



Afin d'améliorer l'organisation des consultations externes, la Direction Générale ambitionne d'optimiser le pavillon de consultation externe et d'y implanter une démarche qualité via un système de management de la qualité (SMQ) obéissant à la norme ISO 9001 version 2015.

Ce projet couplé à celui de « Check-up Santé en Hôpital du Jour (CSHJ) » constituera la première étape de la Politique Qualité de l'HGR.

Département	Spécialités	Numéro du Box de consultation	Numéro de Téléphone
Département de Médecine et Spécialités Médicales	Cardiologie	3	99 04 28 31
	Cardio pédiatrie	15	
	Néphrologie	11	99 04 29 77
	Neurologie	5	
	Psychologie	4	
	Nutrition	12	90 14 77 77
	Médecine interne	14	
	Dermatologie	16	
	Rhumatologie	19	
	Hépto-Gastro-Entérologie	13	99 04 29 48
	Endocrinologie	20 et 21	99 04 27 87
Médecine Physique et de Réadaptation	Service MPR	81 83 31 10	
Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales	Orthopédie-Traumatologie	9	99 04 16 12
	Chirurgie Générale et Digestive	1 et 2	99 04 24 22
	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	6	
	Urologie Andrologie	10	99 04 01 90
	Neurochirurgie	7 et 8	
	Ophtalmologie	27	
	Stomatologie	26	Sans rendez-vous
	ORL	25	
Procréation Médicale Assistée	28		
Département d'Anesthésie Réanimation et Urgences	Consultation Pré- Anesthésie	24	99 04 27 55
	Consultation médecine générale	22 et 23	Sans rendez-vous

*Issa Marou,
Surveillant général*



La Référence pour votre bien être



SOMMAIRE

1 Innovation à l'Hôpital Général de Référence Page 4

2 Filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) Pages 5-6

3 Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire Pages 10-11

4 Trombinoscope de l'Hôpital Général de Référence de Niamey Pages 13-16

5 Consultations externes à l'Hôpital Général de Référence Page 27-28

HGR-Infos

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Pr ADEHOSSI Eric Omar

RÉDACTEUR EN CHEF

Adamou Foumakoye Gado

COMITÉ DE RÉDACTION

Aminata Amadou Oumarou

Idrissa Tcholi Emoud

Issa Morou

Dr Labo Saidou

Dr Djibo Soumana

Dr Guero Souley

Dr Zakaria Mamoudou

Dr Alfari Abdoul Aziz

Mme Yacouba Haoua Mamane Bako

Sallah Adamou Wakou

Abdallah El Back Adam

Fatima Illies

Hadizatou Oumarou Issaka

Salamatou Hassane Diakité

Hadjara Abdoul Laye

COLLABORATEURS

Ismael Laoual Sallaou

Inoussa Oumarou

Siradji Sanda

Mme Moudi Hamsatou

ADRESSE : Quartier Tchangarey derrière l'École de la Gendarmerie Nationale

TEL : 00227 99 04 15- 87/70 33 93 95

Email : hgrniamey@gmail.com

BP : 12 674 Niamey-Niger

Impression

Imprimerie PIVANO du Niger

Consultations externes à l'Hôpital Général de Référence

Les consultations externes d'un hôpital représentent une grosse partie de l'activité hospitalière et touchent un panel très large d'utilisateur. De ce fait la consultation externe constitue souvent la porte d'entrée dans l'hôpital et en déterminera l'appréciation générale par les usagers. Cette appréciation des usagers sur la qualité de prestation fournie sera intimement liée à la fluidité tout le long du processus de soins et portera notamment sur la prise de rendez-vous, l'identification des box, le déroulement de la consultation et la programmation des soins. La réussite ou l'échec de cette procédure dictera également le comportement futur du patient vis-à-vis de l'institution.

Contrairement à la consultation d'urgence qui est un acte non programmé, la consultation externe est un acte programmé de dépistage ou de suivi d'une pathologie. Cette consultation externe est limitée dans le temps par des horaires de fonctionnement prédéfinis des box de consultation. Cette définition pose clairement la différence essentielle entre consultations externes et consultation des urgences.



Issa Morou Surveillant Général

De nos jours le management de ces consultations externes suscite un intérêt de plus en plus important devant le nombre croissant de patients demandeurs de ce service. En effet, les médecins et les hôpitaux sont de plus en plus regardant sur l'organisation de cette entité qui se révèle être le lieu de recrutement de prédilection des patients.

Comment s'organisent actuellement les consultations externes à l'HGR ?

Il faut distinguer plusieurs types de consultations :

- Les consultations de médecine générale;
- Les consultations de spécialités médicales et ou chirurgicales

Les rendez-vous et la gestion des consultations externes sont assurés par les secrétaires médicales des services et départements. Ces consultations sont centralisées au niveau du pavillon de consultations externes qui est lui-même organisé en plusieurs blocs et box de consultation.



Box de consultation

Bilan chiffré des activités de l'HGR

Consultation à l'HGR de 2021 à 2022

Années	Nombre de consultants directs	Nombre de consultants référés	Nombre de visites de retour	Total
2021	23 306	913	6 316	30 535
2022	25 460	1 993	14 271	41 724

Hospitalisation à l'HGR de 2021 à 2022

Années	Nouvelles Admissions	Sorties	Taux de décès	Taux de guérison	Durée moyenne de séjour
2021	5 410	5 331	6,63%	71,52%	7,18
2022	5 604	5 479	6,41%	79,51%	6,61

Editorial

Innovation multi sectorielle !!

L'HGR est un établissement hospitalier de troisième niveau ayant fait de l'innovation le «carburant» essentiel pour le hisser non seulement au sommet de la pyramide sanitaire du Niger mais également pour faire de lui un centre hospitalier sous régional de référence. Pour se faire l'HGR mise sur le développement spécifique de certains pôles d'excellence tel que :

- Le pôle cardiovasculaire et neurovasculaire ;
- Le pôle tête et cou ;
- La chirurgie mini invasive ;
- La chirurgie des prothèses articulaires ;
- L'imagerie médicale et la radiologie interventionnelle.

En plus de ces différentes innovations cliniques l'HGR mise également sur le développement d'entités qui renforcent son statut d'hôpital «unique» et optimisent son management. Dans ce domaine, la principale innovation réside dans la création de deux directions techniques :

- La direction administrative et financière ;
- La direction médicale.

Ces directions techniques sont des structures d'appui chargées d'accompagner la Direction Générale pour la réalisation des missions assignées à l'hôpital, l'atteinte des résultats et l'amélioration de la performance. Elles sont placées sous l'autorité directe du Directeur Général et sont dirigées par les directeurs nommés par arrêté du Ministre en charge de la Santé, sur proposition du Directeur Général de l'HGR.

La direction administrative et financière (DAF) est en charge de la coordination de tous les services administratifs et financiers. Elle conseille la Direction Générale dans toutes les affaires ayant une incidence financière et valide la conformité de tous les documents soumis à la signature du Directeur Général. Cette direction est composée de plusieurs départements dirigés par des chefs de département. Chaque département est lui-même organisé en services.

La direction médicale (DM) est en charge de la coordination de



Pr ADEHOSSI Eric Omar
Directeur Général

tous les services cliniques et des services d'appui médico-technique. Cette direction est responsable de l'exécution des plans d'action des différents services qu'elle couvre. Elle conseille le Directeur Général dans toutes les décisions ayant une incidence directe sur les soins ou les conditions de travail des soignants. Cette direction est composée de plusieurs départements dirigés par des chefs de département. Chaque département est lui-même organisé en services.

L'HGR inaugure ainsi une nouvelle ère dans le management des établissements hospitaliers au Niger et entend ouvrir la voie vers une nouvelle génération d'un hôpital «spécialisé de niveau 4» dans un futur proche.

Innovation à l'Hôpital Général de Référence

L'Hôpital Général de Référence de Niamey ne cesse d'être à l'avant-garde de l'innovation en santé afin de remplir ses missions et assurer le rayonnement du système sanitaire du Niger. Pour ce faire, l'HGR a accueilli avec bienveillance une initiative de jeunes spécialistes en vue de promouvoir la prise en charge de certaines maladies.

Monsieur le Ministre qu'est ce qui a motivé la cérémonie de ce jour ?

La cérémonie qui nous réunit aujourd'hui 26 octobre 2022 rentre dans le cadre du lancement de trois projets innovants sur initiative de jeunes promoteurs.

Le premier porte sur l'acquisition de soixante (60) moniteurs qui ont été créés par une start-up nigérienne dénommée YAYI MAKE ; le deuxième porte sur le développement de la chirurgie cardiaque et le troisième est relatif à la création d'une filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Il faut préciser que ces projets vont pour la plus part considérablement contribuer à la diminution des évacuations sanitaires à l'étranger et par conséquent diminuer les dépenses que l'Etat engage pour les dites évacuations. Ces projets permettront également à terme de renforcer la qualité des prestations dans les services sanitaires au Niger. Grâce à l'implication de



Intervention du Ministre en charge de la Santé à la présentation des 3 projets

Son Excellence Bazoum Mohamed Président de la République du Niger, près de six cent millions (600 000 000) de francs CFA ont été octroyés à la mise en œuvre des trois projets.

pouvez-vous nous en dire plus sur ces trois projets ?

Le premier projet porte sur l'acquisition de soixante (60) moniteurs de surveillance multiparamétrique de conception Nigérienne. Ces moniteurs développés par la start-up YAYI MAKE sont destinés aux services de réanimation et aux box de consultation de trois hôpitaux de la capitale. Le projet nous a été présenté par M. Ousmane Gnaly.

Ce projet a été financé pour un montant global de cent vingt millions (120 000 000) de francs CFA et vise l'amélioration

du plateau technique des formations sanitaires, l'amélioration de la qualité des soins et la promotion du biomédicale «made in Niger».

En perspective le projet vise à permettre à l'ensemble des structures sanitaires du Niger de disposer de technologie moderne à faible coût grâce à l'expertise et la promotion des talents locaux.

Le second projet porte sur le développement de la chirurgie cardiaque afin de rendre possible la prise en charge chirurgicale des pathologies cardiovasculaires qui jusqu'alors, relevaient exclusivement des évacuations sanitaires à l'étranger. Ce projet nous a été présenté par Dr Daouda Amadou chirurgien cardiaque à l'HGR.

Le projet a été financé pour un



22^{ème} Mission Médicale Chinoise



Rémise de don à l'amicale des Etudiants en science de la santé



Don UNHCR



Journée Nationale de la femme Nigérienne à l'HGR



Visite du Pr Ciss du Sénégal et la chaîne de l'espoir



Pose de la première pierre de la cuisine de l'HGR avec le groupe Mayer

HGR, l'allié de votre santé



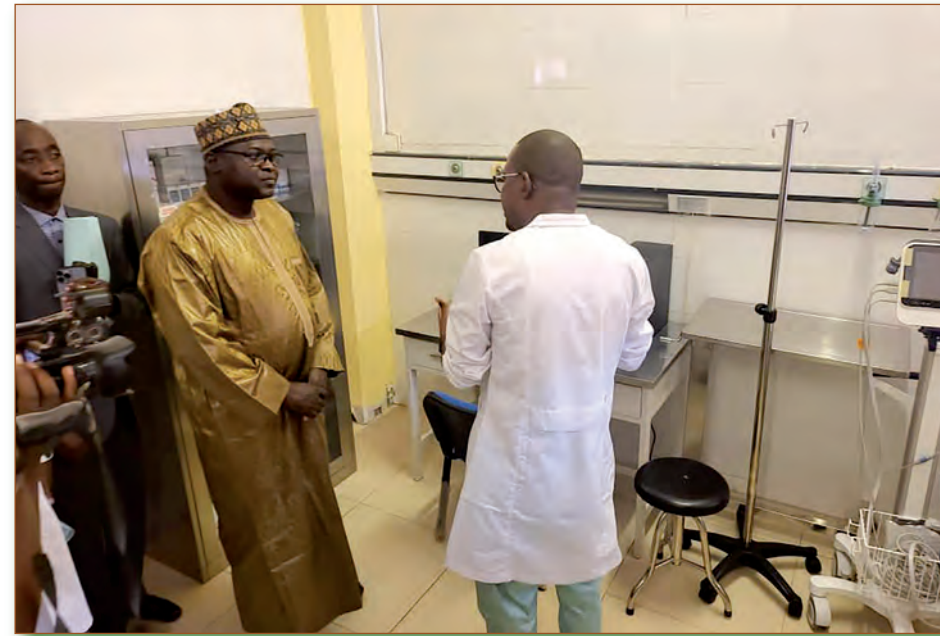
HGR et partenariat



Don de la République Populaire de Chine



Mission de Mécénat France



Visite du Ministre en charge de la Santé à l'unité de neuro vasculaire de l'HGR

montant global de deux cent quarante-huit millions (248 000 000) de francs CFA et vise, à travers l'amélioration du plateau technique, la réalisation d'une médecine de pointe et la réduction des évacuations sanitaires à l'étranger.

madou neurologue à l'HGR. Le projet a été financé pour un montant global de deux cent cinq millions (205 000 000) de francs CFA et vise, à travers la formation du personnel et la modernisation du plateau technique, à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients victimes d'AVC.

A long terme, ce projet permettra de prendre en charge l'ensemble des pathologies cardiovasculaires relevant de la chirurgie cardiaque y compris la chirurgie à cœur ouvert. Ainsi, la longue liste de patients en attente d'évacuation sanitaire pour chirurgie cardiaque fera désormais parti du passé. Le troisième projet porte sur la création d'une filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) tant cette pathologie évolue vers un véritable problème de santé publique. Ce projet nous a été présenté par Dr Zakaria Ma-



Le Ministre en charge de la Santé visitant les soins intensifs de la chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'HGR

A court et à moyen terme, ce projet permettra la prise en charge des AVC à travers des techniques modernes telles que la thrombolyse et la thrombectomie.

Quel message à avez-vous pour conclure ?

Les différents projets dont nous venons de parler vont considérablement améliorer l'offre de soins en santé au Niger.

Leur impact positif sur les dépenses de l'Etat est certain et contribuera sans nul doute à générer des économies substantielles sur le budget alloué aux évacuations sanitaires des pathologies neurologiques et cardiovasculaires. Nous invitons les soignants à s'approprier ces services et à en faire bon usage pour le plus grand bien de la population du Niger.

Département de médecine et spécialités médicales

Filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Les maladies cardiovasculaires constituent un véritable problème de santé publique au Niger. Pour permettre à nos lecteurs de mieux comprendre ces maladies, diversement interprétées par le commun des nigériens et particulièrement les accidents vasculaires cérébraux, et les possibilités de prise en charge, le Journal HGR INFO s'est adressé au Dr Zakaria MAMADOU, neurologue –neuro-vasculaire, chef de service de neurologie à l'HGR.

Nous entendons souvent parler d'accident vasculaire cérébral, couramment appelé AVC ! qu'est-ce que c'est exactement ?

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est la conséquence de l'interruption de la circulation sanguine vers le cerveau. Il se produit soit lorsqu'un vaisseau sanguin est obstrué (AVC ischémique), soit par déchirure d'un vaisseau sanguin provoquant une hémorragie (AVC hémorragique).

Quels sont les genres d'AVC qui sont pris en charge dans le service de neurologie ?

Dans le service nous prenons en charge aussi bien les AVC ischémiques que les AVC hémorragiques. En fonction de la gravité de l'AVC, il arrive que la prise en charge initiale se fasse par les neurochirurgiens ou les réanimateurs. Dans ces cas précis, le service de neurologie intervient en second pour les suites de la prise en charge.

Je tiens à préciser que notre service travaille en étroite collaboration avec le service de médecine phy-

sique et réadaptation dans le cadre de la rééducation des patients victimes d'AVC.

Quels sont les facteurs qui exposent un individu à faire un AVC ?

Ils sont divisés en facteurs non modifiables (ceux sur lesquels on ne peut pas agir) et modifiables.

⇒ Les facteurs non modifiables

- L'âge : après 55 ans, le risque d'AVC double à chaque décennie ;
- Le Sexe masculin ;
- La Race noire : incidence deux fois plus élevée des AVC ischémiques et hémorragiques chez les individus d'origine africaine et hispanique que chez les caucasiens ;
- L'antécédent familial paternel ou maternel d'AVC constitue un facteur de risque d'accident ischémique cérébral, hémorragique, multipliant par environ 2 le risque.

⇒ Les facteurs de risque modifiables.

- HTA : chaque augmentation de la pression artérielle (PA) systolique de 20 mm Hg ou de la PA diastolique de 10 mm Hg est associée à



Dr Zakaria Mamadou
Neurologue- Neurovasculaire

un doublement du risque d'AVC ;

- Hypercholestérolémie : l'élévation du mauvais cholestérol appelé LDL est associé à une augmentation du risque des AVC ischémiques ;
- Le diabète de type 2 multiplie le risque d'AVC allant de 1.8 à 6.0 fois ;
- Tabac : multiplie par 2 le risque de survenue d'AVC ;
- Alcool, Drogue ;
- Obésité ;
- Ménopause et traitement hormonal substitutif ;
- Sédentarité : une activité physique régulière est associée à une réduction du risque d'infarctus cérébral.

Les facteurs précipitants : il s'agit des facteurs qui précipitent la survenue d'un AVC chez des patients avec ou non des facteurs de risque.

- Prise aiguë d'alcool (dès 40g)
- Accès de colère – stress
- Événements de vie sévère
- Pollution atmosphérique
- Variation importante de la température extérieure

FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTICS DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE NIAMEY.

Mahadi MOUSSA KONATE¹; Abdoul Hamid BOHARI²; Boukary HIMA³; Amadou ABDOU BACHAROU¹; Boubé ABARCHI HABIBOU⁴; Mamane Nassirou OUMAROU MAHAMANE³; Mamane Sani ADO ZAKARI³; Adamou FOUMAKOYE³; Salissou MALAM ADBOU³ ; Mamane DAOU⁵ ; Illé SALHA⁶

1- Service de Neurologie de l'hôpital général de référence de Niamey

2- Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales de Maradi

3- Département d'anesthésie réanimation et urgences de l'Hôpital Général de Référence de Niamey

4- Service de radiologie Hôpital Général de Référence de Niamey

5- Service de médecine interne Hôpital national de Niamey

6- Service ORL Hôpital Général de Référence de Niamey

Auteur correspondant : Mahadi MOUSSA KONATE

Email : mahadikonate@hotmail.com

Résumé :

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une maladie grave en raison du grand nombre de décès prématuré et d'invalidité qu'il provoque chez de nombreux survivants. L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs qui concourent au mauvais pronostic des Accidents Vasculaires Cérébraux à l'hôpital général de référence de Niamey.

Il s'agissait d'une étude analytique rétrospective s'étendant sur la période allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2020 aux services des urgences et de neurologie de

l'hôpital général de référence de Niamey. Etaient inclus tous les dossiers des patients hospitalisés pendant plus de 24 heures chez qui le diagnostic d'Accident Vasculaire Cérébral était posé et traités selon le protocole de prise en charge des AVC. 418 patients étaient colligés au cours de notre étude soit une fréquence hospitalière de 13,7%. 79,18% des patients avaient une amélioration clinique par contre nous avons enregistré un taux de mortalité de 16%. Il existait une différence statistiquement significative dans la survenue de décès chez le sujet âgé $P = 0,01$. La mortalité des sujets de sexe masculin était différente de façon statistiquement significative de celle des sujets de sexe féminin $P=0,0001$. Elle était aussi élevée chez les femmes au foyer et les fonctionnaires de façon statistiquement significative avec $P < 0,05$. Une différence statistiquement significative dans la survenue du décès en fonction du lieu de résidence $P=0,009$. Nous avons aussi une différence statistiquement significative entre la survenue de décès chez les AVCH ($P < 0,05$). L'étiologie athéromateuse et l'antécédent de diabète étaient associés au décès dans notre échantillon de façon statistiquement significative avec respectivement $p < 0,05$ et $P=0,001$. Sur le plan biologique- biochimiques, l'hyperleucocytose, l'anémie, l'hyperglycémie l'hypoglycémie, la CRP élevée étaient associés au mauvais pronostic. Sur le plan évolutif le NIHSS > 20 et le Rankin à 5 étaient associés au décès. La connaissance de ces facteurs permet de renforcer la prise en charge et la surveillance des patients.

Mots clés : AVC ; Facteurs de mauvais pronostics ; HGR



Service de dialyse



Service de biologie médicale



Etude comparative d'une rachianesthésie associant des morphiniques versus une rachianesthésie sans morphiniques combinée à un bloc fémoral continu en post-opératoire dans le cadre de la réhabilitation précoce des patients opérés pour prothèse totale unilatérale de genou à l'Hôpital Général de Référence de Niamey

Titre : Etude comparative d'une rachianesthésie associant des morphiniques versus une rachianesthésie sans morphiniques combinée à un bloc fémoral continu en post-opératoire dans le cadre de la réhabilitation précoce des patients opérés pour prothèse totale unilatérale de genou à l'Hôpital Général de Référence de Niamey.

M.S. ZAKARI ADO¹, A. FOUMAKOYE¹, S. MALAM ABDOU¹, M.N. OUMAROU MAHAMANE¹, M. MAIKASSOUA³, M.L. HASSANE⁴, M. BAWA², N. OUEDRAOGO⁵

1. Hôpital Général de Référence de Niamey
2. Hôpital National de Niamey
3. Hôpital de Référence de Maradi
4. Hôpital National de Zinder
5. CHU YALGADO OUEDRAOGO de Ouagadougou

Introduction : la prothèse totale de genou (PTG) pose le problème de réhabilitation précoce. La technique anesthésique bien choisie, procurera la meilleure analgésie post-opératoire pour atteindre ce challenge.

Objectif : comparer l'efficacité à propos de la réhabilitation précoce des patients opérés pour PTG entre la rachianesthésie associant des morphiniques et la rachianesthésie sans morphiniques combinée à un bloc fémoral continu à l'HGR de Niamey.

Méthode : essai clinique, admettant tous les patients recrutés, opérés pour PTG unilatérale et ayant bénéficié d'une rachianesthésie lors de la période d'étude. L'étude a concerné 112 patients repartis en 2 groupes. Le 1er groupe (57 patients) bénéficie d'une rachianesthésie associant la Bupivacaïne 15 mg, Morphine 100 µg et Fentanyl 25 µg avec une analgésie post opératoire à base de Paracétamol 1g/6H, Tramadol 100 mg/6H, Diclofénac 75 mg/6H et la Morphine en titration au besoin (Echelle visuelle analogique EVA > 60 mm). Le 2ème groupe (55 patients) adopte une rachianesthésie sans opioïdes associée à un bloc fémoral continu en post opératoire avec comme drogue la Bupivacaïne à 1,25 mg/ml sur les 24 heures en postopératoire sans d'autres antalgiques en dehors de la morphine titrée lorsque l'EVA atteint 60 mm. Le critère de jugement est la réhabilitation précoce à propos des deux techniques anesthésiques. Ce critère se repose sur l'épargne morphinique, la douleur, les résultats de la rééducation, la durée moyenne de séjour (DMS) et la satisfaction des patients.

Résultats : tous les patients ayant une EVA > 60mm à H24 post-opératoire sont issus du 1er groupe (P-value < 0,001). L'ensemble des patients ayant nécessité plus de 20 mg de morphine en IVD sont du groupe 1 (P-value < 0,001). A 92,31% du résultat médiocre, la rachianesthésie avec opioïdes prouve son infériorité à propos des résultats de la rééducation du membre opéré. La DMS est plus importante dans le 1er groupe avec 12±1,2 jours et est de 7±1,5 jours pour le second groupe. La satisfaction est statistiquement mieux cotée dans le 2ème groupe avec à 64,15% (P-value < 0,001).

Conclusion : la rachianesthésie sans opioïdes combinée à un bloc fémoral continu procure une meilleure réhabilitation que la rachianesthésie classique dans la gestion post-opératoire des PTG.

Mots clés : PTG, rachianesthésie, bloc fémoral, morphine, réhabilitation, HGR, Niamey.

Impact des comorbidités dans la mortalité au cours de la prise en charge des patients covid19 à l'Hôpital Général de Référence de Niamey

TITRE : Impact des comorbidités dans la mortalité au cours de la prise en charge des patients covid19 à l'Hôpital Général de Référence de Niamey.

M.S. ZAKARI ADO, H. DADDY, A. FOUMAKOYE, M.N. OUMAROU MAHAMANE, S. MALAM ABDOU, M.S. CHAIBOU, M. BAWA

INTRODUCTION : La pandémie de la COVID-19 était responsable d'une morbi-mortalité importante. Les comorbidités étaient présentes chez la majorité des cas de décès.

OBJECTIF : Evaluer l'impact des comorbidités sur la mortalité des patients atteints de la forme grave de la COVID-19 admis à l'HGR lors des deux premières vagues.

METHODE : Etude rétrospective, transversale et analytique allant de mars à juin 2020 (première vague) et de novembre 2020 à janvier 2021 (deuxième vague) portant sur 125 patients admis à la réanimation covid-19 de l'HGR.

REULTAT : La prévalence hospitalière au niveau des services des réanimations était de 53,2%. Parmi les 125 patients retenus, 82,4 % avaient au moins une comorbidité associée au Covid 19. L'âge moyen des patients était 59,21 avec des extrêmes de 21 et 103 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio à 3,6. Les comorbidités cardiovasculaires (HTA, insuffisance cardiaque) étaient les plus représentées avec 24,0 %, suivies des comorbidités métaboliques (diabète) qui représentaient 16,8% des cas, les maladies respiratoires 9,6% et les autres maladies (cancer, maladies rénales, anémie, drépanocytose, maladie de Biermer...) 11,2%. La profession des commerçants était la plus touchée avec 31,1% suivie de celle des professionnels de santé (26,7%). Les symptomatologies cliniques les plus retrouvées étaient la dyspnée et la toux. La TDM thoracique présentait des atteintes sévères chez 16,8% des patients. Soixante pourcent des patients avaient présenté une désaturation sévère. La durée moyenne de séjour était de 15 jours pour 64% des patients. Parmi les 44 patients décédés (35,2%), 40 avaient au moins une comorbidité (90,9%). Les comorbidités incriminées dans les causes probables des décès étaient principalement l'HTA qui concernait 12 décès soit 85,8% suivie du diabète 8 décès soit 53,3% et respiratoire 5 décès soit 11,4%.

Le taux de décès était plus élevé chez les patients qui présentaient au moins une comorbidité associée à la maladie covid-19 et avec un âge avancé.

CONCLUSION : Il en ressort que nos patients étaient principalement des personnes âgées, de sexe masculin et ayant au moins une comorbidité. Les patients décédés avaient au moins une comorbidité.

MOTS CLES : COVID-19 ; comorbidités ; mortalité ; HGR ; Niger



- Arrêt de l'aspirine chez un patient avec un antécédent d'AVC sous aspirine.

Au Niger, les accidents vasculaires cérébraux prennent des proportions assez inquiétantes ces dernières années. Qu'est ce qui peut bien expliquer ce phénomène ?

Ce phénomène s'explique en grande partie par le mauvais contrôle des différents facteurs de risque. Juste un exemple, plus de la moitié des patients victimes d'AVC dans le service ne se connaissaient pas hypertendus ou diabétiques. Notre alimentation n'est pas équilibrée et au Niger nous sommes en majorité sédentaires.

A cela s'ajoute une grande méconnaissance des différents facteurs de risque par la majorité de la population et à la quasi absence de bilan de santé annuel systématique.

Quelles sont les signes d'alerte d'AVC ?

D'abord il faut savoir que l'installation des symptômes est brutale sans prodrome en général. Devant l'installation brutales des signes suivant il faut penser à un AVC et conduire rapidement le patient dans un hôpital, car chaque minute qui passe correspond à la mort de deux millions de neurones, d'où le slogan «time's brain» (le temps c'est du cerveau) :

- Paralysie ou trouble de la sensibilité d'une moitié du visage
- Paralysie du corps : faiblesse ou trouble sensitif, le plus souvent d'un côté du corps.
- Trouble de la parole : difficulté à parler ou à comprendre ce qui est dit.
- Trouble de la vue : Perte de la vision (d'un œil ou d'un côté) ou

vision double.

- Vertiges : Maux de tête soudains et/ou vertiges violents avec déséquilibre.

Comment doit se faire la prise en charge d'un AVC ?

La prise en charge d'un AVC devrait se faire dans un service de neurologie, plus précisément dans une unité des soins intensifs neurovasculaire (USINV).

A la phase aiguë :

- En cas d'accident vasculaire cérébral ischémique, le traitement réalisé en milieu hospitalier consiste à dissoudre le caillot qui bouche l'artère cérébrale en perfusant un médicament par intraveineuse : c'est la thrombolyse. En l'absence de contre-indications, la thrombolyse doit être réalisée dans les 4h30 suivant l'apparition des premiers symptômes. Elle permet de rétablir la circulation du sang et l'apport en oxygène au cerveau, et donc de limiter la lésion cérébrale et ses séquelles. Plus ce traitement est mis en place rapidement, moins les séquelles de l'accident vasculaire ischémique seront importantes.

- Depuis 2015 un second traitement est possible lorsque l'obstruction concerne une grosse artère : la thrombectomie. Il s'agit d'un acte réalisé dans un bloc de neuroradiologie interventionnelle qui consiste à extraire le caillot de façon mécanique avec un dispositif médical spécifique, par voie endovasculaire. La thrombectomie peut être pratiquée dans un délai plus étendu que celui de la thrombolyse : dans les 6 à 24 heures suivant le début des symptômes avec une efficacité certaine.

- En cas d'AVC hémorragique, la prise en charge est basée surtout sur le contrôle intensif des chiffres

tensionnels dans l'heure qui suit l'hospitalisation et d'autres soins plus spécifiques selon les cas.

Après tout il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire en collaboration avec nos collègues des autres spécialités pour la recherche étiologique (Cardiologues, radiologues, biologistes...) et pour le pronostic fonctionnel en collaboration avec le service MPR (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...). En cas d'AVC grave mettant en jeu le pronostic vital, nous collaborons avec les collègues réanimateurs et les neurochirurgiens.

Comment se protéger contre la survenue d'un AVC ?

Pour se protéger de l'AVC mais aussi des maladies cardiovasculaires, il faut contrôler ses chiffres :

- Tensionnels
- Glycémiques
- Cholestérols

Mais aussi il faut manger équilibrer et avoir une activité sportive régulière soit 3 fois par semaines et minimum 30 mn par activité.

L'arrêt du tabac et de l'alcool est également indispensable.

Enfin pour plus de prudence et pour prévenir, un bilan médical annuel pour s'impose, à partir de 55 ans, pour calculer le risque d'AVC.

Que projette l'HGR pour améliorer la prise en charge des AVC ?

Le projet que porte l'HGR est de créer une filière de prise en charge des AVC autour d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaire (USINV). Il s'agit d'un projet qui va permettre de prendre en charge les patients victimes d'AVC et de leur prodiguer des soins de qualité répondants aux standards internationaux.

Département de chirurgie et spécialités chirurgicales

Service d'urologie andrologie

En l'absence du chef de service Dr Baka Kalid, en stage de perfectionnement au Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac de Strasbourg (France), nous nous sommes adressés à Dr Soumana Djibo assurant son intérim.

Présenter nous votre service

Le Service d'Urologie Andrologie a été créé par décision n° 370/DGHGR/ DAF/DRH du 30 mars 2021 au sein de l'HGR.

Il a pour mission la prise en charge des pathologies de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme ainsi que les pathologies de l'appareil génital masculin notamment la gestion de l'infertilité masculine et les dysfonctions sexuelles.

Le service compte 14 lits opérationnels et 15 agents toutes catégories confondues.

Quelles sont les activités du service ?

Le service d'urologie assure au quotidien les



Dr Baka Kalid, Chef service

activités suivantes :

- La consultation de spécialités
- L'hospitalisation
- Les interventions chirurgicales programmées
- Les interventions chirurgicales d'urgences
- La réalisation de campagne de chirurgie urologique
- Les expertises en endoscopie urologique.

Quelles sont les perspectives du service ?

Le service d'urologie andrologie de l'HGR a pour ambition de développer un pôle d'excellence orienté vers les techniques modernes de chirurgie mini invasive afin de faire bénéficier aux populations de soins de qualité à la pointe de la technologie.

Aussi le service compte s'engager dans le développement de techniques telles que la chirurgie urologique endoscopique, la lithotripsie (traitement grâce aux ondes de chocs) et l'accompagnement pour la procréation médicalement assistée.



**Dr Djibo Soumana Chirurgien Urologue
Chef service par intérim**

Vidéo-chirurgie dans le service de Chirurgie Générale et Digestive de l'Hôpital Général de Référence de Niamey

RESUME

Titre : Résultat de la vidéo-chirurgie dans le service de Chirurgie Générale et Digestive de l'Hôpital Général de Référence de Niamey, étude préliminaire à propos de 215 cas.
Auteurs : SAIDOU A (1), YOUNSSA M, (1), OUDOU Z (1), (1), SANI R (2).

(1) Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Hôpital Général de Référence BP 12764 Niamey Niger.

(2) Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Hôpital National BP 238 Niamey- Niger.

Correspondance : Dr SAIDOU Adama, Hôpital Général de Référence BP 12764 Niamey- Niger.
saidou.ade26@gmail.com

Introduction : La vidéo-chirurgie fait partie de la tendance actuelle de la chirurgie dite mini invasive. Objectif : Rapporter les résultats de la vidéo-chirurgie à l'HGR de Niamey. Patients et méthode : C'est une étude préliminaire prospective réalisée dans le service de chirurgie de HGR sur 32 mois (du 1er juillet 2019 au 03 mars 2022) qui concernait les patients opérés par vidéo-chirurgie. Résultats : Il y'avait 215 patients ayant bénéficié d'une intervention par vidéo-chirurgie soit 12,44% dont 86,97% (n=187) en chirurgie digestive, 6,97% (n=15) en chirurgie thoracique et 6,05% (n=13) en urologie. On notait une prédominance féminine dans 53,02% des cas (n=114) et un sex ration de 0,89. L'âge moyen était de 42,70 ans avec des extrêmes de 11 ans et 77 ans. La chirurgie en urgence représentait 10,7% (n=23). Les gestes réalisés en chirurgie digestive étaient représentés par la cholécystectomie dans 48,37% des cas (n=104), cure de hernie inguinale en trans abdomno péritonéale dans 4,65% des cas (n=10), colectomie droite et gauche dans 2,33% (n=5), l'appendicectomie dans 13,02% (n=28) et la thyroïdectomie vidéo assistée dans 4,86% (n=4). En chirurgie thoracique, la segmentectomie pulmonaire et thoracoscopie d'exploration dans 1,46% chacun (n=4). Dans l'étude, le taux de conversion en laparotomie est de 6,98% (n=15). Le temps opératoire était compris entre 60 et 90 minutes pour 37,67% (n=81) des patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,90 jours avec des extrêmes allant de 1 à 25 jours. On note 98,60% (n=212) des patients qui étaient sortis guéris et 3 décès soit 1,40%.
Conclusion : Les résultats de la vidéo-chirurgie à l'HGR sont satisfaisants. Cependant nous devons étendre nos indications et améliorer l'approvisionnement en matériels.

Mots clés : HGR, Niger, Vidéo-chirurgie.

Profil de résistance aux antibiotiques des bactéries uropathogènes isolées au laboratoire de biologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey

*Chaibou. S1-3, Alassane. HM1, Sanda .S1, Maman.1, Aminata .Y1, Salamatu. A1, Moctar. A1 Maurice. C1 EMoud. I2

1. Laboratoire de Biologie Médicale, HGR, 2. Service de Surveillance et Epidémiologie, HGR 3. SSA/AS

*Auteur correspondant: Chaibou Salaou, e-mail: chaiibo@yahoo.fr, Tel: +227 96 50 27 78

Résumé

Introduction : Les infections urinaires (IU) constituent un motif très fréquent de consultation et de prescription médicale. La dissémination des bactéries multirésistantes aux antibiotiques représente un véritable problème de santé publique. L'objectif de cette étude était de déterminer le profil actuel de résistance aux antibiotiques des bactéries uropathogènes isolées au laboratoire de biologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey (HGR).

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective sur 6 mois allant du 01 janvier au 30 juin 2021. L'identification des espèces bactériennes et les tests de sensibilité aux antibiotiques ont été réalisés à partir de l'automate VITEK® 2 COMPACT de bioMérieux S.A. L'exploitation des données a été faite avec les logiciels Excel et Epi-Info dans sa version 7.

Résultats : Au total, 155 bactéries ont été isolées chez les patients hospitalisés (43, 23%) et en consultation ambulatoire (56, 77%). Parmi ces bactéries ; les entérobactéries (87, 74%) prédominaient avec (63, 87%) de souches d' Escherichia coli. Ensuite, viennent par ordre décroissant les bactéries Gram Négatif non fermentant (9, 68%) dominées par l' Acinetobacter baumannii (7,74 %) et les bactéries Gram Positif (2,58 %). La résistance des souches d'E. coli aux aminopénicillines (94,95 % amoxicilline) et aux fluoroquinolones (82, 83% ciprofloxacine) était élevée alors que les aminosides (9, 09% Amikacine) et les carbapénèmes (6, 06% Imipénème) ont conservé une bonne activité. La résistance aux céphalosporines de troisième génération par production de Bêta- lactamase à Spectre Etendu était présente chez (41,91 %) des entérobactéries dont (45) et (11) souches respectivement d'E. coli et de Klebsiella pneumoniae. Dix-huit (18) souches bactériennes ont présenté le phénotype de carbapénémases dont (15) isolées chez les patients hospitalisés.

Conclusion : L'émergence des bactéries uropathogènes, productrices des bêta- lactamases à spectre étendu ou des carbapénémases limite considérablement les possibilités du traitement des (IU) plus particulièrement en milieu hospitalier. La surveillance de la résistance aux antibiotiques des bactéries doit être continue et systématique pour une meilleure adaptation de l'antibiothérapie probabiliste.

Mots clés : Antibiotiques, Résistance, Bactérie, Urines, Hôpital Général Reference, Niamey.

Quelques études réalisées à l'HGR

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET ÉVOLUTIFS DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX À NIAMEY.

EPIDEMIOLOGICAL AND EVOLUTIONARY ASPECTS OF STROKE IN NIAMEY.

Mahadi MOUSSA KONATE¹; Abdoul Hamidou BOHARI²; Amadou ABDOU BACHAROU¹; Sory OUMAROU SIDIKOU³; Aminatou MAMANE ILLIA¹; Ibrahim SALIFOU ALKASSOUM⁴; Salamatou SALEY SOUMANA¹; Idrissa EMOUD TCHOLI⁴; Mourtala ILLIASSOU¹; Mariama ADAMOU MAHAMANE SIDI⁴; Mariama ASSOUMANE BATA⁴; Mamane DAOU⁵; Illé SALHA⁶; Aminata Bariath KELANI⁷

1- Service neurologie Hôpital Général de Référence Niamey

2- Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales de Maradi

3- Service de cardiologie Hôpital Général de Référence Niamey

4- Service épidémiologie Hôpital Général de Référence Niamey

5- Service de médecine interne Hôpital national de Niamey

6- Service ORL Hôpital Général de Référence Niamey

7- Service de Neurochirurgie Hôpital national de Niamey

Auteur correspondant : Mahadi MOUSSA KONATE

Email : mahadikonate@hotmail.com

Résumé :

Les Accidents vasculaires cérébraux sont des pathologies graves, en croissance en Afrique subsaharienne et sont responsables de 52% des décès vasculaires.

L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique et évolutif des accidents vasculaires cérébraux dans le service de Neurologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey, centre de référence pour la prise en charge des pathologies neurologiques du pays.

Il s'agissait d'une étude rétrospective d'une durée de 30 mois s'étendant sur la période allant du 01/08/2018 au 31/01/2021 concernant tous les patients dont le diagnostic d'Accident Vasculaire Cérébral a été confirmé par l'imagerie cérébrale, hospitalisés au service de neurologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey pendant la période.

Nous avons colligés 412 patients répondant aux critères d'inclusions, la majorité de ces patients étaient de sexe masculin (53,40%), avaient un âge compris entre 50 et 65 ans (43,45%) et un mode de vie sédentaires (55,83%). L'AVC était de type ischémique dans 81,07% des cas et d'étiologie athéromateuse (31,95%). Les patients étaient admis en majorité dans les 48 heures suivant la survenue de l'AVC (23,68%), la durée moyenne d'hospitalisation était de 28,26 jours et l'évolution était favorable à 77,51%.

Il existait également un lien statistique significatif entre l'évolution de la maladie et certaines caractéristiques de nos patients tels que le sexe ($p=0,0001$), l'âge ($p=0,01$), le lieu de résidence ($p=0,009$), le mode de vie ($p=0,001$), le type d'AVC ($p<0,05$), la durée d'hospitalisation ($p<0,05$) et le taux de prothrombine ($p=0,001$).

A l'analyse multivariée, les facteurs associés à l'évolution du NIHSS et du RANKIN sont la durée du séjour en hospitalisation, l'hyperleucocytose, l'anémie.

Dans cette étude, l'évaluation du NIHSS et du RANKIN à l'admission et à la sortie ont permis d'apprécier de façon plus précise l'évolution des malades, mais aussi, d'identifier les facteurs pouvant affecter l'évolution des patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux.

Mots clés : AVC ; Evolution ; NIHSS ; RANKIN

INFECTIONS SUR CATHETER VEINEUX CENTRAL EN HEMODIALYSE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE NIAMEY.

Gani Tondou D.¹ ; Niaouro Salamatou¹ ; Coulibaly A. M.¹. Alassane Halawen M.²; Emoud Tchouli I.³

Service de Néphrologie-Dialyse¹, Service de biologie médicale², Service de surveillance épidémiologique et recherche³

Auteur correspondant: Gani Tondou Djibrilla, e-mail: djibrilem@yahoo.fr, Tel: +227 97209797. Hôpital de référence de BP 12764. Niamey-Niger

RESUME

Introduction : Les cathéters d'hémodialyse exposent à des complications infectieuses. Le but était de déterminer la fréquence des infections liées aux cathéters veineux centraux chez les hémodialisés les facteurs de risque associés et les germes en cause.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive des infections sur cathéters durant 37 mois (16 février 2019 au 15 mars 2022), dans l'unité d'hémodialyse et de Bactériologie. Nous avons effectué systématiquement la culture des bouts des cathéters sans effectuer des hémocultures.

Résultat : 53 cathéters étaient posés chez 41 patients avec une fréquence de 56,66 % de cathéters infectés. L'âge moyen est de 47,05 avec des extrêmes de 13 à 80ans. Le sexe ratio H/F est de 1,9. Les cathéters en position fémorale étaient les plus infectés (47 cas). L'infection sur cathéter était plus fréquente chez les patients avec insuffisance rénale chronique dans (41 cas) 77,36%. Vingt un cathéter soit 70% étaient infectés dans les deux semaines et les cathéters non tunnés étaient plus infectés (28 cas). La dialyse était arrêtée chez 23 patients soit 43,40% des cas et les cathéters étaient enlevés chez les patients présentant un syndrome de réponse inflammatoire systémique dans (18 cas) 33,96%. Les germes isolés étaient des Cocci gram positif (staphylocoque 56,52% (13 cas) dont le staphylococcus aureus dans 18,87 %) et des bacilles gram négatif dans 43,48% (pseudomonas aeruginosa (8 cas) 15,09%, Eschrichia coli (4 cas) 17,39%, Klebsiella pneumoniae (2 cas) 3,77 %, Klebsielle oxytoca (1 cas), acinobacter baumannii (1 cas) et Proteus mirabilis (1 cas).

Conclusion : La fréquence des infections liées aux cathéters d'hémodialyse est élevée dans notre étude. Une étude sur le respect des protocoles de prévention lors de la manipulation des cathéters par l'équipe soignante de la dialyse doit être conduite pour identifier les facteurs en cause.

Mots clés : infections, Cathéters, hémodialyse, Hôpital Général de Référence, Niamey

A la découverte de la médecine physique et de réadaptation (MPR)

Dr, en termes simples qu'est-ce que la médecine physique et de réadaptation (MPR)?

La Médecine Physique et Réadaptation se définit comme étant la spécialité médicale de la fonction. Elle permet la récupération lésionnelle et fonctionnelle des organes ou organismes du corps humain liée aux maladies acquises et congénitales.

Quand intervient la médecine physique et de réadaptation ?

Les champs d'intervention de la médecine physique et réadaptation sont multiples.

Devant toute altération de fonction de locomotion, cognition, langage, vision, audition, respiration, circulation, déglutition, digestion, élimination, etc...

La MPR intervient dans toutes les situations où se présente une difficulté à effectuer les



Dr Alfari Abdoul Aziz
Médecine Physique et de Réadaptation

gestes simples de la vie quotidienne (marcher, parler, uriner...). Elle intervient également dans la prise en charge de toute forme de douleurs aiguës et chroniques.

La MPR entreprend une démarche diagnostique puis met en route une réponse thérapeutique mixte : médicamenteuse et non médicamenteuse (rééducative).

De quel Plateau technique dispose le service MPR de l'HGR ?

Le plateau technique est composé d'appareils de verticalisation, d'apprentissage à la marche, de renforcement musculaire et de traitement de douleurs aiguës et chroniques. Le service dispose de plusieurs autres techniques lui permettant de prendre en charge les séquelles et les handicaps liés aux maladies et aux traumatismes.



Salle gymnase

Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales

Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Dr, pouvez-vous nous présenter votre service ?

Le service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (CTCV) a été créé par décision N°000408/DG/DM du 03 juin 2022 rectifiant et complétant la décision N°000400/DG/DM du 01 juin 2022.

Le service compte actuellement 15 lits et est opérationnel depuis le 01 septembre 2022.

Le service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (CTCV) compte actuellement :

- Cinq Chirurgiens des deux spécialités
- Neuf Infirmiers
- trois techniciens de surface

Pour permettre l'épanouissement et le développement de toutes les spécialités, le service est subdivisée en deux unités techniques : l'unité de chirurgie thoracique et l'unité de chirurgie cardiovasculaire avec chacune un coordonnateur.

2. Quelles sont les activités du service

Le service de CTCV assure au quotidien les activités suivantes :

- La consultation de spécialités du lundi au vendredi
- L'hospitalisation
- Les interventions chirurgicales



Dr Guero Souley Chef de service CTCV

programmées

- Les interventions chirurgicales d'urgences
- La réalisation de mission et de campagne de CTCV
- La réalisation conjointe de séance d'échographie cardiaque à distance avec d'autres spécialités (cardio-pédiatre, cardiologue ...)
- L'encadrement scientifique des étudiants et des résidents.

Quelles sont les perspectives pour le service ?

Sur le plan de la Chirurgie Thoracique

Le service assure déjà son rôle de centre de référence en chirurgie thoracique pour les autres centres hospitaliers du pays;

Nous comptons accroître et développer

Ainsi les décisions et discussions se font au cas par cas pour permettre au patient de bénéficier de la meilleure option thérapeutique pour la revascularisation de son myocarde.

Pour les cas complexes (multi-tronculaires ; diabétiques...); les sociétés savantes ont mis au point des outils décisionnels comme : l'EURO SCORE ou le SYNTAX SCORE.

Ces scores permettent de choisir de façon objective le geste thérapeutique disposant du meilleur « bénéfice-risque » pour le patient.

A cette date, combien de patient ont bénéficié de la cardiologie interventionnelle à l'HGR ?

Depuis le début de cette exploration spécialisée qui a démarré à l'HGR exactement le 23 Mai 2018 plus de 500 cas ont été réalisés à ce jour et le plus important à notifier c'est qu'aucune complication n'a été enregistrée lors de la réalisation de ces différents cas.

Ainsi, devant le coût élevé de cette technique nous souhaiterions que les patients éligibles soient pris en charge par le Conseil National de Santé. Ce qui permettrait ainsi de pérenniser cette technique au plus grand bénéfice de la population nigérienne.

Peut-on avoir une idée du coût des différents



Procédure en salle pour coronarographie

actes ?

L'HGR a procédé à une révision du tarif de ces actes, afin de les rendre plus accessibles à la population. Cependant compte tenu du coût élevé des consommables utilisés, les tarifs ne sont pas encore aussi bas que nous le voudrions. D'où notre souhait d'une prise en charge par le Conseil National de Santé.

Le coût de la coronarographie est actuellement de 540 000 FCFA pour un forfait englobant le consommable, les produits, l'acte opératoire et l'hospitalisation. Toutefois la facture peut varier en fonction de la pose d'un ou de plusieurs stents actifs variant entre 1.445.000 FCFA à plus.

Quel est l'intérêt de faire ces actes à l'HGR ?

La réalisation de la coronarographie à l'HGR est un événement important témoignant de l'existence d'un plateau technique de haut niveau dans notre structure sanitaire ainsi que des ressources humaines capables de rendre opérationnel cet examen de façon autonome par une équipe locale.

Le plus grand intérêt est qu'il n'ait désormais plus nécessaire d'évacuer les nigériens à l'extérieur pour la réalisation de ces actes à moins que cela ne soit pour convenance personnelle.

Ainsi cela a permis de réduire de façon significative le nombre et le coût des évacuations sanitaires liés à la réalisation de cette technique.

Aussi, faut-il rappeler que grâce à l'opérationnalisation de la cardiologie interventionnelle à l'HGR, bientôt la rythmologie sera une réalité avec la possibilité de poser des stimulateurs cardiaques type pacemaker pour lequel beaucoup de patients nigériens sont encore en attente d'évacuation sanitaire.

Département de médecine et spécialités médicales

Unité de cardiologie interventionnelle

Dr, c'est quoi exactement la cardiologie interventionnelle ?

On entend par cardiologie interventionnelle tous les actes exploratoires et thérapeutiques en cardiologie réalisés par voie endovasculaire : c'est-à-dire en introduisant des cathéters et des sondes dans les artères et dans les veines (et cela sans incision ; à travers une simple ponction seulement).

Il s'agit des gestes mini-invasifs qui ont connu un essor spectaculaire au cours des trente dernières années ayant permis dans certains cas de remplacer des opérations faites pour la plupart à cœur ouvert.

Cette technique concerne tous les domaines de la cardiologie : pathologies coronaires (dilatation et pose de stent) ; troubles du rythme (ablation) ; malformation congénitales (fermeture d'une communication) ; cardiomyopathies et insuffisance cardiaque (resynchronisation) ; et pathologies valvulaires (TAVI et MITRACLIP). Les interventions sont réalisées par des médecins cardiologues interventionnels avec un plateau technique spécifique qui utilise des techniques de pointe (vidéo-chirurgie ;



Dr Labo Saidou Chef de Service Cardiologie

visualisation 3D).

Ainsi la cardiologie interventionnelle se substitue de plus en plus aux traitements chirurgicaux de référence.

Réalisez-vous les poses de stents et quand est ce qu'on y fait recours ?

Oui à l'HGR nous réalisons des poses de stents ce qu'on appelle techniquement « angioplastie coronaire ».

Les indications de cette option thérapeutique lors de la coronarographie dépendent de plusieurs paramètres dont entre autres le degré de la sténose qui est un argument primordial mais il n'est pas le seul ;

Même si une sténose coronaire est jugée significative (supérieure à 70%) ; la décision de réaliser une pose de stents doit réunir et faire corrélérer d'autres facteurs comme :

- La clinique (douleur thoracique)
- Une modification électrique
- Une élévation enzymatique
- Une preuve d'ischémie myocardique apportée par les examens réalisés en amont tels que (la scintigraphie myocardique ; l'échocardiographie de stress ; l'IRM cardiaque etc. ...)



Pose de sten en cardiologie interventionnelle

la chirurgie thoracique mini-invasive vidéo-assistée pour faire de l'HGR un centre de référence national et sous régional avec le soutien de tous les acteurs.

SUR LE PLAN DE LA CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

Le service assure déjà son rôle de centre de référence pour la prise en charge des urgences chirurgicales cardiovasculaires pour les centres hospitaliers du pays.

L'HGR compte ériger le service de CTCV en centre de référence pour la chirurgie cardiaque. Aussi l'HGR a développé un projet spécifique autour de cette thématique. La mise en œuvre de ce projet dont le financement est acquis a d'ores et déjà démarré avec la mission conjointe Chaîne de l'espoir et l'équipe du Pr Ciss du Sénégal.



Bloc opératoire CTCV

L'aboutissement de ce projet soutenu par le Président de la République reste notre principal objectif.

Nous comptons également faire du service un centre leader pour la création des accès vasculaires d'hémodialyse et la chimiothérapie en étroite collaboration avec les différents centres de néphrologie et le Centre National de Lutte contre le Cancer (CNLC).



Salle des soins intensifs CTCV

Le service d'HAGE pour un environnement hospitalier sain

Au sein de l'Hôpital Général de Référence, œuvre au quotidien un Service d'Hygiène, d'Assainissement et de Gestion de l'Environnement (HAGE). Pour découvrir les missions assignées à ce service et le travail qu'il mène, nous avons approché Monsieur Salah Adamou Wakou, Chef de service de cette unité.

Présenter nous votre service ?

Le Service d'Hygiène d'Assainissement et de Gestion de l'Environnement (HAGE) a été créé en 2017, année de démarrage des activités de l'Hôpital.

Le service a pour missions principales de lutter contre l'infection en milieu de soins et de garantir un environnement hospitalier sain à tous les usagers.

La gestion du service est assurée par un (01) Ingénieur Sanitaire assisté de deux (02) Techniciennes d'Hygiène et d'Assainissement (THA). L'HGR a fait le choix de contractualiser en grande partie les activités de nettoyage et d'entretien d'espaces verts (200 agents prestataires). A ce personnel s'ajoute 87 techniciens de surfaces permanents de l' HGR.

Politique d'hygiène sécurité et environnement (HSE) de l'HGR

La politique d'Hygiène Sécurité et Environnement (HSE) de l'Hôpital Général de Référence est basée sur

l'engagement de la Direction Générale à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour la préservation et la protection de l'environnement, ainsi que pour garantir la sécurité du personnel et des usagers dans toutes les actions. La mise en œuvre de la démarche se traduit par la conformité aux exigences réglementaires, la réduction de toute pollution par l'analyse et la prévention des risques ainsi que la sensibilisation et la formation du personnel, des usagers et des collaborateurs aux risques et aux bonnes pratiques HSE

Quels sont les équipements techniques du service ?

Une unité de buanderie : Elle assure la gestion du linge hospitalier. Elle dispose de :

- 04 machines laveuses d'une capacité de 50 kg par heure
- 02 sècheuses
- 02 repasseuses de draps pour la désinfection thermique des draps
- 01 repasseuse à vapeur pour les blouses.

Une station d'épuration des eaux usées : Pour le traitement des eaux usées. Cette unité dispose de :

- 12 bassins pour la décantation, clarification et désinfection
- Une anolyte pour la production de



Mr Sallah Adamou Wakou
Ingénieur Sanitaire

désinfectant.

- 01 Filtre compresse boue.

Une unité de gestion des déchets solides biomédicaux comprenant

- 01 incinérateur ultramoderne d'une capacité de destruction de 100 kg de déchets médicaux par heure, disposant d'une chambre de combustion de plus de 1200°C avec un système de traitement de fumée.

Quelles sont les perspectives du service

- Mise en place d'un mécanisme pour la surveillance, la riposte et la maîtrise des infections associées aux soins ;
- Installation d'un laboratoire d'analyse des eaux usées pour la surveillance continue de la qualité des rejets d'effluents ;
- Mise en place d'un mécanisme d'irrigation pour l'entretien des espaces verts à partir des eaux usées traitées.
- Installation de bio-digesteur pour la valorisation des déchets verts ;
- Acquisition d'un incinérateur moderne de grande capacité pour faire face à la production des déchets ;
- Acquisition d'un broyeur-désinfecteur pour la banalisation des déchets infectieux.



Aménagement espace vert HGR

Le service social de l'HGR en assistance aux populations vulnérables

Le grand public semble méconnaître l'existence de votre service. Qu'est-ce qui explique cela selon vous ?

Contrairement aux autres corps de métiers médicaux et paramédicaux (médecins, infirmiers, pharmaciens, etc.), le corps des assistants sociaux sanitaires est très peu connu au Niger. Cet état de fait relève de la méconnaissance pour certains citoyens de leurs droits à la santé et de l'incapacité pour d'autres à s'organiser pour créer les conditions d'exercice de ce droit lorsqu'ils sont malades et en situation de vulnérabilité (incapables donc de se payer les prestations sanitaires que requièrent leurs états de santé). Malheureusement ces services sociaux sanitaires disposent de très peu de moyens et peinent déjà à faire face aux demandes quotidiennes de leurs usagers.

Cette situation est donc générale et non spécifique au Service Social de l'Hôpital Général de Référence qui malgré ses contraintes budgétaires, s'active au quotidien pour protéger le droit à la santé des patients en situation de vulnérabilité. Le service social de l'HGR a recours à deux mécanismes distincts pour satisfaire la demande : un mécanisme interne de signalement des patients manifestant un besoin d'assistance effectué par les responsables des unités de soins et un mécanisme externe des liaisons pour



Mme Yacouba Haoua Mahamane
Chef service social

le cas des patients référés à l'HGR à partir des formations sanitaires des autres niveaux de la pyramide sanitaire. A travers ces deux mécanismes, tous les patients vulnérables remplissant certains critères bénéficient d'une prise en charge en fonction de leurs degrés de vulnérabilité.

Quelles sont les conditions pour bénéficier de la prise en charge du service social à l'HGR ?

Compte tenu de ses ressources limitées et conformément à sa mission, le Service Social de l'HGR délivre la prise en charge aux patients dont le degré de vulnérabilité leur confère le statut de cas sociaux. Ce statut est déterminé à la suite d'une enquête sociale sur la base de plusieurs critères médicaux et socio-économiques croisés dont les plus déterminants sont:

- La gravité du cas
- Le niveau de revenu du patient
- Les niveaux de revenu des membres de la famille (ascendants et descendants)
- La charge familiale
- La profession
- Le handicap
- L'âge
- La situation matrimoniale
- Le lieu de résidence (rural/urbain, quartiers défavorisés/quartier de luxe)



Entretien avec le service social

Trombinoscope des Majors de l'Hôpital Général de Référence de Niamey



Issa Morou
Surveillant Général



Aboubacar Rabi
Major Réanimation



Ali Cissé Amadou
Major ORL



Aminatou Orodji
Major Stomatologie
CMF



Bako Mahaman Moutari
Major Anesthésie



Djamila Hamani
Major Neurologie



Diallo Ousmane Adamou
Major VIP



Habibata Mamamane
Major cardiologie



Garba Inoussa
Major des Urgences



Yakoura Mariam Mamadou
Major CTCV



Goumar Toudja Ibrahim
Major Neuphrologie



Mme Aminata Laouali
Major Endocrinologie



Idé Mabeye Nasser
Major Stérilisation



Mme Fati Moussa
Major Hépatogastro-Entérologie



Mahaman Lamine Issoufou
Major Bloc Opérateur



Mme Hassane Aichatou
Major Neurochirurgie



Mahaman Lawal Ibrahim
Major Ophtalmologie



Ousmane Fati Alio Oumarou
Major Chirurgie Viscérale



Hassane Arbi Djibo
Major Urologie



Moumouni Salifou
Major Radiologie-Imagerie



Omarou Laouali
Major Médecine Interne



Abdou Issoufou
Major PMA



R. Capochichi A Maurice
Major Laboratoire Biologie



Ramatou Abass
Major Anatomopathologie



Elhj Amadou Oumarou
Major MPR



Zakari Gountou
Major Orthopédie-Traumatologie

Trombinoscope des Médecins généralistes de l'Hôpital Général de Référence de Niamey



Dr Mamane Djimraou Salifou



Dr Abdourahmane Aichatou



Dr Assadeck Bouzou Rachach



Dr Gado Nanoma Roukaya



Dr Hamani Kimba Aboubacar



Dr Idrissa Guisso Zeinabou



Dr Innocent Rotus Abdallah



Dr Kimba Mariama



Dr Mahamane Laminou Mamane Sani



Dr Mahaman Hadizatou



Dr Yahayé Issa Babayé



Dr Mamoudou Tahirou Samira



Dr Moussa Gurimey Ibrahim



Dr Oumarou Magadi Rayanatou



Dr Oumarou Chaibou Aboubacar



Dr Karima Garba Kane



Dr Samahila Najim Mohamed



Dr Zelika Halilou



Dr Ibrahim Elh Sani Ibrahim



Dr Yayo Hassane Nafissatou



Dr Boukary Hima



Dr Amadou Girmey Atikou



Trombinoscope des Spécialistes de l'Hôpital Général de Référence de Niamey



Pr Adéhoussi Eric Omar Interniste
Directeur Général



Dr Fomakoye Gado Adamou
Anesthésiste Réanimateur
Directeur Médical



Dr Moussa Salia Amadou Interniste



Dr Andia Abdoul Kader
Interniste et Geriatre



Dr Ali Adama
Interniste



Dr Hassane Harouna
Interniste



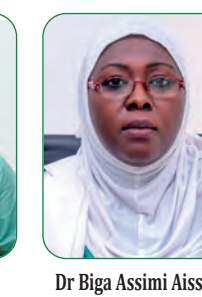
Dr Labo Saidou
Cardiologue



Pr Ag Kader Alio Kader
Ousmane Stomatologiste
Chirurgien Maxillo-Faciale



Dr Goni Boulama Adamou
Chirurgien Buccal et Maxillo-Facial



Dr Biga Assimi Aissa
Chirurgien Dentiste



Dr Saidou Adama
Chirurgie Générale



Dr younoussa Moussa
Chirurgie Générale



Dr Zabeirou Aliou
Chirurgie Générale



Dr Guero Souley
Chirurgien



Dr Gado Djibo Boureima
Cardiologie



Dr Djibo Sambou Kader
Cardiologie



Dr Oumarou Sidikou Sory
Cardiologie



Dr Altiné Samey Rahmatou
Cardiologie



Dr Moussa Assouman
Cardio-Pédiatre



Pr Ag Maman Sani M.Aminou
Endocrinologue



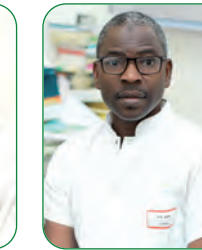
Dr Mohamed Bouzou El Moctar
Endocrinologue



Dr Daouda Amadou
Chirurgien Cardio-vasculaire



Dr Issoufou Alzouma Ibrahim
Chirurgien Thoracique



Dr Sani Mamane Rabiou
Chirurgien Thoracique



Dr Mahamadou Hima Abdoul Kader
Chirurgien Cardio-vasculaire et Thoracique



Dr Baka Kalid
Chirurgien Urologue, Ancrologue, Spécialiste en Infertilité Masculine



Dr Djibo Soumana
Chirurgien Urologue



Dr Ali Saley
Ophtamologue



Dr Abdou Kounda Sahia
Endocrinologue



Dr Gani T. Djibrila
Néphrologue



Dr Niaouro Salamtou
Néphrologue



Dr Zakaria Mamadou
Neurologue Neurovasculaire



Dr Abdou Bacharou Amadou
Neurologue



Dr Konate Moussa Mahadi
Neurologue



Dr Idrissa Soumana Miriam
Nutritionniste



Dr Seydou Boulhassane Ramatou
Ophtalmologue



Dr Issa Abdoul Wahab
Neurochirurgien



Dr Sanda Mahamadou Aminou
Neurochirurgien



Dr Guemou Addo
Neurochirurgien



Dr Habibou Mahamane Laminou
Neurochirurgien



Dr Maina Oumar
Gynécologue-Obstétricien



Dr Abdoulaye Maiga Ousseyna
Gynécologue-Obstétricienne



Dr Balarabé Garba Maimouna
Nutritionniste



Dr Yayé Seyni
Rhumatologue



Dr Ango Aissa
Dermatologue



Dr Elh Lamine H. Zara
Hépatogastro-Entérologue



Dr Soli Jamila Hépato-Gastro-Entérologue



Médecin-Colonel Barka Ibrahim Hépato-Gastro-Entérologue



Médecin-Commandant Abdou Boubé Hépato-Gastro-Entérologue



Médecin-colonel Major Malam Abdou Salissou
Anesthésiste-Réanimateur



Dr Zakari Ado Maman Sani
Anesthésiste-Réanimateur



Médecin Capitaine Maman Nassirou
Anesthésiste-Réanimateur



Dr Alkassoum Salifou Ibrahim MD, MSc, PhD
Epidemiologie



Dr Boubé Abarchi Habibou
Radiologue



Dr bako Daouda Inoussa
Radiologue



Dr Rabo Sallymatou
Radiologue



Dr Halido Moctar
Radiologue



Pr Ag Ille Salha
ORL-CCF



Dr Abarchi Boubé Djarou
ORL-CCF



Dr Amadou Issa Soumaila
ORL-CCF



Dr Abdou Bacharou Hamza
ORL-CCF



Pr Ag Abdoul Wahab Mohamed
Orthopédiste-Traumatologue



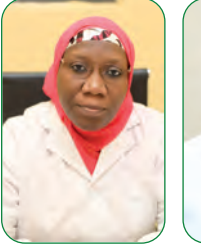
Dr Cheffou Soumaila Mahamadou
Orthopédiste-Traumatologue



Médecin Commissaire Principal de Police Mayaki Alzouma Harouna
Orthopédiste-Traumatologue



Dr Mohamed Lamine Abani Aichatou
Anatomo-pathologiste



Dr Salifou Boureima Habiba
Anatomo-pathologiste



Dr Halidou Koura Hamadou
Anatomo-pathologiste



Dr Alfari Abdoul Aziz
Médecine Physique et Réadaptation



Dr Salaou Chaibou
Biologiste



Dr Abdoulaye Gambo Moustapha
Pharmacien-Pharmacologue



Dr Rahamatou Timbo
Pharmacienne



Dr salissou Souley Souleymane
Médecin du Travail