 mois (1 an et 4 mois). Ce retard diagnostique est sans doute imputable à la mauvaise couverture sanitaire du pays et de la place qu'occupe le traitement traditionnel dans la société africaine en général, surtout pour les affections s'accompagnant des malaises. La T4F est la cardiopathie cyanogène la plus fréquemment retrouvée dans plusieurs études, notamment par Touré et al (8) , Adam et al (1) Kinda et al

(6), Acrachi et al (2), Kakou (28) qui avaient trouvé respectivement sa fréquence à 11%, 17,5%, 18,18%, 18%, et 12%.

Trois cas de Transposition des gros vaisseaux avaient été notés dans notre série. Il s'agissait d'un nouveau-né de 1 jour, reçu pour une détresse respiratoire. La transposition s'accompagnait d'une petite CIV. Le décès est survenu 2 heures après le diagnostic.

Cette malformation est sans doute sous-estimée du fait de sa grande létalité en période néonatale. L'absence ou la fréquence très basse de TGV dans plusieurs études africaines illustrent à suffisance cette théorie (8, 9, 11,29). L'indication opératoire est posée dans la plupart des cas (77%). Les 23% restant sont constitué de 37 cas de petites CIV et CIA qui ne nécessitaient qu'une surveillance et un cas de 3T4F chez qui la HTAP fixée contre-indiquait l'option chirurgicale. Cependant le nombre de patients opérés était négligeable, seulement 9% de l'effectif total.

Au Tchad, Adam et al (1) avait retrouvé 87,5% d'indication opératoire et 2,5% de patients opérés.

Ce taux d'intervention très faible, même par rapport à ceux de plusieurs pays africains était lié à l'absence de service de chirurgie cardio-vasculaire dans nos hôpitaux, du coût onéreux de l'évacuation sanitaire et la lenteur de l'étude des dossiers par les organismes à caractère humanitaire qui représentaient le seul espoir du fait de l'indigence de la plupart de nos patients. Dans notre étude, le taux de décès était à 3%. Ce taux est probablement sous-estimé du fait de l'existence des patients perdus de vue (17,5%). Le taux de mortalité était proche de ceux retrouvés par Acrachi et al (2), Kinda et al (6), Massoure et al (30) et Adam et al (1) qui étaient respectivement de 3,1%, 4,26% 16% et 37,5%. Ce taux était lié d'une part à un retard de cure chirurgicale, étant donné que la plupart des patients présentaient déjà des signes de décompensation cardiaque à la première

consultation et d'autre part au fait que la chirurgie cardiaque se pratique.

Conclusion

Les cardiopathies congénitales sont de plus en plus facilement diagnostiquées grâce à l'équipement de nos hôpitaux par des appareils d'échographie Doppler cardiaque est la technique de référence qui permet de poser le diagnostic, le suivi régulier et la détection d'éventuelles complications en complément d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien conduits. Elles sont fréquentes et dominées par les cardiopathies congénitales non cyanogène. Leur prise en charge chirurgicale reste cependant très insuffisante. L'élaboration de stratégie multidisciplinaire conjuguée à l'optimisation des plateaux techniques dans notre pays pourrait améliorer la prise en charge de ces maladies.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Adam AA, Natingar M, Silé SN, Assouel D, Dillah H, Gata R et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des cardiopathies congénitales à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena, Tchad. *Annales de l'université de Bangui. Série D.* 2019 ; 5 (2) : 40-44
2. Acrachi B K. Cardiopathies congénitales en milieu pédiatrique. Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs à propos de 355 cas au CHU de Dakar. Thèse méd, Dakar : Université Cheikh Anta Diop ; 2007.
3. Goeh AE, Kenou A, Ekoue-Kouvahey D, Sousou BL, D'almeida A, Tchoumi C et al. Transferts sanitaires des enfants togolais pour la chirurgie cardiaque par l'ONG « Terre des hommes » A propos de 60 cas colligés de 1993 à 2003. *Cardiologie tropicale* 2011 ; 12 : 130-32.
4. Kamdem F, Noukeu D, Ahmadou Musa Jingi, Afane Elono E, Barla E, Akazong C et al. Profil

- échocardiographique des Cardiopathies Congénitales chez les Nouveau- Nés et les Nourrissons à Douala. The journal and Biomedical sciences. Health Sci. Dis.2020; 21 (2): 33- 38.
5. Hassan M. Cardiopathies congénitales et radiographie thoracique chez l'enfant. Feuilles de Radiologie.2006 ; 46 :111-2938.
 6. Kinda G, Ouédraogo S, Yugbaré A, Kaboré L, Dao H, Cissé F et al. Cardiopathies de l'enfant au centre hospitalier universitaire pediatrique charles de gaulle de ouagadougou: aspects epidemiologiques, cliniques, therapeutiques et evolutifs. Cardiovasc J Afr. 2013 ; 24 : 5-10.
 7. Kokou O, Agbèrè A-RD, Balaka B, Atakouma Y, Goeh-Akué E, Soussou B, et al. Apport de l'échocardiographie-Doppler dans le diagnostic des cardiopathies congénitales dans le service de pédiatrie du CHU-Tokoin, à Lomé. Cahiers santé (ou Médecine d'Afrique Noire). 1996 ; 6: 161-4.
 8. Touré A, Dangandé I, Arzika M, Mahamane A, Tahirou I, Bako H,et al. Les cardiopathies congénitales au Niger : Aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 354 cas. Cardiovascular journal of Africa. 2013; 24: 5-7.
 9. Diop I B, Ba SA, Ba K, Sarr M, Kane A, Fall M, et al. Cardiopathies congénitales: aspects anatomo-cliniques, pronostiques et thérapeutiques à propos de 103 cas observés à la clinique cardiologique du CHU de Dakar. Dakar Méd. 1995; 40: 181-6.
 10. M'Pemba Loufoua Lemay AB, Johnson EA, N'Zingoula S. Les cardiopathies congénitales observées dans le service de pédiatrie "Grands Enfants" du CHU de Brazzaville à propos de 73 cas : Aspects épidémiologiques. Méd Afr Noire. 2005 ; 52 (3) : 173-7.
 11. Ba ML, Kane FB. Etude préliminaire des cardiopathies chez l'enfant mauritanien. Méd Afr Noire.2000; 47 :492-3.
 12. Chelo D, Nguefack F, Koki Ndombo P.O, Mbassi Awa H D, Sanguia W, Kingue S, Challenges of Surgical Management of Childhood Cardiac Diseases in Sub-Saharam Africa, Experience of a Pediatric Cardiology Unit in Yaoundé, Cameroon. Journal of Pédiatric Neurology and Medecine 2016; 103
 13. Baragou S, Afassinou M, Atta B, Pio M, Goeh-Akue E, Damorou F, Aspects épidémiologiques et diagnostiques des cardiopathies congénitales dans une unité d'échocardiographie pédiatrique à Lomé (Togo) : étude prospective de Juillet 2010 à Décembre 2012. J Rech Sci Univ Lomé ; 15(3) : 6-11.
 14. Bofferding L, Hascoe JM. Prise en charge précoce d'un nouveau-né atteint ou suspect de cardiopathie congénitale. Arch Pédiatr. 2001 ; 8:1116- 34.
 15. Diby KF, Adoubi KA, Gnaba LA, Assémian EJP, Dion J, Diby SA et al. Cardiopathies congénitales au CHU de Bouaké. Aspects cliniques et évolutifs. Re vint sc méd Abj-RISM- 2019,21,2 : 144-15.
 16. DIEYE P. M. Tétralogie de Fallot : Evolution à long terme à propos de 34 cas au service de cardiologie chu Aristide Le Dantec. Thèse, méd, Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2019
 17. Becker SM, Al Halees Z, Molina C, Peterson RM, Dahodwala M, Sowayan S. Consanguinity and congenital heart disease in Saudi Arabia. Am J of medical genetics 2001; 99: 13-8.
 18. Salah AI, Mohammed H, Osama HE. Pattern and diagnostic of congenital heart disease in patents attending Ahmed Gasim cardiaque Center Sudan. JMS. 2012; 7(4): 249-254
 19. Iselin M. Congenital heart diseases. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Radiodiagnostic- Coeur poumon, 32-015-A-12. Pédiatrie 1999 ;4-070-A-05;6p
 20. Damorou F, Matey K, Douti N, Djato A, Soussou B, Kessie. Les cardiopathies congénitales (CC) au Togo. Aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques : à propos de 141 Cas colligés à « Terre des homme » (TDH). J Rech Sci Univ Lomé, Série D, 2010 ; 12(1) ; 44-47.
 21. Bodian M, Ngaïdé AA, Mbaye A, Sarr SA, Jobe M, Ndiaye MB, et al. Prévalence des cardiopathies congénitales en milieu scolaire coranique (daara) à Dakar. Etude transversale basée sur le dépistage clinique et échocardiographie de 2019 élèves. Bull. Soc. Pathol. Exot(2015) 108 ; 32-35.
 22. Anzouan-Kacou JB, Nchoh-Mottoh MP, Bamba-Kamagaté D, Kadio EM et al. Échocardiographie transthoracique dans un institut de cardiologie à Abidjan (Côte d'Ivoire)

- : motifs et évaluation de la pertinence des indications. *Ann Cardiol Angeiol*.2014; 63 :1-6.
23. Ngouala BB, Affangla DA, Leye M, Kane A; Prévalence des cardiopathies infantiles symptomatique au centre Hospitalier Régional de Louga, Sénégal. *Cardiovasc J Afr*. 2015; 26(4):e1-e5
 24. Joly H, Dauphin C, Motreff P, Boeuf B, Lusson JR. Communication interventriculaire du nourrisson [Ventricular septal defect of the neonate]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2004 May;97(5):540-5. French. PMID: 15214561.
 25. Sable CA. Ultrasound of congenital heart disease; a review of prenatal and postnatal echocardiography. *Semin Roentgenol* 2004; 39; 215-233
 26. Tougouma SJ-B, Kissou S-LA, Yaméogo AA, Yaméogo NV, Bama A, Barro M, et al. Les cardiopathies de l'enfant au CHU Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso: aspects échocardiographies et thérapeutiques. *Pan Afr Med J* [Internet]. 3 oct 2016 [cité 27 juill 2021];25. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5321158/>
 27. Zuhlke L, Mirabel M, Marijon E. Congenital heart disease and Rheumatic heart disease in Africa: recent advances and current priorities. *Heart* 2013; 99: 1554-1561
 28. Kakou- Guikahue M, Yangni-Augate H, Kramoh KE, Kangah KM, Koffi J, Aketraboulsi E et al. Approche thérapeutique de la tétralogie de Fallot en Afrique noire sub-saharienne : A propos de 130 cas hospitalisés à l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA) Côte d'Ivoire. *Ann- Afr Chir Thor Cardiovasc* 2008 ; 3(2) : 39-44
 29. Mpemba Loufoua Lemay AB, Johnson EA, N'zingoulas A. Les cardiopathies congénitales observées dans le service de pédiatrie "grands-enfants" du CHU de Brazzaville à propos de 73 cas : Aspects épidémiologiques. *Médecine d'Afrique Noire*. 2005; 52:173–177
 30. Massoure PL, Roche NC, Lamblin G, Dehan C, Kaiser E, Fourcade L. Cardiovascular disease in children in Djibouti: a single-centre study. *Pan Afr Med J*; 2013 April; 14: 1-5.