



Article original

Affections neurologiques chez 242 patients réfugiés à Conakry de 1994 à 2010

Neurological disorders in the refugee patients in Conakry from 1994 to 2010

IM Diallo^{1*}, SD Barry¹, FA Cissé¹, J Nyassinde¹, LL Diallo², ML Mansare², MT Diallo¹, AK Diawara¹, A Cissé¹

Résumé

Durant les vingt-cinq dernières années, certains pays d'Afrique de l'Ouest notamment la Sierra Leone, le Liberia, la Guinée Bissau et la Côte d'Ivoire ont été l'objet de guerres civiles ayant entraîné des déplacements massifs de populations vers la Guinée entraînant ainsi des problèmes de santé majeurs parmi lesquels les affections neurologiques occupaient une place importante. Le but de l'étude était d'évaluer ces pathologies neurologiques du point de vue clinique et para clinique. Etaient inclus dans l'étude tous les patients orientés par les services du haut-commissariat aux réfugiés pour un trouble neurologique survenu au cours des déplacements des populations ou dans les camps de réfugiés. 242 patients (143 hommes et 99 femmes soit un sex-ratio de 1,4) avaient été recensés. L'âge moyen des patients était de $28,5 \pm 3,921$ ans. Les affections neurologiques étaient réparties comme suit : 124 cas d'infections du système nerveux central, 76 cas de pathologies vasculaires cérébrales, 17 cas d'Affections métaboliques et carencielles, 7 cas de pathologies tumorales

cérébrales et 18 cas de syndromes et pathologies d'étiologies indéterminées. Le diagnostic précis de ces affections neurologiques nécessite, entre autre, l'apport d'une bonne imagerie morphologique qui doit être réalisée plus ou moins urgemment chez tous les patients présentant des signes neurologiques en foyer. Les infections du système nerveux occupaient la première place parmi d'innombrables affections neurologiques d'origine tropicale qui se sont empirées avec l'avènement du syndrome d'immunodéficience.

Mots clés : Affections neurologiques, Réfugiés, Guinée

Abstract

During the last twenty-five years, some West African countries including Sierra Leone, Liberia, Guinea Bissau and Ivory Coast have been the subject of civil wars that have led to massive population displacements to Guinea thus leading to major health problems among which neurological conditions played an important role. The purpose of evaluating these neurological pathologies from a clinical and para-clinical point of view.

Included in the study were all patients referred by the Office of the High Commissioner for Refugees for a neurological disorder that occurred during displacement or in refugee camps. 242 patients (143 men and 99 women, a sex ratio of 1.4) were identified. The mean age of the patients was 28.5 ± 3.921 years. The neurological disorders were distributed as follows: 124 cases of infections of the central nervous system, 76 cases of cerebrovascular diseases, 17 cases of metabolic and carenial disorders, 7 cases of cerebral tumoral pathologies and 18 cases of syndromes and pathologies of etiologies undetermined. The precise diagnosis of these neurological conditions requires, among other things, the provision of good morphological imaging that must be performed more or less urgently in all patients with focal neurological signs. Nervous system infections ranked first among innumerable neurological conditions of tropical origin that worsened with the advent of immune deficiency syndrome.

Keywords : Neurological disorders, Refugees, Guinea

Introduction

Durant les vingt-cinq dernières années, certains pays d'Afrique de l'Ouest notamment la Sierra Leone, le Liberia, la Guinée Bissau et la Côte d'Ivoire ont été l'objet de guerres civiles ayant entraîné des déplacements massifs de populations vers la Guinée entraînant ainsi des problèmes de santé majeurs parmi lesquels les affections neurologiques occupaient une place importante [1]. Cinq grands groupes étiologiques ont été colligés : les infections du système nerveux central, les pathologies vasculaires, les pathologies métaboliques et carencielles, les pathologies tumorales cérébrales et les syndromes et pathologies d'étiologies indéterminées.

Le but de cette étude était d'évaluer ces

pathologies du point de vue clinique et para clinique. Il s'agit de la plus grande étude régionale de cas hospitalisés réalisée dans un tel environnement en Afrique sub-saharienne durant cette période.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive qui s'est déroulée sur une période de quinze ans et 5 mois allant de juillet 1994 à Novembre 2010 portant sur 242 patients réfugiés hospitalisés dans le service de neurologie du CHU de Conakry. Les cas ont été colligés sur la base des archives et dossiers médicaux de neurologie. Les patients provenaient des pays suivants Sierra Leone, Liberia, Guinée Bissau, Côte d'Ivoire (cartographie). Durant cette période, nous avons enregistré 7806 dossiers de patients hospitalisés dans le service de neurologie, dont 271 étaient des dossiers des patients réfugiés hospitalisés. Parmi ces derniers, 250 dossiers répondaient aux critères de sélection initialement, mais 8 étaient inexploitable. Ont été donc inclus tous les dossiers de patients orientés par les services du haut-commissariat aux réfugiés pour un trouble neurologique survenu au cours des déplacements des populations ou dans les camps de réfugiés.

Tous les 242 patients ont été soumis à un examen clinique systématique et selon leur présentation sémiologique à des explorations orientées en rapport avec le cadre étiologique et épidémiologique des affections suspectées. Ils avaient été soumis à un bilan biologique comprenant une NFS, VS, glycémie à jeun, protéinurie des 24 H, calcémie, fer sérique, transaminases SGPT et SGOT, ionogramme, réactions sérologiques VDRL-TPHA et VIH.

Des ponctions lombaires avec analyse biochimique : protéinorrhachie, glycorrachie, cytologie et microbiologie avec diverses colorations (coloration

au Gram, coloration de Ziehl, coloration à l'encre de chine) ont été instituées en fonctions des besoins de recherche étiologique :

Aussi des sérologies orientées dans le sang et le liquide céphalorachidien : tests Elisa et Wester Blot le cott, la recherche des antigènes solubles pour l'identification de certaines étiologies : cysticercose, trypanosomiase, cryptococcose, ont été également instituées.

Dans les accidents vasculaires cérébraux surtout chez les sujets jeunes : la recherche des antigènes anti-phospholipides, les facteurs antinucléaires, dosages de la protéine C, protéine S anti-thrombine III complété par le dosage des taux de prothrombine activée, cholestérol, triglycérides également un examen ECG, le Doppler des vaisseaux du cou.

Ces patients avaient bénéficié, selon leur tableau clinique, d'examen radiologiques du thorax, des sinus de la base et d'une tomodensitométrie cérébrale réalisée au moyen d'un CT-Quick 980 effectuant des coupes de 5 à 10 mm d'épaisseur, un examen électroencéphalographique avaient été réalisé chez certains patients.

Ailleurs dans cette série aucun patient n'a bénéficié de biopsie méningée et de PCR limitant ainsi la fiabilité de certaines étiologies.

Les données avaient été recueillies sur des fiches de collecte, puis l'analyse statistique a été faite avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 23.

Résultats

L'analyse des résultats de cette étude a porté sur les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques.

A. Les aspects épidémiologiques

Ces 242 malades étaient composés de 143 hommes et 99 femmes soit un sex-ratio de 1,4.

L'âge moyen était de $28,5 \pm 3,921$ ans. Ils étaient originaires des pays de l'Afrique de l'ouest, limitrophes de la Guinée, et étaient répartis comme suit : la Sierra Leone 131 cas (54,13%), le Liberia 78 cas (32,23%), la Guinée Bissau 29 cas (11,98%) et la Côte d'Ivoire 4 cas (1,65%). Leur prévalence était de 3,10%.

B. Les aspects cliniques

Entre le début de l'apparition des signes neurologiques et l'hospitalisation, la durée moyenne était variable 48 heures pour les patients comateux et 7 à 30 jours pour les affections neurologiques sans coma associé.

Les entités nosologiques recensées sont regroupées dans le tableau ci-dessous.

Schéma (Cartographie)

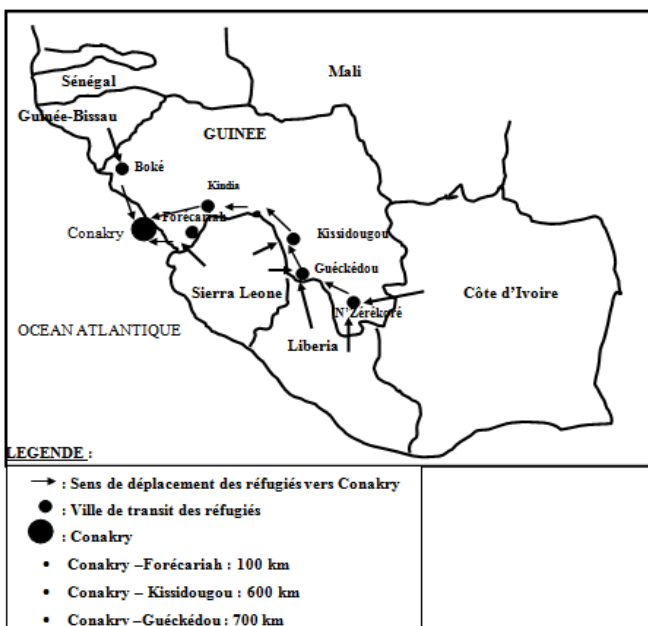


Tableau I : Les différentes affections neurologiques enregistrées

Groupes	Pathologies	Entités nosologiques/nombre	Nombre Total	Pourcentage
I	Infections du système nerveux central	Parasitaires (61), Bactériennes (46), Virales (9), Mycosiques (8)	124	51,24
II	Vasculaires cérébrales	AVC ischémiques (28), AVC hémorragiques (35), Thrombose veineuse cérébrale (13)	76	30,37
III	Métaboliques et carencielles	Encéphalopathies métaboliques (5), Encéphalopathies carencielles (12)	17	7,02
IV	Tumorales cérébrales	Primitives (5), Secondaires (2)	7	3,06
V	Autres	Syndromes et pathologies d'étiologies indéterminées	18	7,43
Total			242	100

I. Les infections du Système Nerveux Central :

Les infections parasitaires étaient les plus fréquentes et le neuropaludisme constituant la forme la plus notée dans les centres de réfugiés.

Les signes cliniques étaient surtout dominés par l'altération de la conscience, l'anémie sévère, l'hypoglycémie, les convulsions généralisées, la fièvre et le collapsus cardiovasculaire. Dans tous les cas la recherche parasitologique du plasmodium dans le sang (goutte épaisse, frottis) était positive.

Les infections bactériennes occupaient la deuxième place. L'essentiel des manifestations cliniques est résumé dans le tableau suivant :

I. Les infections du Système Nerveux Central

Les infections parasitaires étaient les plus fréquentes et le neuropaludisme constituant la forme la plus notée dans les centres de réfugiés. Les signes cliniques étaient surtout dominés par l'altération de la conscience, l'anémie sévère, l'hypoglycémie, les convulsions généralisées, la fièvre et le collapsus cardiovasculaire. Dans tous les cas la recherche parasitologique du plasmodium dans le sang (goutte épaisse, frottis) était positive. Les infections bactériennes occupaient la deuxième place. L'essentiel des manifestations cliniques est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : Les manifestations cliniques des neuro-infections

Signes	Nombre
- Troubles de la conscience	26
- Crises d'épilepsie	20
- Troubles végétatifs (irrégularité du pouls, encombrement bronchique, troubles de la régulation thermique)	42
- Signes déficitaires (hémiplégie, aphasie)	34
- Atteintes des paires crâniennes (tronc cérébral)	19
- Signe de kerning	35
- Signe de brudzinski	37
- Syndrome confusional	43

II. Les Pathologies vasculaires: étaient réparties comme suit :

Les accidents vasculaires ischémiques 28 cas, les accidents vasculaires hémorragiques 35 cas et les thromboses veineuses 13 cas. Le type hémorragique représenté était le plus fréquent. Les signes révélateurs des accidents vasculaires étaient polymorphes et dépendaient des territoires artériels concernés et les mécanismes en cause. Le tableau suivant résume l'essentiel des signes neurologiques retrouvés pour les types ischémiques et hémorragiques.

Tableau III : La symptomatologie clinique retrouvée

Signes cliniques neurologiques	Nombre
- céphalées	15
- vomissement	7
- troubles de la conscience	8
- amaurose fugace	4
- vertige	6
- hémiplégie ou hémiparésie	51
- aphasia motrice et/ou sensitive	27
- hémianopsies	10
- syndrome cérébelleux	9
- atteintes des nerfs crâniens	23

Les Thromboses veineuses : Les caractéristiques cliniques de ces 13 cas de Thromboses veineuses étaient les suivantes (tableau) :

Tableau IV : Signes d'appel des Occlusions Veineuses

Signes	Nombre
- céphalées	7
- crises comitiales	5
- troubles de la conscience	6
- raideur de la nuque	2
- atteintes multiples des nerfs crâniens	3
- atrophie optique	2
- nystagmus	1

III. Les Pathologies métaboliques et carencielles

Le tableau suivant résume les types d'encéphalopathies et les aspects cliniques respectifs.

Tableau V : les manifestations cliniques selon les types d'encéphalopathies

Types d'encéphalopathies	Nombre	Pourcentage
1. Encéphalopathies de Gayet Wernicke (ataxie cérébelleuse, troubles oculomoteurs et état confusionnel)	10 cas	58,80
2. Encéphalopathie par carence en B ₁₂ (polyneuropathie, sclérose combinée de la moelle, démence)	2 cas	11,80
3. Encéphalopathie hépatique (inversion du cycle normal, flapping tremor, hypertonie, hyperflexie, coma)	5 cas	29,40
Total	17	100

L'encéphalopathie hépatique, notée chez des patients ayant des antécédents d'hépatite bilharzienne avec une hypertension portale, une ataxie et une confusion.

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, en rapport avec des signes oculaires, une ataxie cérébelleuse et une confusion. L'encéphalopathie par carence en B₁₂ : il s'agissait d'un patient qui présentait un tableau de Sclérose combinée de la moelle avec des troubles de la vigilance.

IV. Les pathologies tumorales cérébrales

Le tableau clinique de ces affections était caractérisé par des céphalées chroniques dans 6 cas, des signes déficitaires moteur et phasique dans 2 cas, des crises focales 4 cas, des troubles visuels 3 cas et des vomissements récurrents 5 cas.

V. Les autres pathologies, y compris les syndromes épileptiques

Les aspects cliniques de ces syndromes épileptiques étaient les suivantes : les crises partielles simples à manifestations motrices et/ou sensibles 3 cas, les crises partielles complexes 2 cas, les crises partielles secondairement généralisées 4 cas et les crises généralisées tonico-cloniques 6 cas. Les manifestations

associées étaient des conversions hystériques sur un mode neuromusculaire à type de paralysie d'un membre dans 2 cas et de Drop-attack dans 2 autres cas.

C. Aspects paracliniques

Les infections du SNC : l'imagerie cérébrale réalisée était essentiellement une tomodensitométrie, dans quelques cas une imagerie par résonance magnétique. Les anomalies retrouvées au scanner cérébral étaient essentiellement des œdèmes diffus dans 42 cas avec parfois des signes d'engagement, des hypodensités dans les territoires sylvians gauche ou droite (28 cas), 5 cas au niveau frontal, 3 en pariéto-occipital, 6 cas d'abcès et 2 cas de calcifications.

Les pathologies vasculaires : les caractéristiques radiologiques

Tableau VI : Les aspects tomodensitométriques des hémorragies

Topographie des hémorragies	Nombre	Pourcentage
Hématome lobaire	10	29,51
Hématome capsulo-thalamique	14	40
Hématome ventriculaire	6	17,14
Hématome protubérantiel	2	5,71
Hématome du cervelet	2	5,71
Hémorragie méningée	1	2,85
TOTAL	35	100

Tableau VII : Bilan radiologique des thromboses veineuses cérébrales

Signes neuroradiologiques TDM	Nombre
- signes du « delta »	4
- Œdème avec prise de contraste cortical	2
- dilatation ventriculaire	3
- hyperdensité spontanée	2
- hypodensité corticale	2

Les pathologies tumorales cérébrales : l'imagerie cérébrale montrait 2 méningiomes, 1 glioblastome, 2 lymphomes primitifs et 2 métastases secondaires à un cancer bronchique et du sein.

Pour les affections métaboliques, les aspects radiologiques étaient marqués par une dilatation ventriculaire avec élargissement des sillons corticaux dans 5 cas, une atrophie cortico-sous corticale dans 2 cas, une hypodensité thalamique dans 1 cas. Chez les 9 autres, l'imagerie était normale.

Les aspects bioélectriques : 33 patients avaient bénéficié d'un tracé électroencéphalographique (EEG), 16 étaient d'aspect normal et 17 pathologiques. Les résultats des EEG étaient classés en 3 types :

Type I : EEG avec dominance d'alpha rythmes de topographie pariéto-occipitale dont l'amplitude est supérieure à 40 microvolts sans rythmes pathologiques.

-EEG avec dominance d'alpha rythmes jusqu'à 25 microvolts avec tendance à l'aplatissement.

-EEG sans dominance proprement dite avec existence d'alpha rythmes sans présence d'ondes pathologiques.

Type II : EEG avec apparition de rythmes Thêta 4 à 6 C/s surtout de topographie temporo-pariétale de faibles amplitudes de 30 à 40 microvolts, isolées ou parfois groupées sous forme de bouffées paroxystiques.

Type III : EEG avec des rythmes Thêta et Delta présentant des figures anormales, parfois sous forme de points ondes.

-EEG avec un ralentissement du rythme alpha associé à des bouffées d'ondes Thêta et Delta.

Les types II et III sont considérés pathologiques.

D- Les aspects étiologiques et autres :

Les Pathologies vasculaires : Les facteurs de risque identifiés chez ces malades vasculaires étaient les suivants :

Tableau VIII : Les facteurs de risque identifiés

Facteurs de risque	Nombre
Age > 50 ans	50
Tabac	25
Alcool	22
Obésité	9
Diabète	28
HTA + Tabac	6
Alcool + Tabac	8
Drogues	7

Les étiologies des accidents vasculaires cérébraux type ischémique identifiées sont résumées dans le tableau IX.

Tableau IX : les étiologies des AVC ischémiques

Etiologies	Nombre
1. Cardiopathies emboligènes (fibrillation auriculaire, rétrécissement mitral, rétrécissement aortique)	9
2. Accidents vasculaires d'origine syphilitique	2
3. Accidents vasculaires dus aux angéites (vasculites, artérites inflammatoires)	4
4. Accidents vasculaires cérébraux dus à l'athérome	4
5. Accidents vasculaires d'origine hématologique (déficit en protéine S)	1
6. Etiologies indéterminées	8
Total	28

Les étiologies des accidents vasculaires cérébraux type hémorragique identifiées sont également résumées dans le tableau X.

Tableau X : Les formes étiologiques des AVC hémorragiques

Etiologies	Nombre	Pourcentage
HTA	15	42,85
MAV	6	17,14
Hémopathies	2	5,71
Vascularites	2	5,71
Causes non identifiées	10	28,57
TOTAL	35	100

L'hypertension artérielle (HTA) et les malformations artério-veineuses (MAV) étaient les plus grandes pourvoyeuses d'hémorragies cérébrales totalisant près des 2/3 de cette série.

Les étiologies des thromboses veineuses cérébrales (TVC) identifiées sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau XI : Les étiologies des TVC

Etiologies	Nombre	%
a) causes infectieuses :		
-otite	1	
-infections bucco-dentaires	2	
-sinusites	3	
-septicémie	1	
b) causes non infectieuses		
-post-partum	2	
-post-opératoire	1	
c) causes indéterminées	3	

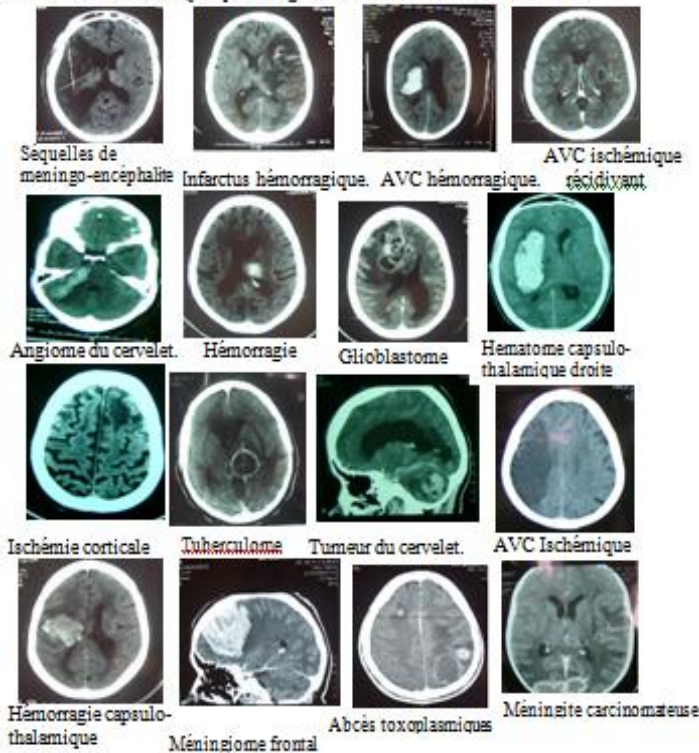
L'examen du LCS chez ces malades avec TVC montrait une pléiocytose allant jusqu'à 80% de polynucléaire dans 9 cas, et un fond œil pathologique dans 3 cas.

Chez les patients souffrant d'affections métaboliques et carencielles, l'examen du liquide cérébro-spinal montrait une hyperprotéinorrhachie dans 8 cas, et normale dans les autres cas.

Les pathologies infectieuses cérébrales en rapport avec le VIH, 3 cas de méningite tuberculeuse, 2 cas de méningite à cryptococcose et 1 cas de méningite aseptique avaient été notés. Chez 6 patients le diagnostic de Toxoplasmose cérébrale a été noté avec un taux moyen de CD4 à 86/mm³ et une sérologie toxoplasmique positive. Dans 10 autres cas le taux moyen de CD4 était de 188/mm³.

Le méningocoque a été identifié chez 12 patients et le streptocoque chez 1 malade. Pour les cas de méningite tuberculeuse, le BK a été identifié dans un cas après une ponction lombaire. Dans les 2 autres cas, le syndrome méningé était associé à une tuberculose pulmonaire avec une forte réaction positive de l'intradermo-réaction à la tuberculine.

ICONOGRAPHIE : Quelques images illustratives ces diverses affections



Discussion

Ce travail constitue la plus grande étude régionale d'affections neurologiques réalisée dans une population de patients réfugiés hospitalisés dans un service de neurologie subsaharien.

Ces déplacements massifs de population sur des distances allant parfois jusqu'à 700km (*voir cartographie*) sans structure de transport médicalisé expliquent parfois la gravité de certains tableaux cliniques enregistrés. Les 242 malades représentaient une prévalence de 3,10 %. Un taux d'incidence de 1 à 2 cas par an d'affections neurologiques chez les réfugiés, dans le même cadre, avait été rapporté antérieurement par *Cissé et al* [1].

Les infections du système nerveux central avaient constitué l'entité nosologique la plus fréquente totalisant plus de la moitié de la population. Les formes bactériennes et parasitaires étant les plus

représentées. Le tableau clinique était dominé par un syndrome confusionnel avec trouble de la vigilance, des troubles végétatifs, des symptômes neurologiques déficitaires et des signes méningés.

L'hématozoaire du neuropaludisme, qui était le type parasitaire le plus fréquent, doit être recherché dans le sang par goutte épaisse ou frottis. Un examen du LCR est habituellement réalisé afin d'exclure une autre pathologie infectieuse. Parmi les différentes espèces étiologiques, seul le *Plasmodium falciparum* entraîne des formes graves avec atteintes cérébrales [2,3,4]. Selon *Diagana et al.* les infections parasitaires en milieu tropical, en raison de leur importance et du manque de prise en charge précoce et efficace, sont observées mêmes chez les immunocompétents [5].

La plupart des auteurs travaillant en milieu tropical, une région à forte endémicité infectieuse et parasitaire estiment que les maladies sont particulièrement sévères en Afrique, résultat de la propagation facile des épidémies qui atteignent souvent des sujets déficients et malnutris, surtout dans les camps de réfugiés [3,6,7,8,9].

Les infections opportunistes restent encore le mode de révélation le plus fréquent lors de sérologie VIH inconnue ou non avouée comme l'attestent les résultats de cette étude [10].

Dans les camps de réfugiés les facteurs de risque de contamination : toxicomanie, homo et bisexualité ont été recensés. Ces facteurs sont aggravés par le manque de prévention : exposition à des conduites à risque, non utilisation de préservatifs.

La toxoplasmose cérébrale étant la deuxième parasitose notifiée, la réactivation des kystes de *Toxoplasma gondi* survient chez des sujets présentant un taux de CD4 inférieur à 100/mm³ avec sérologie toxoplasmique positive. La

toxoplasmose se manifeste habituellement par des abcès responsables de déficits focaux d'apparition progressive dans un contexte fébrile [5,10,11,12]. L'imagerie cérébrale, notamment le scanner met en évidence précocement un ou plusieurs processus expansif intracrânien prenant le contraste avec un œdème péri-lésionnel et effet de masse sur les structures de voisinage. Tardivement, il s'agit d'abcès unique ou multiple sous forme de lésions annulaires avec prise de contraste périphérique, situées électivement dans les hémisphères cérébraux [5].

Dans cette étude, l'absence de certaines méthodes d'exploration biologique (Polymerase chain reaction) n'a pas permis la mise en évidence avec certitude de certaines affections neurologiques.

Les pathologies vasculaires cérébrales représentaient un peu moins le tiers de cette série et les accidents vasculaires hémorragiques réalisaient la plus grande fréquence. Dans ces conditions de déplacement, le mode d'installation des symptômes n'a pas été bien élucidé chez certains patients en raison des difficultés à recueillir des informations nécessaires et suffisantes auprès de l'entourage. Selon plusieurs auteurs, l'installation des symptômes est variable, dans 2/3 des cas, elle est généralement rapide, soit brutale, soit survient pendant quelques minutes. Les débuts progressifs sont habituellement sur une ou plusieurs heures, rarement quelques jours [13,14].

Toutes les localisations cérébrales ont été notifiées, essentiellement et respectivement, de façon décroissante, les hématomes capsulo-thalamiques, les hématomes lobaires et les hémorragies ventriculaires. Selon *Vuillier* les hématomes thalamiques sont fréquents et une classification anatomoclinique permet de distinguer cinq grands groupes : thalamique antérieur, postéromédial, postérolatéral, dorsal et global. Elles peuvent

retentir sur la capsule interne proche expliquant ainsi l'apparition de troubles moteurs [4].

L'hypertension artérielle (HTA) était le facteur de risque le plus important, retrouvé dans 42,85% des malades vasculaires, réalisant surtout le tableau classique des hémorragies capsulo-thalamiques. L'HTA est considérée comme facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques et cause dans les AVC hémorragiques [12,15].

Selon *Thrift, Juvela et al.* l'existence d'une hypertension artérielle multiplie par 2,55 le risque de survenue d'hémorragie cérébrale spontanée [16,17].

Les malformations artério-veineuses (MAV) occupaient la troisième place dans les étiologies des hémorragies cérébrales. Il est établi que la rupture des malformations vasculaires constitue la première cause d'hémorragie intracérébrale spontanée du sujet jeune représentant dans la plupart des études environ 40 à 100% des causes [18]. *Moussa et al.* rapportaient que la malformation artério-veineuse cérébrale est la plus commune. Le cavernome est responsable d'hémorragie intracérébrale spontanée au niveau du tronc dans 10% des cas, la rupture anévrysmale habituellement responsable d'une hémorragie méningée peut provoquer dans 15 à 30% des cas une hémorragie intra-parenchymateuse. Les ruptures de MAV sont responsables de 2% d'AVC. Cette hémorragie est localisée au niveau intra-parenchymateuse dans 30 à 82 % sous arachnoïdien [15].

Les causes non identifiées dans notre série étaient imputables à la non-réalisation de certains bilans tels que : l'artériographie (excepté quelques cas), l'imagerie par résonance magnétique dans certains cas, l'angi-IRM, etc.

Les accidents vasculaires ischémiques représentaient la deuxième forme des AVC chez les

réfugiés, et les cardiopathies emboligènes constituaient le premier groupe étiologique. L'âge était le facteur de risque non modifiable le plus fréquemment rencontré dans cette série. D'autres facteurs de risque modifiable non moins important avaient été retrouvés : tabac, alcool, obésité, diabète, drogues, souvent isolés ou en association. Un dépistage et une prise en charge précoce et efficace de ces étiologies et facteurs de risque modifiables permettent de réduire l'incidence de ces pathologies vasculaires [5].

Les affections métaboliques et carencielles étaient dominées par l'encéphalopathie de Gayet Wernicke (EGW) qui se taillait plus de la moitié de ces cas. Dans les camps de réfugiés, les conditions nutritionnelles et d'hygiène sont propices à l'apparition des avitaminoses en général et de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke en particulier [1]. En dehors des facteurs génétiques incriminés par certains auteurs, la plupart s'accordent sur la conjonction de plusieurs facteurs dans l'apparition de l'EGW : un apport faible en vitamine B1, une diminution de l'absorption et du stockage de la thiamine, une accélération du métabolisme du pyrophosphate de thiamine et une variation de la dépense énergétique [19].

Sur le plan clinique, le diagnostic repose sur la triade classique, mais des sémiologies incomplètes ont été décrites. L'imagerie par résonance magnétique objective des hypersignaux en T2 dans les régions diencéphalo-mésencéphaliques, périaqueducule, au niveau des corps mamillaires, du plancher du 4^e ventricule et dans la partie médiane des thalamus [1].

Conclusion

Le diagnostic précis de ces pathologies neurologiques nécessite, entre autres, l'apport d'une bonne imagerie morphologique qui doit être réalisée plus ou moins urgemment chez tous les

patients présentant des signes neurologiques en foyer. Les infections du système nerveux occupaient la première place parmi d'innombrables affections neurologiques d'origine tropicale qui se sont empirées avec l'avènement du syndrome d'immunodéficience. L'hygiène de vie dérisoire ainsi que les conditions de vie socioéconomiques médiocres ont favorisé la fréquence élevée chez ces réfugiés d'affections devenues assez rares ailleurs.

*Correspondance

Ibrahima M Diallo (dialloibmcool@yahoo.fr)

Reçu: 21 Nov, 2017 ; **Accepté:** 06 Jan, 2018; **Publié:** 12 Jan, 2018

¹ Service de Neurologie, CNHU Ignace Deen, Conakry, Guinée

² Service de neurologie de l'hôpital de l'amitié Sino-guinéen de Kipé, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] A.F. Cissé, N. Camara, L.L. Diallo et al. Encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Étude de 13 observations dans une population de patients réfugiés hospitalisés pour affections neurologiques au CHU de Conakry. Bull Soc Pathol Exot 2008 ; 101 ; 5 ; 402-403.
- [2] 2- Newton CR, Warrel D A. Neurological manifestations of falciparum malaria. Ann Neurol 1998; 43: 695-702.
- [3] 3- 26. Turner G cerebral malaria, Brain Pathol 1997; 7: 569-582.
- [4] 4- Vuillier F, Tatu L, Moulin T: Hémorragie intracérébrale spontanée. Encycl.med chir. (Elsevier, Paris), Neurologie, 17-496-A-10, 1999, 7P.
- [5] 5- M. Diagana, A. Millogo, P. M. Preux : Affections neurologiques en milieu tropical : EMC : 2005 ; 17-052-A-10.
- [6] 6- Ben Salem D, Perouse de Montclos E, Coualillier J et al : Urgences neuroradiologiques en pathologie infectieuse : Journal of neuroradiology. 2004 ; 31 ; 301-312 ; 12.

- [7] 7- Dumas M, Akani F, Preux P M. Parasitologie In: Duckett S, ed Pediatric Neuropathology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 374-95.
- [8] 8- Dumas M, Leger J.M, Pestre-Alexandre M. Manifestations neurologiques et psychiatriques des parasitoses. Paris : Masson, 1986 : 332 P.
- [9] 9- Newton CR, Warrel D A, Neurological manifestations of falciparum malaria. Ann Neurol 1998; 43: 695-702.
- [10] 10- Said G, Saimont AG et al. Opportunistic infections of the central nervous system. In neurological complications of HIV and AIDS, Saunders 1997, 47-116.
- [11] 11- Palela F J et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N. Engl J Med 1998 : 338 :853-860.
- [12] 12- Vanhems P, Toma E. Recognizing primary HIV1, infection Infect Med 1999;16, 2,104, 8, 110.
- [13] 13- Losser M R, Payen D. Hémorragie méningée; prise en charge. Réanimation 2007 ; 16 ; 463-471 ; 9
- [14] 14- P Grillo, L Velly, N Bruder : Accident vasculaire cérébral hémorragique : Annales françaises d'anesthésie et de Réanimation 25 (2006) 868-873s.
- [15] 15- Moussa R et coll. : Hématome intracérébral spontané du sujet âgé: étiologies et rapports avec l'hypertension artérielle. Masson, Paris, 2006, 52, N°2-3,105-109.
- [16] 16- Thrift AG, McNeil JJ, Forbes A, Donnan GA, et al. Risk factors for cerebral hemorrhage in the era of well-controlled hypertension. Stroke 1996 ; 27 : 2020-2025].
- [17] 17- Juvela S. Prevalence of risk factors in spontaneous intracerebral hemorrhage and aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Arch Neurol 1996 ; 53 : 734-740.
- [18] 18- Biondi A, Scialfa G: Malformations vasculaires cérébrales: données morphologiques et hémodynamiques obtenus par I.R.M. J. Neuro Radiol 1988, 15, 253-65.
- [19] 19- Harper CG – The incidence of Wernicke’s Encephalopathy in Australia: a neuropathological study of 131 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1983, 46, 593-598.

Pour citer cet article:

Diallo Ibrahima Mariam, Barry Souleymane Djigué, Cissé Fodé Abass . Affections neurologiques chez 242 patients réfugiés à Conakry de 1994 à 2010 . *Jaccr Africa 2018; 2(1): 10-20.*