Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Cardiopathies congénitales : profil épidémiologique et prise en charge à l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niger) : étude rétrospective, transversale et descriptive portant sur 541 cas

Congenital Heart Diseases: Epidemiological Profile and Management at the Niamey General Referral Hospital (Niger): A Retrospective, Cross-Sectional, Descriptive Study of 541 Cases

B Dodo*[1,2], A Daouda[3], I Hamani S[3], M Maliki A[1,4], I Assoumana M[3], R Ousmane[2], I Toure A[1,2]

Résumé

Introduction : Les cardiopathies congénitales constituent l'une des malformations les plus fréquentes chez l'enfant et représentent un problème majeur de santé publique dans les pays à ressources limitées. Leur diagnostic précoce et leur prise en charge adaptée demeurent un défi important au Niger. L'objectif principal était de décrire les aspects épidémiologiques et la prise en charge des cardiopathies congénitales à l'Hôpital Général de Référence de Niamey.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, à collecte rétrospective menée du 1er janvier 2020 au 31 Décembre 2025, à l'Hôpital Général de Référence de Niamey.

Résultats : cinq cents quarante et un patients ont étés colligés avec un âge moyen de 6,8 ± 4,2 ans, le sexe féminin était prédominant 54,2% (n=293) avec un sex-ratio à 0,54. La moitié de nos patients 48% (n=260) provenaient de la région de Niamey. La trisomie 21 était présente dans 2,04% des cas (n=11). A l'admission, 40,5% (n=219) présentaient une désaturation et la cyanose a été retrouvée chez 2,21% (n=12). Les cardiopathies à shunt gauche-droite représentaient la majorité des cas 72,1% (n=390), dominées par la communication interventriculaire (CIV) dans 33,6% (n=182), suivie de la communication interauriculaire (CIA) et du canal artériel persistant (CAP) dans 12,2% chacun (n=104). La tétralogie de Fallot (T4F) représentait 18 % (n=67). Le diagnostic était posé tardivement dans 63 % des cas (n=341). Sur le plan thérapeutique, 16,82 % (n=91) avaient bénéficié d'un traitement chirurgical sur place et 10,16 % (n=55) avaient été évacués à l'étranger.

Conclusion : Les cardiopathies congénitales à Niamey restent dominées par le défect septal à shunt gauche-droite, diagnostiquées tardivement, avec une prise en charge chirurgicale encore insuffisante.

Mots-clés : Cardiopathies congénitales, shunt gauche-droit, prise en charge.

Abstract

Introduction: Congenital heart disease is one of the most common birth defects in children and represents a major public health problem in resource-limited countries. Early diagnosis and appropriate management remain a significant challenge in Niger. The primary objective was to describe the epidemiological aspects and management of congenital heart disease at the Niamey General Referral Hospital.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection conducted from January 1, 2020, to December 31, 2025, at the Niamey General Referral Hospital.

Results: Five hundred forty-one patients were enrolled with a mean age of 6.8 ± 4.2 years; females predominated at 54.2% (n=293) with a sex ratio of 0.54. Half of our patients (48%, n=260) were from the Niamey region. Trisomy 21 was present in 2.04% of cases (n=11). At admission, 40.5% (n=219) presented with desaturation, and cyanosis was found in 2.21% (n=12). Left-to-right shunt heart defects accounted for the majority of cases (72.1%, n=390), dominated by ventricular septal defect (33.6%, n=182), followed by atrial septal defect and patent ductus arteriosus, each in 12.2% of cases (n=104). Tetralogy of Fallot accounted for 18% (n=67). The diagnosis was made late in 63% of cases (n=341). In terms of treatment, 16.82% (n=91) had undergone surgical treatment locally, and 10.16% (n=55) had been referred abroad.

Conclusion: Congenital heart disease in Niamey remains dominated by left-to-right shunt septal defects, which are diagnosed late, with surgical management still inadequate.

Keywords: Congenital heart disease, left-to-right shunt, management.

Introduction

Les cardiopathies congénitales (CC) constituent un ensemble de malformations structurelles du cœur et des gros vaisseaux, présentes dès la naissance et résultant d'un défaut du développement embryonnaire du cœur. Elles représentent environ 1 % des naissances vivantes dans le monde, soit 8 à 10 cas pour 1 000 nouveau-nés selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2023 [1]. Elles constituent un problème majeur de santé publique [2,3] et représentent la première cause de mortalité infantile par malformation congénitale [4]. Dans les pays développés, grâce aux progrès de l'échocardiographie fœtale, du diagnostic anténatal, néonatal et de la chirurgie cardiaque pédiatrique, la majorité des enfants porteurs de cardiopathies congénitales atteignent désormais l'âge adulte. En revanche, dans les pays à faibles revenus, notamment en Afrique subsaharienne, la mortalité infantile liée à ces malformations demeure élevée, faute de dépistage précoce et d'accès à la chirurgie spécialisée.

En Afrique, la prévalence des cardiopathies congénitales est élevée allant de 1 à 14 pour 1000 avec un mauvais pronostic souvent en rapport avec un retard diagnostique et thérapeutique [5].

La distribution des cardiopathies congénitales en Afrique noire est très imprécise et variable d'une région à une autre du fait de l'inégalité des plateaux techniques de diagnostic et des modalités de prise en charge médico-chirurgicale très limitées selon les pays [6]. Au Niger, les données sur la fréquence, le diagnostic et la prise en charge des cardiopathies congénitales restent limitées. L'Hôpital Général de Référence de Niamey, principal centre de référence en cardiologie et chirurgie cardiaque, reçoit chaque année plusieurs dizaines d'enfants suspects de malformations cardiaques, dont la majorité sont diagnostiqués tardivement. La compréhension du profil épidémiologique et des modalités de prise en charge est donc essentielle pour orienter les politiques de santé et améliorer le pronostic des enfants atteints d'où l'intérêt de notre étude.

Méthodologie

- ***Patients***

Tous les patients, quel que soit l'âge, chez qui le diagnostic de cardiopathie congénitale a été

diagnostiquée à l'échocardiographie cardiaque transthoracique et disposant d'un dossier médical comportant les données cliniques, échographiques et thérapeutiques. N'ont pas été inclus les patients présentant une cardiopathie acquise, les dossiers incomplets ou inexploitables.

- ***Méthode***

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospectif conduite dans le service de cardiologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey couvrant la période du 1er Janvier 2020 au 31 Décembre 2025. Les données ont été collectés à partir d'une fiche d'enquête préétablie. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués avec le logiciel Epi-Info dans sa version 7.2.2.6. Les variables qualitatives ont été représentées sous forme de fréquence et pourcentage et les quantitatives sous forme de moyenne ± écart type.

Pour chaque patient, les paramètres étudiés étaient :

Variables sociodémographiques : âge, sexe, provenance géographique.

- Variables cliniques : les antécédents et les pathologies associées, le délai du diagnostic et le retentissement hémodynamique.
- Variables échographiques : type anatomique de cardiopathie (communication interventriculaire, inter auriculaire, canal artériel persistant, tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux) et leur quantification.
- Variables thérapeutiques : traitement médical instauré, le type d'intervention réalisée.

Résultats

Au total sur les 7098 patients vus en consultation et en hospitalisations, 541 cas de cardiopathies congénitales ont été enregistré durant les 72 mois de l'étude, soit une fréquence hospitalière de 7,08%. Les cardiopathies congénitales représentaient ainsi 7,08 % des cardiopathies. L'âge moyen était de 6,8 ± 4,2 ans (extrêmes : 1 mois à 35 ans) et la tranche d'âge de 1 à 5 ans était la plus représentée 39,2 % (n=212). Le sexe féminin était prédominant 54,2% (n=293) soit un sex-ratio de 0,54. la grande majorité provenait de la région de Niamey 48 % (n=260), suivie de Dosso 16 % (n =86), Tahoua 12 % (n=65), Maradi 10 % (n=54) et les autres régions 14 % (n=76). Sur le plan clinique, les pathologies associées retrouvées étaient la trisomie 21 chez 2,04% (n=11) et la drépanocytose dans 1,11 % des cas (n = 6). Les infections broncho-pulmonaires à répétition étaient signalées dans 3,14 % des cas (n=17). Soixante-trois pourcent (n=341) des patients ont été diagnostiqués après l'âge de 2 ans. Seulement 37 % (n=200) l'ont été avant 2 ans. Jusqu'à 17 % (n=92) avaient un délai supérieur à 10 ans. Quinze virgule quatre-vingt-dix pourcent (15,90%) des patients (n=86) présentaient une saturation pulsée à l'oxygène (SpO2) < 80 %. A l'auscultation cardiaque 13,49% (n=73) avaient présenté un souffle. Le résumé de tous ces paramètres est illustré dans le tableau 1 en annexe. Au plan paraclinique, à l'électrocardiogramme (ECG), le rythme était sinusal dans 92,42 % des cas (n=500). La tachycardie supraventriculaire était l'anomalie la plus fréquente 56,93 % (n=308), suivie de l'association tachycardie–hypertrophie ventriculaire et/ou auriculaire 32,90 % (n =178). La cardiomégalie à la radiographie thoracique était retrouvée dans 11,46 % des cas (n=62). A l'échocardiographie, la communication interventriculaire (CIV) était la cardiopathie la plus fréquente 33,6 % (n=182), suivie de la CIA et du CAP à 19,2 % chacun (n=104), de la tétralogie de Fallot (T4F) 12,4 % (n=67), la Transposition des gros vaisseaux (TGV) 5,4 % (n=29), le canal atrioventriculaire (CAV) 4,25 % (n=23), le ventricule droit à double issue (VDDI) 2,59 % (n=14). L'analyse des CIV montre une prédominance du type périmembraneux avec 70,43 % (n=81). La largeur moyenne de CIV est de 8,42±4,33 mm avec des extrêmes de 2 à 20mm. Les CIV de plus de 10 mm concernaient 38,93 % (n=72). Le type hémodynamique de CIV restrictive était représenté

dans 3,78 % (n=7). La largeur moyenne de la CIA était de 7,87±6,76 mm avec des extrêmes de 2 à 30 mm. La largeur inférieure à 10 mm représentait 58,96 % (n = 319) et 13,5% (n=73) des CIA mesuraient 20 mm ou plus. La localisation ostium secundum était la plus fréquente 10,35 % (n=56 dans la population totale) comme illustré dans le tableau 2 en annexe. La prise en charge thérapeutique avait concerné le traitement médical symptomatique, administré à la majorité des patients, et les interventions curatives réalisées localement. Le traitement médical concernait 62%. Les diurétiques étaient les plus prescrit dans 43,81% (n=237) suivi des bêtabloquants dans 21,25 % (n=115). Le traitement chirurgical local a été réalisé dans 16,82 % des cas (n = 91). L'indication était la fermeture du canal artériel 15,38% (n=14) et 84,62% (n=76) pour fermeture des CIA et CIV. Les gestes réalisés étaient dans 7,69 % des section-sutures (n=7), 7,69 % triples ligatures (n=7), 7,69 % cathétérismes interventionnels (n=7) et 70 gestes non précisés (76,92 %).

Tableau I : Synthèse profil épidémiologique et clinique

Paramètre épidémiologique	Valeur	Pourcentage
Total patients vus (consultation + hospitalisation) = 7 098		
Cardiopathies congénitales (CC)	541	7,08%
Tranche d'âge la plus représentée 1 – 5 ans	212	39,2 %
Sexe Féminin sex-ratio 0,85 H/F	293	54,2 %
Provenance Niamey	260	48 %
Trisomie 21	11	2,04 %
Drépanocytose	6	1,11 %
Infections broncho-pulmonaires à répétition	17	3,14 %
Diagnostic posé après l'âge de 2 ans	341	63 %
Diagnostic posé avant l'âge de 2 ans	200	37 %
Délai diagnostique > 10 ans	92	17 %
$SaPO_2$ < 80 %	86	15,90 %
Souffle à l'auscultation cardiaque	73	13,49 %

Tableau II : Synthèse caractéristiques paracliniques

Variable	Effectif	Pourcentage %
Rythme sinusal	500	92,42 %
Anomalies ECG		
Tachycardie	308	56,93 %
Tachycardie + hypertrophie ventriculaire et/ou auriculaire	178	32,90 %
Radiographie pulmonaire		
Cardiomégalie	62	11,46 %
Cardiopathies		
Communication interventriculaire (CIV)	182	33,6 %
Communication interauriculaire (CIA)	104	19,2 %
Canal artériel persistant (CAP)	104	19,2 %
Tétralogie de Fallot (T4F)	67	12,4 %
Transposition des gros vaisseaux (TGV)	29	5,4 %
Canal atrioventriculaire (CAV)	23	4,25 %
Ventricule droit à double issue (VDDI)	14	2,59 %
Caractéristiques des CIV		
Type périmembraneux	81	70,43 %
CIV ≥ 10 mm	72	38,93 %
CIV restrictive	7	3,78 %
Caractéristiques des CIA		
Largeur < 10 mm	319	58,96 %
Largeur ≥ 20 mm	73	13,5 %
Localisation ostium secundum	56	10,35 %

Discussion

Les principales limites de cette étude tiennent à son caractère rétrospectif et à l'incomplétude de certains dossiers, notamment l'absence de précision sur les gestes chirurgicaux réalisés, ainsi que le manque de données sociodémographiques et cliniques exhaustives. Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 541 cas de cardiopathies congénitales, soit une fréquence hospitalière de 7,08 % dans le service de cardiologie de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Niamey. Cette fréquence est nettement supérieure à celles rapportées par Mbainaissem RB. et al. au Niger en 2021, Benbahia A. et al. au Maroc en 2018 et Elgomarie SM. et al. en Algérie en 2010 avec respectivement 1,2 %, 1,8 %, et 2,0 % [7, 8, 9]. Cet écart s'expliquerait par le fait que ces auteurs avaient ciblé une population exclusivement pédiatrique limitée aux CC, tandis que notre étude, conduite à l'HGR, inclut tout âge confondu, captant également les pathologies cardiaques acquises de l'adulte. En revanche, notre résultat est proche des 6,5% rapportés par Dodo B. et al. à Tahoua au Niger [10], similitude qui s'expliquerait par un recrutement réalisé en milieu spécialisé (laboratoire d'échographie dans un service de cardiologie). Sur le plan épidémiologique, l'âge moyen de nos patients était de 6,8 ± 4,2 ans (extrêmes : 1 mois à 35 ans), avec une

prédominance de la tranche d'âge de 1 à 5 ans (39,2 %). Ce résultat est proche de celui de Boubacar Z. et al. au Niger en 2017, qui avait rapporté un âge moyen de 3,15 ans, et supérieur aux moyennes de Chabi O. et al. au Mali en 2025 (0,62 an) et de M'baye S. et al. à Zinder au Niger en 2024 (23,7 mois) [11, 12, 13]. La présence d'adolescents et d'adultes dans notre série, avec des extrêmes atteignant 35 ans, se justifie par le caractère paucisymptomatique de certaines CC. Les formes peu sévères, telles que les petites communications inter-atriales (CIA) ou interventriculaires (CIV), sont en effet compatibles avec une survie prolongée et conduisent à un diagnostic tardif, souvent à l'âge adulte, à l'occasion de complications ou d'examens de routine. Le sexe féminin prédominait dans notre étude, avec un sex-ratio de 0,54. Cette observation rejoint celles de Chabi O. et al. [12]. À l'inverse, Dodo B. et al., Benslimane Y. et al au Maroc et Sani MU au Nigeria en 2022 notaient une prépondérance masculine [10, 14, 15]. Cette variabilité entre les séries confirme que le sexe n'est pas un facteur de risque de la survenue des CC. Les patients de Niamey représentaient 48 % de notre effectif. Ce résultat s'explique par la centralisation des structures de cardiologie et de pédiatrie dans la capitale. Ce biais de recrutement classiquement décrit dans les études africaines, reflète les disparités persistantes d'accès aux soins spécialisés dans nos régions [16]. L'association à la trisomie était retrouvée dans 2,04 % des cas, taux probablement sous-estimé en l'absence de caryotype systématique. Ce chiffre est nettement inférieur à ceux rapportés par Dodo B. et al. avec 17,35 % [10], Chabi O. et al., 12,2 % et Sow N. et al. au Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer de Dakar en 2021 avec 20,66 % [12,17]. Ce faible taux pourrait également refléter une mortalité précoce ou un défaut de recours aux soins spécialisés pour ces enfants, dont le suivi cardiologique est souvent relégué au second plan derrière la prise en charge du handicap intellectuel. Sur le plan diagnostic, il est tardif, avec 63 % des cas identifiés après l'âge de 2 ans, ce délai dépassait même 10 ans pour 17 % de l'effectif. Ce retard témoigne des limites du dépistage prénatal et néonatal au Niger qui pourrait être dû à l'insuffisance notoire de cardiologues qualifiés en régions et même à Niamey la capitale où les rendez-vous pour un examen écho-cardiographique tourneraient en moyenne autour de 2 mois dans les structures publiques, mais aussi au manque de ressources financières de la plupart des patients. Ce retard constitue une perte de chance favorisant l'évolution vers des complications irréversibles, au premier rang desquelles l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), limitant ainsi les possibilités de cure radicale. La présence d'une hypoxémie sévère $SaPO_2 < 80$ % chez 15,90 % des patients reflète la proportion de formes cyanogènes identifiées dans notre série et illustre le stade avancé auquel certains patients sont pris en charge. Les infections broncho-pulmonaires récurrentes, retrouvées dans 3,14 % des cas, constituent un marqueur indirect de shunts gauche-droit importants, dont la prédominance épidémiologique, 72 % des CC dans notre série, explique la vulnérabilité aux infections respiratoires par hyper-débit pulmonaire. Ce taux est nettement inférieur aux 23,5 % rapportés par Elhassib I. et al au Maroc en 2022 [18]. Cette différence s'expliquerait par le fait qu'au Maroc, l'infection respiratoire aiguë est souvent le motif d'admission principal en pédiatrie, tandis qu'à l'HGR, nos patients sont majoritairement recrutés pour une prise en charge cardiologique spécialisée, le caractère récurrent des infections n'étant alors qu'un antécédent noté à l'interrogatoire. Sur le plan paraclinique, l'ECG révélait une tachycardie chez 56,93 % des patients et des signes d'hypertrophie cavitaire chez 32,90 %, témoignant du retentissement hémodynamique caractéristiques des shunts gauches-droits. Par ailleurs, une cardiomégalie était objectivée à la radiographie thoracique dans 11,46 % des cas, confirmant l'existence de formes évoluées déjà au stade de dilatation cavitaire et nécessitant une prise en charge urgente. A l'échocardiographie, les cardiopathies étaient dominées par la CIV dans 33,6 %, la CIA dans 19,2 % et le CAP dans 19,2 %. Ces proportions sont proches de celles de Coulibaly A. et al. à Gao en 2024 (CIV 31

%, CIA 22 %, CAP 18 %) [19] et sont confirmées par Chabi O. et al où la CIV (46,74%) et le canal atrio-ventriculaire CAV (21,74 %) étaient les diagnostics majoritaires, ainsi que par Bagnan T. et al. au Bénin en 2019, qui rapportaient une prédominance de la CIV 25,4 % [20]. Kahindo S. et al a décrit aussi cette prédominance des défects septaux (CIV 28,6%, CIA,14,30%) suivi de la tétralogie de Fallot chez 12,2% [21]. Cette convergence des résultats souligne la place prépondérante des défauts septaux dans le profil des malformations cardiaques congénitales en Afrique de l'Ouest. Les petites CIA < 10 mm prédominaient dans notre série 58,96 %, corroborant les observations de Heidari N et al. en 2024, qui soulignent que les petits défauts présentent un potentiel de fermeture spontanée élevé au cours de la première année de vie [22]. Cependant, les CIA larges ≥ 20 mm, retrouvées chez 13,5 % de nos patients, constituent un indicateur de sévérité hémodynamique. Ce chiffre est à rapprocher des travaux de Bodian M et al. au Sénégal actualisés en 2022, où les formes adultes dominées par la CIA étaient associées à un risque accru d'HTAP (50%) et de dilatation des cavités droites, nécessitant une intervention impérative [23]. Les CIA de 10 à 20 mm forment un groupe charnière nécessitant un suivi écho-cardiographique rigoureux pour ne pas manquer la fenêtre d'intervention avant l'apparition d'une HTAP irréversible. Concernant la localisation, l'ostium secundum représentait la forme prédominante dans notre échantillon, ce qui est conforme aux données internationales. Une étude menée en Afrique Centrale en 2022 rapporte en effet que l'ostium secundum représente jusqu'à 93,5 % des CIA diagnostiquées [24]. Cette forme est théoriquement idéale pour une fermeture percutanée par cathétérisme interventionnel, technique encore peu disponible au Niger. Concernant les CIV, La distribution des tailles des CIV révèle une prédominance des formes modérées chez 35,67 % et non restrictives chez 38,93 %. Si les petites CIV < 5 mm s'inscrivent dans l'évolution favorable (fermeture spontanée) décrite par Pihl C. et al. [25], qui souligne que les autres facteurs associés à la fermeture spontanée sont le type musculaire et l'absence de CIV multiples, la forte proportion de formes larges dépasse les 22 % rapportés par Chelo D et al. au Cameroun en 2022 [16]. Cette distribution suggère qu'environ 40 % des CIV identifiées dans notre série auraient pu bénéficier d'un geste correctif, soulignant le besoin impérieux de développer l'accès à la chirurgie cardiaque pédiatrique au Niger. Sur le plan anatomique, la CIV était péri-membraneuse dans 70,43 % des cas, résultat supérieur aux 48,3 % de Bodian M [23], mais concordant avec les travaux de Menta I et al. qui avait décrit 76,8 % des cas de CIV péri-membraneuses [26] et de Sani M. et al. au Nigeria en 2022 [15], confirmant que ce type anatomique demeure le plus fréquent en Afrique subsaharienne. Les formes cyanogènes, dominées par la T4F, 12,4 %, représentent une part cliniquement importante de notre série. Ce taux est supérieur aux 10,2 % rapportés par Coulibaly A. et al. [19], mais reste inférieur aux 21,1 % de Bagnan T. et al. au Bénin [20]. La prédominance relative de la T4F au sein des formes cyanogènes s'explique par sa viabilité relative contrairement aux malformations complexes imposant une chirurgie néonatale. Le profil thérapeutique de notre échantillon met en évidence un recours prédominant aux mesures médicales, en raison des limites d'accessibilité aux techniques curatives définitives. Les diurétiques 43,81 % et les bêta-bloquants 21,25 % constituaient les traitements les plus prescrits, reflétant une prise en charge essentiellement palliative de l'insuffisance cardiaque congestive. Ce constat concorde avec les résultats de Kpanidja MG et al. au Bénin en 2022 [27] où le traitement médical reste le premier rempart en raison des délais d'accès à la chirurgie. Le taux de chirurgie locale dans notre série s'établit à 16,82 %, un chiffre en nette progression par rapport aux 5 % rapportés par Mbainaissem RB. Toutefois, ce résultat reste inférieur aux 28 % de réalisations chirurgicales rapportés par M'baye S. à Zinder, cet écart peut s'expliquer par la taille de notre échantillon. Ces observations témoignent d'une amélioration progressive des capacités techniques locales restant très inférieures

aux besoins réels identifiés. La réalisation de sections-sutures et de triples ligatures 15,38 % des actes chirurgicaux confirme que la chirurgie conventionnelle reste la norme locale pour le traitement du CAP, tandis que les recommandations internationales, plus précisément la Haute Autorité de Santé (HAS) 2024 privilégient désormais le cathétérisme interventionnel par pose de coils ou d'ombrelles [28]. Le faible taux de cathétérisme 7,69 % souligne le caractère encore embryonnaire de cette activité au Niger. Dans les pays à ressources suffisantes, plus de 80 % des CIA et des CAP éligibles sont traités par voie percutanée. L'absence de salle de cathétérisme dédiée et le manque de consommables limitent cette technique aux rares missions chirurgicales étrangères, contraignant la majorité des patients à recourir à une chirurgie à cœur ouvert, plus invasive et grevée d'une morbi-mortalité plus élevée.

Conclusion

Cette étude au Niger confirme la prédominance de la CIV, suivie de la CIA et du CAP et de la T4F. Le retard diagnostique demeure le problème le plus préoccupant, car il conditionne directement le pronostic et l'accès à une chirurgie curative. La prise en charge thérapeutique à l'HGR reste dominée par le traitement médical symptomatique, faute d'un accès universel à la chirurgie. Si la prise en charge locale du CAP et des défauts septaux progresse, elle demeure majoritairement chirurgicale. Le développement du cathétérisme interventionnel, constitue l'enjeu majeur pour moderniser le traitement des cardiopathies congénitales au Niger et réduire la morbi-mortalité liée à la chirurgie conventionnelle.

***Correspondance**

DODO Boubacar

bdodo4@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Août 2026

1 : Faculté des sciences de la santé de l'université Abdou Moumouni de Niamey.
2 : Service Professeur Toure Ali Ibrahim de Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey.
3 : Service de Cardiologie Hôpital Général de Référence de Niamey.
4 : Pôle de Cardiologie de l'Hôpital National de Niamey.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Iselin M. Cardiopathies congénitales. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Radiodiagnostic-cœur-poumon. 1999;32-015-A-12. Pédiatrie. 4-070-A-05. 6 p.
[2] Lévy M. Cardiologie pédiatrique pratique. Paris: Doin; 2020.
[3] Lee K, Khoshnood B, Chen L, Wall SN, Cromie WJ, Mittendorf RL. Infant mortality from congenital malformations in the United States, 1970–1997. Obstet Gynecol. 2001;98(4):620-627.
[4] Zühlke L, Mirabel M, Marijon E. Congenital heart disease and rheumatic heart disease in Africa: recent advances and current priorities. Heart. 2013;99(21):1554-1561.
[5] Yangni-Angate KH, Meneas C, Diby F, Diomande M, Adoubi A, Tanauh Y. Cardiac surgery in Africa: a thirty-five year experience on open heart surgery in Cote d'Ivoire. Cardiovasc Diagn Ther. 2016 Oct;6(Suppl 1):S44-S63. doi: 10.21037/cdt.2016.10.06. PMID: 27904843; PMCID: PMC5119994.
[6] Hoffman JI, Kaplan S, Saleh DA, et al. The incidence of congenital heart disease. J Am Coll Cardiol. 2002;39(12):1890-1900.
[7] Mbainaissem RB. Les cardiopathies congénitales

dans le service de cardiologie du CHU de Niamey: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques [thèse de médecine]. Niamey: Université de Niamey; 2021.

[8] Benbahia A. Épidémiologie hospitalière des cardiopathies congénitales en pédiatrie [thèse]. Marrakech: Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Marrakech; 2018. Disponible sur: https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/21015

[9] Ghomari S, Smahi C, Bendeddouche AC, et al. Profil épidémiologique des cardiopathies congénitales à révélation néonatale à Tlemcen, Algérie. Arch Pediatr. 2010;17(6 Suppl 1):141.

[10] Dodo B, Bonkano A, Zakaria AM, et al. Cardiopathies congénitales: profils épidémiologiques et échocardiographiques au Centre Hospitalier Régional de Tahoua (CHR/TA).

[11] Boubacar Z. Aspects épidémiologiques et cliniques des cardiopathies congénitales au Niger [thèse de médecine]. Niamey: Université Abdou Moumouni de Niamey; 2017.

[12] Chabiorou S. Cardiopathies congénitales en pédiatrie: étude descriptive au CHU Gabriel Touré de Bamako [thèse de médecine]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2025.

[13] M'baye Salissou SM, Adamou R, Ide Sidikou O, et al. Profil échocardiographique des cardiopathies congénitales à Niamey. J Afr Cardiol. 2024;16(1):38-45.

[14] Benslimane Y, et al. Épidémiologie des cardiopathies chez l'enfant: unité de cardiologie pédiatrique, CHU Ibn-Sina [thèse de médecine]. Rabat: Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2023 Thèse n°6290.

[15] Sani MU, Mukhtar-Yola M, Karaye KM. Spectrum of congenital heart disease in a tropical environment: a hospital-based study. J Natl Med Assoc. 2007;99(6):665-669.

[16] Chelo D, Nguefack F, Mah E, et al. Ventricular septal defects in children at the Yaoundé Gynaeco-Obstetric and Paediatric Hospital, Cameroon. Cardiovasc J Afr. 2022;33(2):83-88.

[17] Sow N. Les cardiopathies congénitales associées à la trisomie 21 en Afrique subsaharienne: série pédiatrique de 92 cas au Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer de Dakar [thèse de doctorat en médecine]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2021.

[18] Elhassib I, et al. Épidémiologie des cardiopathies congénitales hospitalisées aux urgences pédiatriques [thèse de médecine]. Marrakech: Université de Marrakech; 2022. Thèse n°229.

[19] Coulibaly A, Sidibé L, Dollo I, et al. Profil clinique et échocardiographique des cardiopathies congénitales dans la région de Gao. Health Sci Dis. 2024;25(9):6-10.

[20] Bagnan Tossa L, Sègnon Kpossou AR, Dohou SHM, et al. Cardiopathies congénitales de l'enfant au CNHU-HKM de Cotonou: aspects épidémiologiques et cliniques. Afr Pediatr Genet Med. 2019;(7):23-27.

[21] Saasita KA, Katungu MR, Sikumbili L, et al. Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des cardiopathies congénitales dans la ville de Butembo, Nord-Est de la RD Congo. KisMed. 2023;13(2):651-657.

[22] Heidari N, Kumaran K, Pagano JJ, et al. Natural history of secundum ASD in preterm and term neonates: a comparative study. Pediatr Cardiol. 2024;45(4):710-721.

[23] Bodian M, Mbaye A, Kane A, et al. Cardiopathies congénitales diagnostiquées à l'échographie au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis (Sénégal), 2017–2022. Rev Sén Cardiol. 2022;14(1):11-18.

[24] Health Sciences and Disease. Profil échocardiographique des communications inter-auriculaires en Afrique Centrale. Health Sci Dis. 2022;23(5):48-53.

[25] Pihl C, Sillesen AS, Norsk JB, et al. The prevalence and spontaneous closure of ventricular septal defects the first year of life. Neonatology. 2024;121(6):742-751.

[26] Menta I, Diall IB, Coulibaly S, et al. Étude descriptive de la CIV au Centre Hospitalier Mère-Enfant «Le Luxembourg» de Bamako: a descriptive study of ventricular septal defect (VSD) in the Mother-Child Hospital "Le Luxembourg" in Bamako. Mali Méd. 2015;30(1).

[27] Kpanidja MG, Dohou SHM, Bagnan Tossa L, et al. Prise en charge médicale des cardiopathies congénitales en milieu pédiatrique béninois. J Afr Pediatr Genet Med. 2022;4(2):29-36.

[28] Haute Autorité de Santé. Implants exovasculaires de fermeture des malformations cardiaques congénitales : rapport d'évaluation. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé, Service d'évaluation des actes professionnels; 2024 jan.

Pour citer cet article :

B Dodo, A Daouda, I Hamani S, M Maliki A, I Assoumana M, R Ousmane et al. Cardiopathies congénitales : profil épidémiologique et prise en charge à l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niger) : étude rétrospective, transversale et descriptive portant sur 541 cas. Jaccr Africa 2026; 10(3): 49-58
https://doi.org/10.70065/26103.jaccrAfri.002L013108