

# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



16, 17, 18  
Décembre 2024



Hotel Radisson  
Dakar / Sénégal

THÈME : AVANCÉES TECHNOLOGIQUES EN  
IMAGERIE CARDIO-VASCULAIRE



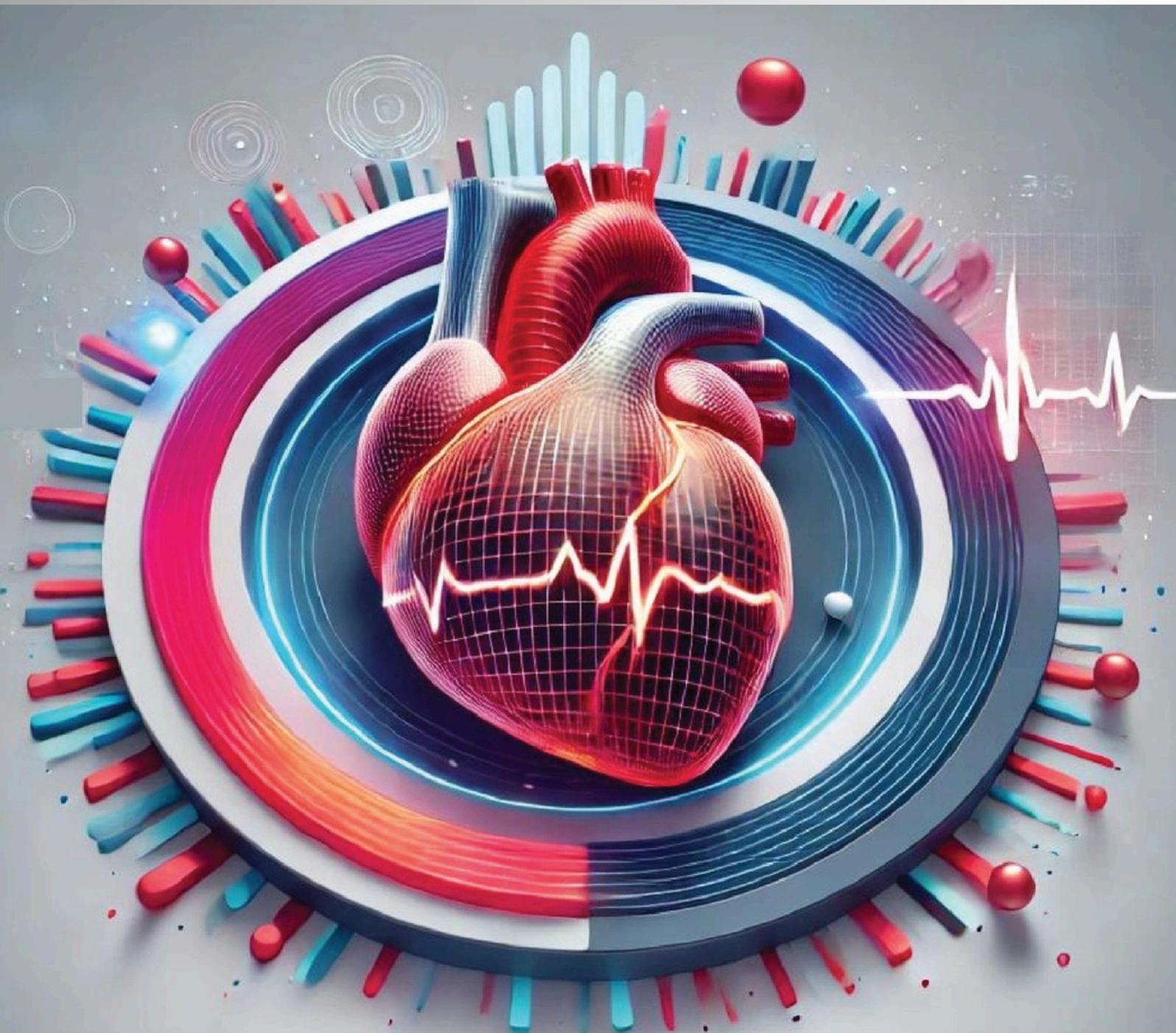
+221 77 504 63 21 / +221 77 537 22 83



SOSECAR.SN@GMAIL.COM



SOSECAR



# CardioTech 2024

INNOVATIONS EN IMAGERIE CARDIO-VASCULAIRE



# SOMMAIRE

- 1  Bureau de la SOSECAR
- 2  Mot du président de la SOSECAR
- 3  Comité d'organisation du congrès
- 4  Comité scientifique du congrès
- 5  Mot du président du comité scientifique
- 6  Communications orales
- 8  Résumés de conférence
- 9  Communications affichées
- 10  Remerciements





6<sup>ème</sup> ÉDITION

# CARDIOTECH SÉNÉGAL

## MEMBRES BUREAU DE LA SOSECAR



**Pr Abdou  
KANE**  
Président



**Pr Maboury  
DIAO**  
Vice-Président



**Pr Mounir  
DIA**  
Secrétaire Général



**Pr ALASSANE  
MBAYE**  
Trésorier Général



**Pr Adama  
KANE**  
Président de la  
Commission Scientifique



**Dr Sophie BA  
KA**  
Secrétaire Général  
Adjoint



**Dr Falikou  
DIABY**  
Trésorier Adjoint

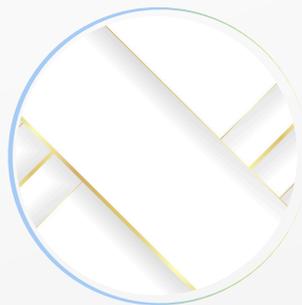


**Pr Aliou Alassane  
NGAIDE**  
Vice-Président de la  
Commission Scientifique

## MEMBRES D'HONNEURS



**Pr Serigne  
Abdou BA**



**Pr Moustapha  
SARR**



**Pr Sémou Mahécor  
DIOUF**



**Feu Pr Papa  
KOATE**



6<sup>ème</sup> ÉDITION

CARDIOTECH SÉNÉGAL

Chers collègues, chers partenaires,

C'est avec un immense honneur et un grand plaisir que je m'adresse à vous en tant que président du comité scientifique du 6<sup>ème</sup> Congrès CARDIOTECH, organisé par la Société Sénégalaise de Cardiologie. Cet événement prestigieux, devenu au fil des années une plateforme incontournable, réunit des experts du Sénégal, de l'Afrique et d'ailleurs autour d'un objectif commun : l'amélioration des pratiques dans le domaine de la cardiologie et de l'imagerie cardiovasculaire.

Le thème de cette édition, « Avancées et innovations en imagerie cardiovasculaire », reflète l'importance cruciale des progrès technologiques et scientifiques dans notre discipline. L'imagerie cardiovasculaire, au cœur du diagnostic et de la prise en charge des pathologies cardiaques, ne cesse d'évoluer, offrant des perspectives nouvelles et prometteuses pour nos patients.

Cette année, le congrès vous proposera un programme riche et varié, combinant sessions scientifiques de haut niveau, échanges interactifs avec des experts, et ateliers pratiques pour une meilleure appropriation des technologies et des

méthodologies modernes. Nous sommes convaincus que ces moments de partage et d'apprentissage renforceront nos compétences et consolideront nos collaborations à l'échelle nationale et internationale.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les participants, les conférenciers, les partenaires institutionnels et industriels, ainsi que tous ceux qui ont contribué à l'organisation de cet événement. Votre engagement témoigne de l'importance que nous accordons tous à l'excellence et à l'innovation au service de la santé cardiovasculaire.

Ensemble, faisons de ce 6<sup>ème</sup> Congrès CARDIOTECH une réussite exceptionnelle, une occasion de renforcer nos connaissances et de bâtir des ponts entre disciplines et continents.

Bienvenue à toutes et à tous, et que ce congrès soit à la hauteur de nos attentes communes.

**Pr Adama Kane**  
**Président**



## MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION

### Comité du congrès

#### Président du comité d'organisation

Abdoul KANE

#### Membres du comité d'organisation

Désiré Alain AFFANGLA

Fatou AW LEYE

Sophie BA KA

Djibril BADJI

Serigne Mor BEYE

Malick BODIAN

Mouhamadou Mounir DIA

Mouhamadou Moustapha DEME

Falikou DIABY

Bouna DIACK

Abdoulaye DIALLO

Maboury DIAO

Ousmane DIEYE

Adja Mariétou DIOP

Hassim Bachir DIOP

Marguerite Téning DIOUF

Momar DIOUM

Sokhna DIOUM LY

Hugor EDUMU

Haitam ERAMI

Papa Adama FAYE

Ngoné Diaba GAYE

Papa Momar GUISSSE

Mame Madjiguene KA

Adama KANE

Amy Ndiaye KANE

Oumou Dème KEBE BAH

Mohamed LEYE

Mariame LY

Alassane MBAYE

Soukeyna FALL MBAYE

Mouhamed Chérif MBOUP

Ndeye Salane MBOUP

Joseph S. MINGOU

Serigne Cheikh Tidiane NDAO

Modou NDIAYE

Mouhamadou Bamba NDIAYE

Sokhna NDIAYE

Aliou Alassane NDAIDE

Arcel NGOMA

Cheikh Ibrahima NIANG

Serigne Sahibou NIANG

Simon Antoine SARR

Aboulgabar SOULEIMAN

Aimé MBAYE SY

Alioune TABANE

Aida Iyane THIAM

Oumar WANE

Ousmane Yaya WANE



## MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

### Comité du congrès

#### Président du comité scientifique

Adama KANE

#### Membres du comité scientifique

Salem ABDESSALEM

Désiré Alain AFFANGLA

Géraud AKPO

Ndeye Isseu AMAR

Fatou AW LEYE

Fatoumata BA

Kadia BA

Serigne Abdou BA

Sophie BA KA

Pape BADIANE

El Hadji Yaya BALDE

Jean Pierre BAROIN

Idrissa BASSE

Serigne Mor BEYE

Malick BODIAN

Sirakhé CAMARA

Amadou Gabriel CISS

Abdellah DAIB

Pascal DEFAYE

Mouhamadou Mounir DIA

Bouna DIACK

Dior DIAGNE SOW

Marguerite Téning DIOUF

Momar DIOUM

Salif DJIGO

Erwan DONAL

Ndeye Faye SADJI

Ngoné Diaba GAYE

Saphie GUEYE

Varha ISSELMOU

Jihad JAAFAR

Abdoul KANE

Adama KANE

Claude KOUAKAM-TAKOUGANG

Mohamed LEYE

Jean Baptiste SY MATHIEU

Abdallah MAHDHAOUI

Simon J. MANGA

Alassane MBAYE

Fatou Bintou Rassoul MBAYE

Ababacar MBENGUE

Rokhaya MBENGUE

Mouhamed Chérif MBOUP

Joseph S. MINGOU

Abdelhamid MOUSTAGHFIR



## MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

### Comité du congrès

#### Membres du comité scientifique

Arame DIAGNE DIALLO

Maboury DIAO

Ousmane DIEYE

Hassim Bachir DIOP

Ibrahima Bara DIOP

Mame Asta DIOP

Babacar DIONE

Mame Diarra NDIAYE GUEYE

Mouhamadou Bamba NDIAYE

Cheikh Ibrahima NIANG

Bocar NDONG

Souhaibou NDONGO

Abdourahmane NIANG

Mamadou SALL

El Hadji Mbacké SARR

Moustapha SARR

Ndeye Awa SARR

Simon Antoine SARR

Issa Dior SECK

Lala Bouna SECK

Mouminatou SEYE

Aimé Mbaye SY

Sidy Lamine SY

Alioune TABANE

Anna THIAM TALL

Massamba THIAM

Ousmane Racine THIAM

Souleymane THIAM

Cheikh A. Bamba TINE

Elisabeth TINE

#### Secrétaires du congrès

Sokhna NDIAYE

Djibril BADJI

#### Webmaster

Mamadou DIEYE



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



## PROGRAMME SYNOPTIQUE

# PROGRAMME SYNOPTIQUE



Lundi 16 Décembre 2024



12h30 - 15h00

Accueil et inscription des participants

SALLE 1

SALLE 2

15h00 - 16h40

L'expertise échographique des valvulopathies enfin  
démystifiée

Session infirmiere

Salle 3  
15h00 - 16h40

ATELIER PRATIQUE : échocardiographie / déformations myocardiques : strain ventricule gauche,  
strain oreillette gauche

16h40 - 17h10

Visite des stands

17h10 - 18h10

L'imagerie dans les cardiomyopathies

Cardiologie interventionnelle

18h15 - 19h15

Cérémonie d'ouverture

Cocktail dinatoire



Mardi 17 Décembre 2024

SALLE 1

SALLE 2

09h00 - 10h45

L'amylose cardiaque de la clinique au diagnostic

« How to » session

Salle 3  
09h00 - 10h45

ATELIER SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

10h45 - 11h15

Pause café

11h15 - 12h15

Symposium (TERIAK)

12h15 - 14h30

Déjeuner

14h30 - 16h00

L'imagerie cardiaque dans la maladie coronaire

Session conjointe SOSECAR/SOSEMES  
Syndrome d'apnee obstructive du sommeil  
(SAOS)

Salle 3  
14h30 - 16h00

ATELIER ECHOGRAPHIE : echo 3D transthoracique et transoesophagienne

16h00 - 16h30

Visite des stands

16h30 - 17h30

Symposium (MENARINI)

17h30 - 19h00

L'imagerie multimodale : pont entre les spécialités

Salle 3  
17h30 - 19h00

ATELIER ECHOGRAPHIE : asynchronisme cardiaque



Mercredi 18 Décembre 2024

SALLE 1

SALLE 2

09h00 - 10h30

Rythmologie : autour de la fibrillation atriale

Cardiologie pédiatrique : les communications  
interauriculaires

10h30 - 11h00

Pause café

11h00 - 12h00

Symposium (SERVIER)

12h00 - 13h15

Session 1 : cas cliniques

13h15 - 15h00

Déjeuner

15h00 - 16h15

Session 2 : cas cliniques

16h15

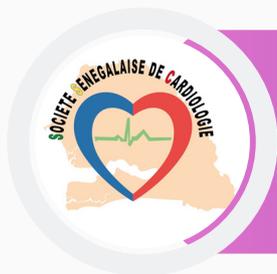
Cérémonie de clôture



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



## PROGRAMME DES ATELIERS PRATIQUES



# 6<sup>ème</sup> EDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

## PROGRAMME DES ATELIERS PRATIQUES

### SALLE 3

16/12/2024  
15h00 - 16h40

#### ECHOCARDIOGRAPHIE

DEFORMATIONS MYOCARDIQUES : STRAIN VENTRICULE GAUCHE, STRAIN OREILLETTE GAUCHE

**Modérateur** : Abdellah DAIB (Algérie)



17/12/2024  
09h00 - 10h45

#### SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

**Modérateurs** : Fatoumata BA, Fatou Bintou Rassoul MBAYE, Ousmane DIEYE

**Orateurs** : Ousmane Racine THIAM, Ndeye FAYE SADJI, Issa Dior SECK (Sénégal)

17/12/2024  
14h30 - 16h00

#### ECHOCARDIOGRAPHIE

ECHO 3D TRANSTHORACIQUE ET TRANSOESOPHAGIENNE

**Modérateur** : Abdellah DAIB (Algérie)



17/12/2024  
17h30 - 19h00

#### ECHOCARDIOGRAPHIE

ASYNCHRONISME CARDIAQUE

**Modérateur** : Abdellah DAIB (Algérie)



Sponsorisée par :  General Electric /  Technologies Services

INSCRIPTION GRATUITE SUR LA PLATEFORME ( DES 4 ET SPECIALISTES UNIQUEMENT )

Tél : +221 77 504 63 21 / +221 33 821 55 21 - email : [sosecar.sn@gmail.com](mailto:sosecar.sn@gmail.com)

Boite postale : 14148 Dakar - Peytavin, Dakar, Sénégal

Web : [www.sosecar.sn](http://www.sosecar.sn)

Facebook / X : [sosecar](https://www.facebook.com/sosecar)



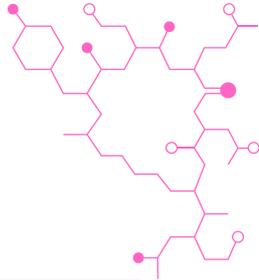
# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



**PROGRAMME  
DÉTAILLÉ**



# PROGRAMME DETAILLÉ



## 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

Programme jour 1

Lundi 16 Décembre 2024

12h 30  
15h 00

### Accueil et Inscription des participants

Salle 1  
15h 00 - 16h 40

Salle 2  
15h 00 - 16h 40

#### L'EXPERTISE ÉCHOGRAPHIQUE DES VALVULOPATHIES ... ENFIN DÉMYSTIFIÉE

Modérateurs : Serigne Abdou BA, Amadou Gabriel CISS, Ali Ibrahim TOURE, Erwan DONAL

#### SESSION INFIRMIÈRE

Modérateurs : Joseph S. MINGOU, Rokhaya MBENGUE, Mamadou SALL

Evaluation pré-opératoire de la valve mitrale (20 min)

**Elhadj Mbacké SARR, Sénégal**

Rôle de l'infirmier en coronarographie et angioplastie (20 min)

**Babacar DIONE, Sénégal**

Evaluation de la valve tricuspide (20 min)

**Erwan DONAL, France**

Rôle de l'infirmier en rythmologie interventionnelle (20 min)

**Pape BADIANE, Sénégal**

L'imagerie multimodale dans les valvulopathies (20min)

**Varha ISSELMOU, Mauritanie**

Rôle de l'infirmier en salle d'échocardiographie : l'échocardiographie trans œsophagienne (20 min)

**Mame Asta DIOP, Sénégal**

L'imagerie interventionnelle valvulaire : une «nouvelle» spécialité (20 min)

**Erwan DONAL, France**

Discussion (20 min)

Discussion (30 min)

SALLE 3  
15h 00 - 16h 40

ATELIER PRATIQUE : ECHOCARDIOGRAPHIE DÉFORMATIONS MYOCARDIQUES : STRAIN VENTRICULE GAUCHE, STRAIN OREILLETTE GAUCHE  
MODÉRATEUR : ABDELLAH DAIB, ALGÉRIE

16h 40 - 17h 10 / Visite des stands



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

Salle 1  
17h 10 - 18h 10

Salle 2  
17h 10 - 18h 10

## L'IMAGERIE DANS LES CARDIOMYOPATHIES

**Modérateurs** : Alassane MBAYE, El hadj Yaya BALDE, Désiré Alain AFFANGLA, Ousmane DIEYE

L'imagerie multimodale dans le diagnostic étiologique des cardiomyopathies (15 min)  
**Anna THIAM TALL, Burkina Faso**

Stratification du risque de mort subite : intérêt de l'imagerie multimodale (15 min)  
**Serigne Mor BEYE, Sénégal**

Diagnostic de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée à l'imagerie cardiaque : état de l'art (15 min)  
**Mouhamadou Bamba NDIAYE, Sénégal**

Discussion (15 min)

## CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**Modérateurs** : Abdellah DAIB, Salem ABDESSALEM, Massamba THIAM

Echocardiographie de stress et son optimisation par les nouveaux outils (15 min)  
**Abdellah DAIB, Algérie**

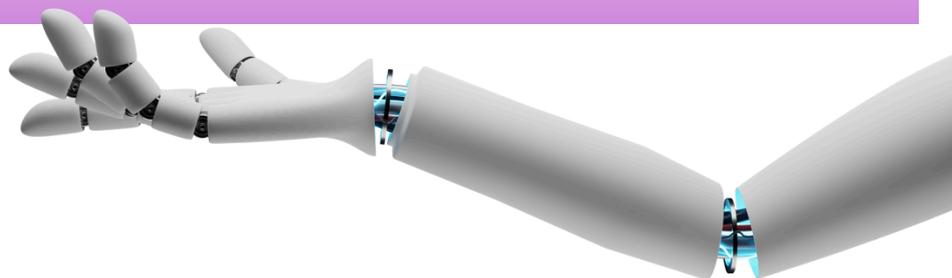
Place de l'IRM de stress dans l'évaluation du coronarien chronique en 2024. (15 min)  
**Mouhamed Cherif MBOUP, Sénégal**

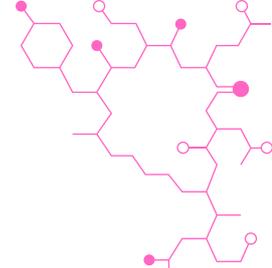
Place de l'imagerie dans le bilan pré-TAVI (15 min)  
**Varha ISSELMOU, Mauritanie**

Discussion (15 min)

18h 15 - 19h 15 / Cérémonie d'ouverture

Cocktail dinatoire





# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

**Programme jour 2**

**Mardi 17 décembre 2024**

**Salle 1**  
09h 00 - 10h 45

## L'AMYLOSE CARDIAQUE DE LA CLINIQUE AU TRAITEMENT

**Modérateurs :** Moustapha SARR, Adama KANE, Souhaibou NDONGO, Mariam LY

L'amylose cardiaque à l'échocardiographie (20 min)

**Fatou AW LEYE, Sénégal**

L'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic de l'amylose cardiaque (20 min)

**Géraud AKPO, Sénégal**

Apport de la médecine nucléaire dans le diagnostic de l'amylose cardiaque (15 min)

**Salif DJIGO, Sénégal**

L'amylose cardiaque du diagnostic au traitement (20 min)

**Souhaïbou NDONGO, Sénégal**

**Discussion (30 min)**

**Salle 2**  
09h 00 - 10h 45

## « HOW TO » SESSION

**Modérateurs :** Abdallah MAHDHAOUI, Erwan DONAL, Elhadji Mbacké SARR, Abdallah DAIB

L'évaluation du rétrécissement aortique (20 min)

**Sidy Lamine SY, Sénégal**

La constriction péricardique à l'échocardiographie (20 min)

**Abdoul KANE, Sénégal**

Etude morphologique et fonctionnelle de l'oreillette gauche (20 min)

**Erwan DONAL, France**

L'échocardiographie dans les états de choc (20 min)

**Ngoné Diaba GAYE, Sénégal**

**Discussion (20 min)**

**Salle 3**

09h 00 - 10h 45

## ATELIER SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

**Modérateurs :** Fatoumata BA, Fatou Bintou Rassoul MBAYE, Ousmane DIEYE  
**Orateurs :** Ousmane Racine THIAM, Ndeye FAYE SADJI, Issa Dior SECK (Sénégal)



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

10h 45 - 11h 15 / Pause café

11h 15 - 12h 15 / Symposium (TERIAK)

12h 15 - 14h 30 / Déjeuner

**Salle 1**  
14h 30 - 16h 00

**Salle 2**  
14h 30 - 16h 00

## L'IMAGERIE CARDIAQUE DANS LA MALADIE CORONAIRE

**Modérateurs** : Maboury DIAO, Géraud AKPO, Bocar NDONG, M. Chérif MBOUP

Le scanner coronaire (15 min)  
**Hassim Bachir DIOP, Sénégal**

La médecine nucléaire (15 min)  
**Bocar NDONG, Sénégal**

Les MINOCA / INOCA . . . (20 min)  
**Salem ABDELSSALEM, Tunisie**

Viabilité myocardique : quelle imagerie choisir? (20 min)  
**Marguerite Téning DIOUF, Sénégal**

**Discussion (20 min)**

## SESSION CONJOINTE SOSECAR / SOSEMES

### SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL (SAOS)

**Modérateurs** : Lala Bouna SECK, Mouminatou SEYE, Mehdi WAYZANI

Diagnostic du SAS par la polygraphie ventilatoire

- Aspects Théoriques (30 min)
- Cas cliniques (3 de 10 min)

Imagerie cardiovasculaire et SAS (15min)  
**Jean Pierre BAROIN, France**

**Discussion (15 min)**

**Salle 3**  
14h 30 - 16h 00

**ATELIER ECHOCARDIOGRAPHIE  
ECHO 3D TRANSTHORACIQUE ET TRANSOESOPHAGIENNE**  
**Modérateur** : Abdellah DAIB (Algérie)

16h 00 - 16h 30 / Visite des stands

16h 30 - 17h 30 / Symposium (MENARINI)



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

**Salle 1**  
17h 30 - 19h 00

## L'IMAGERIE MULTIMODALE : PONT ENTRE LES SPÉCIALITÉS

**Modérateurs :** Jihad JAFFAR, Arame DIAGNE DIALLO, Simon Antoine SARR, Cheikh I. NIANG

Imagerie de la dysfonction ventriculaire gauche dans le suivi du patient sous chimiothérapie (15 min)

**Sophie BA KA, Sénégal**

Quand et comment dépister une malformation cardiaque chez le fœtus? (15 min)

**Mame Diarra NDIAYE GUEYE, Sénégal**

Atteintes cardiaques au cours des maladies de système : apport de l'imagerie multimodale (15 min)

**Marguerite Téning DIOUF, Sénégal**

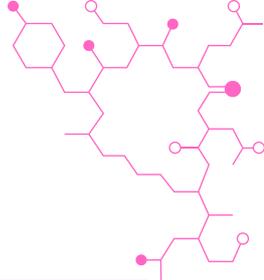
Le cœur d'athlète (15 min)

**Abdallah MAHDHAOUI, Tunisie**

**Discussion (30 min)**

**Salle 3**  
17h 30 - 19h 00

**ATELIER ECHOGARDIOGRAPHIE  
ASYNCHRONISME CARDIAQUE**  
**Modérateur :** Abdallah DAIB, Algérie



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

## Programme jour 3

Mercredi 18 décembre 2024

Salle 1  
09h 00 - 10h 30

Salle 2  
09h 00 - 10h 30

### RYTHMOLOGIE : AUTOUR DE LA FIBRILLATION ATRIALE

**Modérateurs :** Serigne Abdou BA, Abdelhamid MOUSTAGHFIR, Sirakhé CAMARA

Actualités de la FA (20 min)  
**Simon Antoine SARR, Sénégal**

Nouvelles techniques dans l'ablation de la FA et son applicabilité en Afrique : électroporation (20 min)  
**Pascal DEFAYE, France**

Stratégie de contrôle du rythme dans la FA (récidivante) en dehors de l'ablation (20 min)  
**Claude KOUAKAM-TAKOUGANG, France**

Présentation du registre RIBAT - AFRICA (15 min)  
**Abdelhamid MOUSTAGHFIR, Maroc**

Discussion (15 min)

### CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE : LES COMMUNICATIONS INTERAURICULAIRES

**Modérateurs :** Ibrahima Bara DIOP, Idrissa BASSE, Dior DIAGNE SOW, Ndeye Awa SARR

#### Fermeture percutanée de CIA : apport de l'imagerie de l'évaluation pré-interventionnelle au contrôle post procédure

Critères diagnostiques d'une CIA : les bonnes indications de fermeture percutanée et les indications de chirurgie (15 min)

**Elisabeth TINE, Sénégal**

Place de l'imagerie dans l'évaluation pré-opératoire d'une CIA (15 min)

**Ababacar MBENGUE / Ndeye Isseu AMAR, Sénégal**

Monitoring ETO step by step de fermeture de CIA avec l'échographiste et le cardiologue interventionnel (20 min)

**Sidy Lamine SY / Mohamed LEYE, Sénégal**

Evaluation post fermeture de CIA en échocardiographie (15 min)

**Malick BODIAN, Sénégal**

Discussion (25 min)

10h 30 - 11h 00 / Pause café

11h 00 - 12h 00 / Symposium (SERVIER)



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL

12H 00 - 13h 15

## Session 1 : Cas cliniques

**Modérateurs** : Aynina GUEYE, Souleymane THIAM, Saphie GUEYE, Baye Demba GUENE

**UNE ISCHÉMIE MYOCARDIQUE PAS COMME LES AUTRES** (15 min)

Varha ISSELMOU, Mauritanie

**CARDIOMYOPATHIE HYPERTROPHIQUE BIVENTRICULAIRE** : quelle étiologie ? (15 min)

Hanifa Ismael IBOUROI, Sénégal

**UN PROBLEME DE SITUS QUI PEUT ALLER LOIN** quand l'imagerie révèle un syndrome de kartagener chez un adulte (15 min)

Ndeye Rokhaya DIOP, Sénégal

**LA FIBROSE ENDOMYOCARDIQUE** une cause rare de cardiomyopathie sous nos tropiques (15 min)

Papa Guirane NDIAYE, Sénégal

**Discussion (15 min)**

13h 15 - 15h 00 / Déjeuner

15H 00 - 16h 15

## Session 2 : Cas cliniques

**Modérateurs** : Simon Joel MANGA, Oumou Dème KEBE BAH, Jean Baptiste Sy MATHIEU, Moustapha FALL

**BEYOND THE ABDOMEN** revealing left atrial myxoma through abdominal pain (15 min)

Ezzahra Fatima ELASSOUFI, Tunisie

**TROUVONS LE SUBSTRAT** (15 min)

Papa Momar GUISSSE, Sénégal

**ANEVRYSME DE LA VALVE MITRALE ANTERIEURE** compliquant une endocardite infectieuse mitro-aortique sur bicuspide aortique (15 min)

Papa Adama FAYE, Sénégal

**DE LA THROMBOCYTOSE A LA MALADIE CORONAIRE** (15 min)

Oumar WANE, Sénégal

**Discussion (15 min)**

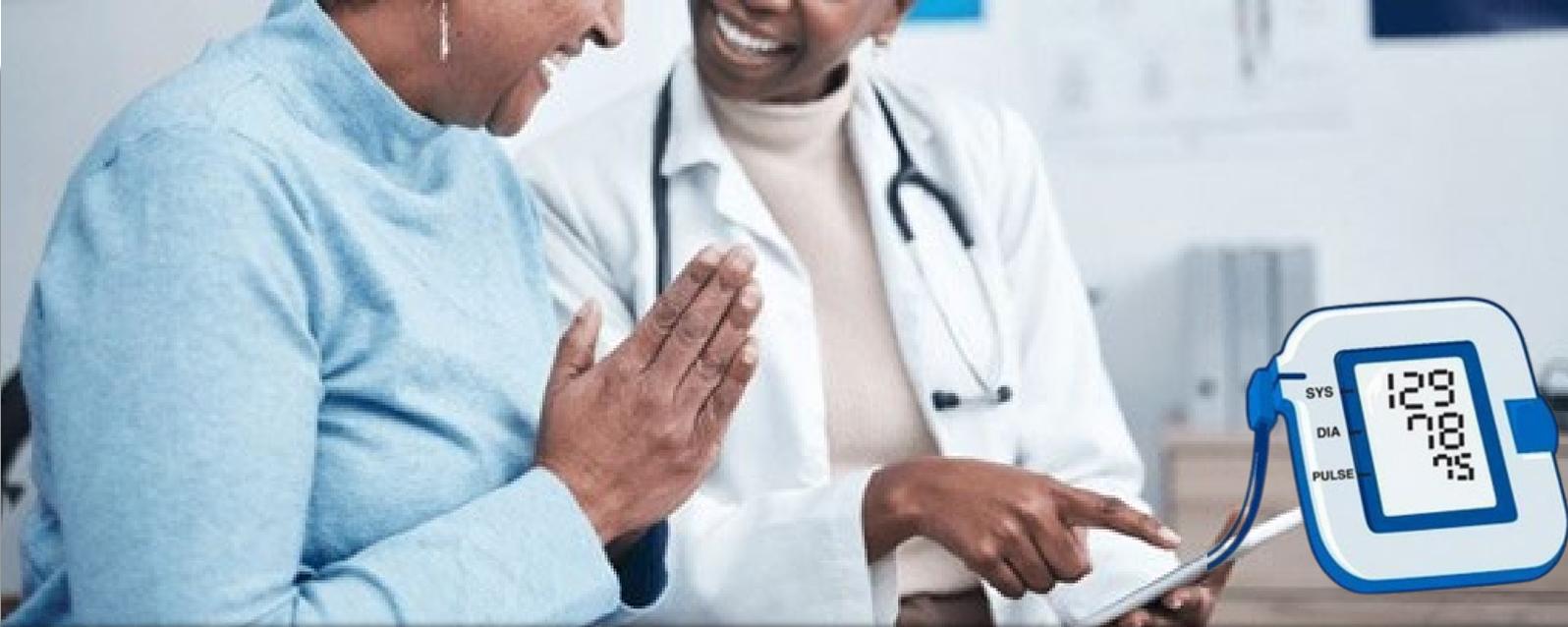
16h 15 - 17h 00 / Cérémonie de clôture



# SYMPOSIUM MENARINI

---

- **Introduction** (10 min)
- **Comprendre et prendre en charge l'hyperactivité sympathique au cours de l'HTA** (40 min)  
**Pr Abdoul KANE, Sénégal**
- **Questions - réponses** (10 min)



# PRISE EN CHARGE DE L'HTA, AU-DELÀ DES CHIFFRES TENSIONNELS

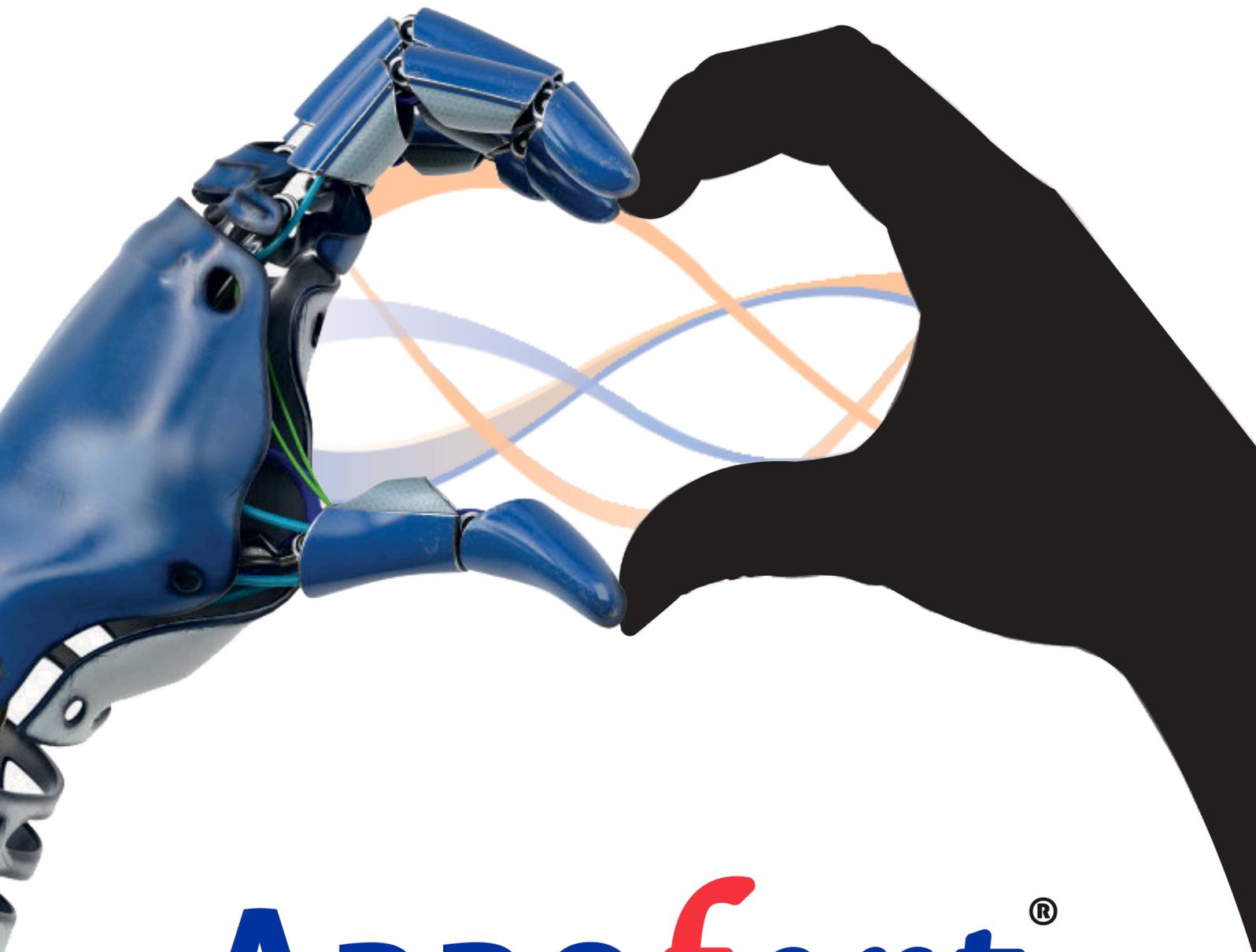
**Mercredi 18** décembre 2024 de **11h à 12h** au congrès SOSECAR

- Introduction 5'**  
*Pr Cherif MBOUP*
- HTA : une prise en charge à multiples écueils ! 15'**  
*Dr Mounir DIA*
- Approche holistique pour une meilleure adhérence du patient 15'**  
*Dr Ngoné Diaba GAYE*
- Comment SERVIER sert la santé de nos patients ? 10'**
- Questions – Réponses 10'**
- Conclusion 5'**  
*Pr Cherif MBOUP*

**NOUVEAU**



TERIAK



**APROfort**<sup>®</sup>  
Irbésartan / Amlodipine

**L'ASSOCIATION INTELLIGENTE**



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



## COMMUNICATIONS ORALES



## SESSION 1 : CAS CLINIQUES

### C 1 : UNE ISCHEMIE MYOCARDIQUE PAS COMME LES AUTRES

**Auteur** : Varha ISSELMOU

**Introduction** : L'ischémie myocardique chez des patients sans facteurs de risque évidents nécessitent un bilan étiologique approfondi. L'imagerie cardiaque multimodale joue un rôle clé dans le diagnostic ; l'orientation étiologique et aussi dans la détection des complications .

**Observation** : Il s'agit d'une patiente de 39 ans, sans antécédent pathologique notable, ayant présenté un

AVC ischémique documenté par un scanner cérébral, sans séquelles neurologiques. L'examen clinique a retrouvé une patiente en bon état général, et l'électrocardiogramme initial était normal. Une échocardiographie transthoracique réalisée dans le cadre du bilan étiologique n'a révélé aucune anomalie structurelle cardiaque ni valvulopathie, avec une fonction systolique ventriculaire gauche (VG) normale.

L'Holter ECG a mis en évidence une hyperexcitabilité ventriculaire avec de nombreuses extrasystoles ventriculaires en bégémisme. Une IRM cardiaque a alors été réalisée, objectivant un thrombus apical adhérent à la paroi du VG ainsi que deux séquelles de micro-infarctus localisés, respectivement au niveau de l'apex et de la paroi inféro-septale médiane. La fonction systolique globale du VG restait conservée. Une coronarographie a ensuite été effectuée, montrant des artères coronaires indemnes de lésions. Enfin, les bilans biologique et étiologique (incluant la recherche de thrombophilies et de maladies systémiques) sont revenus normaux.

**Discussion** : Cette observation souligne l'importance de l'imagerie multimodale, en particulier l'IRM cardiaque, dans la détection des lésions ischémiques myocardiques subtiles et des thrombi adhérents difficiles à identifier à l'échocardiographie. Ce cas illustre également le rôle de l'ischémie myocardique, même focale, comme facteur à la fois arythmogène et emboligène.

**Conclusion** : L'imagerie multimodale, incluant l'IRM cardiaque, n'est pas habituelle dans le bilan étiologique des AVC ischémiques cryptogéniques, En revanche elle est très utile dans les arythmies ventriculaire, permettant une meilleure détection des micro-infarctus souvent invisibles avec les techniques standard.



## C 2 : CARDIOMYOPATHIE HYPERTROPHIQUE BIVENTRICULAIRE SECONDAIRE A UNE MALADIE DE POMPE CHEZ UN NOURISSON.

**Auteurs** : Hanifa Ismael IBOUROI, IB. DIOP, MP DIONE, M. KAYA, AL FALL, C. GAYE, AD DIALLO, PM SYLLA, K. GUEYE, NA. SARR, K. BA.

**Centre cardiopédiatrique de CUOMO CHU FANN, hôpital des enfants Albert Royer.**

**Introduction** : La maladie de Pompe est une glycoséose de type II présentant un phénotype très variable allant d'une forme infantile sévère à des formes adultes plus modérées. Elle entraîne une surcharge lysosomiale avec une accumulation de glycogène dans les myocytes entraînant une cardiomyopathie hypertrophique. Le diagnostic positif de la CMH se fait à l'échographie mais la démarche étiologique chez les enfants reste difficile même si elle est codifiée. L'objectif de ce travail est de rapporter le cas d'une cardiomyopathie hypertrophique biventriculaire obstructive dans une forme sévère chez un nourrisson présentant une probable maladie de Pompe.

**Cas clinique** : Il s'agit d'un nourrisson de sexe masculin issu d'une grossesse monofoetale intra utérine. A l'examen clinique on retrouvait un retard pondéral et une hypotonie axiale.

L'auscultation cardiaque avait objectivé des bruits du cœur réguliers avec un souffle systolique rude râpeux 3/6° mésocardiaque. L'électrocardiogramme retrouvait un bloc de branche droit complet et un aspect d'hypertrophie biventriculaire. L'échodoppler cardiaque transthoracique avait permis de poser le diagnostic de cardiomyopathie hypertrophique dans sa forme biventriculaire en objectivant un ventricule gauche très hypertrophié avec une prédominance septale (z score à + 6,6) et une hypertrophie sévère du ventricule droit. Il y avait une accélération du flux au niveau intra VG avec aspect en lame de sabre et une obstruction sévère en intra VD avec un gradient à 50 mm Hg. Le dosage de l'activité de la maltase acide était nettement diminué.

Devant ces résultats une glycoséose de type II a été fortement suspectée. Le nourrisson avait été mis sous propranolol à 2mg/kg mais l'évolution fut défavorable avec le décès à 5 mois de vie.

**Conclusion** : Le diagnostic étiologique des CMH chez l'enfant est essentiel pour permettre d'améliorer le pronostic. Il repose sur des faisceaux cliniques, échographiques biologiques et génétiques. Les tests génétiques devraient être plus accessibles dans nos contrées. La forme infantile de la maladie de Pompe constitue une urgence thérapeutique en effet l'enzymothérapie substitutive.

**Mots clés** : Cardiomyopathie hypertrophique, maltase acide, maladie de Pompe, glycogène.

## C 3 : UN PROBLEME DE SITUS QUI PEUT ALLER LOIN : QUAND L'IMAGERIE RÉVÉLE UN SYNDROME DE KARTAGENER CHEZ UN ADULTE.

**Auteurs** : Ndeye Rokhaya DIOP, I.H. IBOUROI, K. GUEYE, A. DIAGNE, E. TINE, MO. TINE, PMD FALL, M. DIOUM, MMCBO. LEYE.

**CHU de FANN, Service de Cardiologie, Dakar - Sénégal.**

**Introduction** : Le syndrome de Kartagener est une maladie autosomique récessive rare appartenant au groupe de dyskinésie ciliaire primitive. Elle résulte d'un dysfonctionnement de l'activité ciliaire impactant sur la motilité des spermatozoïdes, la défense des voies respiratoires et la bonne orientation viscérale embryonnaire. Ce syndrome se caractérise par la triade classique : situs inversus complet, sinusite chronique et bronchectasie. Nous rapportons le cas d'un syndrome de Kartagener chez un jeune adulte révélé par l'angiotomodensitométrie.

**Observation** : Il s'agissait d'un patient de 23ans non tabagique, sans notion de contagement tuberculeux, aux antécédents de sinusite et de toux chroniques avec bronchorrhée matinale. Il a été reçu aux urgences pour une dyspnée d'effort, une toux productive avec des expectorations verdâtres et une fièvre. L'examen clinique retrouvait des bruits du cœur perçus à droite, un syndrome de condensation pulmonaire basal bilatéral et une palpation douloureuse des sinus. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire biologique non spécifique avec une légère hyperleucocytose à 10300 et une CRP à 12. L'électrocardiogramme inscrivait un aspect identique des QRS en D1 et en V6 avec une régression des ondes R de V1 à V6. La radiographie du thorax montrait une dextrocardie avec une poche à air gastrique à droite et une dilatation de l'arbre bronchique. L'échographie cardiaque avait montré un situs inversus avec dextrocardie sans autres anomalies structurelles. Le scanner thoraco-abdominal avait objectivé le situs inversus totalis avec une dextrocardie, des bronchectasies moniliformes apicales bilatérales prédominantes dans la lingula avec une bronchiolite à droite. À l'étage abdominal, le foie était à gauche et la rate à droite sans anomalie significative. Le scanner des sinus avait montré une sinusite ethmoïdo-maxillaire bilatérale avec hypertrophies inférieures. Les explorations fonctionnelles respiratoires étaient en faveur d'une insuffisance respiratoire mixte avec une composante obstructive sévère intéressant l'ensemble des bronches. Le patient a été mis sous double antibiothérapie à visée pulmonaire, des décongestionnants nasaux et un mucolytique avec une bonne amélioration de sa symptomatologie au bout d'une semaine.

**Conclusion** : Le syndrome de Kartagener est une affection complexe et rare dont un diagnostic précis et précoce est nécessaire pour améliorer le pronostic des patients. L'angioscanner est essentiel pour évaluer la présence et l'étendue des bronchectasies, confirmer le situs inversus et les complications pulmonaires et vasculaires.

**Mots clés** : Syndrome de Kartagener, adulte, angioscanner.



## C 4 : LA FIBROSE ENDOMYOCARDIQUE : UNE CAUSE RARE DE CARDIOMYOPATHIE SOUS NOS TROPIQUES.

**Auteurs** : PG. NDIAYE, D. LIDON, A. GAMET, MD. FALL, CMBM. DIOP, M. GAZAL, B. GUEYE, B. DIACK, M. DIOUM, A. MBAYE.

**Introduction** : La fibrose endomyocardique est une myocardiopathie restrictive responsable d'une insuffisance cardiaque. C'est une maladie des régions intertropicales longtemps connue pour son évolution sournoise. Nous rapportons le cas d'une patiente de la trentaine, découvert dans un contexte de défaillance cardiaque globale.

**Observation** : Il s'agissait d'une patiente âgée de 39 ans, hypertendue connue, originaire du Nigéria, reçue aux urgences du centre hospitalier d'Orléans en France dans un contexte de douleur thoracique et de défaillance cardiaque globale. A son admission au service de cardiologie, l'examen avait retrouvé une patiente hémodynamiquement stable avec des signes de défaillance cardiaque périphérique, un souffle systolique au foyer mitral, de fins crépitements bilatéraux aux champs pulmonaires. A la biologie, on avait une positivité des marqueurs cardiaques tels la troponine (1787 pg/l), les BNP (1952 pg/ml) et des D-dimères 3550 ng/ml, une anémie hypochrome, microcytaire à 10,1 g/dl, un syndrome de cholestase. L'électrocardiogramme inscrivait une tachycardie sinusale régulière à 104 cycles par minutes, un bloc de branche droite complet, un léger sus-décalage du segment ST en latéral haut. L'échocardiographie doppler avait conclu à une dilatation des cavités cardiaques (DVGTD 78 mm), un ventricule gauche non hypertrophié avec hypokinésie globale et akinésie latérale, une fuite mitrale modérée sur restriction de la petite valve, une élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche (E/E' à 3), un profil mitral de type restrictif, une HTAP moyenne à 59 (44+15) mmHg, un péricarde sec et une veine cave inférieure très dilatée et non compliant. L'exploration de cette cardiopathie dilatée avait motivé la réalisation d'une coronarographie montrant une sténose serrée ostiale de la deuxième diagonale avec le reste des artères sans sténose ne pouvant pas expliquer l'étendu et la sévérité de l'atteinte cardiaque. L'IRM cardiaque, réalisée de suite, avait montré une dilatation biventriculaire avec altération sévère de la fonction biventriculaire, un thrombus apical et un rehaussement tardif sous endocardique en cocarde diffus compatible avec une fibrose endomyocardique. La surveillance téléométrique avait objectivé des passages en bloc auriculo-ventriculaire haut grade indiquant la pose d'un défibrillateur automatique implantable triple chambre. Les suites étaient favorables avec une bonne évolution clinique sous Sacubutril-Valsartan, Spironolactone, Bisoprolol et Furosémide.

**Conclusion** : La fibrose endomyocardique est une cause rare de cardiomyopathie. Son évolution endémique et sournoise dans les régions intertropicales et ses complications si dramatiques doivent motiver sa recherche acharnée dans le bilan de toute cardiopathie non expliquée.

**Mots clés** : Défaillance cardiaque, Cardiomyopathie dilatée, Fibrose endomyocardique.



## SESSION 2 : CAS CLINIQUES

### C 5 : BEYOND THE ABDOMEN : REVEALING LEFT ATRIAL MYXOMA THROUGH ABDOMINAL PAIN

**Auteurs** : Ellassoufi Fatma EZZAHRA, Mayssa GAALOUL, Sameh AFLI, Nejeh Ben HALIMA, Ernez Sama HAJRI.

**Cardiology Department, Farhat Hached University Hospital, Sousse, Tunisia.**

**Abstract** : We present the case of a 38-year-old patient admitted to the department of visceral surgery for upper quadrant abdominal pain. Clinical preoperative examination revealed a loud S1, diastolic atrial rumble, jugular venous distention, and hepatomegaly. The electrocardiogram showed sinus tachycardia and an RSR' configuration in lead V1, while chest radiography demonstrated cardiomegaly. Two-dimensional echocardiography revealed a highly echogenic, mobile left atrial mass measuring 3cm\*2.5cm, right ventricular dilatation, and significant pulmonary arterial hypertension (estimated at 120 mmHg). Surgical resection of the myxoma was performed, and a Pericardial/PTFE patch was used to close the surgical defect.

**Introduction** : Left atrial myxomas are rare cardiac tumors that can present with a variety of clinical manifestations, often mimicking other cardiac and non-cardiac conditions.

**Case Presentation** : A 38-year-old patient admitted to the department of visceral surgery for upper quadrant abdominal pain was found to have clinical signs of cardiac involvement, including jugular venous distention and hepatomegaly. The electrocardiogram revealed sinus tachycardia and right bundle branch block (RBBB), while chest radiography showed cardiomegaly. Echocardiography identified a left atrial mass, right ventricular dilatation, and pulmonary arterial hypertension. Surgical resection of the myxoma was performed, with subsequent closure of the surgical defect using a Pericardial/PTFE patch.

**Discussion** : Left atrial myxomas are the most common benign primary cardiac tumors, accounting for approximately 50% of all cardiac tumors. They often present with a triad of symptoms known as "Ball-Valve Syndrome," including dyspnea, syncope, and embolic phenomena. However, atypical presentations, such as abdominal pain, can occur, leading to diagnostic challenges. Prompt recognition and surgical intervention are crucial for successful management of left atrial myxomas, although postoperative complications may arise, necessitating vigilant postoperative care and follow-up.

**Conclusion** : This case highlights the importance of considering left atrial myxoma in the differential diagnosis of patients presenting with abdominal pain and signs of cardiac involvement. Timely diagnosis and surgical intervention are essential for optimal outcomes.

**Key words** : Myxoma, left atrium, abdominal pain.



## C 6 : TROUVONS LE SUBSTRAT

**Auteurs** : Papa Momar GUISSÉ, T. NIANG, TS. DOUCOURE, R. YACINE, WN. MBOUP, MM. KA, SCT. NDAO, K. DIA, MC MBOUP.

**Introduction** : Le pont myocardique est l'anomalie coronaire la plus fréquente chez l'être humain. Dans la grande majorité des cas, il reste asymptomatique. Les manifestations cliniques peuvent varier d'une angine de repos à un syndrome coronarien aigu. Nous rapportons le cas d'un patient dont le pont myocardique a été révélé par une tachycardie ventriculaire.

**Observation** : Un patient de 26 ans, connu porteur d'un trait drépanocytaire, a présenté des palpitations accompagnées de précordialgies atypiques d'intensité modérée. Devant cette symptomatologie, il consulte dans un établissement de santé de niveau 2. Sa pression artérielle était de 140/79 mmHg et sa fréquence cardiaque de 210 bpm.

Un ECG fut réalisé, révélant une tachycardie ventriculaire à 214 bpm. Compte tenu de sa stabilité hémodynamique, 1800 mg d'amiodarone par voie orale lui ont été administrés. Le patient a ensuite été transféré dans notre établissement. À son arrivée, le patient était stable. L'ECG de contrôle montrait un rythme sinusal irrégulier en raison de la présence d'extrasystoles ventriculaires monomorphes. Sur le plan biologique, seule la CRP était élevée à 108 mg/l, tandis que les taux de troponines et de D-dimères étaient normaux. L'échocardiographie transthoracique a révélé une hypokinésie du segment basal inféro-latéral, légèrement anévrysmal et présentant une image hyperéchogène suggestive d'un ancien thrombus. La fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) était de 57% Simpson biplan. Une IRM cardiaque a été réalisée et a montré une hypokinésie inféro-latéro-basale ainsi qu'un thrombus. Les séquences de rehaussement tardif ont révélé une nécrose transmurale dans la même zone. La FEVG était de 56,5 %. Une coronarographie a mis en évidence un pont myocardique au niveau du segment distal de l'artère circonflexe. Le reste des artères coronaires était exempt de lésions. Le traitement final incluait du bisoprolol à 5 mg une fois par jour et de l'apixaban à 5 mg deux fois par jour. Après 3 mois, l'examen clinique était normal, le thrombus avait disparu, mais le segment basal inféro-latéro-basal restait anévrysmal avec une dysfonction ventriculaire gauche modérée à 46%.

**Conclusion** : Bien que généralement bénin, le pont myocardique peut représenter un défi diagnostique et thérapeutique chez une sous-population de patients symptomatiques.

**Mots clés** : tachycardie ventriculaire, pont myocardique, Sénégal.

## C 7 : ANEVRYSMES DE LA VALVE MITRALE ANTERIEURE SUR ENDOCARDITE INFECTIEUSE MITRO-AORTIQUE SUR BICUSPIDIE AORTIQUE A PROPOS D'UN CAS.

**Auteurs** : Papa Adama FAYE, MT. DIOUF, M. NDIAYE, JS. MINGOU, M. NDIAYE, MF. DABO, ML. LY, MD. DIOKHANE, K. GAYE, SS. NIANG, I. BA, MM. DEME, OT. SAR, A. KANE.

**Service de cardiologie de l'hôpital Dalal Jamm, Dakar - Sénégal.**

**Introduction** : L'anévrysme de la valve mitrale antérieure est une entité rare mais bien individualisée, elle se définit comme une excroissance siégeant sur le versant auriculaire du feuillet mitral antérieur présentant une expansion systolique et un collapsus diastolique. Il est fréquemment associé à une endocardite infectieuse sur une insuffisance aortique.

**Observation** : Nous présentons le cas patient de 56 ans, suivi depuis 4 mois pour une insuffisance aortique sévère avec une dysfonction systolique du ventricule gauche. Le patient signalait deux semaines auparavant une symptomatologie faite d'une dyspnée d'installation et d'aggravation progressive admettant une composante orthopnéique, une altération de l'état général et une fièvre d'allégation. L'électrocardiogramme inscrivait une hypertrophie ventriculaire gauche; un hémibloc antérieur et un sous décalage du ST en apico-latéral et en inférieur. L'échocardiographie inscrivait une bicuspidie aortique type 1 L-R sur des sigmoïdes aortiques épaissies, calcifiées portant en outre des végétations sur la sigmoïde antéro-gauche, avec un prolapsus responsable d'une fuite sévère et excentrée dirigée sur la valve mitrale antérieure. Sur cette dernière on notait la présence d'une masse sur son versant ventriculaire et d'un sac anévrysmal sur son versant auriculaire, avec présence d'une végétation appendue à son extrémité.

Le diagnostic d'une endocardite infectieuse mitro-aortique décompensant une insuffisance aortique sur bicuspidie a été retenue après plusieurs hémocultures et le patient a été mis sous diurétiques et une antibiothérapie adaptée.

L'évolution a été émaillée par la survenue de multiples complications puis par le décès de notre patient survenue après 34 jours d'hospitalisation.

**Conclusion** : L'anévrysme de la valve mitrale antérieure est anomalie cardiaque rare, son association avec une endocardite infectieuse sur la valve aortique est classique. Sa survenue sur bicuspidie aortique en dehors de toute endocardite a également été décrit, même s'il n'y a pas d'étude sur l'association entre l'anévrysme mitral et la bicuspidie aortique.

**Mots clés** : Endocardite infectieuse, Anévrysme valve mitral antérieur, Bicuspidie aortique.



## C 8 : DE LA THROMBOCYTOSE A LA MALADIE CORONAIRE CHEZ UN SUJET JEUNE : A PROPOS D'UN CAS.

**Auteurs** : Murielle HELLES, O. WANE, U. RALAIZANDRY, M. LY.

**Clinique cardio 24, Service de Cardiologie, Dakar, Sénégal,**

**Introduction** : La thrombocytose est une anomalie sanguine caractérisée par un taux de plaquettes supérieur à 450 000 mm<sup>3</sup> sur plusieurs prélèvements. En Afrique, il s'agit d'une affection dont la prévalence n'est pas bien connue et les données publiées à ce sujet sont rares. Les thromboses et les hémorragies sont les complications habituellement décrites. Cependant la prise en charge de ces complications peut s'avérer complexe lorsqu'elles se présentent de façon simultanée chez un même patient.

**Observation** : Monsieur I.F, 39 ans, suivi au service d'hématologie pour thrombocytose essentielle et au service de gastro-entérologie pour une anthraxe congestive et multi ulcérée pour lesquelles il reçoit respectivement de l'Hydroxyurée et de l'Omeprazole. Il est admis en consultation de cardiologie pour une dyspnée d'effort stade II de la NYHA et des palpitations d'installation progressive. A la clinique, les paramètres hémodynamiques sont stables et l'examen physique est pauvre. Sur le plan biologique, la numération formule sanguine objectivait une thrombocytose isolée à 769.000/mm<sup>3</sup>. Le taux d'hémoglobine était normal à 13.5g/dl ainsi que les globules blancs à 4280/mm<sup>3</sup>. Il présentait une dyslipidémie avec un taux de cholestérol total à 2,24g/l HDL: 0,49g/l.

LDL: 1,51g/l et Triglycéride: 1,32g/L. La Troponine Ius était à la limite de la normale: 0,04pg/l. L'ionogramme sanguin, la fonction rénale et hépatique, la glycémie sont normaux. Les sérologies VIH et hépatite sont négatives. L'ECG de surface inscrivait un rythme sinusal, régulier avec un aspect QS en antéro-septal et une ischémie sous épicaudique antérieure étendue. L'échographie doppler cardiaque objectivait une légère dyskinésie apicale avec une fonction systolique du ventricule gauche conservée à 56% au Simpson Biplan. La coronarographie retrouvait une lésion intermédiaire du tronc commun gauche associée à une sténose serrée ostiale et longue de l'artère interventriculaire antérieure. La coronaire droite est dominante et normale. Après un staff médico-chirurgical, le patient a bénéficié d'un double pontage coronaire: Mammaire interne gauche sur l'IVA et mammaire interne droite sur la première marginale. Les suites post opératoires ont été marquées par la survenue d'une péricardite cloisonnée de grande abondance qui a été drainée avec une évolution favorable, régression totale de la dyspnée. Le patient a été mis sous Ramipril 5 mg, cardensiel 2,5 mg. Prednisolone 20mg, atorvastatine 20 mg, potassium 600 mg. Hydroxyurée 500 mg matin et soir et omeprazole. La double anti agrégation augmentant le risque hémorragique du patient il a été convenu en accord avec les hématologues que le patient serait mis sous un seul antiagrégant. A distance de sa chirurgie de pontage aorto-coronaire il a bénéficié d'un programme de réadaptation cardiovasculaire améliorant considérablement sa capacité fonctionnelle. Il a suivi les séances d'éducation thérapeutique et à ce jour il comprend mieux sa maladie et ses traitements.

**Conclusion** : La thrombocytose essentielle est une pathologie rare dont la prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire. La mise en place d'une double anti agrégation plaquettaire doit être faite avec précaution car elle augmente le risque hémorragique.

**Mots clés** : Thrombocytose, Sujet jeune, Syndrome coronarien, péricardite.



AU SERVICE DE LA SANTÉ

# AMLOPERIN<sup>®</sup>

Amlodipine et Périndopril Comprimés d' 5/5 - 10/10 - 10/5 - 5/10



# AMLODIPINE-GH<sup>®</sup>

Amlodipine Comprimés 5 mg & 10 mg



# LOLIP<sup>®</sup>

Atorvastatine Calcique Comprimés 10mg,20mg,80mg



Commencez au plus tôt



Les dosages 24,3 mg / 25,7 mg, 48,6 mg / 51,4 mg et 97,2 mg / 102,8 mg correspondent à 50 mg, 100 mg et 200 mg dans certaines publications.

#NYHA : New York Heart Association

Mentions Légales UPERIO - Version de Avril 2018

Nom du produit : Uperio<sup>®</sup>. Remarque importante\* : avant de prescrire, consulter les informations complètes de prescription. Composition: sacubitril/valsartan. Forme galénique : Comprimés pelliculés de 50 mg (sacubitril 24,3 mg/valsartan 25,7 mg), 100 mg (sacubitril 48,6 mg/valsartan 51,4 mg) et 200 mg (sacubitril 97,2 mg/valsartan 102,8 mg). Indications : Uperio<sup>®</sup> est indiqué pour réduire le risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaires chez les patients adultes souffrant d'insuffisance cardiaque systolique (classe NYHA II-IV, FEVG  $\leq$  40%). Uperio<sup>®</sup> est administré en étant associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêta-bloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes) au lieu d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un ARA Posologie/Mode d'emploi : La dose initiale recommandée d'Uperio<sup>®</sup> est de 100 mg X2/j. Une dose initiale de 50 mg X2/j est recommandée pour les patients actuellement non traités par un inhibiteur de l'ECA (enzyme de conversion de l'angiotensine) ou un antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARA), et doit être envisagée chez les patients traités jusqu'à une dose faible de ces principes actifs. La dose d'Uperio<sup>®</sup> peut être doublée toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à la dose cible de 2x 200 mg par jour, en fonction de la tolérance. La dose d'entretien cible d'Uperio<sup>®</sup> est de 200 mg X2/j. Le traitement par Uperio peut être initié au plus tôt 36 heures après l'arrêt d'un inhibiteur de l'ECA, compte tenu du risque potentiel d'angio-œdème lors de l'administration concomitante d'un inhibiteur de l'ECA. En raison de son activité antagoniste du récepteur de l'angiotensine II, Uperio ne doit pas être administré de façon concomitante avec un ARA. Les patients avec une tension artérielle systolique (systolic blood pressure, SBP) <100 mmHg n'ont pas été étudiés; Uperio doit donc être utilisé avec prudence chez ces patients. Si les patients présentent des problèmes de tolérance (hypotension symptomatique, hyperkaliémie, insuffisance rénale), il est recommandé d'ajuster la posologie des médicaments concomitants, de réduire temporairement la dose d'Uperio ou d'arrêter celui-ci. Mode d'administration : Uperio peut être administré indépendamment des repas. Groupes de patients particuliers : Insuffisance rénale : Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance rénale légère (eGFR 60-90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) à modérée (eGFR 30-60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (eGFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), il est recommandé de commencer par une dose de 50 mg deux fois par jour. La prudence est recommandée lors de l'utilisation d'Uperio chez ce groupe de patients. Uperio est contre-indiqué chez les patients avec eGFR <10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Insuffisance hépatique : Aucune adaptation posologique n'est nécessaire en cas d'administration d'Uperio à des patients atteints d'insuffisance hépatique légère (classe Child-Pugh A). Chez les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée (classe Child-Pugh B), il est recommandé de commencer par une dose de 50 mg deux fois par jour. Aucune étude n'a été réalisée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère (classe Child-Pugh C). Il est donc déconseillé d'utiliser Uperio chez ces patients. Enfants et adolescents : La sécurité et l'efficacité d'Uperio n'ont pas été établies chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Patients âgés (plus de 65 ans) : Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients âgés de plus de 65 ans. Contre-indications : Hypersensibilité à l'un des principes actifs, sacubitril ou valsartan, ou à l'un des excipients. Utilisation concomitante d'un inhibiteur de l'ECA. Antécédent connu d'angio-œdème lié à un traitement antérieur par inhibiteur de l'ECA ou ARA. Angio-œdème héréditaire. Utilisation concomitante d'Uperio avec des médicaments contenant de l'alsikrène chez les patients diabétiques ou insuffisants rénaux (GFR <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Insuffisance rénale sévère avec eGFR <10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en raison de données manquantes. Grossesse. Mises en garde et précautions : Double blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) : En raison du risque d'angio-œdème, Uperio ne doit pas être administré de façon concomitante avec un inhibiteur de l'ECA. En raison de son activité antagoniste du récepteur de l'angiotensine II, Uperio ne doit pas être administré avec un ARA. L'utilisation concomitante d'Uperio avec des inhibiteurs directs de la rénine tels que l'alsikrène n'est pas recommandée. Hypotension artérielle : Des cas d'hypotension symptomatique ont été rapportés chez des patients traités par Uperio dans le cadre des études cliniques; en particulier chez les patients d'âge  $\geq$  65 ans, ceux atteints d'une maladie rénale et ceux avec une SBP basse (<112 mmHg). Insuffisance rénale : Comme tous les principes actifs agissant sur le système rénine-angiotensine-aldostérone, Uperio peut être associé à une dégradation de la fonction rénale. Hyperkaliémie : Comme tous les principes actifs agissant sur le système rénine-angiotensine-aldostérone, Uperio peut être associé à un risque accru d'hyperkaliémie. Angio-œdèmes : Des angio-œdèmes ont été signalés chez des patients traités par Uperio. En cas d'angio-œdème, il faut arrêter immédiatement Uperio et mettre en place un traitement et une surveillance appropriés. Patients avec une sténose de l'artère rénale : Uperio peut augmenter l'hématocrite et la créatinine sérique chez les patients présentant une sténose bilatérale ou unilatérale de l'artère rénale. Biomarqueurs : Chez les patients traités par Uperio, le peptide natriurétique de type B (BNP) n'est pas un biomarqueur approprié pour l'insuffisance cardiaque. Interactions : Interactions prévisibles entraînant une contre-indication : Inhibiteurs de l'ECA, Alsikrène. Interactions prévisibles en raison desquelles l'utilisation concomitante est déconseillée : En raison de son activité antagoniste du récepteur de l'angiotensine II, Uperio ne doit pas être pris avec un ARA. Interactions observées à prendre en compte : Statines, Sildénafil. Interactions prévisibles à prendre en compte : Potassium, Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), Lithium, Transporteurs. Pas d'interactions significatives : Aucune interaction médicamenteuse cliniquement significative n'a été observée lors de l'administration concomitante d'Uperio et de furosémide, digoxine, warfarine, hydrochlorothiazide, amlodipine, metformine, oméprazole, carvedilol, nitroglycérine intraveineuse ou lévonorgestrel/éthinyloestradiol en combinaison. Aucune interaction avec l'aténolol, l'indométhacine, le glyburide ou la cimétidine n'est attendue. Interactions liées au CYP-450 : Uperio n'a ni un effet inducteur, ni un effet inhibiteur sur les enzymes CYP-450. Grossesse/Allaitement : Femmes en âge de procréer : Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception pendant le traitement par Uperio et jusqu'à une semaine après la dernière dose. Grossesse : Comme d'autres principes actifs ayant un effet direct sur le SRAA, Uperio ne doit pas être utilisé pendant la grossesse. En cas de grossesse survenant pendant le traitement, il faut arrêter Uperio dès que possible. Allaitement : On ignore si Uperio passe dans le lait maternel. En raison du risque potentiel d'effets indésirables chez les nouveau-nés/nourissons allaités, l'utilisation d'Uperio est déconseillée pendant l'allaitement. Fertilité : Aucune donnée n'est disponible concernant l'effet d'Uperio sur la fertilité humaine. Dans des études chez des rats mâles et femelles, aucune altération de la fertilité n'a été observée. Effet sur l'aptitude à la conduite et l'utilisation de machines : Aucune étude n'a été réalisée à ce sujet. Il convient d'être prudent en cas de conduite de véhicules ou d'utilisation de machines, des vertiges ou de la fatigue peuvent se présenter suite à la prise de la préparation. Effets indésirables : Affections hématoLOGIQUES et du système lymphatique : Fréquent : anémie. Troubles du métabolisme et de la nutrition : Très fréquent : Hyperkaliémie, Fréquent : Hypokaliémie, hypoglycémie. Affections du système nerveux : Fréquent : Vertiges, céphalées. Peu fréquent : Vertige orthostatique. Affections de l'oreille et du labyrinthe : Fréquent : Vertige. Affections vasculaires : Très fréquent : Hypotension. Fréquent : Syncope, hypotension orthostatique. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : Fréquent : Toux. Affections gastro-intestinales : Fréquent : Diarrhée, nausées. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Peu fréquent : Angio-œdèmes, prurit, éruption cutanée. Affections du rein et des voies urinaires : Très fréquent : Altération de la fonction rénale. Fréquent : Insuffisance rénale (insuffisance rénale aiguë). Affections du système immunitaire : Peu fréquent : Hypersensibilité (y compris anaphylaxie). Troubles généraux et anomalies au site d'administration : Fréquent : Fatigue, asthénie. Fonction cognitive : L'effet potentiel d'Uperio sur la fonction cognitive et le dépôt de bêta-amyloïde dans le cerveau est actuellement évalué dans des études chez des patients insuffisants cardiaques. Surdosage : L'administration unique de 1200 mg et l'administration répétée de 900 mg (14 jours) d'Uperio ont été étudiées chez des volontaires sains. Ces administrations ont été bien tolérées. En raison de l'effet antihypertenseur d'Uperio, l'hypotension est le symptôme le plus probable d'un surdosage. Il convient d'instaurer un traitement symptomatique. Classe thérapeutique : Code ATC : C09D04. Mécanisme d'action : Uperio contient un complexe sodique composé de sacubitril et de valsartan. LBQ657 est le métabolite actif de sacubitril; il inhibe la néprilysine (endopeptidase neutre, NEP). Le valsartan bloque le récepteur de l'angiotensine II type 1 (AT1). La combinaison de ces deux inhibiteurs est appelée inhibiteur du récepteur de l'angiotensine et de la néprilysine (ARNI - angiotensin receptor-neprilysin inhibitor). Remarques particulières : Remarques concernant le stockage : Conserver dans l'emballage original, à l'abri de l'humidité et pas au-dessus de 30 °C. Conserver les médicaments hors de la portée des enfants. Présentation : Uperio 50 mg, 100 mg et 200 mg; emballages de 28 comprimés pelliculés. Numéro d'autorisation : 65673 (Swissmedic). Conditions de prescription et de délivrance : Liste I. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché : Novartis Pharma Services AG Lichtstrasse 35, CH-4056 Bâle - Suisse. Date de révision : Avril 2018.

FWA/TP-UPERIO/2023\_05



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



## RÉSUMÉ DE CONFÉRENCE

## Approche holistique pour une meilleure adhérence du patient

L'adhérence thérapeutique est un enjeu majeur pour l'efficacité des traitements, notamment dans des pathologies asymptomatiques comme l'hypertension. L'approche holistique vise à comprendre les multiples facteurs influençant cette adhérence : l'état d'esprit du patient, son niveau de compréhension, ses croyances culturelles, et les influences externes.

L'optimisation de l'adhésion repose sur des stratégies clés, telles que les associations fixes pour réduire le nombre de comprimés et l'implication du patient via l'auto-mesure tensionnelle. L'entretien motivationnel joue également un rôle central en instaurant un climat de confiance, où le soignant adopte la perspective du patient pour mieux répondre à ses besoins et croyances.

Le processus d'annonce est une étape cruciale pour favoriser l'acceptation de la maladie et encourager l'observance thérapeutique. Une bonne communication, centrée sur les impacts de la maladie et du traitement sur la vie quotidienne, permet d'identifier les freins et les solutions adaptés.

En conclusion, l'adhérence thérapeutique nécessite une approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire, impliquant le patient, les aidants et les professionnels de santé. Une communication empathique et une prise en charge personnalisée restent les piliers d'une meilleure adhérence pour des soins centrés sur le patient.

**Ngoné Diaba GAYE**

## L'échocardiographie dans les états de choc

L'évaluation des états de choc par échocardiographie est essentielle pour une prise en charge rapide et efficace des patients critiques. L'échocardiographie permet d'identifier la cause sous-jacente du choc, qu'il soit cardiogénique, hypovolémique, obstructif ou distributif, en fournissant des informations dynamiques et en temps réel sur la fonction cardiaque.

Des protocoles standardisés, tels que le « FEEL » et le « FATE » ou les recommandations EACVI/ACCA, facilitent l'application de l'échocardiographie dans les scénarios d'urgence. Par exemple, la visualisation en 2D peut révéler des signes comme les parois ventriculaires en « baiser » (collapse systolique), un marqueur clé du choc hypovolémique. La courbe de Franck-Starling et les courbes de Guyton aident également à interpréter l'équilibre entre la précharge et la fonction ventriculaire.

Il est fortement recommandé que les cardiologues suivent une formation complémentaire pour affiner leurs compétences en échocardiographie dans ces contextes critiques. Une évaluation dynamique et répétée est cruciale, avec une interprétation des résultats intégrée dans le tableau clinique global.

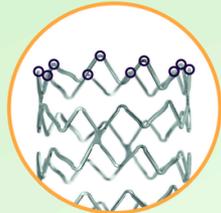
En conclusion, l'échocardiographie constitue un outil central pour la gestion des états de choc, sauvant des vies grâce à son accessibilité et sa capacité à fournir des diagnostics rapides et précis au chevet du patient.

**Ngoné Diaba GAYE**

# Ultimaster Nagomi™

Stent coronaire à libération de sirolimus

## READY FOR ACTION.\*



Capacité de surexpansion optimisée,  
jusqu'à 6,25 mm<sup>3</sup>

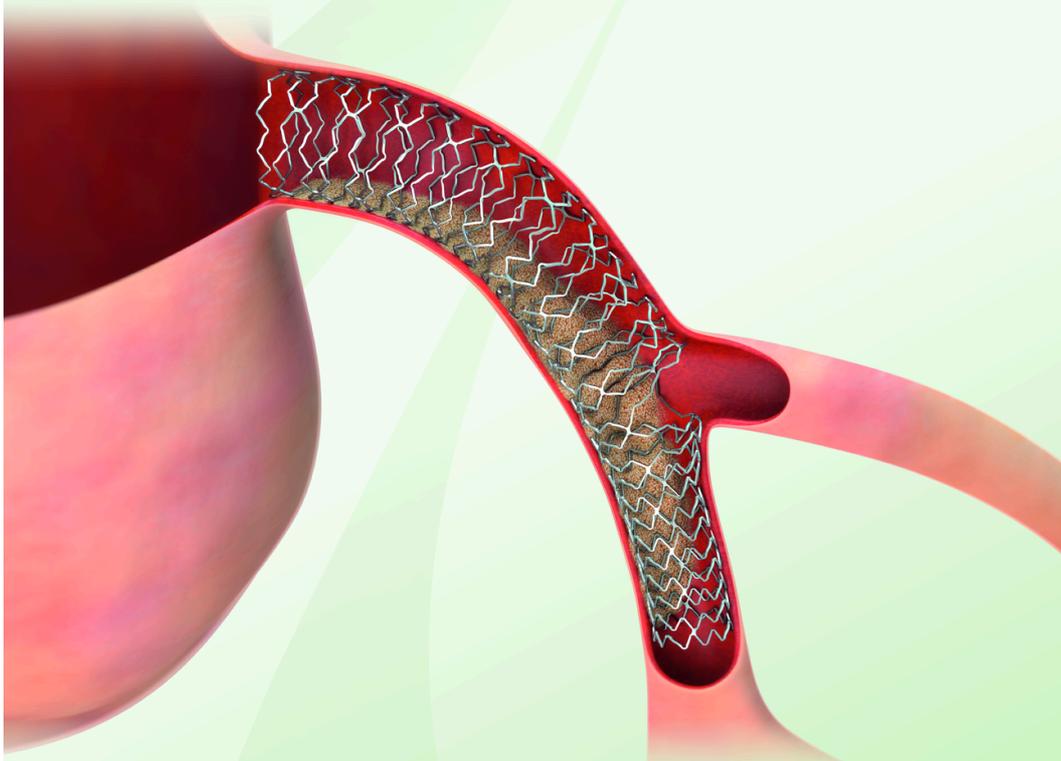
**NOUVEAU**

**Conçu avec 10 couronnes\*\*** pour favoriser l'expansion dans les gros vaisseaux<sup>1,2,3</sup>



**NOUVEAU**

**Ballon avec une pression nominale de 11 atm** pour une meilleure apposition<sup>4,5</sup>



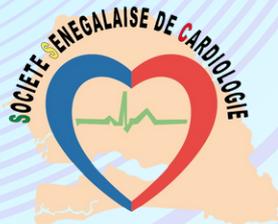
[www.terumo-europe.com](http://www.terumo-europe.com)

\* PRÊT À L'ACTION

\*\* pour les stents allant de 3.5 à 4.5 mm de diamètre

1. Documentation technique, PS-0084
2. Norme de produits, PS-1 084
3. Mode d'emploi d'Ultimaster Nagomi™
4. Rapport d'essai interne, LMF-000041-RAFR-001-1070
5. Rapport d'essai interne, LMF-000041-RAFR-001-1159

Le système de stent coronaire à libération de sirolimus Ultimaster Nagomi™ est un système de stent coronaire à libération de sirolimus à échange rapide, composé d'un stent en chrome-cobalt [CoCr] L505 intracoronaire et à ballonnet expansible avec un revêtement abulminal à libération de médicament, constitué d'un mélange de sirolimus et de poly(D,L-lactide-co-caprolactone), pré-monté sur un cathéter de dilatation semi-compliant à haute pression. Dispositif médical de classe III (CE 0482) fabriqué par Terumo Europe NV, Belgique. Ultimaster Nagomi™ est exclusivement réservé aux professionnels de santé. Fait l'objet d'une prise en charge au titre III de la liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale sous les codes:  
Ultimaster Nagomi™ Ø 2,25mm, code LPP: 3136154; Ultimaster Nagomi™ Ø 2,50mm, code LPP: 3124599; Ultimaster Nagomi™ Ø 2,75mm, code LPP: 3180250; Ultimaster Nagomi™ Ø 3,00mm, code LPP: 3191160.  
Ultimaster Nagomi™ Ø 3,50mm, code LPP: 3109230; Ultimaster Nagomi™ Ø 4,00mm, code LPP: 3145378; Ultimaster Nagomi™ Ø 4,50mm, code LPP: 3175209.  
La prise en charge est assurée dans le cadre de: Situation générale: insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion(s) de novo d'une artère coronaire native > 2,25 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA). Situations particulières: après discussion médico-chirurgicale (ou minimum un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardiaque et, au mieux, le cardiologue référent et un anesthésiste) des alternatives de revascularisation: Lésions pluri-focales de novo d'artères coronaires natives > 2,25 mm de diamètre lorsque la revascularisation complète par angioplastie est possible; score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (évalué selon les co-morbidités associées); Sténose du tronc commun non protégée dans certains cas où l'angioplastie pour à être envisagée notamment si score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (en fonction des co-morbidités associées); Occlusion coronaire totale de plus de 72 heures; Réponse intraitable clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un 1er stent implanté au niveau du site lésionnel.  
Ultimaster Nagomi™ n'est pas commercialisé dans tous les pays. Pour obtenir de plus amples informations, veuillez contacter votre représentant commercial Terumo local.  
Lire attentivement la notice avant toute utilisation.  
Date de révision: Août 2013



# 6<sup>ème</sup> ÉDITION CARDIOTECH SÉNÉGAL



## COMMUNICATIONS AFFICHÉES



## PI : APPORT DE L'ANGIOSCANNER THORACIQUE DANS LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DES ANOMALIES CONGÉNITALES DE L'ARCHE DE L'AORTE A PROPOS DE 36 CAS AU CHU DE FANN

**Auteurs** : Ndeye Rokhaya DIOP, MO. KAYA, IH. IBOUROI, K. GUEYE, A. DIAGNE, PM. SYLLA, E. TINE, MMCBO. TINE, IB. DIOP

**CHUN de Fann, Service de Cardiologie, Dakar-Sénégal**

**Introduction** : Les anomalies de l'arche de l'aorte (ACA) sont un groupe hétérogène de malformations relativement rares avec une symptomatologie non spécifique. Des progrès significatifs ont été fait dans l'imagerie non invasive permettant un diagnostic précoce, une planification du traitement et une surveillance à long terme.

C'est dans ce sens que nous avons étudié l'apport de l'angioscanner thoracique dans les ACA dans notre centre.

**Matériels et méthodes** : Il s'agissait d'une étude ambispective descriptive et analytique sur 6ans au CHU de Fann. Tous les patients avec une ACA ayant bénéficié d'un angioscanner thoracique ont été inclus. Les paramètres étudiés étaient cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats** : Nous avons colligé 36 patients et 47 ACA. La coarctation (CoA) était la plus fréquente 72% suivie par l'hypoplasie de l'arche 17% ensuite l'interruption de l'arche (IAA) et le double arc chacun 11%, diverticule de Kommerell 6%, l'artère lusoria 3%, kinking aortique 3% et de l'arc droit + ASCG aberrant 3%. L'âge moyen était de 7,09ans ( 4jours et 47 ans) avec une majorité de nourrissons 50% et une prédominance masculine sex-ratio à 2. Le scanner était très sensible 100% et très spécifique 100% pour toutes les ACA sauf l'ASCG aberrant. L'ETT était aussi performante dans le diagnostic des CoA, IAA, avec sensibilités et spécificités à 100% mais l'était moins dans les anomalies des arcs aortiques avec des sensibilités faibles voire nulles sauf pour l'arc aortique droit. L'angioTDM était moins sensible que l'ETT dans la détection des anomalies intracardiaques et PCA. Concernant les mesures de l'aorte, il n'y avait pas de différence entre les 2 pour les diamètres de la zone de sténose, du segment en amont et de l'aorte transverse avec un p respectivement à 0,88; 0,136 et 0,07 sauf pour le segment en aval avec un p value à 0,038. Entre le scanner et le cathétérisme, il n'y avait pas de différence entre les deux mesures avec un p à 0,604 pour les diamètres et 0,953 pour les z-scores. Une intervention chirurgicale et/ou percutanée a été réalisée chez 31 patients soit 86%. Nous avons noté 9 décès domines par les CoA + hypoplasie et les IAA. La durée moyenne de suivi était de 24,27 mois, l'HTA était présente chez 10 patients et la reCoA chez 4 patients avec un délai moyen de reCoA de 11mois.

**Conclusion** : Cette étude a montré que l'angioscanner était un examen simple rapide et fiable offrant une imagerie précise pour le diagnostic des ACA, le bilan préopératoire et le suivi.

**Mots clés** : Anomalies congénitales de l'arche, Angioscanner, Diagnostic, Traitement



## P2 : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PERICARDITES AU SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL DE LA PAIX DE ZIGUINCHOR

**Auteurs** : Simon JOEL MANGA, QI. TE, SM. BEYE, JS. MINGOU, M. DIOUM, SA. SARR, FA. LEYE, A. NDAIDE, A. AFFANGLA, M. BODIAN, M. LEYE, MB. NDIAYE, AD. KANE, A. MBAYE, M. DIAO, A. KANE.

**Dr Manga Simon Joël, Service de Cardiologie, Hôpital de la Paix, Université Assane Seck, Ziguinchor, Sénégal**

**Introduction** : Pathologie fréquente en Afrique avec une prévalence estimée entre 5 et 7 % des maladies cardiovasculaires, la péricardite reste le parent pauvre de la cardiologie. L'objectif de ce travail était décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des péricardites au service de médecine de l'hôpital de la Paix de Liguinchor.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale et descriptive qui s'est déroulée du 30 Janvier 2016 au 30 décembre 2023 soit une période de 7 ans au service de médecine de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor.

Nous avons inclus dans l'étude les patients âgés de 16 ans et plus présentant une péricardite confirmée à l'échographie cardiaque. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.

**Résultats** : 39 dossiers ont été dans l'étude soit une prévalence hospitalière de 3%. On notait une prédominance du genre féminin avec un sex-ratio de 0.6. L'âge moyen était de 42,7 \$ 15 ans avec des extrêmes de 17 et 79 ans. Une de notion de contagé tuberculeux était retrouvée chez 2 patients soit 5,12%. La dyspnée était le symptôme le plus fréquent, retrouvée dans 76,9%, suivie de la Toux (64,1%) et de la douleur thoracique (59%). A l'examen physique Les signes cardiaques étaient dominées par l'assourdissement des bruits du cœur et la tachycardie auscultatoire soit 61,5% chacun. La tachycardie sinusale (61,53%) et le bas voltage périphérique (38,46%) étaient les principales anomalies à L'ECG. A l'échographie cardiaque, l'épanchement péricardique était le plus souvent d'abondance moyenne (41%). La tuberculose était l'étiologie la plus retrouvée dans 46,2% des cas et le traitement antituberculeux était le plus prescrit. Le taux de mortalité était de 23%.

**Conclusion** : la péricardite est une affection fréquente dont l'étiologie est dominée par le tuberculose dans nos régions.

Ses complications peuvent engager le pronostic vital.

**Mots clés** : Péricardite, Hôpital de la Paix, Ziguinchor.



## P3 : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DE LA DYSPLASIE ARYTHMOGENE DE VENTRICULE DROIT : ETUDE MULTICENTRIQUE A PROPOS DE 10 CAS COLLIGES A DAKAR

**Auteurs** : K. DIOUF, SA. SARR, MT. DIOUF, MALICK. NDIAYE, K. DIA, JS. MINGOU, F. AW, M. BODIAN, MB. NDIAYE, AD. KANE, M. DIAO, A. KANE.

**Service de Cardiologie CHU Aristide Le Dantec, Service d'Anatomo-pathologie Hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar, Service de Cardiologie Hôpital Principal de Dakar, Service de Cardiologie CHN de Saint Louis**

**Introduction** : La dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) est une cardiomyopathie héréditaire qui affecte principalement le ventricule droit et prédispose à des arythmies ventriculaires graves et à la mort subite. En Afrique et particulièrement au Sénégal on sait peu de chose sur les caractéristiques des patients atteints de DAVD.

**Objectifs** : L'objectif était d'étudier le profil clinique, paraclinique et pronostique des patients présentant une dysplasie arythmogène du ventricule droit.

**Méthode** : Nous avons mené une étude observationnelle, transversale et descriptive sur une période de 04 mois (1er Juin - 30 Septembre 2024). Les patients ont été recrutés dans 4 structures : le Centre Hospitalier National Dalal Jamm, l'Hôpital Principal de Dakar, le Centre des Œuvres Universitaires de Dakar, le Centre Hospitalier National de Saint-Louis. Nous avons inclus tous les patients avec un diagnostic certain de DAVD et ayant accepté de participer à l'étude. Les paramètres recueillis étaient : anamnestiques ( états civil, les antécédents personnels et familiaux) ; clinique (symptômes, examen physique) ; paraclinique (ECG, échocardiographie transthoracique, IRM cardiaque) et le pronostic a été évalué selon les recommandations de l'ESC 2015.

**Résultats** : Au total, dix patients ont été colligés. Il y avait une prédominance masculine (7 cas /10) avec une moyenne d'âge de  $41,3 \pm 17,13$ . Les palpitations constituaient la symptomatologie la plus fréquente (10 cas/10). Tous les patients avaient présenté un trouble du rythme documenté avec notamment un cas d'orage rythmique et 3 cas de collapsus rythmique. L'ECG inscrivait des troubles de la repolarisation à type d'ondes T négatives (9 cas/10). Les anomalies échocardiographiques étaient dominées par la dilatation du ventricule droit (9 cas sur 10) et des troubles de la cinétique du ventricule droit (6 cas /10). Deux patients avaient une dysfonction systolique bi-ventriculaire. L'étude des facteurs pronostiques montrait que l'instabilité ventriculaire était le facteur le plus fréquemment noté (10 sur 10). En appliquant le score pronostique, 5 patients étaient classés en risque élevé de mort subite chez qui le DAI était indiqué. Tous les patients étaient sous antiarythmique et 6 avaient une bonne observance thérapeutique.

**Conclusion** : La DAVD est une maladie évolutive avec des complications potentiellement mortelles, qui constituent un défi de diagnostic clinique compte tenu des différentes manifestations cliniques.

**Mots clés** : DAVD – palpitations – arythmie – mort subite – DAI



## P4 : ANGIOPLASTIE DU TRONC COMMUN GAUCHE NON PROTÉGÉ : EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL IDRISSE POUYE DE DAKAR.

**Auteurs** : Papa Guirane NDIAYE ; M. GAZAL ; I.B MBENGUE, C.M.B.M DIOP, A. ABADASSI, M. HARIS, B. DIACK, A. MBAYE.

**Introduction** : L'angioplastie du tronc commun (TC) a été toujours été un sujet de controverse. Plusieurs théories et études ont été développées mais toujours en faveur de la revascularisation chirurgicale. Au Sénégal, c'est une technique en plein essor avec l'explosion du nombre de patients atteints de maladie coronaire avec de plus en plus de lésions complexes telle celles du TC. L'objectif de cette étude était d'évaluer le traitement par angioplastie des atteintes du TC non protégé à l'hôpital Général Idrissa Pouye de Grand Yoff.

**Méthodologie** : Nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique incluant tous les patients ayant subi une angioplastie du TC non protégée sur une période de 31 mois allant du 1er janvier 2022 au 31 juillet 2024, afin d'évaluer les résultats de l'angioplastie et l'évolution des patients à court et moyen terme.

**Résultats** : Vingt patients étaient inclus dans cette étude avec un âge moyen de  $62,8 \pm 13,4$  ans et une prédominance masculine (sex-ratio à 1,37). La plupart des patients (90%) avait au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV). La sédentarité (80%), l'HTA (55%) et le diabète (45%) étaient les FDRCV les plus retrouvés. Les patients étaient surtout reçus en contexte de syndrome coronarien aigu (64%). Une dysfonction ventriculaire gauche était retrouvée chez 55% des patients. A la coronarographie, les atteintes étaient surtout tritronculaire (60%). Les lésions siégeaient surtout au niveau du TC distal (soit 85%). Il s'agissait surtout de lésions type B selon la classification ACC/AHA. La moyenne du score SYNTAX était de  $19 \pm 8,12$ . Les patients étaient repartis comme suit selon le score SYNTAX : 10 patients pour un score entre 0 et 22 ; 9 patients pour un score entre 22 et 32 ; 1 patient pour un score supérieur à 33. La moyenne de l'Euroscore était de  $2,36 \pm 1,91$  %. Tous les patients avaient fait l'objet d'une discussion médico-chirurgicale. Pour 4 patients, une revascularisation chirurgicale a été retenue puis convertie en angioplastie. L'angioplastie était réalisée surtout par voie radiale (80%). Le provisional-stenting était la technique de choix chez 85% des patients. Pour l'optimisation finale, sept patients avaient bénéficié d'un POT-final, un POT-Side-REPOT chez 5 patients, un Kissing final chez 3 patients et un Kissing final et un POT-final chez 2 patients. Le résultat final était excellent pour l'ensemble avec flux TIMI III. Nous avons relevés quelques complications à type de dissection du TC en per-angioplastie, un cas de collapsus cardiovasculaire, deux cas d'œdème aigu du poumon avec une bonne évolution sous traitement. Un cas de décès était relevé à J3 d'hospitalisation. A 6 mois d'évolution, 12 patients ont été évalués et aucun cas de décès, de récurrence ischémique ou de reprise de la coronarographie n'a été enregistré.

**Conclusion** : Ce travail nous montre que l'angioplastie du TC non protégé dans notre contexte est une alternative sûre et fiable avec un pronostic favorable des patients.

**Mots clés** : Cardiologie interventionnelle, Angioplastie, Tronc commun non protégé.



## P5 : ACUTE HEART FAILURE IN PREGNANCY: TAKO-TSUBO CASE AND LITERATURE REVIEW.

**Auteurs :** ELASSOUFI FATMA EZZAHRA , GAALOUL MAYSSA, AFLI SAMEH, BOUMAIZA OUSSAMA, BEN HALIMA NEJEH, ERNEZ SAMIA

**Introduction :** Managing acute heart failure in pregnancy, especially in the context of Tako-Tsubo syndrome (TTS), requires a multidisciplinary approach involving obstetricians, cardiologists, anesthesiologists, and other specialists. Tako-Tsubo syndrome, also known as stress-induced cardiomyopathy or broken heart syndrome, is characterized by transient left ventricular dysfunction typically triggered by emotional or physical stress.

**Case report :** We present a rare case of a young woman in early pregnancy who presented with dyspnea and chest pain. Upon arrival at the Emergency Department, she was closely monitored, and comprehensive blood work was performed. The patient rapidly deteriorated, necessitating transfer to the Intensive Care Unit due to acute circulatory and respiratory failure (unassisted systolic arterial pressure with peripheral hypoperfusion signs) requiring catecholamine support with norepinephrine, Dobutamine, and Levosimendan, as well as mechanical ventilation. Following intubation, arterial blood gas analysis revealed normal values, and the EKG exhibited no significant anomalies. Transthoracic echocardiography revealed a reduced left ventricular ejection fraction (LVEF) of 25%, with all apical segments demonstrating akinetic motion, suggestive of Takotsubo cardiomyopathy (TTC). Over subsequent days, the patient demonstrated improvement, and on the sixth day, she was successfully extubated and transitioned to spontaneous breathing. A cardiac magnetic resonance imaging examination was conducted, revealing mid-ventricular akinesis. Notably, there was no evidence of edema on T2-weighted sequences or pathological signal activity in late-enhancement sequences, thus ruling out myocardial infarction or inflammatory processes. Consequently, the diagnosis of Takotsubo syndrome was established. A follow-up echocardiogram performed seven days later demonstrated normal left ventricular function with no regional wall motion abnormalities.

**Discussion :** TTC during pregnancy is rare (0.02% to 2.2% incidence), with symptoms similar to non-pregnant individuals: chest pain, dyspnea, and EKG changes. Diagnosis via clinical presentation, cardiac imaging (e.g., echocardiography and MRI), and exclusion of alternative etiologies. Echocardiography often reveals characteristic regional wall motion abnormalities, resembling the shape of a takotsubo, and exclusion of other causes. Management entails a multidisciplinary approach involving obstetricians, cardiologists, and other specialists. Treatment primarily focuses on supportive measures to stabilize hemodynamics, alleviate symptoms, and mitigate complications. Vigilant monitoring of maternal and fetal status is imperative. In severe cases, mechanical circulatory support or pharmacological interventions like inotropic agents may be warranted. Prognosis is generally favorable, but complications like hemodynamic instability and thromboembolic events can impact outcomes. Long-term prognosis regarding recurrence and future pregnancies requires further study.

**Conclusion :** In conclusion, Takotsubo cardiomyopathy in pregnancy is a rare but important clinical entity that requires careful recognition, diagnosis, and management to ensure optimal maternal and fetal outcomes. Collaboration among healthcare providers and further research efforts are essential to improve our understanding and management of this condition.

**Key words :** Tako-tsubo, pregnancy, heart failure



## P6 : ASPECTS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES DES ATHLETES DE HAUT NIVEAU : A PROPOS DE 103 CAS AU SENEGAL.

**Auteurs** : Gbayanguelle Sergio Jefferson, SA SARR, C NIANG, M NDIAYE, JS MINGOU, M DIOUM, F AW, M BODIAN, MB NDIAYE M DIAO.

**Service de cardiologie du Centre des Œuvres Universitaires de Dakar (COUD), Sénégal.**

**Introduction** : la pratique sportive intense et prolongée induit des adaptations cardiovasculaires regroupées sous le terme de « cœur d'athlète ». Ces dernières entraînent de modifications électriques souvent importantes surtout chez le sujet de race noire. Ainsi l'objectif principal cette étude était d'étudier les aspects électrocardiographiques des athlètes de haut niveau de la ligue d'athlétisme de Dakar, au Sénégal.

**Méthodes** : nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique réalisée sur une période de 6 mois. Nous avons inclus 103 athlètes de haut niveau affiliés à la Fédération Dakaroise d'Athlétisme et ayant bénéficié au moins d'un électrocardiogramme. Les paramètres étudiés étaient socio-démographiques, cliniques, sportifs et électriques. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire pré établi et les ECG récupérés sous forme de fichiers électroniques.

**Résultats** : nous avons inclus 103 athlètes. L'âge moyen était de 25,13 +/- 5,49 ans. La prédominance était masculine avec un sex-ratio à 2,96. Un seul athlète avait rapporté une douleur thoracique et une dyspnée. La plupart des athlètes pratiquaient un sport de résistance à 37,86 % suivi du sport mixte à 32,03 %. La charge moyenne d'entraînement hebdomadaire était de 12 +/- 4 heures. Le rythme était sinusal chez 98 athlètes. La moyenne de la fréquence cardiaque était de 55,1 +/- 6,26 battements par minutes. Une arythmie respiratoire était présente chez 64 % des athlètes. La moyenne de l'axe du cœur était de 56,70 °. Nous avons noté 5 cas d'HAG et 3 cas d'HAD. Sept athlètes présentaient un BAV 1 et 1 cas de BAV 2 Mobitz 1 était également trouvé. Deux athlètes présentaient un BBDi. On notait également un cas de BBDC. On notait une HVG respectivement selon Sokolov Lyon (30 %), Murphy (9 %) et LENEGRE (4 %). On avait trouvé 3 cas de sus décalage et 3 cas de sous décalage. Le type D de PLAS était prédominante à 69,2 %. Le syndrome de repolarisation précoce était noté chez 51 athlètes. Le QTc moyen était de 388,93 ms. Selon les recommandations sur l'interprétation de l'ECG du sportif de 2017, les ECG étaient limites (borderline) et pathologiques respectivement dans 4,58 % et 8,25 % des cas.

**Conclusion** : Les modifications électrocardiographiques sont courantes chez les athlètes de haut niveau et varient en fonction de l'âge, du sexe et de la charge d'entraînement. Ces résultats soulignent l'importance de la réalisation et de l'interprétation approfondie de l'électrocardiogramme afin de différencier les adaptations normales des pathologies potentiellement graves.

**Mots clés** : Électrocardiogramme, athlète, athlétisme, Dakar (Sénégal).



## P7 : BILAN D'ACTIVITÉS DE L'UNITÉ DE READAPTATION CARDIAQUE DE L'HOPITAL GENERAL IDRISSE POUYE DE DAKAR

**Introduction** : La réadaptation cardiaque est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant «l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté». Au Sénégal, il existe 5 unités de réadaptation cardiaque depuis 2019. L'objectif de cette étude était de faire le bilan d'activités de l'unité de réadaptation de l'hôpital général Idrissa Pouye (HOGIP).

**Méthodes** : Nous avons effectué une étude transversale descriptive, ayant inclus tous les patients reçus à l'unité de réadaptation cardiaque ainsi que ceux hospitalisés et ayant bénéficiés de séances d'éducation thérapeutique sur l'insuffisance cardiaque et la coronaropathie. Les données ont été analysées à l'aide du Microsoft Excel version 16.66. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages et celles quantitatives en moyennes.

**Résultats** : cent dix-neuf patients ont été reçus à l'unité de réadaptation durant la période du 1<sup>er</sup> février 2021 au 30 juin 2024. L'âge moyen était de  $56,4 \pm 13,3$  ans. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,64. L'an 2023 était l'année avec plus d'admission au programme (39.5%). Le motif d'admission en réadaptation le plus fréquent était les syndromes coronariens aigus (63,9%) suivi d'insuffisance cardiaque (18.2%). Le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé était l'âge, suivi de l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, la sédentarité et le diabète. Les données de l'entretien motivationnel étaient présentes dans tous les dossiers. L'électrocardiogramme et l'échocardiographie sont réalisées chez tous les patients. L'épreuve d'effort initiale et finale sans mesure de pic de  $VO_2$  et le test de marche de 6 minutes en pré-réadaptation sont réalisés chez tous les patients. Les patients ayant complètement effectué leur séance de réentraînement étaient de 96,6%. Le nombre de séances de réentraînement physique prescrites étaient en moyenne de  $17,7 \pm 2,8$ . L'entraînement en endurance et le renforcement musculaire étaient proposés à tous les patients. La détermination de l'intensité de l'entraînement était multiparamétrique et basée sur la fréquence cardiaque d'entraînement calculée selon la formule de Karvonen. Le tapis de marche et le vélo sous forme d'entraînement en continu étaient utilisés chez tous les patients. La marche libre a été utilisée comme moyen de réentraînement initial chez 9 patients soit 7,6%. Aucune complication grave n'a été notée. Tous les patients ont bénéficié d'une éducation thérapeutique en présentiel et en ligne.

**Conclusion** : La réadaptation cardiaque est une entité thérapeutique essentielle dans les maladies cardiovasculaires. Cependant, elle reste confrontée à des difficultés tels que la capacité d'accueil limitée, le faible taux de référence, et le faible taux d'adhérence du fait des coûts.

**Mots clés** : réadaptation cardiaque, HOGIP, Dakar.

## P8 : DÉPISTAGE PRÉCOCE DE LA CARDIOTOXICITÉ DE LA CHIMIOTHÉRAPIE PAR L'ÉCHOCARDIOGRAPHIE ET LES BIOMARQUEURS MYOCARDIQUES

**Auteurs** : Youssef ben YOUSSEF, E. HAJRI, F. EZZAHRA, O. MAHDHAOUI, R. LAAJIMI, I. BOUHLEL, S. ERNEZ.

**Introduction** : Le cancer est une cause majeure de décès mondialement, avec une forte incidence du cancer du poumon et du sein aussi bien dans le monde qu'en Tunisie. Les traitements, notamment la chimiothérapie, ont amélioré le pronostic des patients, bien qu'ils entraînent souvent une cardiotoxicité. L'échocardiographie transthoracique ainsi que certains marqueurs biologiques jouent un rôle clé dans la détection précoce de cette toxicité.

**Objectif** : L'étude visait à dépister précocement une cardiotoxicité suivant la première cure de chimiothérapie en combinant des paramètres cliniques, échocardiographiques et biologiques chez les patients atteints de divers cancers.

**Méthode** : Nous avons mené une étude comparative descriptive réalisée au laboratoire d'échographie cardiaque du CHU Farhat Hached de Sousse, en collaboration avec le service de carcinologie, entre janvier et août 2019. Elle a porté sur 100 patients sans cardiopathie connue dans les antécédents, débutant leur première cure de chimiothérapie pour divers types de cancers, sans autres traitements anticancéreux associés. Les patients ont été évalués dans les 21 jours suivant leur première cure de chimiothérapie pour dépister une éventuelle cardiochimio-toxicité.

**Résultats** : L'étude a inclus 25 hommes et 75 femmes avec une prédominance féminine et un sexe ratio de 0,25. L'âge moyen de la population d'étude était  $45,9 \pm 7,9$  ans. Le cancer du sein est le type de cancer prédominant dans notre population (75%), suivi par le cancer du poumon (10%), les lymphomes (10%) et enfin les cancers digestifs (5%). Les anthracyclines (la doxorubicine, l'épirubicine) représentent les molécules de chimiothérapie les plus utilisées (72,3%) par la suite vient la fluorouracile (5-FU) (47%) et en dernier lieu les cyclophosphamides (15%). Dans les 21 jours suivant la première cure de chimiothérapie, 50% des patients ont rapporté l'apparition d'une dyspnée récente variant entre stade II et III de la NYHA principalement expliquée par la survenue d'un épanchement péricardique ainsi que la survenue de troubles supraventriculaires (20%). 13% de nos patients ont présenté une douleur thoracique. Sur le plan biologique, nous avons noté une élévation significative des troponines chez 9% des patients. De façon concomitante à l'élévation des troponines nous avons noté des modifications électriques à l'ECG chez 22,22% des patients qui ont présenté de façon concomitante des douleurs thoraciques. De plus, on a démontré une élévation des BNP chez 6% des patients dont le tiers était en rapport avec une baisse de la FEVG. Sur plan échographique, on a remarqué une baisse statistiquement significative des valeurs de l'FEVG ( $64,5 \pm 3,83\%$  vs  $61,85 \pm 3,95\%$  ;  $p < 0,001$ ), du SLG(VG) ( $-21,85 \pm 1,9\%$  vs  $-20,08 \pm 1,63\%$  ;  $p < 0,001$ ), de la TAPSE ( $22,9 \pm 3,02\text{mm}$  vs  $21 \pm 2,86\text{mm}$  ;  $p = 0,014$ ) et du SLG(VD) ( $-23,42 \pm 2,69\%$  vs  $-21,67 \pm 2,6\%$  ;  $p = 0,004$ ).

**Conclusion** : La cardiochimio-toxicité expose les patients porteurs de néoplasies à des complications cardiovasculaires majeures. La collaboration entre oncologues et cardiologues est nécessaire et souhaitée pour renforcer les mesures de prévention et de dépistage de ces effets indésirables. Plusieurs outils ont été proposés dans notre étude ainsi que dans les recommandations récentes, pour le suivi régulier de ces patients, notamment les marqueurs biologiques (Troponines et BNP) ainsi que l'échocardiographie trans-thoracique.

**Mots clés** : Cardiotoxicité, Chimiothérapie, Echographie, Biomarqueurs.



## P9 : EFFETS DU JEÛNE DU RAMADAN SUR LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES

**Auteurs :** Youssef ben YOUSSEF, F. EZZAHRA, O. MAHDHAOUI, R. LAAJIMI, I. BOUHLEL, S. ERNEZ.

**Introduction :** Le Ramadan est un mois sacré du calendrier islamique au cours duquel les musulmans du monde entier s'abstiennent de manger et de boire de l'aube au coucher du soleil, une pratique considérée comme un exercice spirituel et physique favorisant l'autodiscipline, l'empathie et la solidarité. Outre sa signification religieuse, le jeûne du ramadan a suscité un intérêt scientifique en raison de ses avantages potentiels pour la santé.

**Objectif :** L'étude visait à examiner l'impact du jeûne du Ramadan sur la pression artérielle ambulatoire chez les sujets hypertendus traités, le profil lipidique et le rapport international normalisé (INR) chez les patients soumis à un traitement à l'antivitamineK (AVK).

**Méthode :** Une étude transversale descriptive a été menée dans un seul centre, impliquant 50 patients porteurs de maladies cardiovasculaires suivis entre mars et mai 2022. Les profils de pression artérielle (39 patients hypertendus), les profils lipidiques (19 patients dyslipidémiques) et les valeurs moyennes de l'INR (16 patients traités par AVK) ont été comparés entre une semaine avant (période A) et après le Ramadan (période B).

**Résultats :** L'étude a inclus 28 hommes (60%) et 19 femmes (40%) avec un âge moyen de 64,74 ans. La plupart des patients géraient leur traitement de manière indépendante de leur médecin (76,6 %). Parmi les patients hypertendus (83%), 17,95 % des sujets ont suivi une monothérapie, 66,67 % une bithérapie et 15,38 % une trithérapie. Parmi ces patients hypertendus (39), 4 patients ont pris leurs médicaments anti-hypertenseurs pendant le dîner, 3 pendant Shour, 26 pendant le dîner et Shour, et 6 patients ont suivi un régime de trois fois par jour, prenant leurs médicaments pendant le dîner, minuit et Shour. La chronothérapie n'avait pas montré d'intérêt particulier à prendre des médicaments anti-hypertenseurs à un horaire précis.

Entre la période A et B, la pression artérielle moyenne diastolique avait baissé de façon statistiquement significative ( $p=0,007$ ) contrairement à la pression artérielle systolique moyenne ( $p=0,905$ ). Pour les patients porteurs de dyslipidémie ( $N=40,42\%$ ), on a constaté une baisse non significative des taux de cholestérol total, de LDLc ( $p=0,074$ ) et de triglycérides ( $p=0,098$ ) et une stabilisation du taux de HDLc ( $p=0,976$ ) entre les périodes A et B. Dans le groupe prenant des AVK (38%), Tous les patients avaient un INR déséquilibré pendant le Ramadan avec des résultats statistiquement significative ( $p=0,01$ ).

**Conclusion :** Le jeûne du ramadan a montré des effets positifs potentiels sur la valeur de la pression artérielle diastolique, des taux de cholestérol total, de TG et de LDLc. En outre, cette période particulière de l'année, donne lieu à un INR déséquilibré chez les sujets sous AVK incitant les praticiens à renforcer et multiplier les contrôles.

**Mots clés :** Ramadan, Hypertension Artérielle, Antivitamine k, Dyslipidémie.

## **PIO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, EVOLUTIFS ET THERAPEUTIQUES DE LA PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE DU SUJET AGE DE PLUS DE 75 ANS HOSPITALISE EN CARDIOLOGIE (ETUDE MULTICENTRIQUE RETROSPECTIVE A PROPOS DE 340 CAS)**

**Auteurs** : Christolyn MICHEL, S KANE, J.S MANGA, M DIOUM.

**Service de cardiologie ,Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Centre Hospitalier de Dalal Jam, Hôpital Principal de Dakar, Hôpital Général Idrissa Pouye de Grand Yoff,, Dakar, Sénégal**

**Introduction** : L'objectif principal de notre étude était de décrire les pathologies cardiovasculaires du sujet âgé de plus de 75 ans hospitalisé dans les principaux services de cardiologie de Dakar.

**Méthodologie** : Nous avons mené une étude multicentrique, rétrospective, descriptive et analytique effectuée dans les principaux services de cardiologie de Dakar du 1<sup>er</sup> Janvier 2022 au 31 décembre 2023 soit une période de 2ans. Etaient inclus les patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés en service de cardiologie et présentant une affection cardio-vasculaire confirmée par des données cliniques et paracliniques.

**Résultats** : L'âge moyen était de 81. 55\$ 3,45 ans avec des extrêmes de 76 ans et 97 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 76 et 80 ans. La population de sexe féminin était légèrement prédominante avec un sex-ratio de 0,99. L'accident vasculaire cérébral était le principal antécédent (7,94%). La plupart de nos patients avaient déjà une cardiopathie sous-jacente (26,47%) et l'HTA (66,76%) était le principal facteur de risque cardio-vasculaire.

La dyspnée (62,94%) était le principal symptôme à l'admission et la turgescence spontanée des veines jugulaires était le signe d'examen le plus fréquent soit dans 37,56% des cas. La majorité des patients dans notre population d'étude avait une dyslipidémie (97,9%). Les troubles primaires de la repolarisation (52%) étaient l'anomalie principale à l'ECG et La dilatation des cavités cardiaques (61,18%) était l'anomalie prédominante à l'écho Doppler cardiaque. Les plaques d'athérome (14,89%) prédominaient à l'échographie des TSA. Les atteintes tritronculaires (37,1%) prédominaient à la coronarographie. Les cardiopathies ischémiques (40,88%) étaient la pathologie cardiovasculaire la plus fréquente. La classe thérapeutique la plus utilisée dans notre population était les anticoagulants (69,41%). L'angioplastie (43,2%) était la procédure interventionnelle la plus réalisée chez nos patients suivie des pacemakers. Les pacemakers monochambres étaient réalisés dans 84,5% des cas.

Les complications en cours d'hospitalisation étaient dominées par l'insuffisance cardiaque(45,21%) et l'évolution était défavorable dans 20% des cas. La mortalité globale était de 10,3% avec un taux de décès prédominant chez les femmes soit 57,1% des cas. La cardiopathie ischémique et l'âge > à 85ans sont les principaux facteurs associés aux décès

**Conclusion** : Notre étude a confirmé que les personnes âgées sont plus exposées au développement des maladies cardio-vasculaires et a montré que l'âge joue un rôle clé dans l'altération des fonctions du système cardio-vasculaire. La prévalence des pathologies cardio-vasculaires augmente avec l'âge et L'HTA est le facteur de risque principal. La mortalité est élevée pour la prévalence au Sénégal des sujets âgés de plus de 75 ans. La prévention et à la prise en charge optimale des facteurs de risques cardio-vasculaires sont la solution aux MCV des sujets plus de 75 ans.

**Mots clés** : Pathologies cardio-vasculaires, sujet âgé, Dakar, Sénégal

## P11 : MYXOME DE L'OREILLETTE GAUCHE

**Auteurs** : SM BEYE, JBM SY, AT DIOP, M SANTOS, AB SOW, H HACHEM, AD KANE

**Centre hospitalier régional de Saint-Louis du Sénégal, Service de cardiologie**

**Introduction** : Le myxome est la tumeur bénigne primitive cardiaque la plus fréquente. Elle est hautement emboligène et sa prédominance féminine a été prouvée. Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 74ans, reçue dans un tableau d'accident vasculaire cérébral récidivant dont cette étiologie a été retrouvée.

**Observation** : Il s'agit d'une patiente âgée de 74ans, hospitalisée en neurologie pour déficit moteur hémicorporel droit et troubles du langage, d'installation brutale. Elle est à très haut risque cardiovasculaire devant l'âge, l'hypertension artérielle mal suivie de puis 5ans, la ménopause, la sédentarité et l'antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) il y'a 2ans. A l'examen clinique on note une tension artérielle à 102/81mmHG, une fréquence cardiaque à 160bpm, une température à 36°C, une fréquence respiratoire à 22cycles par minute et une saturation en oxygène à 98% à l'air ambiant. Les muqueuses conjonctivales étaient colorées anictériques sans plis de déshydratation ni de dénutrition et sans œdèmes des membres inférieurs. La conscience était altérée avec un score de Glasgow à 10/15 (E3V1M6) sous réserve de l'aphasie de Broca. Elle présentait une hémiparésie droite avec force musculaire (FM)=0/5, une hémiparésie gauche FM=3/5 au MSG et FM=4/5 au MIG, le réflexe cutanéoplantaire présent (BABINSKI +), les réflexes ostéo-tendineux vifs aux 4 membres, une hypertonie spastique avec des sensibilités superficielle et profonde normales. Les bruits du cœur étaient perçus, irréguliers, rapides sans souffles ni bruit sur ajouté. L'examen respiratoire était normal. Le scanner cérébral a montré un AVC ischémique multiple dans les territoires de l'artère cérébelleuse postéro supérieure gauche, jonctionnels postérieurs bilatéraux et des séquelles d'AVC ischémique ancien dans le territoire de l'ACM droite. Le score de NIHSS avait été évalué à 15. Son électrocardiogramme inscrivait un Flutter atypique antihoraire à conduction variable avec une fréquence cardiaque à 170 cycles par minute. Son échographie cardiaque en mode bidimensionnel apicale 5 cavités, montre des cavités cardiaques de tailles normales avec une masse hyperéchogène hétérogène siégeant au niveau de l'oreillette gauche, rattachée à la paroi septale par un fin pédicule, très mobile, prolabant dans le ventricule gauche (VG) en diastole et créant ainsi un obstacle au remplissage du VG. Le diagnostic de récurrence d'AVC ischémique sur cardiopathie emboligène à type de myxome de l'oreillette gauche compliqué d'un flutter atrial a été retenu.

**Conclusion** : Le traitement chirurgical du myxome demeure le traitement de référence pour éviter les accidents vasculaires car c'est une pathologie hautement emboligène.

**Mots clés** : récurrence d'AVC ischémique, myxome, flutter, femme, Saint-Lou



## P12 : ÉTUDE COMPARATIVE DU CONTENU FRÉQUENTIEL DES POTENTIELS ANORMAUX À PARTIR DES SIGNAUX DE SURFACE ET DES ÉLECTROGRAMMES (EGM) ISSUS DES HUIT (8) PATIENTS ATTEINTS DE TACHYCARDIE VENTRICULAIRE

**Auteurs :** Hassan Adam MAHAMAT, Najib Abderahim MAHAMAT, Ibrahim Nassour AWARE, Zakaria Abdelmadjib ZAKARIA

**Centre hospitalier universitaire la renaissance (CHU-R), Université de N'Djamena, Faculté des sciences de la santé humaine, BP1117 campus Gordolé. CHU de la référence nationale, BP : 130 N'Djamena-Tchad. 4. Université Adam Barka d'Abéché.**

Le substrat arythmogène est une zone ischémique pouvant maintenir les arythmies. Cette zone anormale peut être à l'origine des réentrées favorisant les arythmies. La caractérisation des potentiels électriques anormaux a été largement étudiée dans la littérature [Tan, N. (2021)]. Des critères ont été développés pour déterminer si un électrogramme (EGM) est anormal ou non, en fonction du type de potentiel anormal. On distingue des EGM anormaux à faibles amplitudes, des EGMs fragmentés, des potentiels tardifs, qui sont regroupés sous le vocable de LAVA (local abnormal ventricular activities) par [Pierre Jais et al, 2012].

Cette caractérisation consiste à étudier le nombre de fragmentations, l'amplitude de voltage, la durée et le contenu fréquentiel des électrogrammes. Les rythmologues peuvent détecter ce substrat arythmogène en explorant le cœur avec des cathéters [M. Haisseguerre et al]. Trois types de signaux sont exploités dans cette étude :

- Des électrogrammes obtenues avec une cartographie épicaudique à l'aide d'un cathéter.
- Des électrocardiographies (ECG) de surface à 12 dérivations.
- Des électrocardiographies à haute résolution obtenues avec le système Biosemi.

Notre objectif est de comparer le contenu fréquentiel de ces trois signaux cités ci-haut, dans le but d'explorer la possibilité de détecter de manière non invasive les micro-potentiels anormaux à partir des signaux de surface avec les techniques avancées de traitement de signal,

telle que la transformée en ondelette. Les figures 1,2 et 3 montrent les différents signaux et la figure 4 montre les résultats préliminaires de la décomposition en ondelette d'un signal unipolaire.

**Mots clés :** Potentiel anormal, LAVA, étude fréquentielle et tachycardie ventriculaire.



## P13 : ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE CHEZ DES PATIENTS HYPERTENDUS AU NIGER

**Auteurs** : Abdouramane M. Akilou, Dodo B, Ousmane I, Abdoulaye O, Garba SM, Toure I  
**Service de médecine et de cardiologie, Centre hospitalier régional d'Agadez, Agadez/Niger.**

**Objectifs** : Évaluer le niveau d'observance du traitement anti-hypertenseur et ses facteurs prédictifs de mauvaise observance chez un groupe de patients hypertendus à Agadez au Niger.

**Méthodologie** : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale à recueil prospectif sur une période de cinq mois, allant de mars 2023 à juillet 2023 dans le service de médecine et de cardiologie du centre régional hospitalier d'Agadez au Niger. Les patients âgés de 18 ans et plus, suivis et traités pour une HTA depuis au moins six mois ont été inclus dans l'étude à l'exception de celles souffrant d'une HTA gravidique. Pour évaluer l'observance, nous avons utilisé le test mis au point et validé par GIRERD. Pour étudier les facteurs prédictifs de mauvaise observance, les patients ont été répartis en trois groupes : les mauvais observants (total des oui  $\geq 3$ ), les bons observants (total des oui égaux à 0) et les minimes problèmes observants (total des oui entre 1 à 2).

**Résultats** : Nous avons inclus 153 patients sur un total de 807 patients consultés pendant la période d'étude dont 78 femmes (51%) et 75 hommes (49%) soit un sex-ratio de 0,96. L'âge moyen était de 53,76 ans  $\pm$  13,17 ans avec des extrêmes de 29 à 95 ans. Les protocoles thérapeutiques utilisés étaient une monothérapie (27,5%), une bithérapie (54,9%), une trithérapie (12,4%), et une quadrithérapie (5,2%). L'observance était considérée bonne chez 31 patients (20,3%), et mauvaise chez 83 patients (54,25%). Dans 39 cas (25,5%), il y avait un minime problème d'observance. Seuls 16 patients (10,45%) étaient à l'objectif tensionnel et l'HTA non contrôlée était significativement liée à la mauvaise observance thérapeutique ( $p < 0,00$ ).

**Conclusion** : Cette étude a révélé le faible niveau d'observance thérapeutique des patients hypertendus suivis à Agadez au Niger. Il importe donc d'insérer dans l'arsenal thérapeutique des patients hypertendus, des programmes d'éducation thérapeutique.

**Mots clés** : Observance thérapeutique, HTA, Niger



## PI4 : HTA ET DIABETE : PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE CHEZ LES PATIENTS ADMIS A L'HOPITAL DE L'AMITIE SINO-GUINEENNE

**Auteurs** : Alpha KONE, M.B BAH, S. SAMOURA, K. DIEND, M.C DIALLO, A. MANSARE, S. DIAKITE, I. BARRY, I. SYLLA, N.L SOUMAH, EI. Y BALDE, M. BEAVOGUI, M.D BALDE

**Service de Cardiologie, Hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne, Kipé Conakry / Chaire de cardiologie-Pneumo/FSTS/UGNANC / Service de Diabétologie et Endocrinologie/ H N Donka.**

**Introduction** : Le couple diabète-hypertension artérielle (HTA) constitue aujourd'hui un sérieux problème de santé publique dans le monde.

**Objectifs** : Décrire la problématique de la prise en charge de l'association HTA et du diabète chez les patients admis à l'hôpital de l'amitié sino-guinéenne.

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif, d'une durée de 6 mois allant du 13 décembre 2023 au 13 juin 2024.

**Résultats** : La prévalence était de 2,60%. L'AVC 14,39%, l'IR 10,7% et l'IC 12,12%, étaient les principales complications observées. Le syndrome cardinal polyurie 15,9%, polydipsie 17,4%, palpitation 18,2% était le motif de consultation le plus fréquent.

Le retard des avis, la non réalisation de l'ionogramme complet étaient les principales difficultés de PEC qui augmentaient la durée d'hospitalisation à plus d'un mois, le taux de décès à 8,3% avant la création de l'unité d'endocrinologie-diabétologie

**Conclusion** : L'ampleur des difficultés montre combien de fois il est important d'approfondir les études sur ce couple sur le plan national. Et l'ouverture prochaine d'un service de Diabeto-Endocrinologie au sein de l'Hôpital de l'Amitié sino-Guinéenne est plus qu'une nécessité pour la prise en charge optimale des patients hypertendus et diabétiques.

**Mots clés** : HTA, Diabète, Problématique et HASIGUI.



## P15 : FACTEURS ASSOCIÉS AU MAUVAIS CONTRÔLE TENSIONNEL DES PATIENTS HYPERTENDUS SUIVIS EN MILIEU CARDIOLOGIQUE

**Auteurs** : Marguerite Téning DIOUF, Serigne Fallou DIOUF, Papa Adama FAE, Joseph Salvator MINGOU, Malick NDIAYE, Aimé Mbaye SY, Daouda TIMERA, Fatou AW, Momar DIOUM, Alassane MBAYE, Abdoul KANE

**Centre Hospitalier National Dalal Jamm, Dakar Sénégal. Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, DakarSénégal. Centre Hospitalier Universitaire Fann , Dakar Sénégal .Hopital Idrissa Pouye , Dakar Sénégal.**

**Introduction** : L'hypertension artérielle (HTA) représente un problème de santé publique majeur touchant 1,28 milliard de personnes dans le monde en 2019 ce qui en fait la première maladie chronique. Le contrôle de la pression artérielle demeure particulièrement difficile, notamment en Afrique subsaharienne. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs associés au mauvais contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus suivis au service de cardiologie du Centre Hospitalier National Dalal Jamm.

**Patients et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale monocentrique rétrospective descriptive et analytique menée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021, portant sur les hypertendus suivis depuis au moins 3 mois. Les paramètres étudiés étaient les données sociodémographiques, les facteurs de risque cardio vasculaire associés à l'HTA, les signes cliniques, l'observance thérapeutique les aspects thérapeutiques, le contrôle tensionnel et les facteurs associés au mauvais contrôle. Les données avaient été analysées grâce au logiciel RStudio 4.6.

**Résultats** : L'HTA représentait 26,6% (n=722) des motifs de consultations et 109 patients ont été inclus dans l'étude. Nous avons retrouvé une prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,48. L'âge moyen de la population était de 61,9 ans  $\pm$  12. La classe d'âge prédominante était celle de 60 - 80 ans représentant 67% (n=73) des patients. Les diabétiques représentaient 30% (n=33) tous de type 2, 40% (n=43) avaient une dyslipidémie, 58 femmes avaient atteint la ménopause. La sédentarité était retrouvée chez 76% des patients, 61% (n=67) avaient des antécédents familiaux d'HTA. De plus, 43,5% de la population étudiée cumulaient plus de 3 facteurs de risque en plus de l'HTA. Le suivi des patients était irrégulier dans 21,1%. La moyenne de la pression artérielle systolique était de 162,4  $\pm$  21 mm Hg et diastolique de 96,16  $\pm$  13,6 mm Hg. La fréquence cardiaque moyenne était de 77,84  $\pm$  18,01 battements par minute. Les signes de Dieulafoy étaient rapportés chez 58% des patients. Le régime hyposodé a été respecté par 77% des patients La bithérapie était le protocole le plus prescrit avec 42% (n=46). Parmi les complications, l'insuffisance cardiaque était la plus fréquente (49%), suivie des AVC (30%). Le test de Girerd avait été appliqué pour l'évaluation de l'observance thérapeutique, 30 % des patients étaient bons observants, 43,5 % avaient un problème minime d'observance et 26,5 % n'étaient pas du tout observants. Le taux de contrôle tensionnel était de 53,20 %. En analyse bivariée, la sédentarité (p <0,0001), l'irrégularité du suivi (p 0,0008), la mauvaise observance (p <0,0001), la phytothérapie (p 0,025), et le bas niveau socio-économique (p 0,007), ont été les facteurs associés au mauvais contrôle tensionnel. En analyse multivariée la mauvaise observance (p <0,0001) a été associée à l'absence de contrôle de la tension artérielle.

**Conclusion** : La prise en charge de l'HTA rencontre d'importantes difficultés, aboutissant à un contrôle inadéquat des chiffres tensionnels. La tension artérielle n'était pas contrôlée chez près de la moitié des patients. Le facteur de mauvais contrôle tensionnel identifié était l'inobservance thérapeutique. Il est impératif de rendre les soins plus accessibles et de promouvoir l'éducation thérapeutique.

**Mots clés** : Hypertension artérielle, observance thérapeutique, mauvais contrôle tensionnel, Dakar.

## P16 : ÉVALUATION ÉCHOGRAPHIQUE DE L'ADAPTATION CARDIAQUE AU COURS DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE

**Auteurs** : Youssef ben YOUSSEF, N.KEFI, F.EZZAHRA, O.MAHDHAOUI, S.FARHA, I.BOUHLEL S.ERNEZ

**Introduction** : La grossesse peut être compliquée par des troubles hypertensifs, comme la pré-éclampsie, qui augmentent les risques de morbi-mortalité maternelle et fœtale. La pré-éclampsie est un enjeu de santé publique, notamment dans les pays en développement. Le seul traitement est l'accouchement, mais l'urgence dépend aussi de la gravité des symptômes. Les nouvelles technologies, comme le "speckletracking" en échocardiographie, permettent une détection précoce des complications cardiaques chez les femmes atteintes et pourrait donc prédire sa survenue.

**Objectif** : L'étude visait à étudier l'adaptation du cœur des toxémiques par rapport à celui des femmes enceintes saines à travers les paramètres écho-cardiographiques classiques et montrer l'apport du speckle tracking (strain) qui représente un moyen très sensible d'évaluation de la fonction cardiaque longitudinale biventriculaire permettant ainsi de détecter l'atteinte cardiaque infraclinique.

**Méthode** : C'est une étude descriptive à but comparative basée sur la collecte des données cliniques, biologiques et écho-cardiographiques de 30 parturientes hospitalisées au service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Farhat Hached Sousse pour prise en charge de toxémie gravidique durant la période s'étendant de Janvier 2019 au Juillet 2019. Les données de ces patientes ont été comparées à celles d'un groupe témoin composé de 30 femmes enceintes saines.

**Résultats** : L'âge moyen de la population étudiée était de  $28.1 \pm 4.737$  (extrêmes : 20 à 40 ans) avec un terme moyen comparable entre les 2 groupes sans différence significative (34,6 SA VS 34,8 SA,  $p=0.38$ ). La pression artérielle était plus élevée chez les toxémiques (systolique : 162 mmHg vs 118 mmHg ; diastolique : 102 mmHg vs 72 mmHg ;  $p<0,001$ ). Le volume cardiaque et le débit cardiaque étaient également plus faibles chez les cas (56,8 ml/min vs 70,6 ml/min ;  $p=0,001$  et 4,56 L/min vs 5,16 L/min ;  $p=0,029$ , respectivement). Les dimensions cardiaques étaient inférieures chez les patientes toxémiques, avec un DTDVG de 47,53 mm (vs 51,13 mm chez les témoins ;  $p=0,028$ ), un VTSVG de 36,18 ml (vs 49,5 ml ;  $p=0,004$ ) et un VTDVG de 98,6 ml (vs 120,2 ml ;  $p=0,003$ ). Le diamètre de l'oreille gauche était plus élevé (37 mm vs 32 mm ;  $p<0,001$ ), de même que le rapport E/E' ( $p<0,001$ ), indiquant des pressions de remplissage plus élevées chez les patientes toxémiques. De plus leur fonction cardiaque était réduite, avec un 2D strain longitudinal global de  $-18,64 \pm 2\%$  (vs  $-17,73 \pm 3\%$  ;  $p=0,003$ ) ainsi que leur fonction ventriculaire droite  $-18,54\%$  (vs  $-20,1\%$  ;  $p<0,001$ ).

**Conclusion** : L'échographie cardiaque et plus précisément le speckletracking est un moyen fiable et précis pour détecter les modifications cardiaques infra cliniques liées à la grossesse d'une part et aussi celles liées à la toxémie d'autre part.

**Mots clés** : Échocardiographie – Grossesse – Pré-éclampsie – Speckle Tracking



## P17 : IMPACT OF SMOKING ON IN-HOSPITAL MORTALITY IN ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION (STEMI): SMOKER'S PARADOX

**Authors** : Ellassoufi Fatma Ezzahra, Maissa Gaaloul, Walid Jomaa, Chamtoury Ikram, Ben Hamda Khaldoun

**Cardiology B Department, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia**

**Introduction** : Smoking is a well-established major risk factor for cardiovascular disease, yet its prognostic impact in the acute phase of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) remains controversial. The aim of this study is to evaluate the prognostic impact of smoking on in-hospital mortality in patients with STEMI.

**Methods** : This retrospective registry included 1,820 patients admitted for STEMI between 1995 and 2019 at the Cardiology Department B in FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR. A uni-variate analysis was performed to determine the impact of smoking on in-hospital mortality in STEMI.

**Results** : The prevalence of smoking in the study population was 67.2%, representing the leading cardiovascular risk factor. The in-hospital mortality rate was significantly lower among smokers (7%) compared to non-smokers (12.6%), with a p-value <0.001. Among patients who received fibrinolytic therapy, treatment failure was noted in 17.8% of non-smokers and 12.6% of smokers, although this difference did not reach statistical significance (p=0.089). In this uni-variate analysis, smoking was identified as a protective factor for in-hospital mortality, with an odds ratio of 0.52 (95% CI: 0.38-0.73).

**Conclusion** : In this retrospective study, smoking paradoxically emerged as a protective factor against in-hospital mortality in patients with STEMI. These findings suggest a potential smoker's paradox in the acute phase of myocardial infarction, warranting further investigation to elucidate the underlying mechanisms and clarify the long-term implications.

**Key words** : smoking, ST-elevation myocardial infarction, Mortality

## P18 : IMPACT OF DIABETES IN-HOSPITAL AND LONG-TERM MORTALITY IN ST-SEGMENT ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME

**Authors** : Ellassoufi Fatma Ezzahra, Maissa Gaaloul, Walid Jomaa, Chamtouri Ikram, Ben Hamda Khaldoun

**Cardiology B Department, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia**

**Introduction** : Diabetes mellitus is a well-established risk factor for cardiovascular disease and is associated with adverse outcomes in patients with acute coronary syndromes. However, the impact of diabetes on both short-term and long-term mortality in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome (STEMI) remains an area of ongoing investigation. This study aims to evaluate the effect of diabetes on in-hospital and long-term mortality in STEMI patients.

**Methods** : This retrospective registry included 1,820 patients admitted for STEMI between 1995 and 2019 at the Cardiology Department B in Monastir. Patients were stratified based on the presence or absence of diabetes . The primary outcomes were in-hospital mortality and long-term mortality .

**Results** : The prevalence of diabetes in our population was 36.3%, The mean duration of diabetes in this study population was 9 years, with a range of 1 to 45 years. More than half of the diabetic patients (56%) were insulin-requiring. A total of 1819 patients were included in the study, of which 661 had diabetes and 1157 did not have diabetes. The in-hospital mortality rate was 12.4% in the diabetes group and 6.8 % in the non-diabetes group ( $p < 0.001$ ). In the univariate analysis, diabetes was associated with a significantly higher risk of in-hospital mortality (OR=1.93, 95% CI :1.93-2.67).

For long-term mortality, mortality rate was 22% in the diabetes group and 15.9% in the non-diabetes group. In the univariate analysis, diabetes was associated with a significantly higher risk of long-term mortality (OR=1.49, 95% CI :1.17-1.90).

**Conclusion** : In this study, diabetes mellitus was associated with a higher risk of both in-hospital and long-term mortality in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome. These findings underscore the importance of aggressive risk factor management and close monitoring of diabetic STEMI patients to improve clinical outcomes. Future studies are needed to investigate potential therapeutic strategies to mitigate the adverse impact of diabetes in this high-risk population.

**Key words** : Diabetes mellitus, STEMI, Mortality.



## P19 : HTA ET FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE ASSOCIES EN CONSULTATION DE CARDIOLOGIE A L'HOPITAL DE LA PAIX DE ZIGUINCHOR

**Auteurs** : Simon Joël MANGA, MD KEITA, QI Te, SM BEYE, JS MINGOU, M DIOUM, SA SARR, FA LEYE, A NGAIDE, A AFFANGLA, M BODIAN, M LEYE, MB NDIAYE, Ad KANE, A MBAYE, M DIAO, A KANE.

**Service de Cardiologie, Hôpital de la Paix, Université Assane Seck, Ziguinchor, Sénégal**

**Introduction** : L'HTA est le principal facteur de risque cardio-vasculaire et son association aux autres facteurs de risque augmente le risque d'événements cardio-vasculaires. L'objectif de cette étude était d'étudier la prévalence de l'HTA et des facteurs de risque cardio-vasculaires associés en consultation de cardiologie à l'Hôpital de La Paix de Ziguinchor

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude de cohorte transversale, descriptive et analytique du 09 Août au 08 Novembre 2021 au service de consultation de cardiologie de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor dans laquelle nous avons inclus les patients âgés d'au moins 18 ans suivis pour une HTA essentielle.

**Résultats** : Au total 83 patients étaient inclus dans l'étude. La prévalence de l'HTA était de 31,92%. Le sexe féminin était prédominant (61,45%) avec un sex-ratio de 0,63. L'âge moyen était de 60,38 ± 13,18 ans. La durée moyenne d'évolution de l'HTA était de 8,99 ans ± 9,38. La pression artérielle était équilibrée chez 40 patients soit 48,2%. Concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire associés à l'HTA, 12 patients soit 14,50% étaient diabétiques et 66,3% avaient une dyslipidémie. Le tabagisme était observé dans 9,6% des cas et était exclusif au sexe masculin avec une différence statistiquement significative ( $p=0,001$ ). Les patients étaient dans 54,2% sédentaires. La mesure de l'IMC a permis d'identifier 28,92% de patients en surpoids et 10% de patients obèses. La consommation d'alcool était observée dans 19,4% des cas. Le nombre de patients ayant affirmé être stressés représentait près de la moitié des cas soit 55%.

**Conclusion** : L'HTA est fréquente en consultation de cardiologie et son association à d'autres facteurs de risque majore le risque cardio-vasculaire.

L'évaluation complète des patients hypertendus permet d'optimiser la prise en charge.

**Mots clés** : HTA-Facteurs de risque cardiovasculaire-Hôpital de la Paix-Ziguinchor



## P20 : INDICATIONS ET RÉSULTATS DE L'HOLTER ECG DE 24 HEURES CHEZ LES PATIENTS SUIVIS POUR SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL : A PROPOS DE 23 CAS

**Auteurs :** MA SENE, O DIEYE, SA SARR, AM DIEYE, JS MINGOU, F AW, M BODIAN , MB, NDIAYE, M DIAO.

**Service de Cardiologie, service médical du COUD, Dakar. Plateau médical SAKINA, Dakar**

**Introduction :** Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil est responsable de nombreuses complications cardiovasculaires parmi lesquels les arythmies cardiaques qui occupent une place de choix. L'objectif de ce travail était d'étudier les indications et résultats de l'Holter ECG de 24 heures chez les patients suivis pour SAOS à Dakar.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique réalisée au cabinet médical privé SAKINA, sur une période de 7 mois (du 01 Janvier 2024 au 31 Juillet 2024). Était inclus tout patient âgé d'au moins 18 ans, suivi au cabinet SAKINA pour un syndrome d'apnée obstructive du sommeil confirmé à la polygraphie ventilatoire et ayant bénéficié d'un Holter ECG de 24 heures. La saisie des données a été réalisée avec le logiciel statistique KoboToolbox grâce à un formulaire pré-rempli. L'analyse des données a été faite avec le logiciel R Studio.

**Résultats :** La population d'étude comportait vingt-trois (23) patients. L'âge moyen était de 55,7 ans avec une prédominance féminine (sex-ratio de 0,64). Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient dominés par l'hypertension artérielle soit 82,4 % des cas. L'asthme et le syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures (SARVAS) étaient les principaux antécédents médicaux trouvés soit respectivement 35,3 % et 29,4%. A la polygraphie ventilatoire, nous avons objectivé 5 cas de SAOS léger, 11 cas de SAOS modéré et 7 cas de SAOS sévère. Sept (7) patients étaient sous traitement par ventilation à pression positive continue. Concernant le Holter ECG, les palpitations représentaient la principale indication (78,2%) suivies des vertiges et/ou lipothymies (21,8%). Nous avons objectivé des extrasystoles ventriculaires chez 14 patients et des extrasystoles supraventriculaires chez 16 patients soit respectivement 60,9 % et 69,9 % des cas. Des épisodes nocturnes de tachycardies ventriculaires soutenues et non soutenues étaient notés respectivement chez 4 (17,4%) et 2 (8,7%) patients et trois patients (13%) avaient présenté des épisodes nocturnes de fibrillation atriale. En analyse bivariée, la présence du ronflement était plus élevée chez les patients avec des troubles du rythme (p value=0,020).

**Conclusion :** Le Holter ECG est un outils diagnostique intéressant chez les patients atteints de syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Son usage devrait être facile dans cette affection en vue d'une évaluation plus exhaustive.

**Mots clés :** SAOS, Holter ECG, palpitations, tachycardie ventriculaire, fibrillation atriale



## P21 : INFARCTUS DU MYOCARDE A ARTERES CORONAIRES ANGIOGRAPHIQUEMENT SAINES (MINOCA) AU SENEGAL : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DIAGNOSTICS ET THERAPEUTIQUES A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.

**Auteurs :** Serigne Cheikh Tidiane NDAO, Mouhamed Racine SOW, Mame Madjiguène KA, Waly Niang MBOUP, Khadidiatou DIA1, Mouhamed Chérif MBOUP

**Service de Cardiologie, Hôpital Principal Dakar, Dakar, Sénégal. DES cardiologie, Université Cheikh Anta DIOP, Dakar, Sénégal.**

**Introduction :** L'infarctus du myocarde (IDM) constitue un problème de santé publique. Parmi ces IDM les infarctus de myocarde à artères coronaires angiographiquement saines (MINOCA) constituent un sous-groupe découvert assez récemment et dont les aspects, étiologique et thérapeutique font toujours l'objet de débats. Ce sujet est très peu étudié en Afrique en général et au Sénégal en particulier. Dans ce contexte, nous avons étudié les aspects : épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des MINOCA à l'Hôpital Principal de Dakar.

**Matériel et méthode :** C'est une étude rétrospective et descriptive allant du 1er juillet 2019 au 31 juillet 2022 au service de cardiologie de l'Hôpital Principal de Dakar, incluant tous les patients hospitalisés pour Syndrome Coronarien Aigu (SCA) et chez qui la coronarographie ne retrouvait aucune lésion significative. Le diagnostic de SCA était basé sur les caractéristiques cliniques, électrocardiographiques, échocardiographiques et biologiques. Le caractère non significatif des lésions était basé sur les critères angiographiques. Les données avaient été recueillies via une fiche d'enquête. L'analyse des données avait été faite via EXCELL, SPINHX et EPI INFO 7.

**Résultats :** 36 MINOCA ont été retrouvés soit 08%. L'âge moyen était de 56,06ans ( $\pm 15,42$ ans) avec des extrêmes de 27 et 87 ans. Le sexe masculin prédominait (61,1%) soit un sex-ratio de 1,571. 58,3% des patients avaient une activité professionnelle. Les FDRCV étaient dominés par l'âge (63,9%), le sexe (55,6%), la sédentarité (52,8%) et l'HTA (50%). La comorbidité la plus fréquente était l'asthme (11,2%) suivie par le syndrome grippal récent (08,4%). La symptomatologie initiale était dominée par la douleur thoracique (91,7%) qui était typique dans 41,7% des cas. La dyspnée (36,2%) et des palpitations (05,6%) y étaient parfois associés. L'examen était normal chez 36,11% des patients et l'état hémodynamique chez 80,6% était stable. A l'électrocardiographie les NSTEMI représentaient 61,1% des cas. La troponinémie moyenne était de 1,08 ng/mL soit 108N. A l'échocardiographie transthoracique, la FEVG était conservée chez 60% des patients et sa valeur moyenne était de 50,97% ( $\pm 17,27$ %). La coronarographie revenait le plus souvent normale (52,8%) et dans le reste des cas retrouvait des plaques d'athéromes (08,35%) et/ou une sténose non significative (13,89%). L'IRM cardiaque avait été réalisée chez 30,6% des patients, elle était normale (50%), en faveur d'une cause ischémique (20%), d'une cardiomyopathie hypertrophique (10%), d'une cardiomyopathie dilatée (10%) ou d'une myocardite aiguë (10%). Concernant l'évolution intra hospitalière, un seul cas de MACE a été retrouvé (choc cardiogénique). La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,86 jours. A la sortie, 91,7% des patients avaient été mis sous traitement à visée curative et la réadaptation cardiaque était recommandée chez 05,6% des patients. La stratégie thérapeutique avait été faite au cas par cas, 19,4% avaient bénéficié d'un traitement B.A.S.I.C.

**Conclusion :** Le MINOCA est rare. Les patients ne présentent pas de particularité sociodémographiques ou diagnostique. Il est de bon pronostic en période hospitalière. Il n'y a pas encore de consensus sur le traitement médicamenteux à proposer à ces patients. L'IRM cardiaque est le plus souvent normale chez ces patients mais souvent inaccessible.

**Mots clés :** IDM, MINOCA, Sénégal.



## P22 : INSUFFISANCE TRICUSPIDE : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUE, ÉCHOCARDIOGRAPHIQUE ET PRONOSTIQUE

**Auteurs** : Fatima Ezzahra el ASSOULFI, Y. ben YOUSSEF, O. MAHDHAOUI, I. CHAMTOURI, K. BEN HAMDA

**Introduction** : L'insuffisance tricuspide (IT) est une constatation échographique fréquente, souvent rencontrée lors d'examen cardiaques de routine. Cependant, son impact sur le pronostic des patients n'est pas encore bien établi, car elle reste généralement asymptomatique. Malgré sa prévalence, le lien entre l'insuffisance tricuspide et l'évolution clinique à long terme demeure incertain, nécessitant ainsi des études approfondies pour mieux comprendre ses conséquences.

**Objectif** : L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques cliniques et échocardiographiques des patients suivis dans notre service pour une IT significative. Nous visons également à évaluer le pronostic à long terme et analyser les résultats cliniques de la chirurgie de la valve tricuspide chez ces patients.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude transversale menée au service de cardiologie B, entre décembre 2018 et décembre 2021. Tous les patients qui ont présenté une IT significative, au moment de l'échographie cardiaque, qu'elle soit connue ou non ont été inclus.

**Résultats** : Cinq groupes étiologiques d'insuffisance tricuspide (IT) ont été identifiés, avec une prédominance d'IT secondaire (98,9 %). Parmi les 190 patients suivis ( $37 \pm 24$  mois), 40 % avaient des antécédents de chirurgie valvulaire gauche, 34,7 % avaient une dysfonction systolique du VG (FEVG < 40 %), 15,7 % souffraient d'hypertension pulmonaire, et 8,4 % présentaient une IT isolée. L'IT sévère concernait 65,8 % des patients, et 20 % sont décédés pendant le suivi. Bien que le traitement chirurgical soit recommandé dans les IT sévères, seulement 14,2 % ont été opérés. Le taux de mortalité postopératoire était de 7,4 %. Les thérapies percutanées apparaissent prometteuses pour les patients à haut risque opératoire.

**Conclusion** : L'évaluation échographique de la valve tricuspide est relativement difficile et la prise en charge des patients souffrant d'une pathologie de la valve tricuspide reste mal définie malgré son mauvais pronostic. D'où la nécessité d'une bonne étude de la valve tricuspide et de savoir intervenir au moment opportun.

**Mots clés** : IDM, MINOCA, Sénégal.



## P23 : LES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS A DAKAR : EVALUATION DES DONNEES DU REGISTRE STEMI.

**Auteurs :** Papa Guirane NDIAYE ; M. DIOUM ; M.D FALL ; C.M.B.M DIOP ; M GAZAL ; S.C.T NDAO ; J MINGOU ; C MBOUP ; MB NDIAYE ; B. DIACK ; M DIAO ; A. KANE.

**Introduction :** Le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage persistant du ST (SCA ST+) ou infarctus du myocarde reste un fléau mondial aux conséquences dramatiques tant sur le plan fonctionnel et pronostique. Au Sénégal, depuis 2014, d'énormes progrès ont été réalisés pour améliorer la prise en charge de cette maladie. Toutefois, certaines difficultés persistent. L'objectif général de cette étude était d'évaluer la prise en charge globale des patients souffrant de cette maladie.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une durée de 06 mois allant du 1er avril 2023 au 31 septembre 2023. Tous les patients admis dans les quatre grands services de cardiologie de Dakar pour SCA ST+ étaient inclus. Les paramètres démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été étudiés. Nous avons saisi les données avec le logiciel Kobotoolbox et analysé les résultats grâce au logiciel SPSS et le seuil de significativité était une valeur de  $p < 0,05$ .

**Résultats :** Nous avons inclus 157 patients, soit une prévalence hospitalière de 11,7%. Le sex-ratio était de 2,48. L'âge moyen des patients était de 58 ans. La proportion de patients reçus avant les 12 premières heures était de 79,6%. Le délai moyen entre le début de la douleur et le premier contact médical était de 10,57 heures. Le taux de réalisation de la coronarographie était de 66,5%. Elle était surtout anormale (96,3%). Les lésions sténosantes étaient majoritairement monotronculaires (51%). L'artère interventriculaire antérieure était responsable dans la plupart des cas (57,3%). Le taux de réalisation de l'angioplastie était de 38,2% dont 24,2% d'angioplasties primaires. La thrombolyse était réalisée chez 32,5 % des patients avec un taux de succès de 49%. Elle était surtout réalisée entre H2 et H6 de la douleur avec un taux de réussite de 64,7 %. L'évolution était surtout favorable. Le nombre total de décès était de 17, soit une mortalité hospitalière de 10,8 %. Les facteurs de mauvais pronostic identifiés étaient : le nombre de structures médicales consultées avant admission en cardiologie ( $p$  value = 0,04), la présence de troubles conductifs ( $p$  value = 0,006) et l'absence d'angioplastie ( $p$  value = 0,04).

**Conclusion :** Le SCA ST+ est devenu un problème de santé publique en Afrique avec les derniers développements connus. C'est une maladie à progression très rapide, aux conséquences très dramatiques, qui touche particulièrement les sujets jeunes, poumon de cette population. La lutte de ce phénomène pourrait passer par un contrôle efficace et une prévention des facteurs de risque cardiovasculaire.

**Mots clés :** Syndrome coronarien aigu ; Cardiologie interventionnelle ; Dakar.



## P24: L'APPORT DE L'IRM CARDIAQUE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE: ETUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE A PROPOS DE 39 CAS COLLIGES A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

**Auteurs :** Tacko NIANG, NIANE C, KA M.

**Établissement Hospitalier Militaire de Thiès, THIES, SENEGAL**

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque définie comme l'incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant dans les conditions de charge normale peut se présenter sous diverses formes anatomocliniques et être causée par de nombreuses étiologies.

C'est dans ce sens que l'IRM s'est imposée ces dernières années, comme une technique d'imagerie fiable en pathologie cardio-vasculaire.

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'apport de l'IRM dans l'insuffisance cardiaque.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude transversale et descriptive qui s'est déroulée du 01 Septembre 2021 au 31 Mars 2023. Nous avons colligé l'ensemble des patients insuffisants cardiaque ayant réalisés l'IRM au centre d'imagerie médicale de l'hôpital principal de Dakar.

**Résultats :** Nous avons colligés 39 patients. L'âge moyen de nos patients était de 55,614,7 ans. Nous avons observé une prédominance de la population masculine 64,1% avec un sex-ratio (H/F) à 1,78. La majorité de nos patients provenait de la capitale Dakar (69,4%) et 45,9% étaient pris en charge par les assurances maladies (IPM, IPRES...). L'HTA et la sédentarité représentaient les facteurs de risque cardiovasculaire les plus fréquents avec 56% chacun après l'âge avancé (83,7%). Les indications étaient représentées principalement par les évaluations de la fonction systolique du VG, de la viabilité et de la douleur thoracique avec troponine positive sans lésion angiographiquement significative respectivement à 30,8%, 20,5% et 17,9%. La FEVG moyenne était de 31,4#11,9 % dans notre d'étude. Le T mapping était effectué chez 10 patients. Sur le plan étiologique, on retrouvait la cardiomyopathie dilatée à 23,1% et la myocardite respectivement à 17,9% . Il s'en suit à proportion égale l'amylose cardiaque, la cardiopathie ischémique et la cardiopathie mixte.

Enfin l'analyse IRM nous a permis d'avoir une information diagnostic définitif dans 59% des cas et dans 25,6% des cas nous avons une valeur diagnostique additive mais pas définitive. On observait un changement dans le diagnostic de départ chez quatre patients soit 10,3%, des patients. Cela nous a permis d'adopter un changement total de la prise en charge initiale chez onze patients soit 28,2% un changement partiel dans la prise en charge initiale chez vingt-trois patients 53,8%.

**Conclusion :** L'IRM cardiaque constitue de nos jours un élément clé dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Cependant son cout élevé constitue encore un blocage.

**Mots clés :** Insuffisance cardiaque, IRM, intérêt.



## P25: AMBULATORY BLOOD PRESSURE MEASUREMENT (ABPM): INDICATIONS AND ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK

**Authors :** G. Mariem, M A Fatimetou, M I ELKharchy, S. Camara  
**National Heart Center, Nouakchott Country**

**Introduction :** Hypertension is a major public health problem and one of the main reasons for consultation in general medicine. It favors the occurrence of cardiovascular diseases with sometimes serious consequences for the patients and expensive for the society. Purposes: our study is to show the contribution of ambulatory blood pressure measurement in the evaluation of hypertension with the following objectives: To evaluate the blood pressure balance and the cardiovascular risk in hypertensive patients by Ambulatory blood pressure measurement

**Methods :** This is a descriptive, prospective recruitment, cross-sectional analytical study of hypertensive patients explored from the consultation, at the national cardiology center of Nouakchott, over a 4-month period from June 2021 until October 2021.

**Résultats :** A total of 92 patients were included with a mean age of  $55.67 \pm 11.6$  years with extremes of 22 to 78 years. A female predominance was noted 50 women (54.35%) and 42 men (45.6%) with a sex ratio of 1.1. Sedentary lifestyle was the main cardiovascular risk factor associated with hypertension found in our study (58.9%) followed by dyslipidemia (41.9%), smoking (34.8%), diabetes (31.4%). HTA was grade 2 in 43.4% of patients and grade 3 in 13.3%. White coat hypertension was found in 35% of MAPA performed. Adrenergic share was high in 28% of patients and the mean heart rate was  $82 \pm 10$  bpm with extremes (48-120). Pulsed blood pressure was greater than 65mmhg in 32%. The unbalanced patients according to ABPM represented 58%, 62% of whom were male and 53% were  $>55$  years old. Other factors associated with poor blood pressure control were: monotherapy ( $p=0.0023$ ), positive micro albuminuria ( $p=0.0073$ ). The level of cardiovascular risk was high in 66.7% of the patients associated with unbalanced hypertension with  $p=0.058$ .

**Conclusion :** This study allowed to identify the profile or the subgroup of patients at risk of poor blood pressure control, for whom a closer monitoring and a more vigilant management are necessary.

**Key words :** Arterial Hypertension - Ambulatory blood pressure measurement - Cardiovascular risk factors



## P26: INTÉRÊT DU STRAIN VD DANS L'ÉVALUATION DE LA FONCTION VENTRICULAIRE DROITE CHEZ LES PATIENTS BPCO

**Auteurs** : Fatima Ezzahra el assoufi ,Y. ben yousef, , O. Mahdhaoui ,I. Chamtouri, K. Ben hamda

**Introduction** : L'atteinte myocardique liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une cause fréquente de morbidité et de mortalité. Les paramètres de l'échocardiographie trans-thoracique conventionnelle (ETT) ne permettent pas de détecter les dysfonctionnements myocardiques infra-cliniques.

**Objectif** : L'étude visait à étudier la contribution du strain à la détection précoce (infra-clinique) des lésions cardiaques chez les patients atteints de BPCO stable.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude prospective descriptive ayant inclus 80 patients des groupes A et B atteints de BPCO suivis au service de cardiologie B à l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir durant la période allant de décembre 2023 au février 2024. Le test d'évaluation de la BPCO, la spirométrie, le test de marche de 6 minutes, ainsi que l'ETT conventionnel et le strain ont été réalisés chez ces patients.

**Résultats** : Quarante-deux patients atteints de BPCO, d'un âge moyen de  $65,6 \pm 8,9$  ans, ont été inclus. La fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) était de  $60,7 \pm 5,1$  % avec un strain longitudinal global du ventricule gauche (LV GLS) de  $-21,1 \pm 2,48$ . Le strain de l'oreillette droite (OD) et du ventricule droit (VD) était respectivement de  $24,5 \pm 6,6$  % et de  $-19,9 \pm 3,7$ . On a noté que 48 patients (60%) avaient un strain du VD altéré et que 50 patients (62%) avaient un strain de l'OD altéré. Nos patients BPCO n'avaient pas une altération du strain VG significative par rapport aux témoins. Par rapport aux patients atteints de BPCO dont le strain du VD était normal, ceux dont la fonction VD était réduite, ont présenté une distance de marche de 6 mètres (6-MWT) et un volume expiratoire forcé dans la première seconde (FEV1) plus faibles, ainsi qu'un score CAT (COPD Assessment Test) plus élevé de façon statistiquement significative respectivement ( $p=0,001$ ), ( $p=0,012$ ) et ( $p=0,012$ ). De plus cette atteinte du VD était corrélée à un risque plus élevé d'hospitalisations pour exacerbation aiguë au cours de l'année suivant l'inclusion (55% versus 25% ;  $p=0,024$ ). Les patients qui avaient un strain de l'OD altéré avaient un âge avancé, une PAPS augmentée et une hypertrophie du VD.

**Conclusion** : Chez les patients atteints de BPCO des groupes A et B ayant des paramètres d'ETT conventionnels normaux, le speckle tracking VD et OD est un paramètre clé dans la détection du dysfonctionnement myocardique infraclinique en présence de cette maladie pulmonaire.

**Mots clés** : COPD - Echocardiography - Speckle tracking



## P27 : INTÉRÊT DU STRAIN VD DANS L'ÉVALUATION DE LA FONCTION VENTRICULAIRE DROITE CHEZ LES PATIENTS BPCO

**Auteurs :** Boumaiza Oussama, Ellassoufi Fatma Ezzahra, Ikram Chamtouri, Ben Hamda Khaldoun

**Introduction :** L'atteinte myocardique liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une cause fréquente de morbidité et de mortalité. Les paramètres de l'échocardiographie transthoracique conventionnelle (ETT) ne permettent pas de détecter les dysfonctionnements myocardiques infracliniques.

**Objectif :** Étudier la contribution du strain à la détection précoce des lésions cardiaques chez les patients atteints de BPCO stable.

**Méthodologie :** Les patients des groupes A et B atteints de BPCO ont été recrutés pour cette étude. Le test d'évaluation de la BPCO, la spirométrie, le test de marche de 6 minutes, ainsi que l'ETT conventionnel et le strain ont été réalisés chez ces patients.

**Résultats :** Quatre-vingts patients atteints de BPCO, d'un âge moyen de  $65,6 \pm 8,9$  ans, ont été inclus. La fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) était de  $60,7 \pm 5,1$  %. Le strain de l'oreillette droite et du ventricule droit (VD) était respectivement de  $24,5 \pm 6,6$  % et de  $-19,9 \pm 3,7$  %. En outre, le strain longitudinal global du ventricule gauche (LV GLS) était de  $-21,1 \pm 2$ . 48 patients présentaient un strain du VD altéré et 50 patients présentaient un strain de l'OD altéré. Par rapport aux patients atteints de BPCO dont le strain du VD était normal, ceux dont le VD était réduit présentaient une distance de marche de 6 mètres (6MWD) ( $p=0,001$ ) et un volume expiratoire forcé dans la première seconde (FEV1) ( $p=0,012$ ) plus faibles, ainsi qu'un score CAT plus élevé ( $p=0,012$ ). Les patients qui avaient un strain de l'OD altéré avaient un âge avancé, une PAPS augmentée et une hypertrophie du VD. Un strain VD réduit était corrélé à un risque plus élevé d'hospitalisations pour exacerbation aiguë au cours de l'année suivant l'inclusion (55% versus 25% ;  $p=0,024$ ). Il n'a pas été mis en évidence de facteurs significatifs à l'origine de la réduction de la GLS du ventricule gauche.

**Conclusion :** Les patients atteints de BPCO des groupes A et B ayant des paramètres d'ETT conventionnels normaux, le speckle tracking est un paramètre clé dans la détection du dysfonctionnement myocardique infraclinique.

**Mots clés :** bronchopneumopathie chronique obstructive ; atteinte myocardique subtile ; échocardiographie ; strain



## P28 : PRACTICE OF MINIMAL SMOKING CESSATION ADVICE AT OUTPATIENT CLINICS IN A 3RD LINE HOSPITAL IN SOUSSE

**Auteurs** : O. Boumaiza, F. Ellassoufi, N. Zammit, S. Ben Fredj, R. Ghammam, A. Skhiri, F. Chouikha, N. Hamdaoui T. Masmoudi, I. Harrabi

**Farhat Hached Hospital, Cardiology Department, 4000, Sousse, Tunisia; Farhat Hached Hospital, Epidemiology Department, «LR19SP03», 4000, Sousse, Tunisia; University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse. Tunisia; Farhat Hached Hospital, Outpatients Department, 4000, Sousse, Tunisia**

**Introduction** : Smoking is the leading preventable cause of early death from cardiovascular disease, hence the importance of preventing it at every opportunity when meeting a health professional. The aim of this study was to evaluate the prevention practices of this risky behaviour among patients followed up at the outpatient clinics of the Farhat Hached University Hospital.

**Méthode** : A cross-sectional study was conducted in March and April 2023 among patients selected at random from those followed up at the outpatient clinics (CE) of the Farhat Hached University Hospital. A questionnaire was administered to participants by telephone interview the day after their medical consultation.

**Résultats** : Our population consisted of 371 patients. The sex ratio of women to men was 0.83, and the mean age was  $53.7 \pm 14.7$  years. Fifty (13.5%) participants were active smokers, with 7 (1.9%) using shisha. 55 (14.8%) participants reported that they had been observed smoking by at least one health professional on the day of their consultation. Assessment of smoking status on the day of their consultation was reported by 34% of all participants and 56% of smokers. 10.7% of participants were aware of the existence of a smoking cessation consultation at the Hospital. This information was reported by only 18% of smokers.

**Conclusion** : Despite the existence of a smoking cessation consultation at the hospital, minimal smoking cessation advice is rarely given to patients. Action based on information and communication techniques would strengthen smoking prevention among consultants. The installation of smoking rooms would reduce secondary smoking within the hospital.

**Mots clés** : Smoking cessation, Advice, outpatient clinics;



## P29 : ASPECTS DIAGNOSTIQUES DE LA MORT SUBITE D'ORIGINE CARDIOVASCULAIRE : ANALYSE DES CAS COLLIGÉS EN 2023 AU SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL IDRISSE POUYE DE GRAND YOFF

**Auteurs** : Ba MF, Sarr SA, Dial MCM, Deguenonvo GNC , Gaye AM, Ndiaye M, Mingou JS , Aw F, Bodian M, Ndiaye MB, Diao M.

**Service de Cardiologie, CHU Aristide Le DAntec. Service d'Anatomo-pathologie, Hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar.**

**Introduction** : La mort subite constitue un problème de santé publique au vu du nombre de décès dont elle est responsable chaque année. Il s'agit d'une mort instantanée ou rapide d'origine naturelle, inattendue ou inopinée.

**Objectif** : L'objectif de ce travail était d'évaluer les aspects diagnostiques des cas de mort subite d'origine cardiovasculaire recensés au niveau du laboratoire d'anatomo-pathologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar de janvier à décembre 2023.

**Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée analytique portant sur tous les cas de mort subite enregistrés au service d'anatomopathologie de l'Hôpital Idrissa Pouye de Dakar et qui avaient bénéficié d'une autopsie. Les données anamnestiques personnelles et familiales étaient recueillies par enquête auprès des proches. En outre, nous avons étudié les aspects socio- démographiques et anatomo-pathologiques. Une analyse descriptive a été faite avec le logiciel Stata MP 16. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

**Résultats** : Au total, sur les 1200 autopsies réalisées, nous avons dénombré 425 cas de morts subites naturelles dont 195 cas (45,8%) d'origine cardiaque. L'âge moyen de survenue était de 50,1±15 ans. La prédominance était masculine (sex ratio de 2,7). Dans la majeure partie des cas, la mort subite était survenue au repos (92 %), au domicile de l'individu (70,3%) et en journée (56,6%). Dans 4 cas, elle était survenue durant la pratique sportive. Les principales causes de décès identifiées étaient l'infarctus du myocarde (38,5%), la cardiomyopathie hypertrophique (22,6%), la cardiomyopathie dilatée (9,7%), la péricardite (7,2%) et l'embolie pulmonaire (6,2%). L'IDM était plus fréquent chez les sujets diabétiques (69,2% ; p=001). L'enquête anamnestique révélait une notion de mort subite familiale dans 2,1% des cas et de cardiopathie chez l'individu dans 5% des cas. Elle montrait que 93,8% des individus avaient des facteurs de risque cardio-vasculaire. Il s'agissait le plus souvent du genre (91,1%), de l'âge (63,5%), du diabète (17,9%) et de l'hypertension artérielle (13,9%). De même, des prodromes étaient rapportés dans 46,2%, dominés la dyspnée et la douleur thoracique.

**Conclusion** : Notre étude montre que les causes de mort subite, dans notre contexte, sont nombreuses, dominées par l'infarctus du myocarde. Elle survient chez des sujets présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire et est annoncée, dans la moitié des cas, par une douleur thoracique et/ou une dyspnée. La mise en place un registre national pourrait permettre d'élaborer des stratégies de prévention primaire et secondaire efficaces.

**Mots clés** : Mort subite, IDM, facteur de risque, dyspnée, Sénégal.



## **P30 : NIVEAU DE RISQUE ET ETAT CARDIOVASCULAIRES A LONG TERME DES PATIENTS AYANT PRESENTE DES FORMES SEVERES DE COVID 19 A L'HOPITAL DALAL JAMM DE DAKAR : ÉTUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 27 CAS.**

**Auteurs** : NIANG Tacko, Sarr S.A, NGAIDE A.A, Fortes M.L,

**Etablissement Hospitalier Militaire de Thiès**

**Introduction** : En Décembre 2019 le monde fait face à la pandémie du COVID 19 qui a été l'une des plus meurtrière du XXI<sup>e</sup> siècle. Ainsi trois ans après son avènement de nombreuses séquelles ont été décelées notamment au niveau cardiovasculaire. C'est dans ce sens qu'a été réalisée cette étude dont l'objectif était d'évaluer le niveau de risque et l'état cardiovasculaires des formes sévères de covid 19.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique qui s'était déroulée de Janvier 2023 à Juillet 2023. Elle concernait les patients atteints de COVID 19 hospitalisés au CTE de Dalal Jamm et ayant une atteinte pulmonaire  $\geq$  50% à la TDM thoracique. Nous avons étudié les données épidémiologiques, cliniques, électrographiques et échocardiographiques..

**Résultats** : Au total nous avons inclus 27 patients avec un âge moyen à 60 ans. L'HTA était présente dans 55% des cas tandis que le diabète touchait 33% des patients. Le niveau de risque global était élevé avec 44% des patients à haut risque et 15% à très haut risque cardiovasculaire. La dyspnée était présente chez 22% des patients. Aucun signe physique de défaillance cardiaque n'a été retrouvé. La saturation moyenne était de 97% au repos et de 95% après l'effort. La distance moyenne parcourue au test de marche de 06min était de 513m. Le rythme était sinusal dans tous les cas. On a noté un cas de BAV 1<sup>er</sup> degré, deux cas de BBG et un cas de BBD. Des ondes q de nécrose étaient retrouvées dans cinq cas. Le ventricule gauche était en moyenne égal à 47mm avec un patient qui avait le VG dilaté. La FEVG moyenne était de 58% SB. Une dysfonction du VG était notée dans trois cas dont une préexistante. La dysfonction diastolique était fréquemment retrouvée dans notre étude avec un taux de 56% dont 52% était de type I et 4% de type III. Le ventricule droit basal était égal à 34 mm avec un cas de dysfonction et de dilatation du VD. L'artère pulmonaire avait un diamètre moyen de 20,8mm et était dilatée chez un patient. La PAPS moyenne était de 28mmhg trois cas de HTP dont deux légères. Une patiente avait une HTP modérée à 49mmhg.

**Conclusion** : En définitive, on a constaté un niveau de risque plutôt élevé et un état cardiovasculaire relativement stable dans ce groupe de patients.

**Mots clés** : COVID19, niveau de risque, état cardiovasculaire cardio-vasculaire



## P31 : PREVALENCE DE LA CARDIOMYOPATHIE DU PERI-PARTUM AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL CHEIKH AHMADOUL KHADIM DE TOUBA

**Auteurs :** Fatima Dème DANKOCO, M FALL, C GAYE, CAB SAMB, SN SECK, A GAYE.

**Introduction :** La cardiomyopathie du péri-partum (CMPP) est une dysfonction systolique ventriculaire gauche (FEVG 45%) apparaissant vers la fin de grossesse ou durant les mois qui suivent l'accouchement. Il s'agit d'une pathologie imprévisible de la grossesse, d'étiologie méconnue, dont la morbi-mortalité n'est pas négligeable. Notre étude a été conçue pour évaluer la prévalence de la CMPP au sein du service de cardiologie de l'Hôpital Cheikh Ahmadoul Khadim de Touba pour la période allant de novembre 2022 à octobre 2024.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, transversale sur une période allant du 01 novembre 2022 au 31 octobre 2024 au service de Cardiologie du Centre Hospitalier National Cheikh Ahmadoul Khadim de Touba.

**Résultats :** Durant cette période, nous avons effectué 8632 consultations parmi lesquelles 46 patientes présentaient une CMPP. La prévalence était de 0.5% et l'âge moyen de 29.34 ans. Une gémellité était retrouvée dans 13% des cas et une multiparité dans 47.8%. Douze patientes soit 26% étaient primipares. L'hypertension artérielle gravidique était retrouvée dans 28.2% des cas. L'insuffisance cardiaque était globale dans 63% des cas et l'insuffisance ventriculaire gauche isolée dans 36.9%. L'électrocardiogramme (ECG) retrouvait une tachycardie sinusale régulière dans 56.5% des cas et une hypertrophie ventriculaire gauche dans 28.2%. Quatre patientes soit 8.6% présentaient une nécrose sur leur ECG. L'échocardiographie montrait une cardiomyopathie dilatée hypokinétique avec altération de la fonction systolique ventriculaire gauche dans tous les cas. La fraction d'éjection du ventricule gauche la plus basse était de 15%. Une thrombose intra-cavitaire était notée dans 13% des cas. Toutes les patientes avaient bénéficié du traitement classique de l'insuffisance cardiaque parmi lesquelles 19.5% étaient sous inhibiteur des SGLT-2.

**Conclusion :** La CMPP est une affection grave et imprévisible survenant en fin de grossesse ou quelques mois après l'accouchement. L'échographie transthoracique reste l'examen de choix, permettant le diagnostic rapide et l'évaluation du pronostic. Elle constitue l'une des cardiomyopathies avec une évolution favorable sous traitement bien conduit. L'utilisation des nouvelles thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque telles que les inhibiteurs des SGLT-2 devrait permettre une meilleure amélioration chez nos patientes.

**Mots clés :** cardiomyopathie, péri partum, insuffisance cardiaque, grossesse



## P33 : PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES A L'HYPERTENSION PULMONAIRE CHEZ LES DREPANOCYTAIRES AGES D'AU MOINS 30 ANS SUIVIS AU SERVICE D'HEMATOLOGIE CLINIQUE DU CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE DE DAKAR

**Auteurs :** HADJE- KALTAM Abderamane, D A Bichara, M A Aboubakar, M Seck, M, Bodian  
Centre Nationale de Transfusion Sanguine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar Service  
Cardiologie, Centre des œuvres universitaires de Dakar, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

**Introduction :** La drépanocytose est la maladie génétique à transmission autosomique récessive due à une mutation touchant le codon 6 du gène  $\beta$ -globine. L'hypertension pulmonaire liée à la drépanocytose est une complication progressive et potentiellement mortelle dans 2 à 5 % et confère une morbidité importante avec une prévalence de plus de 30 % dans les études basées sur l'échocardiographie. L'Objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'HTP et les facteurs associés chez les adultes drépanocytaires âgés d'au moins 30 ans au Sénégal.

**Matériels et Méthodes :** il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique menée chez les drépanocytaires âgés d'au moins 30 ans suivis au Service d'Hématologie Clinique du Centre National de Transfusion Sanguine de Dakar sur une période de 6 mois allant du 15 Mars 2024 au 15 Septembre 2024.

**Résultats :** nous avons enrôlé 118 patients porteurs de syndrome drépanocytaire majeur. La prévalence de l'HTP était de 30,5% (36 sur 118). L'âge moyen était de  $43 \pm 10$  ans et on notait une prédominance féminine de 66,7%. Le phénotype SS était dans 91,6% et une anémie sévère dans 55,5% ( $p=0,029$ ). Une dyspnée d'effort était retrouvée chez 20 patients (55,5%) et un taux d'hémoglobine moyen de  $7,8 \pm 1,9$ g/dl. Sur le plan électrique, l'hypertrophie auriculaire gauche était retrouvée dans 38,9% et dans 69,4% d'hypertrophie ventriculaire gauche. Les troubles de la repolarisation les plus fréquemment retrouvés, portaient sur les ondes T, à type d'ondes T négatives dans 9 cas et 2 cas avaient un allongement du segment QT. A l'échocardiographie, 30 patients (83,3%) avaient une dilatation auriculaire gauche. Le débit cardiaque indexé moyen était de  $3,8 \pm 0,86$  L/min/m<sup>2</sup> avec une hyper-débit cardiaque dans 41,7% chez les patients avec HTP ( $p=0,01$ ). Seuls 5 patients (13,9%) avaient présenté une dysfonction systolique avec FEVG Simpson Biplan < 50% ( $p=0,01$ ). Une hypertrophie ventriculaire gauche existait chez 16 patients (44,4%). Dans notre travail, l'HTP était corrélée à des facteurs : l'âge ( $p=0,036$ ), l'anémie ( $p=0,035$ ), la néphropathie ( $p=0,01$ ), la fréquence de STA de plus de 3 par an ( $p=0,01$ ) et aux signes d'insuffisance cardiaque droite tel que l'éclat B2 pulmonaire ( $P=0,03$ ) et reflux hépato-jugulaire ( $P=0,002$ ). Nous n'avons pas trouvé des corrélations entre l'HTP et le bilan d'hémolyse. Elle est associée significativement à des signes électrocardiographiques d'hypertrophie auriculaire gauche ( $p=0,025$ ) et ventriculaire gauche ( $p=0,03$ ) ainsi qu'à des dilatations des cavités cardiaques en particulier de l'oreillette gauche ( $p=0,03$ ) et du ventricule gauche ( $p=0,003$ ) à l'échocardiographie.

**Conclusion :** L'HTP est fréquente chez les adultes drépanocytaires. Les observations de cette étude tendent à suggérer que les paramètres de l'ECG et d'échocardiographie pourraient être utiles pour le dépistage précoce de l'HTP cependant seul le cathétérisme cardiaque peut le confirmer. Ainsi, le dépistage de l'HTP doit être encouragé si l'on veut améliorer la qualité et l'espérance de vie des drépanocytaires.

**Mots clés :** Drépanocytose, échocardiographie, hypertension pulmonaire, CNTS / Sénégal



## P34 : PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND MORTALITY IN FEMALE PATIENTS PRESENTING WITH STEMI

**Authors** : ELASSOUFI FATMA EZZAHRA JOMAA WALID , GAALOUL MAISSA , CHAMTOURI KRAM , BEN HAMDA KHALDOUN

**Cardiology B Department, Fattouma Bourguiba University Hospital, Monastir, Tunisia**

**Introduction** : Cardiovascular disease remains a leading cause of mortality worldwide, and sex-specific differences in outcomes have been observed in various clinical settings, including acute coronary syndromes. This study aimed to investigate the influence of female sex on mortality in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome (STEMI).

**Méthods** : This study retrospectively analyzed the epidemiological characteristics of 1819 patients admitted with STEMI between 1995 and 2019 at the Cardiology Department B in Monastir.

Cardiovascular risk factors evaluated included diabetes, hypertension, dyslipidemia, smoking, and obesity. The outcome was in-hospital mortality and long-term mortality.

**Résultats** : A total of 1820 patients were included in the study, of which 372 were female and 1446 were male. Among women, 50.5% had diabetes ( $P < 0.001$ ) , 51.1 % had hypertension ( $p < 0.001$ ), 14% had dyslipidemia ( $p = 0.17$ ), and 23.7% were smokers ( $p < 0.001$ ). The in-hospital mortality rate was 12.6% in females and 7.9% in males ( $p = 0.004$ ). The long term mortality rate was 25.3% in females and 16.3% in males ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion** : This study highlights the influence of cardiovascular risk factors, particularly diabetes and hypertension, on female mortality in STEMI. These findings underscore the importance of aggressive risk factor management in women to improve clinical outcomes after STEMI. Further research is needed to explore the underlying mechanisms and develop gender-specific treatment strategies.

**Key words** : STEMI, female sex , mortality.



## P35 : PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES A L'HYPERTENSION PULMONAIRE CHEZ LES DREPANOCYTAIRES AGES D'AU MOINS 30 ANS SUIVIS AU SERVICE D'HEMATOLOGIE CLINIQUE DU CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE DE DAKAR

**Introduction** : La drépanocytose est la maladie génétique à transmission autosomique récessive due à une mutation touchant le codon 7 du gène  $\beta$ -globine. L'hypertension pulmonaire liée à la drépanocytose est une complication progressive et potentiellement mortelle dans 2 à 5 % et confère une morbidité importante avec une prévalence de plus de 30 % dans les études basées sur l'échocardiographie. L'Objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'HTP et les facteurs associés chez les adultes drépanocytaires âgés d'au moins 30 ans au Sénégal.

**Matériel et Méthode** : il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique menée chez les drépanocytaires âgés d'au moins 30 ans suivis au Service d'Hématologie Clinique du Centre National de Transfusion Sanguine de Dakar sur une période de 6 mois allant du 15 Mars 2024 au 15 Septembre 2024.

**Résultats** : nous avons enrôlé 118 patients porteurs de syndrome drépanocytaire majeur. La prévalence de l'HTP était de 30,5% (36 sur 118). L'âge moyen était de  $43 \pm 10$  ans et on notait une prédominance féminine de 66,7%. Le phénotype SS était dans 91,6% et une anémie sévère dans 55,5% ( $p=0,029$ ). Une dyspnée d'effort était retrouvée chez 20 patients (55,5%) et un taux d'hémoglobine moyen de  $7,8 \pm 1,9$ g/dl. Sur le plan électrique, l'hypertrophie auriculaire gauche était retrouvée dans 38,9% et dans 69,4% d'hypertrophie ventriculaire gauche. Les troubles de la repolarisation les plus fréquemment retrouvés, portaient sur les ondes T, à type d'ondes T négatives dans 9 cas et 2 cas avaient un allongement du segment QT. A l'échocardiographie, 30 patients (83,3%) avaient une dilatation auriculaire gauche. Le débit cardiaque indexé moyen était de  $3,8 \pm 0,86$  L/min/m<sup>2</sup> avec une hyper-débit cardiaque dans 41,7% chez les patients avec HTP ( $p=0,01$ ). Seuls 5 patients (13,9%) avaient présenté une dysfonction systolique avec FEVG Simpson Biplan  $\leq 50\%$  ( $p=0,01$ ). Une hypertrophie ventriculaire gauche existait chez 16 patients (44,4%). Dans notre travail, l'HTP était corrélée à des facteurs : l'âge ( $p=0,036$ ), l'anémie ( $p=0,035$ ), la néphropathie ( $p=0,01$ ), la fréquence de STA de plus de 3 par an ( $p=0,01$ ) et aux signes d'insuffisance cardiaque droite tel que l'éclat B2 pulmonaire ( $P=0,03$ ) et reflux hépato-jugulaire ( $P=0,002$ ). Nous n'avons pas trouvé des corrélations entre l'HTP et le bilan d'hémolyse. Elle est associée significativement à des signes électrocardiographiques d'hypertrophie auriculaire gauche ( $p=0,025$ ) et ventriculaire gauche ( $p=0,03$ ) ainsi qu'à des dilatations des cavités cardiaques en particulier de l'oreillette gauche ( $p=0,03$ ) et du ventricule gauche ( $p=0,003$ ) à l'échocardiographie.

**Conclusion** : L'HTP est fréquente chez les adultes drépanocytaires. Les observations de cette étude tendent à suggérer que les paramètres de l'ECG et d'échocardiographie pourraient être utiles pour le dépistage précoce de l'HTP cependant seul le cathétérisme cardiaque peut le confirmer. Ainsi, le dépistage de l'HTP doit être encouragé si l'on veut améliorer la qualité et l'espérance de vie des drépanocytaires

**Mots clés** : Drépanocytose, échocardiographie, hypertension pulmonaire, CNTS / Sénégal



## **P36 : PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE D'UN VOLUMINEUX THROMBUS DE L'AURICULE GAUCHE SUR STENOSE MITRALE SERREE CHEZ UN PATIENT DE 35 ANS EN FLUTTER ATRIAL AU CENTRE ANDRE FESTOC DU CHU MERE ENFANT " LE LUXEMBOURGE " DE BAMAKO.**

**Auteurs** : DAFPE S.BOUARE L,DOUMBIA M, DIARRA B I, CISSE M, TRAORE S, DIALLO B, KOITA S,KEITA A, TOURE M, GAKOU F, FOFANA D, BOUARE K D, DIALLO S, DIARRA S, KONATE M, BA H O, COULIBALY M, COULIBALY S, MINTA I.

**Introduction** : Le flutter atrial est une complication rare de la sténose mitrale avec un risquethrombotique accru.

**Etude cas** : Nous rapportons l'observation d'un patient de 35 ans qui consulte pour douleur thoracique et dyspnée d'effort. L'examen clinique retrouvait une irrégularité auscultatoire, un roulement diastolique, une hépatomégalie avec RHJ. L'ECG on retrouvait un flutter atrial à conduction variable. L'ETT notait un VG : 42/29, FE : 52% valve mitrale épaissie calcifiée rétrécissement mitrale serré avec surface mitrale à la planimétrie 0,6 cm<sup>2</sup>, gradient moyen trans mitral à 18 mmHg, un contraste spontané intra OG et une PAPs à 70 mmHg. Il fut mis sous diurétique, anticoagulant, cordarone et sildénafil avant l'intervention.

L'ETO per opératoire on notait un volumineux thrombus de l'auricule gauche faisant saillie dans l'oreillette gauche avec un appareil sous valvulaire presque inexistant. L'exploration per-opératoire notait un appareil valvulaire mitral remanié très calcifié avec un gros thrombus intra OG. Le geste effectué fut l'exérèse du thrombus, fermeture de l'auricule gauche, remplacement valvulaire mitral par prothèse mécanique associé à une plastie tricuspide.

**Conclusion** : La sténose mitrale est une pathologie hautement thrombogène d'où le rôle majeur de la chirurgie en cas de thrombus intra auriculaire.

**Mots clés** : Rétrécissement mitral, thrombus, auricule, remplacement valvulaire mitral



## P37 : RÉADAPTATION CARDIOVASCULAIRE AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE CONAKRY : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS

**Auteurs** : Mamadou Barry , Ibrahima Sory Sylla , Abdoulaye Camara, Aïssatou Barry, Mamadou Bachir Bah, Ousmane Mamadama Camara, Alpha Koné , Ibrahima Sory Barry , Djibril Sylla, Elhadj Yaya Baldé, Mamadou Dadhi Baldé ,

**Service de Cardiologie CHU Ignace DEEN, Conakry, Guinée. Service de cardiologie Hôpital Sino-Guinéen de Kipé. Service de Médecine Interne Hôpital National Donka**

**Introduction** : la réadaptation cardiaque est un programme proposé aux patients souffrant d'une maladie cardiaque. En prélude de l'ouverture d'un centre de réhabilitation cardiaque en Guinée, nous avons entrepris ce travail pour évaluer les connaissances des médecins et définir le profil des patients susceptibles d'en bénéficier.

**Méthodologie** : il s'agit d'une étude transversale de type web-survey du 20 octobre au 20 décembre 2023. Ont été inclus dans l'étude les médecins travaillant dans le service de cardiologie et de médecine interne au Centre Hospitalo-Universitaire de Conakry et les dossiers des patients qui ont été hospitalisés dans le service de cardiologie pendant cette période. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.

**Résultats** : au terme de cette étude, 44 médecins ont accepté de répondre à notre enquête. L'âge moyen était de  $34,6 \pm 14,7$  ans. Plus de la moitié était des cardiologues (54,5 %) et 15,9 % de généralistes. Seuls deux médecins avaient un diplôme en réadaptation cardiaque, 61,4 % de médecins affirment connaître la définition de la réadaptation cardiaque. La majeure partie des médecins ont retenu une indication de réadaptation cardiaque après un syndrome coronarien aigu, une poussée d'insuffisance cardiaque. Plus de la moitié des médecins ont préconisé une réadaptation cardiaque en ambulatoire. L'importance de la réadaptation a été approuvée par 40 médecins et 74,3 % sont pour la mise en place d'un centre de façon très urgente. Le profil des patients pouvant bénéficier était dominé par l'insuffisance cardiaque, de pathologie valvulaire et coronarienne.

**Conclusion** : cette étude nous montre qu'il est urgent de renforcer la formation continue des médecins d'une part et d'autre part la mise en place d'une unité de réadaptation cardiaque qui va être sans doute très bénéfique pour nos patients.

**Mots clés** : Réadaptation Cardiovasculaire, Enquête, Médecins, Conakry



## **P38 : SCREENING FOR MODIFIABLE CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AT OUTPATIENT CLINICS IN A 3RD LINE HEALTH FACILITY IN SOUSSE**

**Auteurs** : O. Boumaiza, F. Ellassoufi, N. Zammit, S. Ben Fredj, R. Ghammam, A. Skhiri, F. Chouikha, N. Hamdaoui, T. Masmoudi, I. Harrabi

**Farhat Hached Hospital, Cardiology Department, 4000, Sousse, Tunisia; 2 Farhat Hached Hospital, Epidemiology Department, «LR19SP03», 4000, Sousse, Tunisia; 3 University of Sousse, Faculty of Medicine of Sousse, 4000, Sousse. Tunisia; 4 Farhat Hached Hospital, Outpatients Department, 4000, Sousse, Tunisia**

**Introduction** : Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide and in Tunisia. These deaths could be avoided if early action were taken on behavioural risk factors (smoking, unhealthy diet and sedentary lifestyle). This cannot be done without screening. In this context, the aim of the study was to evaluate the screening of modifiable RF for CVD among consultants at the Farhat Hached University Hospital and to compare this practice between cardiology patients and other patients.

**Patients and methods** : cross-sectional study conducted between March and April 2023 among a representative sample of patients followed up at the outpatient clinics of the Farhat Hached University Hospital. Three pre- physicians administered a pre-tested questionnaire to the participants by telephone interview the day after their medical consultation.

**Résultats** : A total of 371 responses were obtained, 169 men (45.6%) and 202 women (54.4%). The mean age was  $53.7 \pm 14.7$  years. Cardiology consultants accounted for 10.5% of participants.

Assessment of smoking status, weight, eating habits and physical activity were reported by 59%, 56.4%, 64.1% and 53.8% of participants respectively. These practices were significantly more frequently reported by cardiology consultants than by other consultants (56.4% versus 40.4% for overweight, 64.1% versus 42.2% for diet, 53.8% versus 38.3% for sedentary lifestyle and 59% versus 31% for smoking).

**Conclusion** : Despite the higher frequency of screening for modifiable CVD RF among cardiology consultants, this secondary prevention action remains under-practised. Reorienting the practices of healthcare professionals towards prevention would contribute considerably to reducing cardiovascular mortality in Tunisia.

**Key words** : Screening, modifiable cardiovascular risk factor, cardiology consultant.



## P39 : RECHERCHE DE THROMBUS PERIPHERIQUE AU COURS DE L'EMBOLIE PULMONAIRE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE KARA

**Auteurs :** Tcherou T, Ndouba, Atta D.B, Bakai A.M, Pyabalo Tchaou P, Pio M

**Service de cardiologie du CHU de Kara ; Université de Kara. Service de cardiologie du CHR Sokodé ; Université de Kara**

**Objectifs :** Déterminer la présence de thrombus périphérique et de décrire les caractéristiques topographiques de ces thrombus chez les patients hospitalisés pour embolie pulmonaire dans le service de cardiologie du CHU de Kara.

**Patients and méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers des patients hospitalisés pour embolie pulmonaire dans le service de cardiologie durant la période du 1 Mai 2022 au 31 juillet 2024 soit une période.

**Résultats :** Durant la période d'étude la fréquence d'embolie pulmonaire était de 15,9% (106 cas sur un total de 665 patients) dans notre service. La moyenne d'âge était de  $52,7 \pm 15,5$  ans avec des extrêmes de 18 et 80 ans. Sur les 106 cas inclus 60 étaient des dossiers de femme (sex ratio = 0,76). Parmi les facteurs de risque de maladie thromboembolique veineuse retrouvés, l'âge avancé supérieur à 65 ans venait en tête de liste dans 39,6%. Les signes fonctionnels étaient dominés par la dyspnée (80,2%) et la douleur thoracique (55,6%). Quarante pourcent des patients présentaient des signes cliniques d'une thrombose veineuse profonde. A l'échographie doppler cardiaque les anomalies retrouvées étaient dominées par la dysfonction du ventricule droit dans 70,7%, l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) dans 45,8% et la dilatation des cavités droites dans 44,8%. Dans 42,7% on notait la présence d'un thrombus soit dans les cavités droites ou dans le tronc de l'artère pulmonaire. L'échographie doppler veineux des membres inférieurs retrouvait une thrombose veineuse dans 77,3% des cas.

**Conclusion :** La présence de thrombus au niveau des cavités cardiaques droites ou d'une thrombose veineuse profonde au cours de l'embolie pulmonaire est une situation fréquente. Dans les milieux où le plateau technique n'est pas assez développé, ces deux examens peuvent valablement remplacer l'angioscanner thoracique qui est le gold standard dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire.

**Mots clés :** Embolie pulmonaire, thrombus périphérique, CHU Kara, Togo



## P40 : RESULTATS A COURT ET LONG TERME DE LA COMMISSUROTOMIE MITRALE PERCUTANEE : A PROPOS DE 45 CAS COLLIGES A L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

**Auteurs :** NDAO SCT, YASSINE R, ABADASSI SPA, GUISSSE PM, KA MM, MBOUP WN, DIA K, MBOUP MC.

**Introduction :** Le rétrécissement mitral est une pathologie fréquente, grave , évolutive et invalidante avec un impact socio-économique important. Sa prise en charge a été révolutionnée par le développement de la commissurotomie mitrale percutanée . Cette technique demeure cependant peu réalisée en Afrique subsaharienne. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les résultats à court et long terme de la CMP.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude longitudinale, descriptive avec recueil de données rétrospective et prospective, allant du 1<sup>er</sup> août 2021 au 31 juillet 2024 menée au service de cardiologie de HPD. Étaient inclus dans notre étude les patients présentant un RM serré, ayant bénéficié d'une commissurotomie mitrale percutanée durant la période d'étude et répondant aux critères d'éligibilité prédéfinis.

**Résultats :** Quarante-cinq patients étaient inclus dans notre étude dont 18 dans le groupe I et 27 dans le groupe II. Le suivi moyen était de  $22,82 \pm 8,49$  mois. L'âge moyen était de  $34,8 \pm 9,3$  ans avec un sex-ratio de 0,66. Tous les patients étaient symptomatiques avant la CMP (NYHA II à IV) avec une fusion bi-commissurale et une surface mitrale de  $0,87 \pm 0,21 \text{ cm}^2$  sans différence significatives entre les deux groupes. Aucun patient ne présentait une autre valvulopathie significative. La CMP a été réalisée avec succès chez 97,8% des patients entraînant une ouverture bi-commissurale chez 82,2% des patients. On notait une baisse significative de la POG passant de 34,9 à  $18,28 \text{ mmHg}$  ( $p < 0,001$ ). Tous les patients étaient asymptomatiques en post CMP immédiat et 77,8% restaient asymptomatiques à long terme. La surface mitrale est passée de  $0,87 \pm 0,21 \text{ cm}^2$  à  $2,04 \pm 0,3 \text{ cm}^2$  ( $p < 0,0001$ ) en post CMP immédiat puis  $1,66 \text{ cm}^2$  ( $p < 0,001$ ) ( $1,81 \text{ cm}^2$  dans le groupe I et  $1,56 \text{ cm}^2$  dans le groupe II) après 22,82 mois de suivi. Le gradient moyen et la PAPS sont respectivement passés de  $15,4 \pm 5,4 \text{ mmHg}$  et  $62,4 \pm 22,6 \text{ mmHg}$  à  $8,4 \pm 3,73 \text{ mmHg}$  et  $44,1 \pm 21,4$  à long terme. Une IM moyenne était retrouvée en post CMP immédiat. A long terme, on notait une IM moyenne, une IM sévère et 20% de resténose dont la majorité (88,9%) était du groupe II. Un AVC thrombo-embolique était retrouvé. On notait 2 décès dont l'un secondaire au RM et l'autre secondaire à une rixe.

**Conclusion :** La commissurotomie mitrale percutanée est une technique efficace avec une morbi-mortalité faible, un taux de succès élevé et une amélioration fonctionnelle pour un coût significativement inférieur à la chirurgie dans notre contexte. Des efforts devront cependant être fournis pour améliorer sa disponibilité et son accessibilité.

**Mots clés :** Rétrécissement mitral, Commissurotomie mitrale percutanée, Sénégal.

## P41 : RHABDOMYOME CARDIAQUE CHEZ UN NOUVEAU-NE A PROPOS D'UN CAS

**Auteurs :** ISMAEL IBOUROI Hanifa, AD DIALLO, S NDOUR, M KAYA, K GUEYE, PM SYLLA, M LEYE, IB DIOP  
CHNU Fann ,Cardiologie,Dakar,Sénégal

**Introduction :** Le rhabdomyome cardiaque est la tumeur cardiaque la plus fréquente chez le fœtus et le nourrisson. Elle représente 40 à 60% de toutes les tumeurs cardiaques primaires chez l'enfant. L'échographie cardiaque est l'examen clé du diagnostic. Nous rapportons un cas de rhabdomyome cardiaque chez un nouveau-né qui a bien évolué à une évolution à 1 an.

**Observation :** Il s'agissait d'un nouveau-né de J5 de vie chez qui le diagnostic de masse intracardiaque a été posé en période anténatal et chez qui l'évaluation a été fait en post natal. Sur le plan clinique le nouveau-né était asymptomatique. L'échographie cardiaque mettait en évidence une masse nodulaire, hyperéchogène appendu au niveau de la paroi antéro-latéral du ventricule gauche. La masse était non obstructive et le nouveau-né ne présentait ni troubles du rythme ni insuffisance cardiaque.

**Conclusion :** Les rhabdomyomes cardiaques peuvent régresser spontanément d'où l'importance d'une surveillance régulière. Le pronostic dépend de l'association ou non à la sclérose tubéreuse de Bourneville.

**Mots clés :** rhabdomyome cardiaque, échographie cardiaque, régression



## P42 : SYNDROME CORONAIRE AIGU SANS SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST ETUDE COMPARATIVE DES ASPETS SOCIODEMOGRAPHIQUES, CLINIQUES, PARACLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS ENTRE FEMMES ET HOMMES AU SERVICE DE CARDIOLOGIE DE L'HOPITAL PRINCIPALE DE DAKAR

**Auteurs :** MBOUP MC, YASSINE R, DIALLO H, NDAO SCT, KA MM, MBOUP WN, DIA K.

**Introduction :** L'insuffisance coronarienne est définie comme l'incapacité aiguë ou chronique, d'une ou de plusieurs artères coronaires, à assurer un débit correspondant aux besoins myocardiques. La maladie coronaire chez la femme constitue un réel problème de santé publique. Si elle survient plus tardivement chez l'homme, la maladie coronaire n'épargne pas la femme jeune chez qui sa gravité est plus importante. Nous avons mené cette étude afin de déterminer le profil des femmes atteintes de syndrome coronaire aigu ST- comparées aux hommes.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, allant du 19 février 2019 au 19 Février 2023, menée au service de cardiologie de HPD. Étaient inclus tous les patients admis pour un SCA ST- au service durant la période précitée et répondant aux critères d'éligibilité prédéfinis.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 101 patients soit une prévalence de 16% avec une prédominance masculine soit 58% d'hommes et 42% de femmes ( $p=0,638$ ). L'âge moyen était de  $65,24 \pm 11,7$  ans chez les femmes et de  $61,85 \pm 9,9$  ans chez les hommes ( $p = 0,638$ ). Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaire, l'HTA, le diabète, la dyslipidémie et la sédentarité étaient plus fréquents chez les femmes. Le délai moyen d'admission dans le service était de  $56,7 \pm 50,9$  h chez les femmes et de  $58,18 \pm 49,6$ h chez les hommes. La douleur typique était retrouvée chez 48% des femmes et 73% chez les hommes. Le score de GRACE moyen était de  $138 \pm 36$  chez les femmes et de  $139 \pm 32$  chez les hommes ( $p = 0,023$ ). L'IVA était l'artère la plus atteinte dans les deux groupes. L'atteinte tritronculaire était plus fréquente chez les femmes (42 vs 36%) ( $p = 0,039$ ). L'angioplastie a été réalisée chez 50% de femmes et chez 56% d'hommes. Nous avons 4 décès chez les hommes par contre il n'y avait pas de décès chez les femmes.

**Conclusion :** notre étude retrouvait une prédominance masculine. Les femmes étaient plus âgées, et présentaient plus de facteurs de risques cardiovasculaires avec une symptomatologie plus atypique et une atteinte coronaire plus sévère.

**Mots clés :** Syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST, Sénégal, Femmes, Hommes.

## P43 : TAMPONNADE RÉVÉLATRICE D'UNE PÉRICARDITE PURULENTE À KLEBSIELLA PNEUMONIÆ ET ESCHERICHIA COLI. GUÉRISON CLINIQUE PAR DRAINAGE ET ANTIBIOTHÉRAPIE. SIKASSO (MALI).

**Auteurs :** Traore-Kissima Abdoulaye, Cénac Arnaud, Dembele Ahmadou, Cissouma Assetou Haidara Ousmane, Kone Nouhoum, Dembele Marie-Ange, Kassogue Oumar.

**Service de Cardiologie, Hôpital de Sikasso, Mali. UFR de Médecine, Université de Bretagne occidentale, France. Service d'Otorhinolaryngologie, Hôpital de Sikasso, Mali. Service de Pédiatrie, Hôpital de Sikasso, Mali. Service de Radiologie, Hôpital de Sikasso, Mali. Laboratoire de Biologie (BioSik), Sikasso, Mali.**

Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 52 ans, malien vivant à Sikasso (Mali), hospitalisé en urgence pour état fébrile avec hypotension artérielle. Le diagnostic de tamponnade est porté par échocardiographie. Le drainage de l'épanchement péricardique améliore rapidement l'état hémodynamique et révèle un liquide purulent. L'analyse microbiologique du liquide identifie 2 bactéries pathogènes différentes, associées : Escherichia coli et Klebsiella pneumoniae. Le traitement par Imipenem (2 g/j en perfusion veineuse) pendant 21 jours, entraîne la guérison. Trente-six mois plus tard le patient est en état stable de guérison clinique. Les auteurs n'ont pas trouvé dans la littérature de péricardite purulente avec les 2 bactéries ici identifiées, associées.

## P44 : SYNDROME D'APNÉE HYPOPNEE DU SOMMEIL ET COMORBIDITES CARDIOVASCULAIRES DANS UN LABORATOIRE DU SOMMEIL AU SENEGAL : A PROPOS DE 122 CAS

**Auteurs :** MBOUP Ndèye Salane, DIEYE Ousmane, DIOP Ibrahima Bara

**Laboratoire du sommeil du cabinet médical SAKINA**

**Introduction :** Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est un trouble de la respiration nocturne caractérisé par des épisodes récurrents de collapsus et d'obstruction partiels ou complets des voies aériennes supérieures. Il constitue un problème de santé publique de par sa prévalence élevée mais surtout de sa morbi-mortalité cardio-métabolique. Il est en effet responsable d'une augmentation du risque cardiovasculaire et est liée de façon significative aux maladies cardiovasculaires. C'est dans ce sens que nous avons mené cette étude au laboratoire du sommeil SAKINA dont l'objectif est de déterminer la prévalence et le profil des facteurs de risque et maladies cardiovasculaires chez les patients apnéiques.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive, analytique et rétrospective portant sur 122 patients, menée au laboratoire du sommeil sur une période de 7 mois. Ont été inclus les patients suivis en cardiologie au cabinet SAKINA, ayant eu un SAOS, et chez qui une polygraphie ventilatoire a été réalisée. Les critères d'exclusion concernaient les patients chez qui le dossier médical était inexploitable.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 122 patients qui avaient un SAS confirmé par la polygraphie ventilatoire. La moyenne d'âge de la population était  $55,12 \pm 15,78$  ans avec des extrêmes de 17 et 90 ans et une médiane à 53 ans. La tranche d'âge la plus représentative était entre 51 ans et 75 ans. On notait une légère prédominance féminine avec un sex-ratio homme/femme qui était de 0,768. La prévalence des facteurs de risque et maladies cardiovasculaire est répartie comme suit : HTA 58%, cardiopathies 31%, obésité 26%, dyslipidémie 25%, diabète 16%, AVC 7% et IRC 2%. La symptomatologie était dominée par les ronflements présents chez 68% des patients. La polygraphie avait montré 16% de patients classés au stade léger, 35% de patients classés au stade modéré, et 49% de patients classés au stade sévère. Un traitement aussi bien symptomatique et spécifique incluant la correction des facteurs de risque et maladies cardiovasculaires a été institué.

L'évolution était marquée par seulement un cas de décès, le reste étant favorable avec une baisse de l'IAH de plus de 50% chez tous ces patients. On notait par ailleurs des effets secondaires mineurs, une mauvaise tolérance et/ou une inobservance thérapeutique dans un groupe réduit de patients. Cette étude nous a permis de retrouver les facteurs significativement associés au SAOS qui étaient l'HTA ( $p=0,012$ ), la dyslipidémie ( $p=0,027$ ), la coronaropathie ( $p=0,029$ ), les valvulopathies ( $p=0,018$ ) et les troubles de la conduction ( $p=0,024$ ). Une corrélation significative entre l'âge et l'AOS a été retrouvée ( $p \leq 0,001$ ), de même entre l'IDO et l'HYP ( $p=0,033$ ) ; et une corrélation non significative entre l'âge et l'AMS ( $p=0,063$ ), également entre l'IMC et l'IR ( $p=0,063$ ).

**Conclusion :** Le SAS a une forte incidence sur la santé cardiovasculaire. Il est reconnu comme étant un facteur de risque indépendant, additif ou même synergique de la morbidité cardiovasculaire, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce des patients à risque et d'une prise en charge adéquate pour ces types de patient.

**Mots clés :** apnée du sommeil, maladies cardiovasculaires, Sakina

## P45 : VOLUMINEUX FAUX ANEVRISEME DU VENTRICULE GAUCHE DECOUVERT AU DECOURS D'UNE POLY VALVULOPATHIES

**Auteurs :** ISMAEL IBOUROI Hanifa, SY S Lamine ,M KAYA, G KINGUE, NR DIOP, K GUEYE, PM SYLLA, IB DIOP

**Service Cardiologie CHU FANN**

**Introduction :** Le faux anévrisme du ventricule gauche (VG) est le plus souvent une complication peu fréquente tardive de l'infarctus du myocarde. Les formes dites non coronaires décrites chez le sujet jeune sont rares et ont une étiologie inflammatoire, congénitale ou traumatique. Nous vous rapportons un cas d'un faux anévrisme du VG associé à une poly valvulopathies rhumatismale découverte dans un tableau d'insuffisance cardiaque globale.

**Résumé :** Il s'agit d'un patient de 35 ans avec notion de polyarthralgie durant l'enfance admis dans un tableau de dyspnée de repos stade IV de la NYHA évoluant depuis 2 mois. A l'admission la pression artérielle était à 122/55mmHg, la fréquence cardiaque à 94 battements par minute.

L'examen physique retrouvait un souffle d'insuffisance mitrale, d'insuffisance aortique et un syndrome d'insuffisance cardiaque globale.

L'échographie cardiaque retrouvait une insuffisance mitrale moyenne associée à une insuffisance aortique sévère avec retentissement hémodynamique important sur les cavités gauches qui sont dilatées siège d'un contraste spontané et une dysfonction VG sévère à 34% au SB ; la présence d'un volumineux faux anévrisme mesurant 60,5 x 53,5 mm avec un petit collet de 7,7mm.

L'IRM cardiaque confirma le faux anévrisme de 70x53mm en regard de la paroi inférieure de l'apex du VG associée à des probable séquelles de myopéricardite.

Le patient a bien évolué après l'instauration du traitement de l'insuffisance cardiaque et il est en attente d'une concertation médicochirurgicale pour suite de sa prise en charge.

**Conclusion :** Le faux anévrisme d'origine non coronaire est rare. Les complications rythmiques, thromboemboliques sont fréquentes avec risque de rupture d'où l'importance de la prise en charge chirurgicale

**Mots clés :** faux anévrisme du VG, échographie cardiaque, collet

## P46 : UNE NON COMPACTION BI-VENTRICULAIRE REVELEE PAR UNE DEFAILLANCE CARDIAQUE GLOBALE : A PROPOS D'UN CAS AU CHR DE SAINT LOUIS

**Auteurs :** BEYE SM, SOW AB, DIOP NR, DIOP AT, KANE Ad.

**Centre Hospitalier Régional de St-Louis ; service de cardiologie ; Sénégal**

**Introduction :** La non-compaction ventriculaire (NCV) est une pathologie cardiaque rare caractérisée par des anomalies du développement embryonnaire du myocarde, avec des trabéculations myocardiques proéminentes et des espaces intertrabéculaires visibles à l'imagerie, en particulier en échocardiographie et en IRM cardiaque. Bien que la NCV ait été initialement décrite dans le ventricule gauche, sa forme biventriculaire est désormais largement reconnue, augmentant la complexité du diagnostic. Cette cardiomyopathie peut se manifester par des symptômes variés, allant de formes asymptomatiques à des insuffisances cardiaques sévères et des complications graves, comme des arythmies ventriculaires ou des événements thromboemboliques. Nous rapportons un cas de non compaction bi-ventriculaire révélée par une insuffisance cardiaque

**Cas clinique :** Il s'agissait d'une patiente de 34 ans, sans antécédents médicaux. Elle était admise pour une dyspnée stade III la NYHA, une distension abdominale progressive, et un œdème des membres inférieurs évoluant depuis quelques semaines. A son admission, son hémodynamique était stable (TA= 110/82 mmHg ; FC=90cpm T°=36°C). L'examen clinique révélait un souffle holosytolique apexien 3/6 d'insuffisance mitrale, un bruit de Galop gauche et droit et un éclat du B2 pulmonaire. On notait par ailleurs une hépatomégalie de stase, une ascite de moyenne abondance et des œdèmes des membres inférieurs mous gardant le godet et un syndrome d'épanchement pleural liquidien bilatéral. A la biologie nous avons montré un syndrome inflammatoire non spécifique, avec une leucocytose neutrophile à 11680/ mm<sup>3</sup>, une anémie normochrome microcytaire à 10,4 g/dl une CRP à 96 mg/ l. L'ECG inscrit une tachycardie sinusale à 108 cpm avec une hypertrophie auriculo-ventriculaire gauche avec des troubles secondaires de la repolarisation et un bas voltage périphérique. L'échocardiographie montrait deux couches de myocarde une non compactée et une autre compactée, un rapport paroi non compactée /compactée à 2,5 au niveau de la paroi inféro-latérale. La fraction d'éjection du ventricule gauche était sévèrement altérée à 22%. On retrouvait également des trabéculations myocardiques jusqu'en médio-ventriculaire droite avec une fonction systolique ventriculaire droite altérée. Ainsi le diagnostic de non compaction bi-ventriculaire a été posé. La patiente a bénéficié d'un traitement à base de diurétique (furosémide 20mg : 2amp x 3/J), d'antialdostérone (aldactone 50mg : 1cp/j), IEC (ramipril 2,5mg : 1cp/j), SGLT2 (dapaglifozine 10 mg : 1cp/j) L'évolution était marquée par une nette régression des signes de défaillance cardiaque et une amélioration de l'état général. Nous avons optimisé son traitement en y ajoutant un bêtabloquant (bisoprolol 2,5 mg : 1cp/j)

**Conclusion :** La non compaction biventriculaire reste une pathologie complexe et difficile à diagnostiquer, nécessitant une surveillance et une gestion adaptées pour prévenir les complications graves. L'imagerie cardiaque est cruciale dans le diagnostic. Une prise en charge précoce et un suivi rigoureux sont essentiels pour améliorer le pronostic des patients, particulièrement ceux présentant des formes sévères de la maladie.

**Mots clés :** faux anévrisme du VG, échographie cardiaque, collet faux anévrisme du VG, échographie cardiaque, collet



6<sup>ème</sup> ÉDITION  
CARDIOTECH SÉNÉGAL

## REMERCIEMENTS



*ajanta pharma*



SANOFI



BIOGARAN



