



Article original

Profil épidémiologique et clinique des patients victimes de dépression post accident vasculaire cérébral au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Epidemiological and clinical profile of patients victims of post cerebral vascular accident depression at the University Hospital Center of Libreville

IA Camara*¹, CM Coulibaly², PH Kouna Ndouongo^{1,2}

Résumé

Introduction : La dépression post-accident vasculaire cérébral est une dépression survenant dans un contexte d'AVC, caractérisée par la tristesse, la perte d'intérêt, de sentiment de culpabilité, de trouble de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude observationnelle à visée descriptive et analytique portant sur la dépression post-AVC pendant la période du 1er Janvier 2013 au 30 Septembre 2016. Les tests neuropsychologiques (DSM-IV et MADRS) étaient utilisés pour le diagnostic d'une dépression post-AVC. L'approche de collecte était une enquête par entretien suivi d'un examen.

Résultats : sur 153 patients victimes d'AVC, 74(48,4%) présentaient une dépression post-AVC. Une humeur dépressive a été notée chez 50,3% et 43,8% avaient une diminution marquée de l'intérêt. 67,9% de ces patients avaient un niveau d'étude primaire. Les veufs (veuves) avaient 4,2 fois plus le risque de dépression post-AVC que les mariés et les patients retraités avaient 3 fois plus le risque que les fonctionnaires.

La survenue de la dépression post-AVC était

significativement liée à la présence du déficit moteur chez nos patients soit $p=0,000$.

Conclusion : Ces résultats suggèrent que le risque de survenue de la dépression au cours d'un AVC augmente avec le déficit moteur. Les scores de DSM-IV et MADRS restent des examens neuropsychologiques de choix pour la démarche diagnostique.

Mots-clés : Dépression, AVC, Libreville.

Abstract

Introduction: Post-stroke depression occurs in a context of stroke characterized by sadness, loss of interest, feelings of guilt, loss of appetite, a feeling of tiredness, and a lack of concentration.

Methodology: We conducted a descriptive cross sectional study from January 1, 2013 to September 30, 2016. For the diagnosis of post-stroke depression, neuropsychological tests (DSM-IV and MADRS) were used. The collection approach was a maintenance survey followed by an examination.

Results: From 153 stroke patients, 48.4% (n=74) had post-stroke depression. Depressed mood was noted in 50.3% and 43.8% had a marked decrease in interest. 67.9% of these patients had a primary level of education. Widows had 4.2 times the risk of post-

stroke depression, with married and retired patients were 3 times more likely than public servants.

The occurrence of post-stroke depression was significantly related to the presence of motor deficit in our patients, $p < 0.000$.

Conclusion: These results suggest that the risk of developing depression after stroke increases with the motor deficit. The DSM-IV and MADRS scores remain neuropsychological examinations of choice for the diagnostic approach.

Keywords: Depression, stroke, Libreville.

Introduction

Les AVC constituent un réel problème de santé publique en Afrique pour plusieurs facteurs de risques notamment le mode de vie actuel (sédentarité), le vieillissement de la population avec la transition épidémiologique et l'émergence des facteurs de risques cardiovasculaire notamment l'HTA.

La dépression post-accident vasculaire cérébrale (DPAVC) est la manifestation psychiatrique la plus fréquente après un accident vasculaire cérébral, elle se définit comme une dépression survenant dans un contexte d'AVC. Lourde de conséquences tant au niveau de ses implications sociales sur la qualité de vie, que sur les possibilités de récupérations motrices du patient, sa prévalence estimée est de 30 à 35 % avec des extrêmes allant de 20 à 60% dans le monde [1]. En Europe, selon une étude réalisée en 2013 en Belgique par A. De Ryck, la prévalence se situerait entre 19,8% et 28,3% [2]. Les données concernant la DPAVC en Afrique sont rares. Au Burkina Faso, Napon et al. ont indiqué une fréquence de 38.9 % pour 167 patients [1] alors qu'à Cotonou, Houinato et al trouvaient une prévalence de 87,7% en 2006 [3]. A Bangui, Mbelesso et al. ont mené une étude dans deux hôpitaux centraux pendant 6 mois. La prévalence de DPAVC retrouvée chez les patients hospitalisés était de 88.6% [4].

Dans cette étude, durant la période d'étude nous n'avons pas enregistré des cas de suicide chez nos

patients victimes de DPAVC.

Au Gabon, les accidents vasculaires cérébraux constituent la première cause d'hospitalisation dans nos services de neurologie, soit une prévalence globale de 42,9% [5] et les données relatives à la DPAVC sont indisponibles justifiant de facto l'objet de cette étude. L'objectif principal de celle-ci était d'évaluer la prévalence de la DPAVC et de déterminer les caractéristiques sociodémographiques associées à cette affection au centre hospitalier universitaire de Libreville.

Méthodologie

Nous avons mené une étude observationnelle transversale à visée descriptive et analytique dans le service de neurologie pendant la période de Janvier 2013 au 30 Septembre 2016.

Ont été inclus dans cette étude, les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux depuis plus d'un mois quel qu'en soit le type (lacunes, infarctus ou hémorragie), confirmés à l'imagerie cérébrale (Scanner ou IRM) et suivis dans le service de neurologie du CHUL.

Ont été exclus de cette étude les patients suivis pour troubles neuropsychiatriques et ayant présenté un trouble de langage sévère entravant le bon déroulement de l'enquête.

Nous avons utilisé les tests suivant pour le diagnostic de dépression:

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV), pose le diagnostic de dépression pour un score supérieur ou égal à 5/9 ;

Le Montgomery and Asberg Dépression Rating Scale(MADRS) permet d'évaluer la sévérité de la dépression pour un total supérieur à 16/60 est considéré comme anormal et un total supérieur à 30/60 est considéré comme une dépression grave.

L'étude portait sur 155 patients, elle a été menée pendant les jours de consultation et en hospitalisation pour les patients ayant un antécédent d'AVC. Nous avons effectué un dépouillement de dossiers médicaux afin de contacter les malades suivit d'un

entretien avec les patients. Le test Chi-2 a été utilisé pour la comparaison des fréquences et le test Student pour la comparaison des moyennes. Un résultat a été statistiquement significatif pour une valeur $p < 0,05$. L'étude des facteurs associés était faite selon le modèle de régression logistique en analyse uni et multi variée.

Résultats

Diagnostic de la dépression

Une humeur dépressive a été notée chez 50,3% des patients et 43,8% avaient une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une perte ou gain de poids significatif comme le présente le tableau I.

Prévalence de la dépression et de sa sévérité

Parmi les 153 patients enquêtés, 74 avaient un score sur l'échelle de Montgomery-Asberg ≥ 16 . La prévalence de la dépression était de 48,4%.

Caractéristiques sociodémographiques : (tableau III) Profession, environnement de vie, ancienneté de diagnostic et couverture sociale

La dépression post AVC était significativement associée à la profession des patients ($p=0,036$). Les patients retraités avaient 3 fois plus le risque d'une dépression après l'AVC que les fonctionnaires.

dépression

Variabes	Effectif	Proportion (%)*
Humeur dépressive	77	50,3
Diminution marquée de l'intérêt, plaisir	67	43,8
Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime	67	43,8
Insomnie ou hypersomnie	55	35,9
Agitation ou ralentissement psychomoteur	67	43,8
Fatigue ou perte d'énergie	59	38,6
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée	55	35,9
Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ou indécision	43	28,1
Pensées de mort récurrente	21	13,7

*Chaque proportion a été calculée par rapport à N=153

Mode de vie

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le mode de vie des patients et la dépression post AVC. Les patients sédentaires ($p=0,003$) ou qui consommaient de l'alcool et sédentaires ($p=0,018$) avaient respectivement 4,9 ; 4,2 fois plus à risque d'une dépression que les patients qui avaient un mode de vie sain. Le tableau V illustre ces résultats.

Antécédents

La dépression post AVC était significativement associée aux ATCD ($p=0,009$). Les patients qui avaient uniquement un ATCD d'HTA et d'AVC avaient 23,3 fois ($p=0,001$) plus présenté une dépression que les patients indemnes de tout antécédent.

Aspects cliniques

Déficit moteur séquellaire : La DPAVC était significativement associée à la présence d'un déficit moteur ($p=0,000$).

Récidive

Parmi les 127 patients qui n'avaient pas récidivé, 40,9% avaient une dépression versus 84,6% des patients qui ont récidivé. Il y avait une différence statistiquement significative entre ces fréquences ($p=0,000$).

Tableau I : Répartition des patients victimes d'AVC selon les items du DSM-IV pour le diagnostic de la

Tableau II : Répartition des patients victimes d'AVC selon l'appréciation des scores de l'échelle de Montgomery-Asberg pour évaluer la sévérité de la dépression

Variabiles	Effectif	Proportion (%)
Pas de dépression (< 16)	79	51,6
Dépression mineure (16 – 30)	56	36,6
Dépression majeure (> 30)	18	11,8
Total	153	100,0

Tableau III : Prévalence spécifique de DPAVC selon les caractéristiques Sociodémographiques

Variabiles	Total (N)	DPAVC n %	OR	IC _{95%}	P
Sexe					0,609
Homme	88	41	46,6	1	
Femme	65	33	50,8	1,2	0,6 – 2,4
Age (année)					0,069
≤ 39	9	2	22,2	1	
40 – 49	32	15	46,9	3,1	0,6 – 17,2
50 – 59	56	23	41,1	2,4	0,5 – 12,8
≥ 60	56	34	60,7	5,4	1,0 – 28,5
Niveau d'instruction					0,002
Primaire	53	36	67,9	3,1	1,1 – 8,5
Secondaire	78	29	37,2	0,9	0,3 – 2,2
Universitaire	22	9	40,9	1	
Situation matrimoniale					0,048
Marié(e)	57	25	43,9	1	
Célibataire	46	18	39,1	0,8	0,4 – 1,8
Concubinage	33	18	54,5	1,5	0,6 – 3,6
Veuf (veuve)	17	13	76,5	4,2	1,2 – 14,3
Résidence					0,085
Urbaine	137	63	46,0	1	
Rurale	16	11	68,8	2,6	0,8 – 9,1

Tableau IV : Répartition des patients ayant une DPAVC selon la profession, l'ancienneté de l'AVC et la prise en charge sociale

Variables	Total (N)	DPAVC n %	OR	IC _{95%}	P	
Profession					0,036	
Fonctionnaire	28	10	35,7	1		
Cadre privé	18	5	27,8	0,7	0,2 – 2,5	0,575
Commerçant	10	2	20,0	0,4	0,1 – 2,5	0,453
Artisan	4	3	75,0	1,4	0,3 – 7,3	1,000
Ménagère	3	2	66,7	3,6	0,3 - 44,8	0,543
Retraité	40	25	62,5	3,0	1,1 – 8,2	0,030
Sans emploi	50	27	54,0	2,1	0,8 – 5,5	0,123
Environnement de vie						0,064
En famille	145	73	50,3	7,1	0,8 – 157,8	
Seul	8	1	12,5	1		
Ancienneté AVC (an)						0,519
4	125	62	49,6	1,3	0,5 – 3,2	
5 – 8	28	12	42,9	1		
PES						0,138
Oui*	125	64	51,2	1		
Non	28	10	35,7	1,8	0,7 – 4,6	

* Patients dont la Prise En charge Sociale(PES) est assurée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale(CNAMGS) ou autre

Tableau V : Répartition des patients selon l'existence d'une dépression post AVC et les facteurs de risque comportementaux des AVC

Variables	Total (N)	DPAVC n %	OR	IC _{95%}	p	
FDR comportementaux					0,117	
Sans FDR	31	9	29,0	1		
Alcool	47	23	48,9	2,3	0,9 – 6,1	0,080
Sédentarité	27	18	66,7	4,9	1,6 – 14,9	0,003
Alcool+ sédentarité	19	12	63,2	4,2	1,2 – 14,1	0,018
Alcool+ tabac	18	8	44,4	1,9	0,6 – 6, 6	0,274
Tabac + sédentarité	2	1	50,0	2,4	0,1 – 43,5	0,521
Alcool+ tabac + sédentarité	6	3	50,0	2,4	0,4 – 14,5	0,367
Tabac + Drogue	3	0	0,0	-	-	-

Tableau VI: Répartition des patients selon l'existence d'une dépression post-AVC et les antécédents

Variables	Total (N)	DPAVC n %	OR	IC _{95%}	p
Aucun ATCD	24	9 37,5	1		0,009
HTA	82	40 48,8	1,6	0,6 - 4,0	0,329
HTA + AVC	15	14 93,3	23,3	2,6 – 208,6	0,001
HTA + diabète	15	5 33,3	0,8	0,2 – 3,2	0,792
HTA + hypercholestérolémie	13	4 30,8	0,7	0,2 - 3,1	0,734
Diabète	1	1 100,0	-	-	0,400
Hypercholestérolémie	1	0 0,0	-	-	1,000
Hypercholestérolémie + AVC	1	0 0,0	-	-	1,000
HTA + diabète + AVC	1	1 100,0	-	-	0,400

Tableau VII : Répartition des patients selon l'existence d'une dépression post -AVC et l'existence ou le type de déficit moteur

Variables	Total (N)	DPAVC n %	OR	IC _{95%}	P
Déficit moteur					0,000
Absent	20	2 10,0	1		
Présent	133	72 54,1	10,6	2,2 – 69,1	
Type de déficit moteur					0,010
Pas de déficit moteur	20	2 10,0	1		
Hémi-parésie droite	39	17 43,6	6,9	1,4 – 34,2	0,001
Hémi-parésie gauche	30	16 53,3	10,3	2,0 – 52,4	0,002
Hémi-plégie droite	21	14 66,7	18,0	3,2– 100,5	0,000
Hémi-plégie gauche	18	13 72,0	23,4	3,9– 139,9	0,000
Hémi-parésie droite à prédominance brachio-faciale	12	5 41,7	6,4	1,0 – 41,2	0,098
Hémi-parésie gauche à prédominance brachio-faciale	8	4 50,0	9,0	1,2 – 67,4	0,069
Hémi-parésie droite à prédominance crurale	3	2 66,7	18,0	1,1– 299,0	0,110
Hémi-parésie gauche à prédominance crurale	2	1 50,0	9,0	0,4– 206,5	0,260

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'existence d'une dépression post AVC à la récurrence

Variables	Total (N)	DPAVC n %	OR	IC _{95%}	p
Absence de récurrence	127	52 40,9	1		
Présence de récurrence	26	22 84,6	7,9	2,4 – 29,0	0,000

Discussion

La prévalence de la DPAVC a été déterminée et les facteurs associés ont été identifiés.

La prévalence de la DPAVC au CHU de Libreville a été estimée à 48,4%. Les facteurs associés étaient multiples. Parmi ces facteurs, on notait le statut matrimonial, le déficit moteur et le niveau d'instruction. Notre étude nous a permis d'établir le profil des patients ayant une dépression post AVC. Ainsi, il peut se définir comme étant un patient ayant en moyenne 56 ans, ayant un déficit moteur, un niveau d'étude primaire et veuf (veuve).

Prévalence de la dépression post AVC au CHU de Libreville

La prévalence moyenne de la DPAVC est élevée. Elle est estimée à environ 30-35%, avec des extrêmes allant de 20 à 60% [6]. Dans notre étude, la prévalence de la DPAVC a été évaluée à 48,4 %. Cette fréquence est élevée par rapport à celles obtenues par certains auteurs. Notamment, Ning Sun et al. en Chine en 2014, Christian Napon et al. au Burkina en 2012 [7, 1] qui ont respectivement retrouvé une prévalence de 31,4% ; 38,9%. Par contre, Mbelesso et al. en Centrafrique en 2012 [4] ont trouvé une prévalence à 88,6%. Cependant, cette grande variabilité du taux de prévalence (20 à 60%) de la DPAVC est essentiellement due, selon Paolucci et al. [6] à la méthodologie utilisée incluant les critères diagnostiques, le type d'échelle de dépression, et le délai de l'évaluation du patient après l'AVC.

Caractéristiques sociodémographiques associées à la dépression post AVC

- Age

L'âge moyen a été estimé à $56,7 \pm 12,1$ ans avec une prédominance de patients de plus de 60 ans, soit une proportion de 60,7%. Cet âge est similaire à celui trouvé par Mapoure et al. [8] à Douala qui était de $58,66 \pm 13$ ans. Sagui et al. [9] au Sénégal avaient mis en évidence un âge de $61,9 \pm 12,4$. Bien que n'ayant pas de lien significatif entre l'âge et la dépression, nous notons que la prévalence de la dépression augmente suivant l'âge des patients. Nos données

sont concordantes avec celles rapportées en 2014 par Mpembi Nkosi et al. à Kinshasa [10] qui révèlent une association entre la dépression et les patients de plus de 65 ans. Nos résultats sont superposables à ceux obtenus par Mihajlo Tome Glamceviski II et al. en 2005 en Malaisie [11] où l'âge moyen était de 58,6 ans (Écart-type 12,5) et à celle réalisée en 2012 par Christian Napon et al. au Burkina [1] où l'âge moyen était de 56,9 ans avec des extrêmes de 29 et 84 ans. L'âge est le facteur de risque non modifiable le plus puissant, puisqu'on estime que le risque d'AVC chez l'adulte double chaque décennie après 55 ans [12].

- Sexe

Dans notre étude, nous avons relevé que 50,8% des patients dépressifs étaient de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,2. Ces résultats concordent avec ceux d'Oladiji JO et al au Nigéria en 2009 et de Napon C au Burkina Faso en 2012 [13, 1] respectivement de 0,62 et 0,9. Il n'y avait pas de différence significative de la prévalence de dépression post AVC chez les hommes par rapport aux femmes.

Au Nigéria, les données issues d'une étude réalisée par Imarhiagbe et al. en 2015 [14] ont révélé une prédominance masculine avec un lien significatif entre la dépression et le sexe masculin. Ce résultat serait peut-être dû à la forte proportion de population masculine dans cette étude. Certaines études n'ont relevé aucun lien entre le sexe et la dépression post AVC, contrairement à d'autres qui ont trouvé un lien entre eux [15]. De Ryck A. et al. en 2014 en Belgique [2] ont observé dans une étude prospective portant sur la nature multifactorielle de la dépression vasculaire, que le nombre de femmes victimes de dépression était beaucoup plus élevé durant la durée de l'étude. Zhang et al. en Chine, Alajbegovic A et al. en Thaïlande [16, 17] avaient obtenu les résultats similaires montrant que le sexe féminin était prédictif du risque de DPAVC. De plus, en dehors d'un contexte d'AVC, le sexe féminin a été trouvé dans une méta-analyse de 2003 comme facteur de risque de dépression [18]. L'impact d'un handicap est d'autant plus important chez la femme à cause de ses fonctions sociales mais aussi du mauvais pronostic esthétique qui peut en

découler. Poynter B. et al. au Canada en 2009 [19] ont montré dans une méta-analyse de 47 études publiées, que la prévalence de la dépression est élevée dans les deux sexes avec une rapide apparition chez la femme.

- Niveau d'instruction

Au cours de notre étude, nous avons observé un lien significatif entre le niveau d'instruction et la dépression. Par ailleurs, parmi les patients atteints de dépression, on notait une fréquence élevée de patients ayant un niveau d'instruction primaire soit 67,9%. Ce qui concorde avec l'étude menée en 2009 au Brésil par Francisco Javier Carod-Artal et al. qui a aussi retrouvé un lien entre le niveau d'instruction et la dépression [20]. La dépression surviendrait selon leur étude chez des patients ayant un niveau d'instruction bas. Une autre étude menée cette fois-ci en Pologne par Sienkiewicz-Jarosz et al. 2010 [21] et incluant 160 patients a également rapporté une association entre la DPAVC et le faible niveau d'étude. Par contre, Yu Zhang et al. n'ont retrouvé aucun lien entre le niveau d'instruction et la dépression dans leur étude menée en 2016 à Shanghai [22]. Le faible niveau de scolarisation est un facteur d'exposition. En effet, l'absence de compréhension de la pathologie qu'est l'AVC et le cout financier important qui peut en découler en plus dans notre contexte de pays en voie de développement pourrait expliquer que le faible niveau de scolarisation qui peut refléter la condition sociale soit un facteur d'exposition de la DPAVC [23].

- Statut matrimonial

Le statut matrimonial a été singulièrement dominé par les sujets veufs soit 76,5% des cas ($p=0,018$). Les patients veufs avaient 4 fois plus le risque de présenter une DPAVC. Francisco Javier CA [20] dans son étude, a révélé que le fait d'être marié serait un important facteur associé à la dépression chez les patients Brésiliens victimes d'AVC. Par contre, cette observation diffère de celle de Ying ying Yue et al. en 2015 [24] qui n'ont établi aucun lien entre le statut marital et la dépression dans leur étude en Chine. De même, Rufus O. Akinyemi et al. en 2015 [25] n'ont retrouvé aucun lien dans leur étude menée au Nigeria entre le statut marital et la survenue de dépression

après un AVC.

- Profession

Au Gabon, il y'a une hausse de l'espérance de vie et le nombre de personnes retraitées augmente également. Mais, à l'instar des autres pays en voie de développement, les transformations concernant les personnes âgées touchent plus leurs conditions de vie. Au cours de notre étude, la DPAVC a intéressé toutes les couches socioprofessionnelles.

La DPAVC était significativement associée à la profession des patients. Les retraités étaient majoritaires, soit 62,5% ($p=0,03$). Les patients retraités avaient 3 fois plus le risque de développer d'une dépression après l'AVC que les fonctionnaires. Ning Sun et al. en 2014 en Chine [7] n'ont retrouvé aucun lien entre dépression et profession. Ceci pourrait s'expliquer dans notre contexte par le fait que les retraités n'ayant pour la plupart aucune source de revenus, se voient dépenser beaucoup d'argent pour l'entretien de la santé. Le fait de puiser dans les ressources destinées à passer une bonne retraite les rend plus susceptibles.

Mode de vie

Parmi les 74 cas de dépression, 63,2% avaient concomitamment une imprégnation énonique et une sédentarité ($p=0,018$) et 66,7% étaient sédentaires ($p=0,003$). La sédentarité était probablement liée au déficit moteur séquellaire ou à l'inactivité socioprofessionnelle.

Par analogie, Mpembi Nkosi et al. à Kinshasa en 2014 [10] ont, dans une étude sur l'évolution clinique de la DPAVC, retrouvé une association entre la prise d'alcool et la dépression ($p=0,048$) et qui ne l'était plus l'année d'après ($p=0,612$). Ndzana au Cameroun [26] a trouvé que la consommation fréquente d'alcool était statistiquement associée au risque de DPAVC. A contrario, les études publiées par Yu Zhang et al. 2016 et Sai-Yu et al. en 2014 [22,27] ont montré qu'il n'existait aucune association entre la dépression et les facteurs de risque tels que l'alcool et le tabac.

Antécédents

Dans notre étude, nous avons retrouvé une association entre dépression et antécédents ($p=0,009$), d'autant

plus que les patients ayant une HTA et un AVC comme antécédents avaient 23,3 fois plus présenté une dépression que les autres ($p=0,001$). L'AVC contribue à dégrader la santé sociale du patient à cause des séquelles qu'il entraîne. Il peut donc à lui seul être en cause dans la survenue de la dépression et ce d'autant plus qu'il est sévère [23]. La présence de l'HTA a été également fortement corrélée à la survenue de dépression dans l'étude menée par Rufus O. Akinyemi et al. en 2014 au Nigéria ($p=0,001$) [25]. Yu Zhang en 2016 [22] a également retrouvé une corrélation entre dépression et l'hypertension artérielle. Man-Van Ginkel et al. [28] ont mis en évidence les antécédents personnels de la DPAVC comme prédicteur de la dépression dans les suites d'un AVC. A contrario, Annemieke De Ryck et al. dans une revue systématique de la littérature en 2014 [29] n'ont relaté aucun lien entre les maladies cardio-vasculaires et la survenue de dépression après un AVC. L'association HTA et dépression dans notre contexte, pourrait s'expliquer par le nombre grandissant de personnes hypertendues et ayant fait un accident vasculaire cérébral. L'AVC est un évènement de vie considéré comme stressant. Alors, lorsqu'il est couplé à d'autres évènements de vie, il n'est pas rare d'aboutir à une DPAVC [23].

Aspects cliniques

- Déficit moteur séquellaire

Le handicap moteur est un déterminant dans la survenue de la DPAVC. En effet, la perte brutale relative (parésie) ou totale (paralyse) de l'usage d'un des membres, constitue un lourd tribut moral pour le patient qui se voit perdre son autonomie [23]. Hackett et Anderson [30] et Johnson et al. [31] ont rapporté dans une revue de la littérature que la présence d'un handicap physique était un facteur de risque de DPAVC. Mpembi et al. au Congo [32] ont trouvé aussi le handicap moteur comme prédicteur de façon significative de la DPAVC ($p = 0,006$).

Notre étude a relevé le même fait. La DPAVC était significativement associée à la présence d'un déficit moteur ($p=0,000$). Selon certains auteurs [33], le handicap sévère témoigne d'une lésion cérébrale

importante et d'une plus grande implication des régions cérébrales responsables de l'humeur. Comparativement aux patients autonomes, les patients handicapés physiques après un AVC peuvent connaître plus de changement sur le plan social et financier et être plus sensibles à de tels changements [34].

- Récidive

Notre étude a mis en évidence une relation statistiquement significative entre la récurrence de l'AVC et la survenue de la dépression. Les patients ayant récidivé avaient 7,9 fois plus le risque de faire une dépression que ceux n'ayant pas de récurrence.

L'incapacité motrice, la dépendance quotidienne d'une tierce personne et le stress psychologique vécus pendant et après l'épisode d'AVC pourraient expliquer le risque de dépression post-AVC 7,9 fois plus important chez ceux ayant présenté une récurrence.

Conclusion

Cette étude préliminaire nous a permis d'évaluer la prévalence de la dépression post AVC au CHU de Libreville. Elle était de 48,4%. Le profil d'un patient dépressif après un AVC dans le service de neurologie du CHU de Libreville se présente comme suit : Il s'agissait d'un patient victime d'AVC depuis plus d'un mois environ et présentant une humeur dépressive, un bas niveau d'instruction, le veuvage, et un déficit moteur. Le diagnostic de dépression est posé selon les critères du DSM IV.

***Correspondance**

CAMARA Ibrahima Aïssata

ibrahaisata@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Septembre 2020

1 : Neurologie du CHUL, BP: 2228-Libreville/Gabon

2 : Polyclinic, ELRAPHA, BP: 256-Libreville / Gabon

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Napon C, Kaboré A, Kaboré J. La dépression post-accident vasculaire cérébral au Burkina Faso. *Pan Afr Med J* 2012; 13:3.
- [2] De Ryck A, Fransen E, Brouns R et al. Post stroke depression and its multifactorial nature: Results from a prospective longitudinal study. *J NeurolSci* 2014; 347(1-2):159–166
- [3] Houinato D, Adjien C, N'Goran A, Avode DG. Accident vasculaire cérébral et dépression en milieu hospitalier à Cotonou (Bénin). *Revue neurologique* 2007; 163(4):13.
- [4] Mbelesso P, Senekian VP, Yangatimbi E et al. Dépression post accident vasculaire cérébral en Afrique: mythe ou réalité. *Bull soc pathol exot* 2014; 107(5):350–355.
- [5] Kouna Ndouongo P, Millogo A, Siemfo Kangang FDP, Assengone-zeh Y. Aspects épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires cérébraux au Centre Hospitalier de Libreville (Gabon); *AJNS* 2007; 12-17.
- [6] Paolucci S, Gandolfo C, Provinciali L et al. Quantification of the risk of post-stroke depression: the Italian multicenter study DESTRO. *ActaPsychiatrScand* 2005; 112(4):272-278.
- [7] Ning S, Qiu-Jie L, Dong-Mei Lv, Jing M, Xue-Song L, Mei-Ling S. A Survey on 465 Patients with Post-Stroke Depression in China. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014; 28(6):368–371.
- [8] Mapoure YN, Kuate C, Tchaleu CB et al. Stroke Epidemiology in Douala: Three Years Prospective Study in a Teaching Hospital in Cameroon. *World J Neurosci* 2014; 4:406–14.
- [9] Sagui E, M'baye PS, Dubecq C et al. Ischemic and Hemorrhagic Strokes in Dakar, Sénégal. *Stroke* 2005; 36:1844–7.
- [10] Mpembi Nkosi M, Mampunza Ma Miezi S, Massamba Kubuta V et al. Evolution clinique de la dépression post-accident vasculaire cérébral à Kinshasa. *Revue neurologique* 2014; 170(10):614–620.
- [11] Mihajlo Tome Glamcevski II, Jane Pierson. Prevalence of and Factors Associated with Post stroke Depression: A Malaysian Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2005; 14(4):157-161.
- [12] Nyangui Mapaga J. Pronostic des accidents vasculaires cérébraux à Libreville. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Libreville 2015.
- [13] Oladiji JO, Akinbo SR, Aina OF, Aiyejusunle CB. Risk factors of post-stroke depression among stroke survivors in Lagos, Nigeria. *Afr J Psychiatry* 2009; 12(1):47–51.
- [14] Imarhiagbe FA, Owolabi A. Post stroke depression in a sub Saharan Africans: Validation of the Japanese Stroke Scale for Depression. *Sahel Med J* 2015;18:121-5.
- [15] Ojagbemi A, Owolabi M, Atalabi M, Baiyewu O. Stroke lesions and post stroke depression among survivors in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med MedSci* 2013; 42:245 51.
- [16] Zhang W-N, Pan Y-H, Wang X-Y, Zhao Y. A prospective study of the incidence and correlated factors of post-stroke depression in China. *PloS One* 2013; 8(11):78–81.
- [17] Alajbegovic A, Djelilovic-Vranic J, Alajbegovic S, Nakicevic A, Todorovic L, Tiric-Campara M. Post stroke depression. *Med Arch* 2014; 68(1):47–50.
- [18] Cole M, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects:A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147–56.
- [19] Poynter B, Shuman M, Diaz-Granados N, Kapral M, Grace SL, Stewart DE. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics* 2009; 50(6):563-9.
- [20] Carod-Artal FJ, Ferreira Coral L, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Poststroke Depression: Prevalence and Determinants in Brazilian Stroke Patients. *Cerebrovasc Dis* 2009; 28:157–165.
- [21] Sienkiewicz-Jarosz H, Milewska D, Bochyńska A et al. Predictors of depressive symptoms in patients with stroke – a three-month follow-up. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2010; 44 (1):113–20.
- [22] Yu Z, Lin C, Yajing C, Guo-Yuan Y, Jianrong L, Lili Z. Clinical predictor and circulating microRNA profile expression in patients with early onset post-stroke depression. *JAD* 2016; 193:51–58.
- [23] Ngateu Bang GT. Facteurs prédictifs de la dépression mentale après un Accident Vasculaire Cérébral à Yaoundé. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé I. 2015
- [24] Yingying Yue, Rui Liu, Jian Lu et al. Reliability and validity of a new post-stroke depression scale in Chinese population. *JAD* 2015; 174: 317–323.
- [25] Akinyemi RO, Allan L, Owolabi MO et al. Profile and determinants of vascular cognitive impairment in African stroke survivors: The CogFAST Nigeria Study. *J NeurolSci* 2014; 346: 241–249.
- [26] NdzanaTsanga JB. Dépression Mentale chez les personnes

présentant un Accident Vasculaire Cérébral suivi à l'Hôpital Central de Yaoundé. Thèse de doctorat en Médecine. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé I; 2013

[27] Sai-Yu C, Yan-Dong Z, Jie L, Xiao-Yan C, Ruo-Dan W, Jun-Wei Z. Plasma levels of glutamate during stroke is associated with development of post-stroke depression. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 47: 126-135.

[28] De Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Lindeman E, Ettema RG, Grobbee DE, Schuurmans MJ. In-Hospital Risk Prediction for Post-stroke Depression: Development and Validation of the Post-stroke Depression Prediction Scale. *Stroke J Cereb Circ.* 2013; 44(9):2441–5.

[29] De Ryck A, Brouns R, Geurden M, Elseviers M, De Deyn PP, Engelborghs S. Risk Factors for Post stroke Depression: Identification of Inconsistencies Based on a Systematic Review, *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2014;27(3) 147-158.

[30] Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke* 2005; 36:2296-301.

[31] Johnson JL, Minarik PA, Nystrom KV, Bautista C, Gorman MJ. Post stroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review. *J Neuro sciNurs* 2006;38:316-27.

[32] Mpembi MN, Mampunza ma Miezi S, Peeters A et al. Sociodemographic profile and social support for post-stroke depression in Kinshasa: A rehabilitation based cross-sectional study. *Open J Epidemiol.*2013;3:111–7.

[33] World health organization. Steps stroke manual: WHO stepwise approach to stroke surveillance.2005.

[34] Adoukonou TA, Vallat JM, Joubert J et al. Prise en charge des accidents vasculaires en Afrique subsaharienne, *Revue neurologique* 2010; 166(11):882-93.

Pour citer cet article :

IA Camara, CM Coulibaly, PH Kouna Ndouongo. Profil épidémiologique et clinique des patients victimes de dépression post accident vasculaire cérébral au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. *Jaccr Africa* 2020; 4(3): 460-470