



Urgences cardiovasculaires au service des urgences médicales de l'Hôpital de Référence de Maradi-Niger.

Cardiovascular emergencies at the Department of Medical Emergencies of the Maradi Reference Hospital-Niger.

Laouan H^{1*}, Garba Seini M², Hassane B¹, M'baye Salissou SM³, Hama Aghali N¹, Toure IA⁴.

Reçu le 16-07-24

Accepté le 24-11-2025

Publié le 30-12-2025

Mots-clés

Urgences, cardiovasculaires, Fréquence, hospitalière, Maradi.

Résumé

Introduction : Les urgences cardiovasculaires représentent les premières causes de consultation dans les services d'urgence et la principale cause de mortalité dans le monde. L'objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients admis pour urgences cardiovasculaires au service des urgences médicales de l'HRM.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale utilisant des données secondaires, allant du 1^{er} mars 2022 au 31 mars 2023 soit une période de 13 mois. Etaient inclus tous les patients âgés d'au moins 15 ans admis pour urgences cardiovasculaires (UCV), sauf ceux ayant des dossiers comportant beaucoup de données manquantes. Les données sociodémographiques, cliniques et l'évolution ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation des patients.

Résultats : au total, 131 cas répondaient à nos critères d'inclusion. La fréquence hospitalière était de 24%. L'âge moyen était de 58,98±16,16 ans, et le sexe masculin prédominait soit 56,49% (n=74). L'hypertension artérielle était le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvé chez les patients. La dyspnée constituait le principal motif de consultation dans 33,58% (n=44), suivi du déficit hémicorporel dans 30,53% (n=56) des cas. Les pathologies les plus représentées étaient les accidents vasculaires cérébraux soit 56,15% (n=73), suivi de l'insuffisance cardiaque dans 27,69% (n=36). La mortalité était survenue dans 12,98% (n=17), est due principalement aux accidents vasculaires cérébraux dans 35,29% (n=6).

Conclusion : les urgences cardiovasculaires constituaient un motif fréquent d'admission dans nos services des urgences. Elles sont admises dans des tableaux émaillés des complications et relèvent plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, dont l'HTA. D'où la nécessité de conduire des études analytiques permettant d'identifier les autres facteurs associés afin de développer des mesures préventives.

Keywords

Cardiovascular, emergencies, Hospital, frequency, Maradi.

Abstract

Introduction: Cardiovascular emergencies are the leading cause of visits to emergency departments and the leading cause of death worldwide. The objective was to describe the epidemiological, clinical, and evolutionary aspects of patients admitted to the HRM emergency department for cardiovascular emergencies.

Materials and methods: This study employed a cross-sectional design using secondary data collected from March 1, 2022, to March 31, 2023, a 13-month period. All patients aged 15 years or older admitted for cardiovascular emergencies (CVEs) were included, except those with records containing significant data gaps. Sociodemographic, clinical data, and outcomes were collected from patients' hospital records.

Results: A total of 131 cases met our inclusion criteria. The hospital admission rate was 24%. The mean age was 58.98±16.16 years, and males predominated at 56.49% (n=74).

Hypertension was the main cardiovascular risk factor found in patients. Dyspnea was the main reason for consultation in 33.58% (n=44) of cases, followed by hemiplegia in 30.53% (n=56) of cases. The most common pathologies were strokes in 56.15% (n=73) of cases, followed by heart failure in 27.69% (n=36) of cases. Mortality occurred in 12.98% (n=17) of cases, mainly due to stroke in 35.29% (n=6) of cases.

Conclusion: Cardiovascular emergencies are a frequent reason for admission to our emergency departments. They are associated with complications and several cardiovascular risk factors, including hypertension. Hence, a need to conduct analytical studies to identify other associated factors in order to develop preventive measures.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent un ensemble d'affections touchant le cœur et les vaisseaux sanguins, incluant notamment les maladies coronariennes, les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies rhumatismales [1-4]. À l'échelle mondiale, ces maladies sont la principale cause de décès, étant responsables d'environ 17,9 millions de morts chaque année [3-5]. Avec la transition épidémiologique, les MCV sont en augmentation constante, en particulier dans la majorité des pays en développement. Les urgences cardiovasculaires (UCV) représentent une part prépondérante des motifs de consultation dans les services d'urgence [2, 4-7]. En Afrique subsaharienne, les maladies non transmissibles (MNT), telles que le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, sont devenues une cause majeure de mortalité. Elles étaient responsables de 37 % des décès en 2019, contre 24 % en 2000 [1, 2, 8-10]. Au Niger, l'enquête STEPS de 2021 a souligné l'ampleur des facteurs de risque de MNT : 84,3 % des personnes interrogées présentaient entre un et deux facteurs de risque [11,12]. Les MCV sont citées en tête de liste parmi ces MNT. Une étude menée en 2020 au service des urgences de l'Hôpital National de Niamey a révélé que les UCV représentaient une proportion significative des admissions, avec 27,5 % (116 patients sur 422) des patients admis pour cette raison [12]. C'est dans ce contexte et pour mieux évaluer l'incidence de ce problème de santé publique qu'une étude a été entreprise en région, dont l'objectif était de déterminer les

aspects épidémiologiques des urgences cardiovasculaires à l'Hôpital de référence de Maradi (HRM).

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective, du 1er mars 2022 au 31 mars 2023 soit 13 mois au service des urgences médicales de l'HRM. Nous avons inclus tous les patients âgés d'au moins 15 ans admis pour urgences cardiovasculaires. Les patients ayant beaucoup de données manquantes n'avaient pas été inclus. Les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, résidence, etc), les données cliniques (motif de consultation, les facteurs de risque cardiovasculaire, signes fonctionnels à l'admission, diagnostic d'urgence, etc) et celles liées à l'évolution (favorable, décharge, transféré, décès) étaient recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation des patients. Le consentement éclairé des patients était requis et la confidentialité des données était respectée.

Affiliations :

1. Faculté des Sciences de la Santé, Université Dan Dicko Dan Koulodo de Maradi, Niger
2. Hôpital de Référence de Maradi (HRM), Niger
3. Faculté des sciences de la santé, Université André Salifou de Zinder, Niger
4. Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

***Auteur correspondant :** Dr LAOUAN Hamidou ; UDDM ; Service de Cardiologie ; HRM. Email : lhamidou2@yahoo.fr

La collecte et l'analyse des données étaient effectuées à l'aide des logiciels Excel et STATA 17.0. Les variables qualitatives ont permis de calculer les fréquences ; le test de Khi carré de Pearson a été utilisé pour tester l'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes qualitatives. Pour les variables quantitatives, les moyennes avec leur déviation standard ont été calculées ($\pm$ DS).

Définitions opérationnelles : le mode de vie : - Faible : revenu mensuel personnel en deçà du double du SMIG ; Moyen : 2 à 4 fois le SMIG et acceptable : supérieur à 4 fois le SMIG [adapté en tenant compte du SMIG Niger].

Résultats

Pendant la période de l'étude, 131 patients étaient admis pour urgences cardiovasculaires sur un total de 538 patients, soit une fréquence de 24,34%. L'âge moyen était de $58,98 \pm 16,16$ ans, avec des extrêmes de 15 et 100 ans, une prédominance masculine de 56,49% et un sex-ratio de 1,29. Les patients avaient un niveau de vie faible en considérant leur revenu mensuel par rapport au SMIG Niger (**Tableau I**).

Le principal facteur de risque cardiovasculaire modifiable était l'hypertension artérielle (67,69%), suivi du diabète (19,84%) (**Tableau I**). Les symptômes et signes à l'admission à l'HRM en 2024 étaient dominés par le déficit moteur (30,53%), la dyspnée dans 16,79%, **Figure 1**.

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon le niveau de vie et les facteurs de risque cardiovasculaires à l'HRM en 2024

Variables	Nombre	%
Niveau de vie		
Faible	60	57,14
Moyen	33	31,43
Acceptable	12	11,43
Total	105	100,00
Facteur de risque Cvx		
Age	92	70,22
HTA*	88	67,17
Diabète	26	19,84
Tabac	6	4,58
*Hypertension artérielle (si non HTA c'est conventionnel pas nécessaire de faire un NB).		

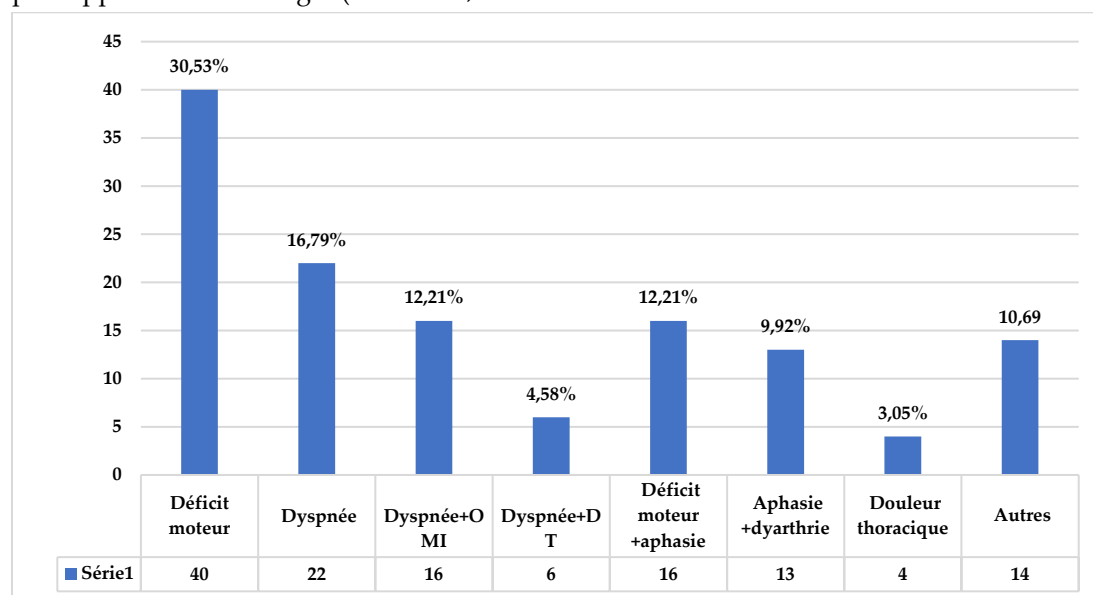
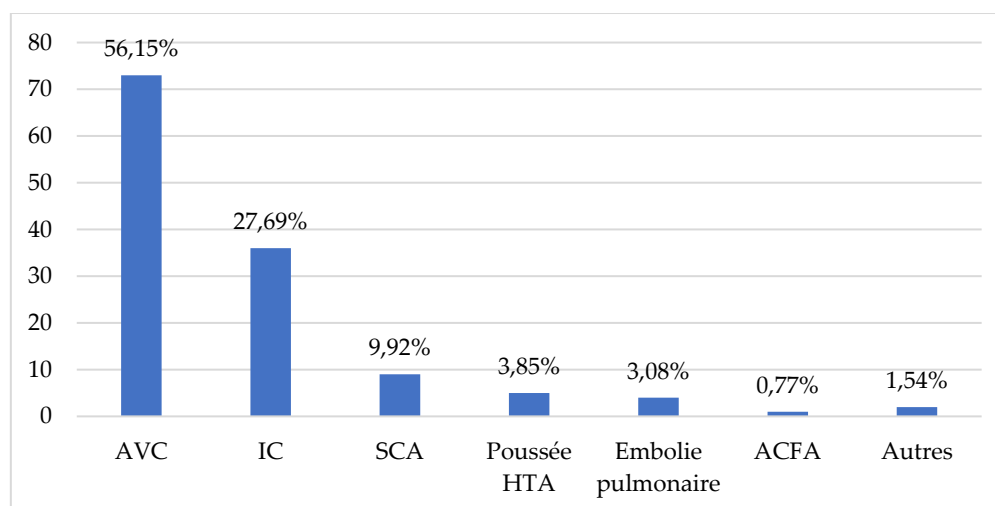


Figure 1 : Répartition des patients selon les symptômes à l'admission à l'HRM en 2024

Sur le plan diagnostique, les principales pathologies étaient représentées par les accidents vasculaires cérébraux (56,15%) et l'insuffisance cardiaque (27,69%) (**Figure n°2**).



NB : AVC : accident vasculaire cérébral ; IC : Insuffisance cardiaque ; SCA : Syndrome coronarien aigu ; ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire.

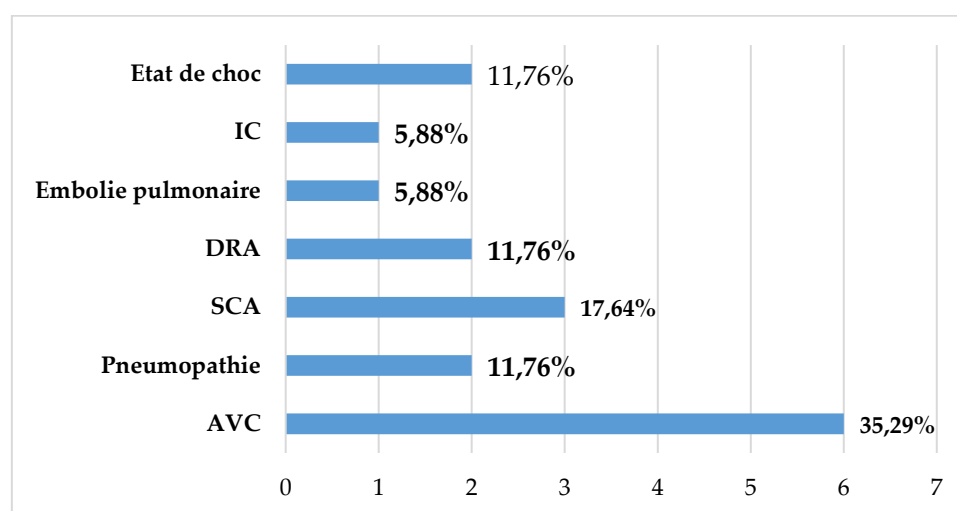
Figure 2 : Répartition des patients selon le diagnostic d'urgence

La mortalité était notée dans 12,98% (**Tableau II**).

Les décès étaient en rapport principalement avec les accidents vasculaires cérébraux (35,29%) suivi du Syndrome coronarien aigu (17,64%), de l'état du choc et de la détresse respiratoire avec chacun 11,76% ; **Figure n°3**.

Tableau II : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Nombre	%
Favorable	104	79,39
Décès	17	12,98
Décharge	4	3,05
Transfert réanimation néphrologie	6	4,58
Total	131	100



NB : DRA : Détresse respiratoire aiguë

Figure 3 : Répartition des patients selon la cause du décès

Discussion

Dans cette étude, la fréquence des urgences cardiovasculaires était de 24,34% à l'HRM. Mounkaila F et al. [12] à au Niger en 2022 ainsi que SORY. I et al. [13] en Guinée Conakry en

2019 ont rapporté des résultats proches avec respectivement une prévalence de 27,9% et 27,5%. Ce résultat inférieur dans notre étude pourrait être expliqué par la perception de la population du caractère de cherté du centre,

limitant ainsi la fréquentation dans son ensemble.

L'âge moyen de nos patients était de $58,98 \pm 16,16$ ans, avec des extrêmes de 15 et 100 ans et une prédominance masculine soit 56,49%. ESSOLA L et al. [14] au Gabon en 2018 ont retrouvé des résultats similaires avec un âge moyen de $57,3 \pm 13,7$ ans et des extrêmes La prédominance masculine a été rapporté par Mboliasa I et al. [15] dans une proportion de 61,68%. Ceci dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que la consultation pour la femme dépend des moyens de l'époux et surtout par le fait que en général les femmes jusqu'à la ménopause et avant 60 ans sont moins à risque cardiovasculaire que les hommes du fait de la protection hormonale. Les sujets ayant une situation économique plus faible (57,14%) étaient les plus touchés. Samaké M [16] au Mali en 2015 a rapporté le même constat dans une proportion plus élevée (62,6%). Le faible niveau de revenu est responsable du retard à la consultation, le recours à la tradithérapie et donc aux complications cardiovasculaires.

Le principal facteur de risque cardiovasculaire était représenté dans cette étude par l'hypertension artérielle (67,17%) suivie du diabète (19,84%). Bertrand E et al. à Abidjan avaient aussi rapporté une prédominance de l'hypertension artérielle (52,3 %) ainsi que Mounkaila F et al. à Niamey (50,8%) [12,17]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'HTA constitue le principal facteur de risque cardiovasculaire. Nous avons retrouvé que le déficit hémi corporel (42,74%) constituait le principal motif de consultation suivi de la dyspnée (33,58%). En effet dans notre société, le déficit hémi corporel ou d'un membre représente un témoin de gravité de la maladie motivant ainsi plus à consulter que les autres pathologies non invalidantes. Les principales UCV étaient représentées par les accidents vasculaires cérébraux (56,15%) et l'insuffisance cardiaque (27,69%). Pour Konaté M et al au Mali

ces UCV étaient respectivement dominées par les accidents vasculaires cérébraux (34,04%), la cardiomyopathie dilatée primitive décompensée (21,8%) [18]. D'autres auteurs ont rapporté les accidents vasculaires cérébraux comme principal UCV : Mboliasa I et al à Kinshassa en RDC (50,8%), Mounkaila F et al à Niamey au Niger (32%) [8,12]. Les principaux facteurs de risque individuellement pris exposent à l'AVC, et leur association majeure davantage ce risque. Dans cette étude, l'évolution était favorable dans 79,39% des cas avec malheureusement 12,98% de décès. Des résultats semblables ont été rapportés par Sory I et al. [13] en Guinée : évolution favorable dans 85,7% des cas avec 14,3 % de décès et Sako M et al. Au Mali en 2024 avec 15% de décès [19]. Par contre Damorou au Togo a rapporté un taux de mortalité plus élevé à 17,1% [20]. Cette létalité dans notre étude se situe dans la fourchette des études africaines qui est de 9 à 50% à travers les études telles rapportée par Yèssito Corine Nadège H [21]. L'absence d'unités plus spécialisées de prise en charge de ces urgences dans nos hôpitaux contribue en partie à cette mortalité.

Conclusion

Les urgences cardiovasculaires constituent un motif fréquent d'admission dans nos services des urgences. Dans notre étude l'hypertension artérielle représente le principal facteur de risque. Les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque sont les urgences les plus rencontrées. Un accent particulier doit être mis sur la prévention cardiovasculaire, mais aussi la création et l'équipement d'unités de soins intensifs en cardiologie.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Global Cardiovascular Risk Consortium; Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, Alegre-Diaz J, Amouyel P, et al. Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med*. 2023 Oct 5;389(14):1273-1285.
2. Organisation mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires [Internet]. 2017 [cité le 21 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
3. Organisation mondiale de la Santé. Les décès dus aux maladies non transmissibles sont en hausse en Afrique [Internet]. 2022 [cité le 22 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/news/>
4. Cassambai S, Tetteh J, Highton P, Kunutsor SK, Darko DO, Jeffers S, et al. Prevalence of cardiometabolic diseases in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health Action*. 2025 Dec;18(1):2580758. doi: 10.1080/16549716.2025.2580758. Epub 2025 Nov 13. PMID: 41229379; PMCID: PMC12616651.
5. Siddiqi TJ, Usman MS, Rashid AM, Javaid SS, Ahmed A, Clark D et al. Clinical Outcomes in Hypertensive Emergency: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2023 Jul 18;12(14):e029355. doi: 10.1161/JAHA.122.029355.
6. Astarita A, Covella M, Vallelonga F, Cesareo M, Totaro S, Ventre L, et al. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2020 Jul;38(7):1203-1210.
7. WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health*. 2019 Oct;7(10):e1332-e1345. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30318-3.
8. Baldé EY, Barry IS, Bah A, Koivogui K, Bah MBM, Doumbouya AD et al. Epidemiology of Cardiovascular Emergencies at the Cardiology Department of the Ignace Deen University of Conakry. *Cardiol Vasc Res*. 2025; 9(1): 1-4
9. Baruwa OJ, Alberti F, Onagbiye S, Guddemi A, Odone A, Ricci H, Gaeta M, Daniela S, Ricci C. Are socio-economic inequalities related to cardiovascular disease risk? A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024 Nov 27;24(1):685. doi: 10.1186/s12872-024-04248-5.
10. Olowoyo P, Okekunle AP, Asowata OJ, Atolani S, Morsy MI, Caiazza E, Gaye B, Kadan DD, Bruzzese D, Guzik TJ, Maffia P, Owolabi MO. Prevalence of hypertension in Africa in the last two decades: systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Res*. 2025 Oct 24;121(12):1815-1829.
11. Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales du Niger. Enquête STEPS Niger 2021 : Rapport de l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles [Internet]. Niamey : MSP/P/AS ; 2021. Disponible sur : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/niger/rapport-de-l-enquete-nationale-sur-les-facteurs-final.pdf>
12. Mounkaila F, Kabore J, Yanogo PK, Laurent M, Otshudiandjeka JB, Meda N. Prévalence et facteurs associés des urgences cardiovasculaires au service des urgences de l'Hôpital National de Niamey. *Health Sci Dis*. 2022;23(5):137-42.
13. Sory I, Samoura A, Guindo AS, Barry A, Baldé EY, Sylla D, et al. Profil épidémiologique et clinique des urgences cardiovasculaires à Conakry. *J Afr Cas Clin Rev*. 2019;3(2):85-9.
14. Essola L, Mandoukou Gassama M, Ayo Bivigou E, Mayaka CS, Zongo B, Sima Zué A. Les urgences cardiovasculaires au service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). *Bull Med Owendo*. 2018;16(44).
15. Mboliasa I, Lepira B, Makulo R, Kintoki F, Lubenga Y, Mpenbele M, et al. Profil épidémiologique et clinique des urgences cardiovasculaires admises aux soins intensifs de médecine interne des Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Annales Africaines de Médecine* 2015;8(2):1933-38.
16. Samaké M. Urgences cardio-vasculaires dans le Service d'accueil des Urgences du CHU-Gabriel Touré [Thèse de doctorat]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2015.
17. Bertrand E, Muna WF, Diouf SM, Ekra A, Kane A, Kingue S, et al. Urgences cardiovasculaires

- en Afrique subsaharienne. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2006;99(12):1159-65.
18. Konaté M, Sidibé S, Thiam CA, Sow DS, Ba HO, Maïga YM, et al. Motifs d'admission pour pathologies cardiovasculaires dans le Service de Médecine de l'Hôpital du Mali (Bamako). *Health Sci Dis.* 2020;21(4):1915-18.
 19. Sako M, Koumaré Y, Toure M, Guindo A, Konate M, Menta I, et al. Les urgences cardiovasculaires à Bamako : épidémiologie, présentation clinique, évolution et pronostic. *Health Sci Dis.* 2024;25(3):44-6.
 20. Damorou F, Pessinaba S, Lawson B, Abdoulaye S, Soussou B, Grunitzky K. Urgences cardiovasculaires et leur morbi-mortalité en milieu hospitalier : à propos de 733 cas colligés au CHU Campus de Lomé. *Mali Med.* 2008;13(2):55-8.
 21. Houehanou YCN. Charge des urgences cardiovasculaires en Afrique : défis et perspectives. *Cardiol Trop; Numéro Spécial.* Disponible sur : <http://tropical-cardiology.com/Accueil/index.php/2013-08-10-06-44-55/n-special-176-avril-dec-2024/497-cf2-charge-des-urgences-cardiovasculaires-en-afrique-defis-et-perspectives>.