

ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 26, N° 1 - ANNEE: 2026

ISSN: 1815 - 4433 - www.annales-umng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 26, NUMERO 1, ANNEE: 2026

www.anales-umng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
P. AKOUANGO

Rédacteur en chef
G. EKOUYA BOWASSA

Rédacteur en chef adjoint
B.I. ATIPO IBARA

Comité de lecture
G.M. MOYEN (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
A.P. BOUYA (Brazzaville)
A.R. OKOKO (Brazzaville)
J.R. MABIALA BABELA (Brazzaville)
P. KOUNA NDOUONGO (Libreville)
G. NTSAMBI EBA (Kinshasa)
S. ODZEBE ANANI (Brazzaville)
G.F. OTIOBANDA (Brazzaville)
L.O. NGOLET (Brazzaville)
E. MOYEN (Brazzaville)
L.P. BEMBA (Brazzaville)
S. ATEGBO (Libreville)
S. NGUEFACK (Yaoundé)
B.M. NDIAYE (Dakar)
P. CAMENGO (Bangui)
J.F. MIMIESSÉ MONAMOU (Brazzaville)
G. MPIKA (Brazzaville)
Y.I. DIMI NYANGA (Brazzaville)

Comité de rédaction
B.F. ELLENGA MBOLLA
H.B. EKOUELE MBAKI
G.A. MPANDZOU

Composition et mise en forme
R.D. ANKY

Administration-Rédaction
Université Marien Nguabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Nguabi
BP. 69, Brazzaville-Congo
E-mail : annales@umng.cg

ISSN : 1815-4433

- 1 **Profil Clinique et Paraclinique des Patients Insuffisants Cardiaques à l'Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun, 2025 : Une Étude Transversale**
SIDDIKATOU D, NDOM M S, MOULIOM S, MANDENG MA LINWA E, NGONGANG OUANKOU C, NDOBO V, TSAGUE KEGNI HN, TCHOUNJA KAMGANG R, NDOUMOU LXA, KAMDEM F
- 14 **Inversion utérine non puerpérale au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de deux cas et revue de la littérature**
BUAMBO GRJ, POTOKOUE MPIA SNB, EOUANI MLE, MOLONGO J, MOKOKO JC, ITOUA C
- 22 **Chirurgie du cancer du sein : bilan du CHU de Brazzaville de 2015 à 2024**
POTOKOUE MPIA NSB, BUAMBO GRJ, MOKOKO JC, BISTÉNÉ MPIKA G, BODZONGO PC, LOCKO MAFOUTA RM, IKOBO OKO CE, AYA SZ, ITOUA C
- 31 **Hypertension artérielle et facteurs de risque cardiovasculaire en milieu professionnel en zone semi-urbaine chez le personnel de la société SARIS-Congo de Nkayi**
KOUALA LANDA CM, MAKANI BASSAKOUAHOU JK, BAKEKOLO RP, MONGO NGAMAMI FS, KIMBALLY KAKY EG, BIANZA JR, NGOLO LK, ELLENGA MBOLLA BF
- 44 **Maladie au virus Monkeypox compliquée chez le nouveau-né : à propos d'un cas au CHU de Brazzaville**
ALOUMBA GA, ANGOUMA OYA SM, NKORO GA, POTOKOUE MNS, EKAT M, DOUKAGA MT, AMONA M, OSSIBI IBR, ONTSIRA NEN, BAYONNE KES, EKOUYA G.
- 50 **Profil épidémiologique des agressions faciales au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de 115 cas.**
MABIKA BD-D, NGOUA ESSININGUELE L, TIAFUMU KONDE CA, MAMETE L, EBOUNGABEKA T, OBALL MOND A, BAMBOULA C, ONDZOTTO G

- 59 **Aspects épidémiologiques et histopathologiques des mycoses profondes: 23 cas au chu de Brazzaville**
MOUAMBA FG, ALOUMBA JA, SÉKANGUÉ OBILI GL, MOZOMA LO, BIZIB NTIAKOULOU G, SIRIMÉ NGANDZO MAVE J, MOULOUNDA-MALONGA ED, MBENGUI BISSELÉ DH, ELION MFERRE P, ANDEME NICOLE J, MOUKASSA D
- 67 **Association diabète sucre de type 2 et hypertension artérielle chez le sujet congolais au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**
ELILIE MAWA ONGOTH F, GANKAMA NT, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, DINGHAT OMY, EKOUNDZOLA JR, NKOUA SE, KIMBEMBE-LOUZOLO R, SALA APENDI SS, BOUÉNIZABILA E
- 81 **Paludisme de l'enfant pendant la période de gestion de la pandémie Covid-19 au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (CHUB)**
SEKANGUE OBILI G, GOMA CE, OFAMALEKOU GNAKINGUE AN, MBOU ESSIE DE, MOYEN E, MOYEN G
- 91 **Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2 et suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.**
ELILIE MAWA ONGOTH F, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, EKOUNDZOLA JR, TSOUMOU-MASSA MF, KONO BOUKOULOU JM, DINGHAT OYM, NKOUA SE, LOUZOLO-KIMBEMBE RJ, BOUENIZABILA E
- 101 **Cardiopathies rhumatismales : données actuelles en milieu hospitalier cardiologique du CHU de Brazzaville**
MONGO NGAMAMI SF, KIKAYI MABIALA R, KOUALA LANDA C, BAKEKOLO RP, KIMBALLY-KAKY EG, NGOLO LETOMO KM-M, ELLENGA-MBOLLA BF.



CARDIOPATHIES RHUMATISMALES : DONNÉES ACTUELLES EN MILIEU HOSPITALIER CARDIOLOGIQUE DU CHU DE BRAZZAVILLE

RHEUMATIC HEART DISEASE: CURRENT DATA IN THE CARDIOLOGY DEPARTMENT OF THE BRAZZAVILLE UNIVERSITY HOSPITAL

MONGO NGAMAMI SF^{1,2*1}, KIKAYI MABIALA R², KOUALA LANDA C^{1,2},
BAKEKOLO RP^{1,2}, KIMBALLY-KAKY EG^{1,2}, NGOLO LETOMO KM-M², ELLENGA-MBOLLA BF^{1,2}.

1. Faculté des Sciences de la Santé, université Marien NGOUABI (Brazzaville, Congo)
2. Service de Cardiologie B, Centre hospitalier Universitaire de Brazzaville

RESUME

Objectif : Déterminer la fréquence hospitalière des cardiopathies rhumatismales.

Patients et méthodes : il s'est agi d'une étude rétrospective et analytique des dossiers médicaux des patients hospitalisés de janvier 2013 à décembre 2023 dans le service de cardiologie et médecine interne du CHUB pour cardiopathies rhumatismales. Ils répondaient aux critères de diagnostic échographique de World Heart Foundation (WHF) 2012 des cardiopathies rhumatismales.

Résultats : au total 85 patients ont été inclus, ils se répartissaient en 59 (69,4%) femmes et 26 (30,6%) hommes soit un sexe ratio de 2,2. L'âge moyen était de 40,4±13,3 ans, extrêmes 15 et 75 ans. La tranche d'âge de 31 à 45 ans représentait 44,7%. L'antécédent d'angines à répétition était présent chez 22 (25,9%) patients. Les patients hospitalisés au stade d'insuffisance cardiaque étaient 79 (93%). Les lésions endocardiques (valvulopathies) étaient retrouvées chez la totalité des patients (100%). Les valvulopathies trouvées étaient : l'insuffisance mitrale isolée (32,9%), la maladie mitrale (23,5%), l'association insuffisance mitrale et insuffisance aortique (14,1%), le rétrécissement mitral isolé (11,8%), l'insuffisance aortique isolée (10,6%), la maladie aortique (3,5%), l'association insuffisance aortique et rétrécissement mitral, l'association insuffisance et maladie aortique et l'association maladie aortique et rétrécissement mitral (1,2% chacune). Aucun patient n'avait bénéficié d'une chirurgie cardiaque au cours de l'hospitalisation, tous les patients ont été pris en charge avec un traitement médical standard. Six (7%) décès ont été enregistrés puis des facteurs associés à ces décès ont été recherchés.

Mots clés : cardiopathies rhumatismales, échocardiographie Doppler, données actuelles, Brazzaville.:

2

1

Auteur Correspondant

MONGO NGAMAMI Solange Flore

Faculté des Sciences de la santé, Université Marien NGOUABI

Service de Cardiologie B, Centre Hospitalier et universitaire de Brazzaville

Mail : mongongamamisolangeflore@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To determine the hospital prevalence of rheumatic heart diseases. **Patients and methods:** This was a retrospective and analytical study of the medical records of patients hospitalized from January 2013 to December 2023 in the cardiology and internal medicine department of the University hospital of Brazzaville for rheumatic heart diseases. They met the 2012 World Heart Federation (WHF) ultrasound diagnostic criteria for rheumatic heart disease.

Results: eighty five patients were included, they were divided into 59 (69.4%) females and 26 (30.6%) males, ie a sex ratio of 2.2. The mean age was 40.4 ± 13.3 years, extremes 15 and 75 years old. The 31 to 45 years old age group represented 44.7%. A medical history of recurrent rheumatic angina was found in 22 (25.9%) of patients. Patients hospitalized at the stage of heart failure were 79 (93%). Endocardial lesions (valve disease) were found in all of the patients (100%). Valve diseases found were: isolated mitral insufficiency (32.9%), mitral disease (23.5%), association of mitral insufficiency and aortic insufficiency (14.1%), isolated mitral stenosis (11.8 %), isolated aortic insufficiency (10.6%), aortic disease (3.5%), the association of aortic insufficiency and mitral stenosis, the association of aortic insufficiency and aortic disease and the association of aortic disease and mitral stenosis (1.2% each). None of the patients had undergone heart surgery during hospitalization, all patients were managed with standard medical treatment. Six (7%) lethal cases were recorded then factors associated with these deaths were sought.

Mots-clés : rheumatic heart disease, Doppler echocardiography, current data, Brazzaville

INTRODUCTION

La cardiopathie rhumatismale (CR) représente la principale complication et cause de mortalité du rhumatisme articulaire aigu (RAA). Elle demeure la première cause de cardiopathie acquise chez les enfants et les jeunes adultes à travers le monde [1]. Le RAA est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la CR affecte plus de 40 millions de patients à l'échelon mondial, et est à l'origine de plus de 306 000 décès annuels [2,3]. Le RAA est une réaction inflammatoire auto-immune à une infection de la gorge provoquée par un streptocoque du groupe A (pharyngite à streptocoque ou angine aiguë). Les valves deviennent alors rigides et fibreuses et ne bougent plus normalement. Elles peuvent ne pas se fermer correctement, ce qui peut permettre au sang de couler à contre-courant, et/ou les valves peuvent ne pas s'ouvrir convenablement, ce qui peut bloquer la circulation du sang. L'atteinte cardiaque au cours du RAA peut être précoce ou tardive. Seules les infections des voies aériennes supérieures (VAS), avec atteinte des amygdales et du pharynx, sont à l'origine du RAA et de sa manifestation cardiaque [4]. Si la CR n'est pas diagnostiquée et prise en charge assez tôt, elle peut se compliquer d'une défaillance cardiaque et conduire à un décès prématuré [5].

La fréquence hospitalière des cardiopathies rhumatismales reste élevée dans les pays en voie de développement : 29,3 % en Tunisie et 13,3 % en Afrique subsaharienne [4]. En 1990 les études réalisées dans différents pays : la Guinée Conakry, le Mali, l'Éthiopie et l'Afrique du Sud, montraient une prévalence de la CR variant de 2,4 à 10% [6].

Selon une étude récente réalisée en milieu pédiatrique à Bamako au Mali entre

janvier 2018 et Décembre 2022, la fréquence des cardiopathies rhumatismales était de 0,15% [7].

Au Congo, en 2008, Kimbally Kaky G. avait trouvé une prévalence de 3,5% de cardiopathie rhumatismale chez les enfants en milieu scolaire à Brazzaville [8]. Cependant, au Congo, il n'y a pas encore un grand nombre d'études sur les cardiopathies rhumatismales (CR) chez les adultes. Il nous a donc paru nécessaire de faire le point sur les CR de l'adulte à la lumière des données actuelles de cette affection, avec pour objectifs d'étudier ses caractéristiques épidémiologiques et évolutives de cette affection.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Type et période d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale, rétrospective et descriptive. Période d'étude a porté sur l'examen des dossiers médicaux des patients hospitalisés de janvier 2013 à décembre 2023(10 ans).

Population d'étude : inclusion Totale de tous les patients admis en hospitalisation dans le service de cardiologie pour cardiopathie rhumatismale durant la période d'étude ; porteurs d'une cardiopathie rhumatismale consentant et ayant un dossier médical complet (contenant une échocardiographie, une radiographie du thorax de face, un ECG, un hémogramme, une créatininémie, une glycémie à jeun).

Les paramètres étudiés étaient :

– Socio-démographiques : âge, sexe, profession, lieu de résidence, ATCD, ancienneté de la CR, délai de consultation, facteurs associés (énolisme, tabagisme, grossesse) ;

– cliniques : motifs de consultation (dyspnée, toux, impotence fonctionnelle,

douleur thoracique, palpitations, hémoptysie) et signes physiques (OMI, TSVJ, HMG, RHJ, souffle, tachycardie, bruit de galop, trouble du rythme cardiaque, râles pulmonaires, déficit sensitivomoteur) ;

– paracliniques : radiographie thoracique, ECG ; échocardiographie, NFS, VS, glycémie, créatininémie et débit de filtration glomérulaire (DFG) ;

– thérapeutiques : traitement entrepris ;

– évolutifs et pronostiques : complications évolutives intrahospitalières, durée d'hospitalisation et facteurs associés au décès.

- Critères diagnostiques de la CR [9, 10]:

a) - Nouveau cas de CR évolutive :

- Patients aux ATCD de RAA ; ayant présenté dans un passé ou même pendant la période d'étude un diagnostic de RAA ;

- Démonstration clinique et para clinique : d'une atteinte endocardique (valvulopathie) organique sur valve préalablement saine ; d'une atteinte myocardique ou d'une atteinte péricardique

b) - Récidive de CR évolutive :

- Même données que chez le nouveau cas de CR évolutive ;

- Patients ayant des ATCD documentés de CR.

c) - Valvulopathie post rhumatismale

- Patients aux ATCD ou non de RAA ;

- Patients aux ATCD ou non de CR ;

- Patients présentant une valvulopathie avec ATCD de RAA.

d) - Complication évolutive d'une valvulopathie post rhumatismale : insuffisance cardiaque ; trouble du rythme ; aggravation de lésions résiduelles accidents thromboemboliques ; décès.

f) - Comorbidité sur cardiopathie post rhumatismale Toute affection grave et/ou facteur d'aggravation associé sans rapport direct avec une cardiopathie rhumatismale opérée ou non, était considérée comme une comorbidité.

7)- Analyse statistique : les données ont été saisies par le logiciel Épi info version 3.5.4 et traitées par Excel. Un calcul des odds ratio (OR) et leur intervalle de confiance (IC) à 95%. Le seuil de significativité pour les comparaisons était fixé à $p < 0,05$.

RÉSULTATS :

Durant la période d'étude, 117 patients ont été hospitalisés pour cardiopathie rhumatismale dans le service de cardiologie et médecine interne du CHUB sur 4009 maladies cardiovasculaires soit une fréquence de 3%. Parmi les 117 patients 85 patients ont été retenus pour dossier médical complet.

Il s'agissait de 59 femmes (69,4%) et 26 hommes (30,6%) avec un sex ratio de 2,2. L'âge moyen des patients était de $40,4 \pm 13,3$ ans (extrêmes : 15 et 75 ans).

La répartition des patients selon la tranche d'âge est présentée par la figure 1.

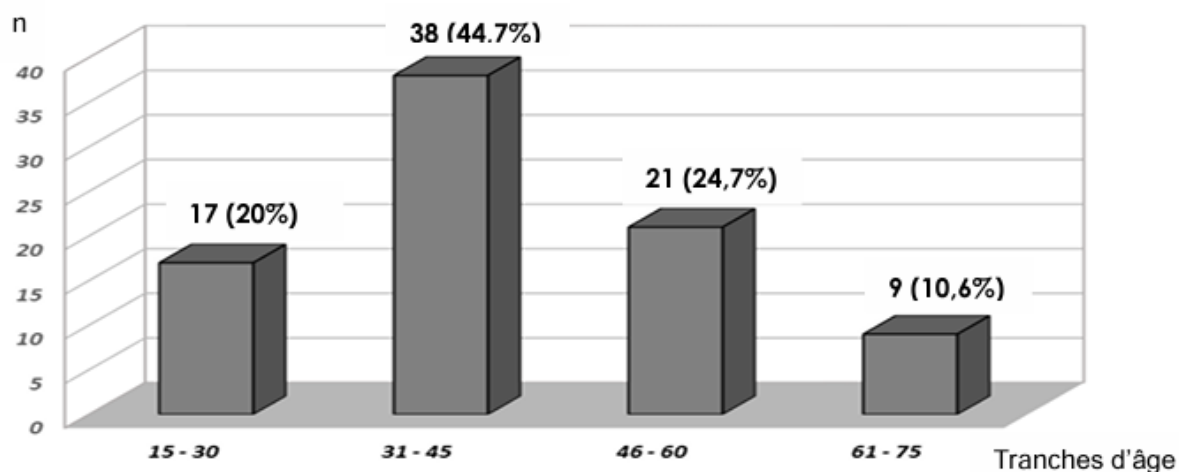


Figure 1. La répartition des patients selon la tranche d'âge

Les aspects sociodémographiques des patients étaient les suivants : 33 patients (38,8%) avaient un bas niveau socio-économique et près de la moitié d'entre eux 49 (57,6% étaient des célibataires)

La Répartition selon le sexe des patients en fonction des antécédents et des pathologies ou des facteurs associés se retrouve dans le tableau I.

Tableau I : répartition selon le sexe des patients en fonction des antécédents et des pathologies ou des facteurs associés

	Femmes n = 59	Hommes n = 26	Total n = 85
Antécédents			
Angine à répétition	15 (25,4%)	7 (26,9%)	22 (25,9%)
Hospitalisation antérieure	13 (22%)	7 (26,9%)	20 (23,5%)
Polyarthrite	5 (8,5%)	4 (15,4%)	9 (10,6%)
Chirurgie cardiaque	2 (3,4%)	2 (7,7%)	4 (4,7%)
Bronchite à répétition	1 (1,7)	2 (7,7%)	3 (3,5%)
Pathologie ou facteurs associés			
HTA	6 (10,2%)	5 (19,2%)	11 (13%)
Enlisme	1 (1,7%)	4 (15,4%)	5 (5,8 %)
Diabète	1 (1,7%)	2 (7,7%)	3 (3,5%)
Drépanocytose	2 (3,4%)	1 (3,8%)	3 (3,5%)
Tabagisme	1 (1,7%)	2 (7,7%)	3 (3,5%)
Infection au VIH	1 (1,7%)	-	1 (1,2%)
Grossesse	1 (1,7%)	-	1 (1,2%)

Le délai moyen de consultation était de 50 ± 43 jours (extrêmes : 5 et 190 jours). L'ancienneté moyenne de la CR était de 43 ± 36 mois (extrêmes : 5 et 120 mois).

Les motifs de consultation étaient : la dyspnée (n=56 ; 65,8%), les OMI (n=54 ; 63,5%) et la toux (n=34 ; 40%).

Dans 93% (n = 79), les patients étaient hospitalisés au stade d'insuffisance cardiaque. Les types d'insuffisance cardiaque étaient : globale (n= 60 ; 70,6%), IC gauche (n=11 ; 13%) dont sans IC (n= 6 ; 7%), IC droite (n= 8 ; 9,4%),

La répartition selon les signes physiques étaient représentée comme suite : hépatomégalie (n=62 ;73%), souffle cardiaque (n=59 ; 69,4%), OMI (n=58 ;68,2%),bruit de galop (n=39 ;45,9%), râles crépitants

(n=37 ;43,5%), bruit du cœur irréguliers (n=37 ; 43,5%)

Les signes radiologiques retrouvés étaient : une CMG (n=76 ; 89,4%), un Rapport Cardio-Thoracique (%) moyen 66,2 ± 8,08 (extrêmes :38-84) ; des opacités alvéolaires (n= 36 ; 42,4%) ; et un épanchement pleural (n=10 ; 11,8%)

Les signes électrocardiographiques les plus fréquents étaient : un rythme sinusal (n= 45 ; 52,9%) ; une hypertrophie ventriculaire gauche (n= 46 ; 54,1) ; une ACFA (n= 39 ; 45,9%) ; l'association hypertrophie auriculaire gauche et HVG (n= 22 ; 25,9%) ; une HAG (n= 20 ; 23,5%).

Les signes échocardiographiques : les différents types de cardiopathie rhumatismale retrouvés étaient : une

atteinte valvulaire (n=85 ;100%) , les différentes valvulopathies répertoriées sont représentées par la figure 2 ; une endocardite infectieuse (n=2; 2,3%) ; une endomyocardite et une péricardite (1,1% respectivement).

La répartition des patients selon les signes et anomalies échocardiographiques est représentée par le tableau II.

Tableau II : répartition des patients selon les signes et anomalies échocardiographiques

	n	%
Valves épaissies	66	77,6
Dilatation du VG	58	68,2
Dilatation de l'OG	50	58,8
HTAP	39	45,9
Insuffisance valvulaires	58	68,2
Insuffisance + rétrécissements	25	29,4
Dilatation de l'OD	24	28,2
Valves calcifiées	23	27,1
Dilatation de la VCI	20	23,5
Valves rétractées	16	18,8
Rétrécissements valvulaires	14	16,5
Dilatation du VD	14	16,5
Valve prolabée	9	10,6
Fusion des commissures	9	10,6
Epanchement péricardique	1	1,2
Végétations valvulaires	1	1,2

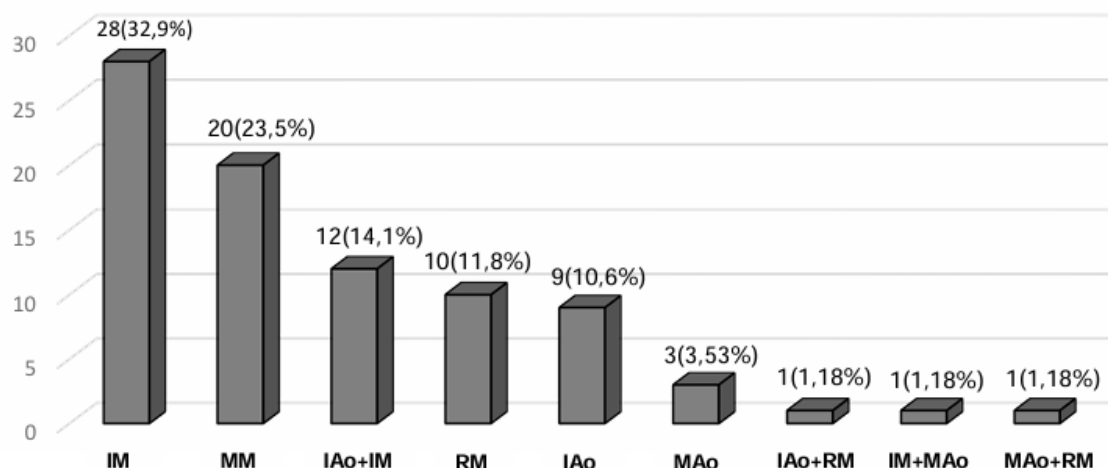


Figure 2 : Atteintes valvulaires répertoriées à l'échocardiographie

La répartition des patients selon les moyens thérapeutiques utilisés est représentée par le tableau III.

Tableau III : répartition des patients selon les moyens thérapeutiques utilisés.

	n	%
Repos/RSS	83	97,6
Diurétique de l'anse	84	98,8
HBPM	80	94,1
IEC	72	84,7
Potassium	61	71,7
AVK	32	37,6
Digitalique	31	36,4
Antagoniste des minéralocorticoïdes	5	5,9
Sympathomimétique	4	4,7
ARA2	1	1,1
Bétabloquant	1	1,1
Autres médicaments	16	18,8

Autres médicaments :
Dapagliflozines (14 ; 16,4%);

Antibiotiques(n=2), Anti hypertenseurs, antidiabétiques, antitussifs, acides foliques.

Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un traitement chirurgical. La chirurgie cardiaque était indiquée chez 51 (60 %) patients, parmi eux, 24 étaient déjà en attente de chirurgie avec dossiers d'évacuation sanitaire non encore effectifs.

Les complications des cardiopathies rhumatismales étaient : IC (n= 79 ; 93%), ACFA (n= 36 ; 42,4%), choc cardiogénique (n= 3 ; 3,5%) accident thromboembolique (n= 3 ; 3,5%) et Endocardite infectieuse (n= 2 ; 2,3%)

Sur le plan évolutif, la durée moyenne du séjour hospitalier était de 20 ± 22 jours (extrêmes : 3 et 160 jours). Dans 62 (72,9%) cas, les patients avaient eu un séjour ≤ 21 jours et 23 patients (27,1%) avaient eu un séjour supérieur à 21 jours.

Au total, 76 (89,5%) patients avaient une évolution favorable avec régression des signes d'IC, six patients (7%) étaient décédés et trois patients (3,5%) étaient sortis du service contre avis médical

Les facteurs associés au décès sont représentés dans le tableau IV.

Tableau IV : facteurs associés au décès.

Facteurs de						
décès	Absent	Présent	OR (IC 95 %)	P-value	Adj OR (IC 95 %)	P-value
FEVG						
< 40	8 (72,7)	3 (27,3)	11,62 (1,69-99,34)	p=0,013	- (0,00-NA)	p=0,996
IC chronique	72 (96,0)	3 (4,0)	0,10 (0,02-0,61)	p=0,010	0,07 (0,00-1,39)	p=0,094
IAo	9 (75,0)	3 (25,0)	7,78 (1,28-48,09)	p=0,021	9,51 (0,33-404,79)	p=0,181
Anémie	30 (85,7)	5 (14,3)	6,17 (0,93-121,57)	p=0,105	- (0,00-NA)	p=0,996
DFG <60	11 (78,6)	3 (21,4)	4,09 (0,68-24,91)	p=0,111	2,39 (0,02-130,15)	p=0,654

DISCUSSION

Les limites et difficultés de l'étude ce sont celles des études rétrospectives : La procédure de l'échantillonnage et le manque d'informations et d'archivage des dossiers.

La fréquence hospitalière était de 4,5 % des cardiopathies rhumatismales. Au Congo, selon l'étude de Moyen G. en milieu scolaire à Brazzaville, la prévalence des CR était de 1,4‰ et celle de l'association avec le RAA de 2,3‰. Dans l'autre étude, rétrospective, réalisée dans le service de

pédiatrie du CHUB, 68 cas de CR avaient été colligés de janvier 1989 à décembre 1995 (en 7ans), la fréquence était de 0,7% [6]. En 2008, Kimbally Kaky G. avait trouvé une prévalence de 3,5‰ chez les enfants en milieu scolaire à Brazzaville [8]. Néanmoins elle reste élevée et disparate dans les pays en voie de développement : 29,3 % en Tunisie et 13,3 % en Afrique subsaharienne [5]. En 1990 les études réalisées dans différents pays : la Guinée Conakry, le Mali, l'Ethiopie et l'Afrique du Sud, montraient une prévalence de la CR variant de 2,4 à 10‰ [6]. Il est couramment admis que pour chaque cas de cardite

rhumatismale cliniquement reconnu, il y a jusqu'à dix cas subcliniques, ce qui rend impératif la mise en œuvre d'un programme de prévention et de détection précoce [9].

Nous avons noté une prédominance féminine à 69,4%, avec un sex ratio de 2,2. une prédominance de la cardite rhumatismale a été observée chez les filles, avec un ratio garçon/fille plus élevé de 0,78 à Bamako [7]. Le risque de développer la cardiopathie rhumatismale serait jusqu'à deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes [10]. Par contre la cardite rhumatismale touche de manière disproportionnée les filles et les femmes, bien qu'une étude menée au Nigeria ait fait état d'une prédominance masculine à Lagos [11] ; dans la même veine, une étude réalisée en Mauritanie sur 92 cas de CR, Ba. ML. et al trouvaient une prédominance masculine de 52,2% [12].

La tranche d'âge comprise entre 31 et 45 ans a été la plus représentée avec 44,7% des patients. Le taux inférieur des cas dans la tranche d'âge en amont entre 18 et 30 ans dans notre série peut s'expliquer par, d'une part, le retard diagnostique et d'autre part, le taux de prévalence de la CR qui augmente avec l'âge du fait des expositions cumulées à l'infection [13]. Les taux réduits des cas dans les tranches d'âges supérieur à 46ans peuvent s'expliquer par l'espérance de vie courte de cardiopathies au stade de chronicité. En effet, 60% de ces patients décèdent prématurément avant 70 ans) [14].

La majorité de nos patients (78,8%) résidaient à Brazzaville (en milieu urbain). Ce résultat est proche de celui observé par OUEDRAOGO à Bobo Dioulasso (80%) [15]. Cela peut se justifier par la localisation des centres d'étude en milieu urbain facilitant ainsi l'accès aux infrastructures de santé par rapport au milieu rural où plusieurs cas sont ignorés et sont sous diagnostiqués. FADAHUNSI et al. À Lagos trouvaient un pourcentage d'enfants non résidant plus élevé soit 43% [16].

La plupart de nos patients avait un bas niveau socio-économique. Ces données sont comparables à celles de Sadik et coll. au Pakistan faisaient le même constat en retrouvant un bas niveau socio-économique dans 81% des cas [17]. Le bas niveau socio-économique et donc la pauvreté représente des facteurs socio-économiques classiques dans la survenue du RAA et donc de la CR. En effet, le rhumatisme articulaire aigu touche principalement les enfants et les adolescents vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, et vivant dans des communautés marginalisées ou la pauvreté est très répandue et que l'accès aux services de santé est limité (les peuples autochtones, personnes pauvres qui vivent dans des conditions de surpeuplement. Le manque d'hygiène, le manque de ressources financières et la promiscuité favoriseraient la transmission du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. D'autres facteurs ont été avancés, comme la difficulté d'accès aux soins, et le germe lui-même, avec l'émergence de souches résistantes aux antibiotiques [10]. Aussi la régression, voire la disparition de ces pathologies dans les pays développés est liée à l'amélioration des conditions de vie et une prise en charge précoce et efficace des infections oro-pharyngées dans ces pays [18].

Les antécédents d'angine à répétition étaient les plus signalés dans les deux sexes. Cela est sûrement dû au fait qu'il est le principal point de départ du RAA et donc des CR. Ce qui est en accord avec de nombreuses études antérieures [19]. L'HTA était la pathologie la comorbidité la plus rencontrée. Cela se justifie par le fait que cette étude s'est réalisée dans un service de cardiologie prenant en charge les patients adultes et âgés. L'autre raison est que l'HTA est un facteur de risque ou une pathologie très fréquente dans le monde et en Afrique.

La majorité des auteurs africains a constaté comme dans notre série que les patients consultaient tard, et ceci devant des signes de gravité, et surtout après avoir

essayé sans succès divers traitements traditionnels, d'où les diagnostics et prise en charge tardif au stade de complications [20].

Au plan clinique, la dyspnée était le principal motif de consultation chez 65,8% patients. La dyspnée, témoins de la défaillance cardiaque était également le signe le plus courant dans la littérature [12,20].

Au plan paracliniques, les anomalies électrocardiographiques observées au cours de notre étude, l'HVG était la plus fréquente avec 54,1% des cas, suivie de l'ACFA avec 45,9% puis l'association HAG+HVG avec 25,9% des cas et l'HAG 23,5% des cas. Dans la série de Konaté A l'hypertrophie auriculo-ventriculaire gauche était prédominante avec 45% des cas suivie de l'HVG (17,5%) et l'HAG (10%) [21]. Une fréquence élevée des hypertrophies des cavités cardiaques gauches et une ACFA s'expliquerait par le retard dans le diagnostic des valvulopathies.

A l'échocardiographie, l'insuffisance mitrale était de loin la lésion valvulaire la plus fréquente chez les patients dans 32,9% des cas. Cette prédominance est voisine de la littérature. Ces lésions valvulaires mitrales ont été largement décrites dans la littérature [7,10].

Sur le plan Biologique, l'anémie était présente chez 35 (47,9%) patients et l'insuffisance rénale chez 14 (22,6%) patients. Cela met en évidence le syndrome cardio-rénal-anémie, défini comme la cohabitation des trois comorbidités (IC, insuffisance rénale et anémie). Ce syndrome est fréquent dans la littérature, sa prévalence varie entre 10 et 80% selon la population [22].

Au plan thérapeutique, Il n'existe pas de traitement médical curatif de la cardiopathie rhumatismale et les lésions des valves cardiaques sont permanentes. Aucun patient n'avait bénéficié de la

pénicillinothérapie ni de la corticothérapie au cours de l'hospitalisation dans notre série car aucun de nos patients n'avait un tableau clinique de RAA évolutive. La grande majorité des patients ont reçu le traitement médical standard de l'IC (RSS, diurétique de l'anse et IEC, Dapagliflozines ...), Les patients atteints de cardiopathie rhumatismale sévère auront souvent besoin d'une intervention chirurgicale pour remplacer ou réparer la ou les valves lésées. Aucun patient n'avait bénéficié d'un traitement chirurgical au cours de l'hospitalisation dans notre série, alors qu'il était indiqué chez nombreux de nos patients. La prise en charge chirurgicale des CRC au Congo n'est pas encore effective, les rares patients qui le peuvent le font à l'étranger. Ce système n'est souvent pas disponible dans les pays à revenu faible, ou lorsqu'il est disponible, les coûts peuvent être trop élevés s'ils ne sont pas couverts dans le cadre des plans nationaux de santé, exposant ainsi les familles à une pression financière accrue.

Le pronostic intrahospitalier était souvent bon (89,4%). Les facteurs associés au décès L'étaient la FEVG abaissée (< 40%), l'IAo, et l'anémie. Ajustés à l'âge et au sexe, certains de ces facteurs comme la FEVG abaissée et l'anémie ne sont plus liés au décès. L'âge et le sexe auraient donc une influence sur le décès pour cardiopathie rhumatismale. Selon les estimations de l'OMS, elle toucherait 55 millions de personnes dans le monde et entraînerait environ 360 000 décès chaque année, la grande majorité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au vu des complications de la maladie, il convient d'agir en amont par les actions préventives du RAA [6]. Il n'existe pas de vaccin contre les infections du SGA. Le traitement antibiotique le plus efficace pour prévenir d'autres infections est la benzathine benzylpénicilline G qui est administrée par injection intramusculaire toutes les 3 à 4 semaines pendant plusieurs années.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande le dépistage scolaire des cardiopathies rhumatismales par la réalisation d'une échocardiographie afin de débiter une prise en charge des patients asymptomatiques dans les zones à haute prévalence de RAA [5].

CONCLUSION

La cardiopathie rhumatismale est toujours présente en hospitalisation à Brazzaville. Cette pathologie affecte souvent les sujets jeunes et de sexe féminin. Le diagnostic se fait tardivement car la plupart des patients arrivait au stade de complications, dominées par les défaillances cardiaques. La principale cardiopathie rhumatismale demeure les anomalies valvulaires Mitrales. Les facteurs associés au décès étaient la FEVG abaissée, l'âge et le sexe. Le traitement curatif reste la chirurgie encore déficitaire dans notre contexte. L'accent sera mis sur la prévention des infections streptococciques, en s'attaquant à la pauvreté et en améliorant les conditions de vie et de logement, ou en traitant rapidement les infections streptococciques avec des antibiotiques lorsqu'elles surviennent.

RÉFÉRENCES

1. Marijon E, Mirabel M, Celermajer DS and al. Rheumatic heart disease. *Lancet*. 2012; 379: 953 - 64
2. Sekkali N., El Ouali L., Akoudal H. Le rhumatisme articulaire aigu. *J Mar Cardiol*. 2010; 2 : 28-33.
3. Barsaoui S. Rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. *EMC-pédiatrie 2* (2005) 243 – 55
4. Longuet P et Vilde JL. Rhumatisme articulaire aigu: Physiopathologie, aspects cliniques. *Rev Prat*. 1992; 42: 293 – 7
5. Moyen G, Okoko A, Mbika C et al. Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales de l'enfant à Brazzaville. *Med Afr Noire*. 1999 ; 46(5) :258-263
6. Abdoul Karim Doumbia, Aniessa Kodio, Alfousseni Sanogo. Profil Épidémiologique, Clinique et Échocardiographique des Cardiopathies Rhumatismales de l'Enfant à Bamako. *Health Res Afr*. 2025 ; 3(2) : 7-12
7. Kimbally Kaky G, Gombet T, Elenga-Mbola B et al. Les Cardiopathies rhumatismales en milieu scolaire à Brazzaville. *Med Trop*. 2008; 68 : 603 – 605
8. Marijon E, Mirabel M, Celermajer DS, Jouven X. Rheumatic heart disease. *Lancet*. 2012; 379 (9819):953-964.
9. World Health Organization. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of seventy-first world health assembly, April 2018.(available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/ accessed 20 March 2018)
10. Ba ML, Kane FB. Etude préliminaire des cardiopathies chez l'enfant mauritanien. *Med Afr Noire*. 2000 ; 47 (11) : 492-493
11. Zaouali R M, Drissa H, et Boussaada R. « Rhumatisme articulaire aigu de l'adulte ». *EMC - Cardiologie-Angéiologie*. 2004; 1: 161 - 76
12. Lozano R, Naghavi M, Foreman K and al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl*. 2012; 380: 2095 - 2128
13. Ouédraogo HCT. Les cardites aiguës rhumatismales en milieu hospitalier pédiatrique de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Thèse med Ouagadougou 1997 ; 121P
14. Fadahunsi HO, Coloer AO and Usoro P.D. Rheumatic heart disease in Nigerian children: clinical and preventive aspects. *Med Afr Noire*. 2000; 69 -70
15. Sadik M, Islam K, Abid R and al. Prevalence of rheumatic heart disease in school children of urban Lahore. *Heart*. 2009; 95: 353 – 357
16. Organisation mondiale de la santé. Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies rhumatismales ; Rapport du

Directeur général, 12 avril 2018. Disponible sur : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

17. Gaash W H. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992 Update. JAMA. 1992; 268: 2069 – 2073

18. Goudote G.N. Cardiopathies pédiatriques à l'hôpital Gabriel Touré. Thès. méd. Bamako 2001 ; 9p

19. Konaté Abou. Valvuloplastie mitrale pour complications cardiaques du RAA : réussite et échec à propos de 40 cas au service de cardiologie de l'hôpital Mère Enfant « Le Luxembourg ». Thès méd. Bamako 2009; 14p

20. Akram K, Pearlman B. Congestive heart failure-related anemia and role for erythropoietin. International J Cardiol. 2007;117:296-305.