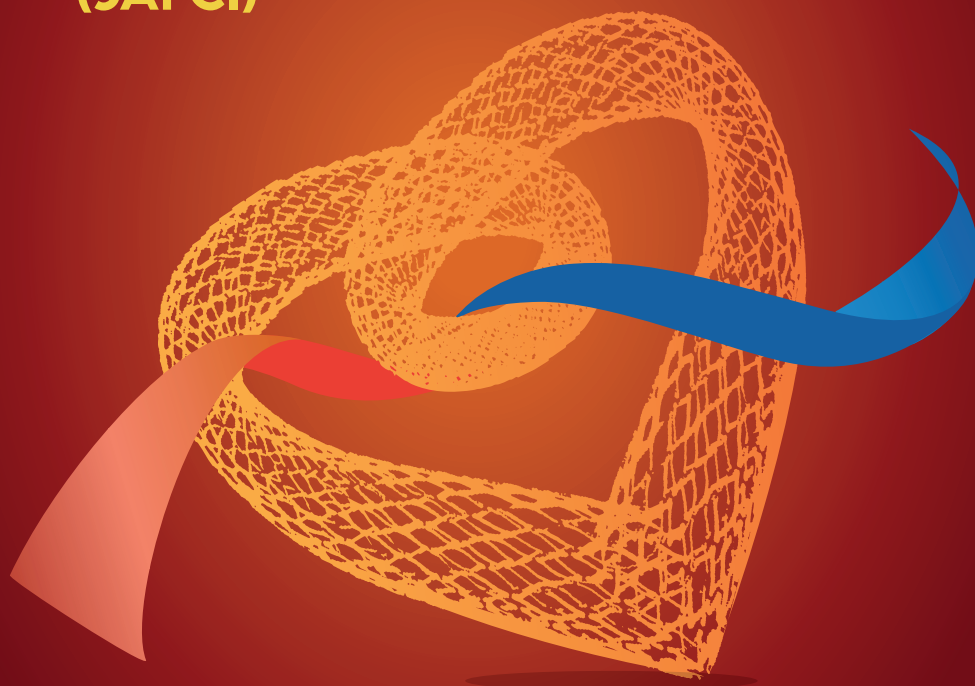


LES 2ÈMES
JOURNÉES AFRICAINES
FRANCOPHONES DE
CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE
(JAFCI)

25 - 26
NOVEMBRE
2022

ABIDJAN
CÔTE D'IVOIRE
NOOM HÔTEL

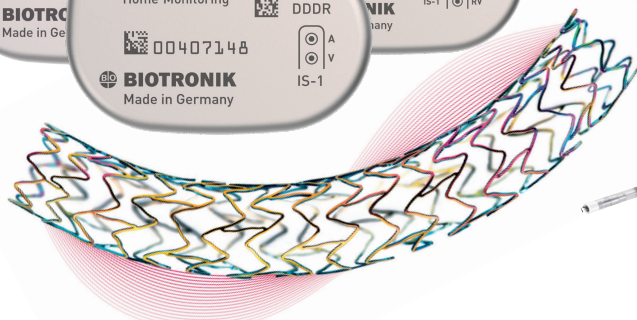
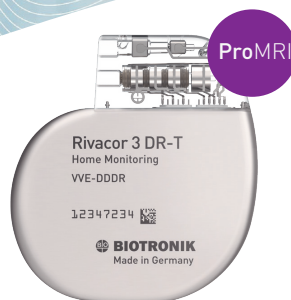
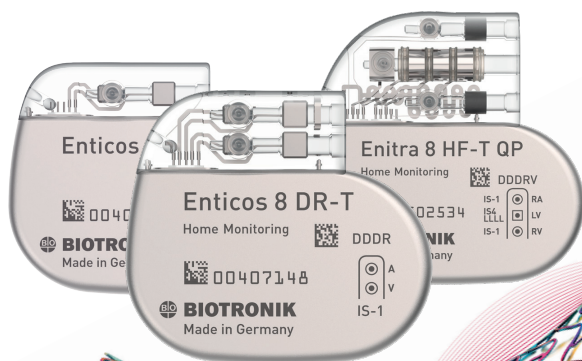
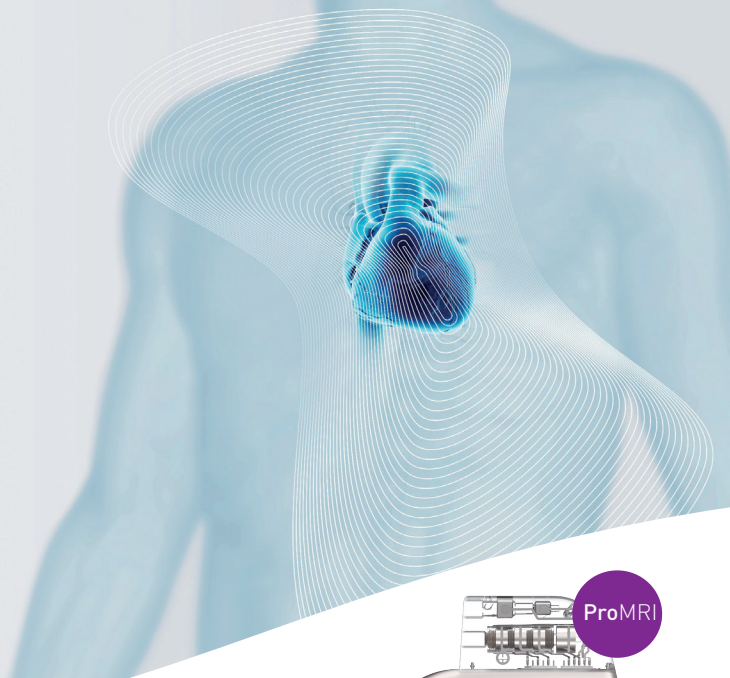


THÈME

EVOLUTION DES PRATIQUES DE LA CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE EN AFRIQUE FRANCOPHONE



Gamme complète Stent et Pacemaker



BIOTRONIK
excellence for life

Fabricant: © BIOTRONIK SE & Co.KG

Tous droits réservés. Les spécifications sont sujettes à modification, révision et amélioration

Distributeur : BIOTRONIK France, Parc ICADE, 2 rue Nicolas Ledoux, BP 70231, 94528 RUNGIS CEDEX,

www.biotronik.fr

MOT DU PROFESSEUR
ROLAND N'GUETTA
PRESIDENT DU GRAM ET DE LA SICARD



Chers Collègues, Chers Amis
Le Groupe de Recherche et d'Actions contre les Maladies Cardiovasculaires (GRAM) et la Société Ivoirienne de Cardiologie sont heureux de vous accueillir à Abidjan, au bord de la lagune Ebrié pour cette deuxième édition des Journées Africaines Francophones de Cardiologie Interventionnelle (JAFCI).

Au nom du comité d'organisation, je vous dis AKWABA, pour vous souhaiter la cordiale bienvenue en terre ivoirienne.

C'est avec un plaisir renouvelé, que la cardiologie ivoirienne a l'honneur de recevoir pendant ces journées scientifiques, d'imminents spécialistes venus d'Europe, du Maghreb et de l'Afrique Sub saharienne.

Cette rencontre scientifique est d'autant plus importante que la cardiologie interventionnelle constitue aujourd'hui un outil incontournable dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires. L'Afrique doit dès à présent s'approprier ces techniques interventionnelles si elle veut freiner la mortalité cardiovasculaire au

sein des populations.

Dans l'espace francophone de l'Afrique, des progrès importants ont été réalisés ces dix dernières années en cardiologie interventionnelle. De nombreux défis restent cependant à relever au niveau de la formation, de la maintenance des équipements médicaux, de la fourniture de consommables et de l'accès aux soins. Les JAFCI sont l'occasion pour nous de faire le point des avancées dans nos pays, échanger sur l'évolution des techniques interventionnelles au plan international et proposer ensemble des solutions adaptées à notre pratique.

Cette édition 2022 des JAFCI, fera une part belle à la radiologie interventionnelle périphérique et à la neuroradiologie interventionnelle. Ces journées seront aussi marquées par la retransmission de procédures en direct depuis la Clinique NOVA-CARDIO du Groupe NOVAMED. Une session de cas cliniques sera en outre organisée à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan.

Ce rendez-vous scientifique de la cardiologie africaine francophone n'aurait pu se tenir sans le soutien indéfectible de nos partenaires. Nous tenons à les remercier très sincèrement pour leur engagement constant à nos côtés. Cette deuxième édition des JAFCI voit la participation de partenaires du monde de l'assurance maladie et de la communication. Leur présence témoigne de leur ferme volonté de construire un partenariat solide avec nos sociétés savantes et contribuer efficacement à la prévention des affections cardiovasculaires.

Nul doute que ces moments à passer en terre ivoirienne nous permettront de contribuer à l'amélioration de la pratique de la cardiologie interventionnelle en Afrique francophone.

Nous espérons vous faire garder un excellent souvenir de votre passage à Abidjan pour les JAFCI 2022

Bon congrès à Tous

Pr Roland N'GUETTA
Président du GRAM et de la SICARD

CONSEIL SCIENTIFIQUE



Abdelhamid MOUSTHAGFIR (MAR)
Adama KANE (SN)
Anderson AMANI (CIV)
Anicet ADOUBI (CIV)
Antonin SOUAGA (CIV)
Arnaud EKOU (CIV)
Bara DIOP (SN)
Benoît GERARDIN (FR)
Bouna DIACK (SN)
Claude KOUAKAM (FR)
David ATTIAS (FR)
Emmanuel TEIGER
Euloge KRAMOH (CIV)
Faouzi ADDAD (TN)
Flavien KENDJA (CIV)
Francis TURJMANN (FR)
Gilles MONTALESCOT (FR)
Habib GAMRA (TN)
Hermann YAO (CIV)
Iklo COULIBALY (CIV)
Isabelle KOUAME (CIV)

Jean Baptiste ANZOUAN-KACOU (CIV)
Jean Jacques N'DJESSAN (CIV)
Jean-Philippe COLLET (FR)
Judicaël AHOURY
Maboury DIAO (SN)
Marianne ZELLER (FR)
Mohamed SABRY (MA)
Mohamed SIDI (MAU)
N MERVAT (EGY)
Pascal DEFAYE (FR)
Paulette YAPO (CIV)
Remy PILLIERE (FR)
Roland N'GUETTA (CIV)
Sebastien HASCOUET (FR)
Thierry NIAMKEY (CIV)
Valentin TOKPA (CIV)
Valentin YAMEOGO (BF)
Xavier JOUVEN (FR)
Xavier WAINTRAUB (FR)
Yvan ZUNON-KIPRE (CIV)
Yves COTTIN (FR)

COMITÉ D'ORGANISATION



FONCTION/COMMISSION	NOM & PRENOMS
Président	Roland N'GUETTA
Coordonnateur	Vincent KOUAME
Commission Scientifique	Anicet ADOUBI Iklo COULIBALY Yves N'GORAN Jean Jacques N'DJESSAN Arnaud EKO Hermann YAO Isabelle KOUAME Marie Paule N'CHO-MOTTOH
Commission technique, logistique et transport	Yves N'GORAN Esaï SOYA BROU Kesse Gabin TRO Richie KIPENGE Mamadou BAH MOUPINDA Stéphane KOUAME
Commission hébergement et restauration	Esther EHOUMAN Christelle GBASSI Mélissa GUEZO Romance FEDA
Commission Secrétariat - Communication	Marie Paule N'CHO-MOTTOH Camille TOURE Jean Louis N'GUESSAN Marina KOFFI

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

VENDREDI 25 NOVEMBRE

8h00 – 9h00	PLENIERE 1 (Salle Nelson Mandela) Modérateurs : E. KRAMOH (CIV) & F. ADDAD (TN) 1. Cardiologie Interventionnelle en Afrique francophone : état des lieux et perspectives R. N'GUETTA (CIV) 2. Défis de la Rythmologie Interventionnelle en Afrique Ad. KANE (SN) 3. Actualités en cathétérisme interventionnel pédiatrique S. HASCOET (FR)	
09h05 – 09h50	PLENIERE 1 (Salle Nelson Mandela) Modérateurs : R. N'GUETTA (CIV) M. SABRY (MAR) 1. IDM de type II Y. COTTIN (FR) 2. Angioplastie coronaire en cas de dysfonction VG ? F. ADDAD (TN) 3. Evaluation et prise en charge des troubles du rythme ventriculaire dans la cardiomyopathie ischémique C. KOUAKAM (FR) 4. Rythmologie interventionnelle : expérience ivoiro-égyptienne M. MERVAT (EGY)	
09h50 – 10h25	C E R E M O N I E D ' O U V E R T U R E (SALLE NELSON MANDELA)	
10h30 – 10h45	PAUSE-CAFE ET VISITE DE STANDS	
10h50 – 11h50	SESSION Radiologie Interventionnelle Modérateurs : P. YAPO (CIV) F. TURJMANN (FR) (Salle Bernard Dadie) 1. Fermeture de l'auricule gauche : indications et techniques B GERARDIN (FR) 2. Embolisation de malformations vasculaires cérébrales V TOKPA/F TURJMANN 3. Endoprothèses aortiques dans les dissections aortiques A GHASSANI/K KROUA(CIV)	SESSION Rythmologie Modérateurs : Ad. KANE (SN) & A. ADOUBI (CIV) (Salle Nelson Mandela) 1. Recommandations ESC 2022 dans la prise en charge des arythmies ventriculaires et de la mort subite A. ADOUBI (CIV) 2. Evaluation du risque rythmique de l'hypertendu I. COULIBALY (CIV) 3. Extrasystoles ventriculaires : diagnostique et prise en charge C. KOUAKAM (FR)
11h55 – 12h40	SYMPOSIUM GENERAL ELECTRIC Modérateurs : R. N'GUETTA (CIV) & A. DIABATE (CIV) (Salle Nelson Mandela) 1. Embolisation de fibromes utérins : expérience ivoirienne YAPO P (CIV) 2. Embolisation par la technique de FAIREMBO VIDAL V (FR) 3. Présentation GE	
12h45 – 13h30	SYMPOSIUM MERCK (Salle au 21ème étage)	
13h45 – 14h30	ATELIER : Imagerie (Echocardiographie) (Salle Bernard Dadie) JB ANZOUAN KACOU (CIV) T. NIAMKEY (CIV) N'CHO-MOTTOH (CIV) I. ANGORAN (CIV)	SESSION PARAMÉDICALE Modérateurs : ZORO BI B. (CIV) SAFOU M (CIV) (Salle Miriam Makeba) 1. Radioprotection du personnel et des patients en cardiologie interventionnelle ATTIEU R (CIV) 2. Rôle de l'IDE dans les procédures de cardiologie interventionnelle KOUASSI LOUIS (CIV)
		ATELIER : Urgences cardiologiques (BIOMERIEUX) (Salle Bernard Dadie) R. N'GUETTA (CIV) EKOU A. (CIV) H. YAO (CIV)

14h35 – 15h20	SYMPOSIUM BALT RETRANSMISSION LIVE (Salle Nelson Mandela)	
15h25 – 16h25	PLENIERE 3 (Salle Nelson Mandela) Modérateurs : Y. COTTIN (FR) & R. N'GUETTA (CIV) 1. TAVI : où en sommes-nous en 2022 ? E. TEIGER (FR) 2. Commissurotomie mitrale percutanée dans le traitement du rétrécissement mitral : quels challenges en Afrique H. GAMRA (TN) 3. Fermeture de foramen perméable (FOP) : indications et techniques G. MONTALESCOT (FR)	
16h30 – 16h45	PAUSE-CAFE ET VISITE DE STANDS	
16h50 – 17h35	PLENIERE 4 (Salle Nelson Mandela) Modérateurs : E. AKE (CIV) & D. BOUNA (SN) 1. Prise en charge des SCA chez le diabétique: expérience Marocaine M. SABRY (MAR) 2. Prise en charge des INOCA D. MABOURY (SN) 3. L'expérience mauritanienne en cardiologie interventionnelle SIDI M (MAU) 4. L'expérience burkinabée en cardiologie interventionnelle YAMEOGO NV (BF)	
17h40 – 18h40	ATELIER : IRM & CORO-SCANNER (Salle Nelson Mandela) N'CHO-MOTTOH MP (CIV) ANGORAN I. (CIV)	ATELIER : Médecine d'entreprise (Salle Bernard Dadie) 1. Prévention cardiovasculaire en t reprise A. EKOU (CIV) 2. Intérêt et utilisation d'un défibrillateur en entreprise A. ADOUBI (CIV)
18h45 – 19h30	PANEL D'EXPERTS (Salle Nelson Mandela)	
19h35	COCKTAIL DE CLÔTURE	

SAMEDI 26 NOVEMBRE

08h00 – 11h00	Présentation de CAS CLINIQUES Modérateurs : MABOURY D (SN), BOUNA D (SN), YAMEOGO NV (BF), KANE Ad (SN), ADOUBI A (CIV) (Salle Edmond Bertrand ICA) N'GORAN Y (Abidjan), YAO H (Abidjan), AFASSINOY Y (Lomé), TOURE M (Bamako), BABONGUI L (Libreville), KHADIMU D (Dakar), OWONA A (Yaoundé)	
12h00	PROGRAMME SOCIAL	

COSYREL®

Bisoprolol fumarate | Perindopril arginine

L'UNIQUE DUO PROTECTEUR AU RYTHME DU CŒUR

Patient
hypertendu
rapide



Syndrome
coronarien
chronique



Patient
insuffisant
cardiaque



- ▶ **CONTRÔLEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE¹**
- ▶ **CONTRÔLEZ LA FRÉQUENCE CARDIAQUE¹**
- ▶ **PROTÉGEZ CONTRE LES ÉVÉNEMENTS CV^{*2}**
- ▶ **AMÉLIOREZ L'ADHÉRENCE AU TRAITEMENT¹**

COMMUNICATIONS

ABLATION PAR RADIOFREQUENCE DES TACHYCARDIES JONCTIONNELLES : EXPERIENCE DU SERVICE D'HEMODYNAMIQUE ET DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN(ICA), A PROPOS DE 3 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE.

Adoubi A^{1,2}, Iklo C^{1,3}, N'Djessan JJ^{1,3}, Ekou A^{1,3}, Yao H^{1,3}, Kouame S¹, Tro G¹, Konin C^{1,3}, N'Guetta R^{1,3}.

1. Institut de Cardiologie d'Abidjan
2. Université Alassane Ouattara de Bouaké
3. Université Félix Houphouët Boigny

anicetadoubi@yahoo.fr

Résumé : l'ablation par cathéter est devenue une modalité thérapeutique de premier choix des tachycardies jonctionnelles selon les recommandations internationales en raison d'une part des effets secondaires liés aux anti-arythmiques et d'autre part leur inefficacité devant certaines arythmies. Couramment utilisée dans les pays développés, cette technique demeure encore moins pratiquée dans nos structures. Les auteurs rapportent l'observation clinique de 3 patients ayant présenté des tachycardies jonctionnelles et pris en charge par ablation par radiofréquence.

L'ablation par radiofréquence a été réalisée avec succès chez tous nos patients et avec des suites post-ablatives simples.

Le contrôle électrocardiographique réalisé 3 mois après chez les 3 patients était normal.

Mots-clés : Ablation ; Radiofréquence ; Tachycardie jonctionnelle.

CAS CLINIQUE : UN DEPLACEMENT TARIF DE SONDE

Adoubi K Anicet^{1,2}, Ndjessan Jean-Jacques^{1,3}, Tro K. Gabin^{1,3}, Kouamé Stéphane^{1,3}, Nguetta Roland^{1,3}

1. Institut de Cardiologie d'Abidjan
2. Université Alassane Ouattara de Bouaké
3. Université Félix Houphouët Boigny

anicetadoubi@yahoo.fr

Le contrôle régulier des paramètres de stimulation n'est jamais inutile. Nous rapportons le cas d'une patiente de 71 ans, ayant bénéficié d'une implantation d'un stimulateur cardiaque de type DDD en décembre 2015 suite à la survenue d'un bloc auriculoventriculaire du 3^{ème} degré. Les suites sont simples.

Durant son suivi, elle fera des épisodes de fibrillation atriale paroxystiques motivant la prescription d'un anticoagulant. Au cours des différents contrôles du stimulateur, on notera en mi 2021 l'élévation progressive du seuil de stimulation de la sonde ventriculaire jusqu'à 2,5 V x 0,4 s. La radiographie thoracique de face objectivera une migration du boîtier sous le sein gauche, responsable d'une traction de la sonde ventriculaire.

Une réimplantation du système à gauche sera réalisée en avril 2022, en vue d'éviter la survenue brutale d'une perte de capture.

Conclusion : le risque potentiel de migration du boîtier chez un patient ayant des tissus pauvres en muscle et riche en graisse devrait motiver la fixation du boîtier sur un plan musculaire.

SYNCOPE CHEZ UN PATIENT PORTEUR D'UN STIMULATEUR CARDIAQUE

Kouamé Stéphane¹, Tro Gabin¹, N'djessan Jean Jacques¹, Adoubi Anicet^{1,2}

1. Institut de Cardiologie d'Abidjan
2. Université Alassane Ouattara

anicetadoubi@yahoo.fr

Résumé

Les stimulateurs cardiaques sont des traitements anti-bradycardisants indiqués le plus souvent devant un bloc auriculoventriculaire ou une dysfonction sinusale. La survenue d'une syncope chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque est hautement problématique et doit être considérée comme une urgence.

Nous rapportons le cas d'un patient de 67 ans porteur d'un stimulateur cardiaque monochambre asservi ayant présenté une syncope et deux épisodes de lipothymie. A l'admission, il avait un état de conscience normal avec des constantes hémodynamiques stables.

La radiographie ne retrouvait pas de déplacement de sondes avec un rythme bien électro-entraîné à l'ECG. Le contrôle du stimulateur retrouvait un bon fonctionnement du boîtier et des sondes et un épisode de tachycardie ventriculaire soutenue avec plusieurs épisodes de tachycardies ventriculaires non soutenues dans la mémoire.

Le patient a bénéficié d'un traitement fait d'amiodarone 200mg ayant permis d'amender les crises.

Mots clés : Syncope ; Tachycardie ventriculaire ; Stimulateur cardiaque.

TRIPLE SPASME CORONAIRE SIMULTANE ET INFARCTUS DU MYOCARDE

Yao H, Ekou A, Ehouman E, Touré C, Bah M, Kipenge R, N'Guetta R.

Institut de Cardiologie d'Abidjan

hermannnyao@gmail.com

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 45 ans, sans facteurs de risque cardiovasculaire, admise aux urgences de l'ICA pour prise en charge d'un infarctus du myocarde inférieur vu tardivement. La coronarographie a retrouvé un spasme coronaire simultané sur les trois artères coronaires épicaardiques, totalement regressif après injection de Risordan intrac coronaire. L'évolution était favorable sous dérivés nitrés au long cours.

Mots clés : Infarctus du myocarde ; Spasme coronaire.

DOULEUR THORACIQUE ET ELEVATION DE LA TROPONINE CHEZ UNE PATIENTE A HAUT RISQUE CARDIOVASCULAIRE : L'INFARCTUS DU MYOCARDE N'EST PAS LE SEUL DIAGNOSTIC EN CAUSE

Ehouman E, Yao H, Ekou A, Touré C, Kipenge R, Bah M, Soya E, Gbassi C, Vy-Legre J, N'Guetta R.

hermannnyao@gmail.com

Les douleurs thoraciques constituent souvent un challenge diagnostique aux urgences. Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans, présentant comme facteurs de risque cardiovasculaire une hypertension artérielle et un diabète de type 2, admise aux urgences de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan pour une douleur thoracique. Le diagnostic de syndrome coronarien aigu a été suspecté devant le contexte clinique et un sus-décalage persistant du segment ST, avec élévation de la troponine I US. L'exploration angiographique des coronaires est revenue normale faisant ainsi suggérer un autre diagnostic. L'évolution clinique et paraclinique au deuxième jour d'hospitalisation a permis de confirmer le diagnostic de dissection aortique.

Mots clés : Douleur thoracique ; Troponine ; Syndrome coronarien aigu ; Dissection aortique.

QUAND LA TACHYCARDIE VENTRICULAIRE DEVIENT LA CAUSE D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE...

Touré C¹, Yao H¹, Ehouman E¹, Ekou A¹, Kouamé S¹, Tro G², Kipenge R¹, Bah M¹, N'Guetta R¹.

1. Institut de Cardiologie d'Abidjan
2. Service de cardiologie, CHU Bouaké

hermannnyao@gmail.com

Observation

L'anthrothrombose est le mécanisme le plus souvent incriminé dans la survenue de l'infarctus du myocarde (IDM). D'autres mécanismes physiopathologiques à l'origine d'une inadéquation apports/besoins en oxygène du myocarde, définissent l'IDM de type 2. Nous rapportons le cas d'un patient de 60 ans reçu aux urgences de cardiologie pour tachycardie ventriculaire soutenue mal tolérée avec élévation de la troponine. La coronarographie est revenue normale. L'IRM cardiaque mettait en évidence un rehaussement tardif sous endocardique confirmant une nécrose myocardique. Ce cas clinique met en exergue un cas d'IDM de type 2 par tachyarythmie.

Mots clés : Tachycardie ventriculaire ; Infarctus du myocarde de type 2.

LES ENDOPROTHESES AORTIQUES DANS LES DISSECTIONS AORTIQUES

Aimé KIROIUA-KAMENAN, Afif GHASSANI
Institut de Cardiologie d'Abidjan

La dissection aortique résulte d'une rupture de l'intima responsable d'un clivage de la paroi au niveau de la média qui se propage de manière antérograde ou rétrograde. Elle constitue un évènement grave pouvant menacer la vie, selon le siège de la porte d'entrée. Son incidence annuelle estimée varie habituellement de 3 à 5 cas pour 100 000 personnes. Ses manifestations Cliniques sont dominées par la douleur thoracique, abdominale ou lombaire. Devant une suspicion clinique de dissection aortique chez un patient hémodynamiquement stable, l'Angiotomodensitométrie, est l'examen d'imagerie à réaliser en première intention. De façon classique, le traitement des dissections aortiques de type A est une urgence chirurgicale; Le traitement des dissections aortiques de type B compliquées fait appel aux techniques endovasculaires. Cependant, ces dernières années ont vu l'extension des endoprothèses au traitement des formes non compliquées des dissections aortiques de type B et au traitement de certaines dissections aortiques de type A. Le principe consiste à introduire, généralement, par voie fémorale une endoprothèse étanche qui couvre la porte d'entrée et provoque une décompression du faux chenal et sa thrombose. La perspective actuelle est le développement des Endoprothèses de la racine aortique pour le traitement de toute Dissection Aortique de type A : c'est le concept de « Endobentall ». Le traitement endovasculaire, alternative thérapeutique à la chirurgie conventionnelle, a nettement amélioré le pronostic des dissections aortiques, essentiellement chez les patients à haut risque chirurgical.

UN SYNDROME CORONAIRE AIGU REVELANT UNE ANOMALIE DE CONNEXION DES ARTERES CORONAIRES A PROPOS D'UN CAS AU MALI

TOURE M^{1,2,4}, DAGNOGO M¹, TERRA A W¹, M KONATE⁴, SANGARE A³, BA HO^{2,4}, SANKARE H¹, DIARRA B², FOFANA D¹, DIALL A.A¹, SOW M¹, COULIBALY M¹, DAFPE S¹, THIAM C A^{1,4}, KEITA A^{1,4}, COULIBALY S¹, DIARRA M B^{1,4}, MENTA I^{1,4}

1 : Service de cardiologie, CHU-ME-Luxembourg, Bamako-Mali

2 : Service de cardiologie, CHU-Gabriel TOURE, Bamako-Mali

3 : Service de cardiologie, CHU-Point G, Bamako-Mali

4 : FMOS, Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako

Auteur Correspondant: Dr Mamadou TOURE MD Cardiologue

E-mail : drmatour@yahoo.fr

Tel : (00223) 66940071

Conflit d'intérêt : Aucun

Introduction

Les anomalies de connexion des artères coronaires (ANOCOR) sont rares avec une prévalence angiographique d'environ 0,5-1% chez l'adulte indemne de cardiopathie congénitale.

Le diagnostic angiographique est généralement facile, mais il faut l'imagerie en coupe principalement le coro-scanner pour déterminer le trajet initial et l'origine du vaisseau.

Nous rapportons ici un cas de connexion ectopique de l'artère coronaire gauche avec l'artère coronaire droite révélé par un syndrome coronaire aigu avec sus décalage persistant du segment ST.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 58 ans, tabagique actif, admis le 13/05/2021 vers 23 heures dans le service d'accueil des urgences du CHU Mère-Enfant le Luxem-

bourg pour une douleur thoracique retro sternale, constrictive, intense, évoluant depuis 1 heure, survenant au repos, irradiant dans les deux membres supérieurs, accompagnée de vomissements et d'une dyspnée stade III NYHA, sans facteurs calmants et sans perte de connaissance.

A l'examen clinique, nous avons objectivé un état hémodynamique instable avec une pression artérielle de 90/50 mmhg, une saturation en oxygène à 88% et une bradycardie à 40 bpm. A l'auscultation cardiaque, nous avons noté des bruits du cœur réguliers sans souffle et des râles crépitants aux bases à l'auscultation pleuro-pulmonaire.

L'ECG qualifiant s'inscrivait en rythme sinusal, avec un sus-décalage persistant du segment ST en inférieur avec image en miroir en latéral et un bloc auriculo-ventriculaire de 3^{ème} degré (BAV III).

A la coronarographie réalisée à 2 heures du début de la douleur, par voie radiale droite nous avons retrouvé une occlusion aigue de la coronaire droite moyenne, sur anomalie de naissance à type de connexion ectopique de la coronaire gauche avec l'artère coronaire droite.

Le patient a bénéficié d'une angioplastie primaire de la coronaire droite moyenne par l'implantation d'un stent actif avec un bon résultat angiographique immédiat.

Les suites étaient simples à l'unité des soins intensifs cardiologiques sur le plan clinique avec disparition de la douleur, de la dyspnée et un état hémodynamique stable ; sur le plan électrique, une régression du sus-décalage du segment ST et disparition du BAV III.

Il est sorti au 7^{ème} jour d'hospitalisation avec un traitement médicamenteux classique BASIC.

Conclusion

Les anomalies de connexion des artères coronaires sont rares et peuvent être découvertes à tout âge. La survenue d'un syndrome coronaire aigu sur ces anomalies de connexion est également rare mais possible, d'où l'importance de les avoir à l'esprit afin de les identifier et les prendre en charge.

TITRE

Bilan des activités de l'unité des soins intensifs du CHU Kara :
étude rétrospective du 04 aout 2021 au 04 octobre 2022

Machihude PIO, Yaovi Mignazonzon AFASSINO, Tcha TCHEROU, Abalo Mario BAKAI TEKOFI Stéphane, Doguessaga Borgiata ATTA, DJALOGUE Lihlimpo, MOUZOU Tilabalo, ASSENOUWOUE Sarakawabalo.

Auteur correspondant// Corresponding author: PIO Machihude, UER de Cardiologie et Maladies vasculaires, Université de Kara, Togo. Téléphone : 00228 90 95 59 94. E-mail : pimae2002@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : les urgences cardiovasculaires constituent de nos jours un enjeu majeur de santé publique. L'objectif général de notre étude était de décrire le bilan des activités de l'USIC du CHU Kara.

Patients et méthode : il s'agit d'une étude transversale, descriptive réalisée du 04 Aout 2021 au 04 Octobre 2022 dans le service de cardiologie du CHU Kara. Dans cette étude, étaient inclus tous les patients admis à l'USIC du CHU Kara durant la période d'étude.

Résultats : au total, l'étude a recensé 120 patients. La prévalence des admissions à l'USIC était de 43,18% avec une prédominance féminine à 51,47% et un sex-ratio de F/H 1,1. L'âge moyen des patients était de $56,75 \pm 15,94$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 96 ans. Les principaux facteurs de risque cardiovasculaires majeurs étaient l'HTA et le diabète respectivement dans 47,50% et 17,50%. Le motif de consultation le plus fréquent était la dyspnée (67,50%) suivie de (24,17 %) et des palpitations (15,83%). Les urgences cardiovasculaires étaient : myocardiques (41,67%), rythmiques (28,33%), hypertensives (25,83%), vasculaires (18,88%) et coronaires (14,17%). L'OAP représentait 24,16 du tableau clinique et l'embolie pulmonaire (EP) 18,33 dont 10 cas sévère. La thrombolyse a été effectuée avec succès chez 8 patients. La durée moyenne de séjour des patients était de 5,46 jours. Le taux de mortalité était de 12,50% (15 patients). Les principales causes de décès étaient les CMD en bas débit, les EP et les SCA admis tardivement.

Conclusion : véritables courses médicales contre la montre, les urgences cardiovasculaires sont graves, mortelles à court terme. Elles sont en recrudescence dans nos contrées. Il importe de faire des campagnes de sensibilisations pour réduire les délais de consultations afin d'améliorer le pronostic vital des patients.

Mots clés : urgences cardiovasculaires, USIC, activités, Kara (Togo)

RESUME

Titre : Anévrisme de l'aorte abdominale : Aspect épidémiologique, clinique et échographique dans les structures sanitaires de Lomé et au Centre Hospitalier Universitaire Kara (TOGO)

Title : Abdominal aortic aneurysms: Epidemiological, clinical and echographic aspects in the health structures of Lomé and at the University Hospital of Kara (TOGO).

Machihude PIO 1,, Yaovi Mignazonzon AFASSINOU 2 Borgotia D. ATTA 1 Abalo Mario BAKAI 1 Bénédicte SOUHO1, Edabi OTOYI1 , Kpatekana SIMLAWO 3, Tchaa TCHEROU, 1Lihanimpo DJALOGUE 1 D Wiyauou Dieu-Donné KAZIGA 2 Souleman PESSINABA 2,

1 Cardiology department, University of Kara, Togo.

2 Cardiology department, University of Lome, Togo.

3 Chirurgie department, University of Lome, Togo.

Corresponding author: PIO Machihude, cardiology department, University of Kara

E-mail : pimae2002@yahoo.fr

Objectif : décrire l'aspect épidémiologique, clinique et échographique Doppler de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude prospective à but descriptive et analytique réalisée de janvier 2019 à Mars 2022 (3ans) au centre d'exploration

cardiovasculaires (CEC) “Saint-Esprit”, à la Clinique “Le Printemps” et au CHU de Kara. Etaient inclus tous les patients ayant réalisé une échographie Doppler artérielle des membres inférieurs quel que soit le motif, au CEC “Saint-Esprit” de l’AMP-MCV, à la clinique “Le Printemps” et le CHU-Kara durant la période d’étude.

Résultats : nous avons retenu 32 échographies Doppler sur 739 réalisées pour AAA. Soit une prévalence de 4,38%. L’âge moyen était de $73,5 \pm 9,07$ ans. Le sexe ratio H/F de 1,4). Les ATCD médicaux cardiovasculaires (84,38%) retrouvés étaient : l’HTA (33,33%), le diabète (18,52%), la dyslipidémie (33,33%) et une association diabète-HTA (14,81%). Les CDD étaient : les ischémies d’aval aux MI (72%), une découverte fortuite à l’échographie abdominale (15,63%). Le siège des anévrismes était sous rénal (84,4%), sus rénal (9,4%) et les deux (6,2%). Les AAA étaient fusiformes (71,9%) et sacciformes (28,1%). La taille des anévrismes était supérieure ou égale 7cm chez 34,38%. L’HTA augmente la probabilité de survenue d’une AAA sous rénale alors que la dyslipidémie la survenue de l’AAA fusiforme. Le diabète augmente la probabilité de survenue des AAA de taille supérieure à 7cm. Les AAA étaient thrombosés dans 75%, les extensions vers l’artère iliaque commune étaient à 70,59%. Les complications emboliques en aval représentaient 46,88%, sous forme d’occlusions et de sténoses serrées. La mortalité spontanée était de 81,24%.

Conclusion : l’échographie Doppler artérielle est un outil très important dans le diagnostic positif et lésionnel des AAA. Les facteurs de risque sont : l’âge supérieur à 60ans, le sexe masculin, l’HTA, le diabète et la dyslipidémie. Le dépistage précoce reste indispensable, car le pronostic vital est très réservé en cas de complication.

Mots clés : anévrismes, aorte abdominale, échographie Doppler artérielle, Togo.

D’une hypoglycémie à un infarctus du myocarde chez un diabétique de type 1

Afassinou Y. M.1*, Ehlan K.1., Atta B.2, Kouekap M. N.1, Sodou A., Pessinaba S.1, Pio M.2, Baragou S.1, Damorou F.1.

- 1- Université de Lomé, Lomé – Togo.
- 2- Université de Kara, Lomé – Togo.

Auteur correspondant : Afassinou Yaovi Mignazonzon ; Université de Lomé.

15BP 314 Lomé – Togo. Tél : (00228) 90181892.

Résumé

La maladie coronaire est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez le diabétique avec le plus souvent un infarctus du myocarde silencieux. L'hypoglycémie est rarement une circonstance de découverte contrairement à l'hyperglycémie et l'acidocétose qui peuvent masquer l'infarctus du myocarde. Nous rapportons le cas d'un patient de 43 ans diabétique de type 1 sous insulinothérapie qui a présenté un épisode d'hypoglycémie symptomatique à type de lipothymie corrigée par le resucrage sans autre signe associé chez qui malgré un examen physique normal un électrocardiogramme réalisé a mis en évidence un bloc auriculo-ventriculaire complet avec un sus décalage du segment ST en inférieur et en apical avec image en miroir en antérieur. Le diagnostic d'infarctus du myocarde aigu compliqué de bloc auriculo-ventriculaire complet a été posé et il a bénéficié de la pose d'un stimulateur cardiaque provisoire en urgence et une coronarographie qui a mis en évidence une occlusion de l'artère coronaire droite ostiale. Une revascularisation a été faite avec pose de 2 stents sur la coronaire droite proximale et moyenne. Le retour en rythme sinusal a été immédiat après revascularisation et la sonde d'entraînement électrosystolique a été laissée en sentinelle pendant 24 heure puis enlevée. L'évolution à court terme et à moyen terme chez ce patient a été simple sans résurgence douloureuse et sans récurrence de trouble de la conduction.

Mots clés : Hypoglycémie, bloc auriculoventriculaire, infarctus du myocarde, Togo.

FERMETURE PERCUTANEE DES COMMUNICATIONS INTERVENTRICULAIRES PERIMEMBRANEUSES A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN

NGORAN Y., AVOH AMI, KRAMOH E, TRAORE F., AKE T., KOFFI D., NTA E, SONG.Y

Les communications interventriculaires (CIV) sont les malformations les plus fréquentes des cardiopathies congénitales. Toutes ne peuvent être fermées par voie percutanée cela dépendant de leur siège dans le septum. La prise en charge des CIV péri membraneuse par cathétérisme interventionnel est plus récente.

Objectif : décrire l'expérience de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan dans la fermeture des communications intraventriculaires péri membraneuses

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective réalisée au service de cardiologie pédiatrique à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan pendant une période d'un an, de février 2021 à janvier 2022. Les patients inclus étaient ceux qui ont subi une fermeture percutanée de leur CIV péri membraneuse.

Résultats : Il s'agissait de 4 filles avec un âge moyen de 10 ans, un poids moyen de 23.7 kg

Toutes avaient une dyspnée d'effort comme signe fonctionnelle. L'examen physique retrouvait un souffle systolique 4/6 mesocardiaque. Elles avaient une cardiomégalie à la radiographie et une hypertrophie ventriculaire gauche à l'électrocardiogramme. L'échodoppler cardiaque montrait un défaut septal ventriculaire péri membraneuse de taille moyenne de 7.5mm. Les prothèses utilisées étaient des cocoon et AMPLATZER Duct Occluders(ADO) Aucune complication pendant la procédure et les résultats immédiats ont été satisfaisants. Dans l'évolution immédiate, deux ont présenté une hémolyse, une reprise du cathétérisme interventionnel pour la pose d'une deuxième prothèse devant la fuite para prothétique résiduelle chez la plus âgée. Dans l'évolution à moyen terme une patiente présentait une fuite aortique modérée et une autre une fuite résiduelle para prothétique. On n'a pas constatée de BAV.

Conclusion : la fermeture percutanée des CIV péri membraneuses est un traitement sûr, efficace pouvant permettre aux patients d'éviter la chirurgie cardiaque qui s'avère onéreuse pour nos patients. Elle est réalisable à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan

Mots clés : communications inter ventriculaires-cardiopathies congénitales-cathétérisme interventionnel

L'AGROALIMENTAIRE ET LA SANTÉ PUBLIQUE POUR LE BIEN-ÊTRE DU CONSOMMATEUR

« On ne finit pas d'apprendre. J'étais vraiment intéressée par la formation sur l'hypertension artérielle, et contente d'être lauréate de la compétition. Il faut qu'on ait plus souvent des activités de ce type. »



Erudite Tomassi, Sage-femme fraîchement diplômée de l'Institut de Formation des Agents de Santé (INFAS), remportait le 21 septembre 2022 le Grand oral des professionnels et étudiants de la santé. L'événement se tenait à l'INFAS de Treichville avec quelques centaines de ses congénères. A la suite de formations sur l'Hypertension artérielle, ils ont présenté devant un jury une stratégie de **« Prévention de l'Hypertension Artérielle (HTA) par la réduction de la consommation quotidienne de sel alimentaire »**.

Le Grand Oral du **« Challenge MAGGI »** est un concept de Nestlé Côte d'Ivoire, mis en oeuvre en collaboration avec le PNLMM/PMNT: Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques, Prévention des Maladies Non Transmissibles et l'INFAS.

Pour sa première édition, il a ciblé 100 étudiants de l'INFAS et 100 professionnels de la Santé exerçant dans le Public et le Privé. Son objectif est de contribuer au renforcement des compétences des participants.

Le **« MAGGI Challenge »** fait partie de ces collaborations entre l'agroalimentaire et la santé publique qui visent le bien-être des populations.

Depuis la signature du partenariat entre Nestlé Côte d'Ivoire et le PNLMM en 2021, l'entreprise agroalimentaire accompagne la Journée mondiale du Cœur, et a soutenu une série de formations destinée à 700 médecins généralistes, infirmiers et sage-femmes, en matière de prise en charge de pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité.



Pour le Docteur Adoueni, Directeur coordonnateur national du PNLMM, le partenariat avec Nestlé Côte d'Ivoire trouve sa raison dans le fait qu'en tant qu'industrie alimentaire, elle prend en considération les recommandations des professionnels de la santé, notamment de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), en baissant la teneur en sel dans tous ses bouillons MAGGI de 10% et en mettant sur le marché ivoirien le MAGGI Tablette Light réduit en sel de 15%. En plus de cela, Nestlé a fortifié ses bouillons en fer et en iode, et entreprend auprès des populations, des sensibilisations pour une alimentation saine et équilibrée.



LES 2ÈMES

JOURNÉES AFRICAINES FRANCOPHONES DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE (JAFCI)

