



Article original

Crises d'épilepsie et urgences au CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali

Seizeires and Emergency at the Teaching Hospital of Gabriel Touré, Bamako, Mali

SH Diallo¹, Y Cissoko², Y Sogoba³, D Pango¹, M Albakaye¹, S Diallo¹, D Coulibaly⁴, Z Traoré¹, D Diango⁵, Y Maiga¹

Résumé

Les crises épileptiques constituent un motif fréquent d'admission dans les Services d'Accueil des Urgence (SAU) à travers le monde. En Afrique subsaharienne très peu de données existent sur leurs étiologies. Notre étude avait pour objectif de déterminer le profil épidémiologique et clinique des patients admis pour crises épileptiques inaugurales au CHU Gabriel Touré de Bamako.

Il s'agissait, d'une étude prospective et descriptive, réalisée dans le SAU du CHU Gabriel Touré de Bamako, de juin 2010 à juin 2011. Ont été inclus les malades admis pour crises épileptiques inaugurales. Le diagnostic de la crise était retenu sur des bases strictement cliniques et la recherche étiologique était para clinique.

Au cours de l'étude, 56 patients ont été admis aux SAU pour crises épileptiques. La moyenne d'âge de 35,2 [2-81] ans. Le sexe masculin était le plus représenté (sexe ratio= 2,3). La majorité des patients (80,4%) ne prenait aucun médicament épileptogène au moment de l'admission. Les étiologies sont dominées par les causes infectieuses (42,9%); traumatismes crâniens (17,9%), vasculaires (16,1%); tumorales (3,6%), métaboliques (5,4%) et indéterminées (12,5%). La

crise partielle puis généralisée était la manifestation symptomatique la plus représentée (64%). Les causes infectieuses étaient dominées par le paludisme 19,6% et l'infection à VIH 17,9%.Le diazépam était la molécule la plus utilisée en urgence dans le traitement des crises (83,9%).

Les crises épileptiques sont fréquentes au SAU. En Afrique, leur présence doit conduire à un bilan infectieux. Les causes liées à l'alcool sont rares dans le contexte du Mali.

Mots clés : Urgence, Crises épileptiques, Etiologies, Mali

Abstract

Seizures constitute frequent reason for admission into emergency ward worldwide. In sub-Saharan Africa, there is lack of data on the etiology of seizure. This study aimed to determine the epidemiological and clinical profile of patients admitted for their first episode of seizures at Gabriel Touré Hospital in Bamako.

This is a prospective study, conducted in the emergency ward of Gabriel Touré Hospital in Bamako, from June 2010 to June 2011. Were included patients admitted for inaugural seizures.

The diagnosis of the crisis was strictly made on clinical basis and etiological research was paraclinical.

During the study, 56 patients were admitted into emergency ward for seizures. The average age was 35.2 [2-81] years. Male were the most represented (sex ratio = 2.3). The majority of patients (80.4%) were not taking any seizure medication at the time of admission. The etiology are dominated by infectious diseases (42.9 %). Other etiologies were: head injuries (17.9%); vascular (16.1%); tumor (3.6%); metabolic (5.4%) and indeterminate (12.5%). Partial and generalized crisis were the most represented symptomatic manifestation (64%). The causes were dominated by infections such as malaria (19.6%) and HIV infection (17.9%). Diazepam was the most used drug in the emergency treatment of seizures (83.9%).

Seizures are frequent in emergency ward. In Africa, their presence should lead to research of infectious causes. Causes related to alcohol are rare in the context of Mali.

Keywords: Emergency Seizures, Etiology, Mali

Introduction

Huit personnes sur mille souffrent d'épilepsie dans le monde et 80% se trouvent dans les pays en développement [1]. L'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine ont des prévalences médianes élevées avec respectivement 15,4% et 12,4% [2]. Au Mali, la prévalence de l'épilepsie se situe à 15,6% en zone rurale [3] et 14,6% en milieu urbain [4]. Le risque dans la population générale de présenter une crise symptomatique aiguë est de 5% [5]. Elles sont un motif d'admission dans les services d'accueil d'urgence, même chez les patients non épileptiques. Les étiologies des crises symptomatiques aiguës est fonction de l'environnement et du contexte socio culturel.

Elles restent dominées en occident par l'intoxication alcoolique [6]

En Europe, elles représentent 0,53% à 7,6% des patients consultants aux urgences [6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10] En France, elles représentent 0,3% et 1,2% des patients admis aux urgences [5].

Très peu de données existent en Afrique sur l'étiologie des crises épileptiques aux urgences. Les données qui existent notent une part importante de la pathologie infectieuse [11 ; 12 ; 13] et traumatique [13]. En milieu de réanimation pédiatrique, le neuro paludisme semble être le grand pourvoyeur de crises épileptiques aux urgences.

Si l'intoxication éthylique apparaît comme la principale cause de crise inaugurale en occident, au Mali, pays où la majorité de la population est musulmane, la consommation d'alcool ne semble pas très répandue. En outre, aucune étude ne fait l'état des lieux à ce sujet.

C'est dans cette dynamique que nous avons envisagé ce travail qui avait pour objectifs de déterminer d'une part le profil épidémiologique et d'autres parts les principales étiologies des crises inaugurales au SAU du CHU du Gabriel Touré de Bamako.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive, réalisée dans le Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) du CHU Gabriel Touré de Bamako, de juin 2010 à Juin 2011.

Ont été inclus les patients non connus épileptiques admis pour crises épileptiques au SAU du CHU Gabriel Touré, après un consentement éclairé soit du patient et/ou de ses parents.

Les patients ne répondant pas à cette condition n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les paramètres étudiés étaient d'ordre socio

démographiques (âge, sexe, provenance, profession, religion) ; cliniques (la nature, la durée, la circonstance de survenue de la crise, le type de crise...) ; para cliniques à la recherche étiologique systématique (Une Numération formule sanguine, un ionogramme sanguin complet, une glycémie à jeun, une goutte épaisse, une sérologie HIV, une tomodensitométrie cérébrale).

Le diagnostic de crise d'épilepsie était essentiellement clinique, le diagnostic de crises symptomatiques d'une lésion ou d'une affection était clinique et para clinique.

Les données ont été collectées par un étudiant en 7^{ème} année de médecine formé sur un questionnaire élaboré à ce titre et complété par un examen clinique. L'ensemble des informations ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS version 17.01.

Résultats

Au cours de notre étude 56 patients ont été admis au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Toure pour crises inaugurales.

Sur le plan socio démographique : La moyenne d'âge était de 35,2 ans avec des extrêmes allant de 2 à 81 ans. Le sexe masculin était le plus représenté (69,6%), et 92,9% de notre population était musulmane.

Sur le plan habitude de vie, la consommation de l'alcool n'a été retrouvée que dans 3,6% des cas. La majorité des patients (80,4%) ne prenait aucun médicament épileptogène au moment de l'admission.

La plupart des patients (53,6%) n'avait pas d'antécédents médicaux contributifs.

Sur le plan clinique, la crise survenait dans la journée dans 55,4% des cas et la crise tonico clonique généralisée à début partiel était le mode d'expression sémiologique des crises inaugurales, 78,6% des patients avaient une altération de la

conscience post critique. (Tableau I). La glycémie était l'examen complémentaire systématiquement réalisé chez 94,7% des patients. Les étiologies retrouvées étaient infectieuses (42,9%) ; vasculaires (21,4%), traumatiques (17,9%) ; tumorales (3,6%) ; métaboliques (5,4%) ; indéterminées (12, 5%). Parmi les causes infectieuses, le paludisme et l'infection à VIH avec respectivement 19,6% et (17,9%). (Tableau II).

Sur le plan thérapeutique, le diazépam était l'anti épileptique le plus utilisé (83,9%). La durée moyenne de séjour au SAU était de 2,5 jours et 21 de nos patients (37,5%) ont été transférés au Service d'Anesthésie et de Réanimation (SAR).

Sur le plan pronostic, l'évolution n'a pu être déterminée chez 57,1% des cas et 17,9% des patients ont eu des séquelles neurologiques de type moteur ou cognitif.

Tableau I : Répartition des patients admis pour crises épileptiques selon les caractères sociodémographiques

Caractères socio démographiques		Effectif	Pourcentage (%)
Sexe	Masculin	39	69,6
	Féminin	17	30,4
Classe d'âge	0 – 15 ans	6	10,7
	16 – 30 ans	26	46,4
	31 – 50 ans	10	17,8
	51 ans et plus	14	25
Profession	Ménagère	8	14,3
	Commerçant	12	21,4
	Elève	10	17,8
	Cultivateur	9	16,0
	Fonctionnaire	1	1,8
	Force de l'ordre	3	5,4
	Mécanicien	1	1,8
	Retraité	2	3,6
	Autres	7	12,5
Aucune	4	7,1	
Provenance	Bamako rive droite	33	58,9
	Bamako rive gauche	12	21,4
	Hors Bamako	5	8,9
	Indéterminé	6	10,7

Tableau II. Répartition des patients selon l'étiologie retenue

DIAGNOSTIC RETENU	EFFECTIF	POURCENTAGE
AVC	12	21,4
Neuropaludisme	11	19,6
Infection à VIH	10	17,9
Tumeur cérébrale	2	3,6
Traumatisme crânien	10	17,9
Hypoglycémie	1	1,8
Méningo-encéphalite bactérienne	1	1,8
Encéphalopathie urémique	1	1,8
Crise d'épilepsie post traumatique	1	1,8
Neurocysticercose	1	1,8
Aucune	6	10,7
Total	56	100

Discussion

Le service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré est un service médico chirurgical avec une priorité aux urgences chirurgicales et traumatiques. De nombreux cas médicaux sont orientés vers d'autres centres par défaut de place, de plus les cas de CE chez les épileptiques connus ou non, avec reprise de conscience à l'arrivée aux SAU sont le plus souvent orientés directement vers le service de neurologie du Point G car le service de neurologie venait d'être créer et avait peu de lits dédiés, de ce fait la fréquence des CE peut être sous estimée. Aussi certains examens complémentaires à visée diagnostic n'étaient pas réalisables au CHU Gabriel Touré en urgence notamment la tomodensitométrie cérébrale.

La tranche d'âge 16 – 30 ans était la plus représentée soit 46,4% avec une moyenne d'âge 35,2 [2- 81] ans, ce résultat est similaire à ceux de la littérature qui retrouve une tranche d'âge modale de 31 à 53 ans ou une moyenne d'âge de 39,5 ± 12,7 [5 ;6]. Le sex ratio en faveur des hommes [5 ; 6 ; 14 ; 15 ; 16 ; 17].

Les commerçants représentaient 21,4%. Cette situation pourrait s'expliquer par l'importance de cette profession au Mali, mais aussi et surtout par

la vulnérabilité des commerçants, qui sont emmenés à se déplacer fréquemment soit en moto ou en transport en commun donc exposés à des accidents de la voie publique.

La religion musulmane était dominante dans 92,9% des cas s'expliquant par le fait que l'Islam soit la religion dominante au Mali.

La plupart des patients était analphabète (51,8%) conformément au niveau d'alphabetisation au Mali. La consommation d'alcool a été retrouvée chez 3,6% des patients, ce résultat est nettement contradictoire avec les données de la littérature occidentale [14 ; 15 ; 18]. Cette contradiction trouverait sa raison dans les habitudes socio culturelles et religieuses de la population car la consommation d'alcool n'est pas les mœurs pour une population à prédominance musulmane.

La pathologie infectieuse reste l'étiologie dominante, elle est retrouvée chez 42,9% des patients, ce résultat est contraire à ceux publiés en occident où la consommation d'alcool reste de loin la cause la plus fréquente. Nous expliquons cet état de fait d'une part, par l'importance des pathologies infectieuses (neuropaludisme, VIH etc) mais aussi et surtout, par la consommation d'alcool relativement faible dans la population générale au Mali. Dans notre effectif, 27 patients ont accepté (accord du patient ou de la famille) de faire une sérologie à VIH, dont 37, 03% avaient une sérologie positive, ce résultat corrobore celui de Kuate T [11] quand au lien étroit entre VIH et crises épileptiques.

La sémiologie des crises était dominée par les crises partielles motrices secondairement généralisée, ce qui est différent des résultats de la SFMU qui trouvait en seconde position les crises partielles motrices.

Quant à l'itinéraire des patients, 64,3% furent conduits directement du domicile au SAU. Le diazépam était la molécule la plus utilisée en urgence (83,9%).

La glycémie était l'examen complémentaire systématiquement réalisé chez 94,7% des patients ceci est conforme aux recommandations de la SFMU [5], les autres. L'imagerie morphologique encéphalique quand elle est réalisée a été contributive dans 16,1 % des cas.

La durée moyenne de séjour au SAU était de 2,5 jours et 21 de nos patients (37,5%) ont été transférés au SAR. Ce résultat est plus élevé que celui de Casalino E. qui retrouve un pourcentage de 14%. Ceci pourrait s'expliquer par la gravité de la pathologie causale nécessitant le plus souvent des mesures de réanimation non disponibles en hospitalisation conventionnelle.

*Correspondance

Seybou Hassane Diallo

(dseybou@gmail.com)

Reçu: 16 Avril, 2018; Accepté : 15 Juin, 2018; Publié : 05 Sept ,2018

¹Service de Neurologie Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

²Service des Urgences Hôpital Régional de Gao, Mali

³Service d'Accueil des Urgences Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

⁴Service de Médecine interne Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

- [1] WHO/OMS.Disease and neuroscience Department of health and substance abuse.Atlas country resource for neurological disorders 2004. World Health organization ed, Geneva, 2004:59p. Consulté le 10-10-2014.
- [2] Tran DS1, Ngoungou EB, Quet F, Preux PM. Management of epilepsy in developing countries. *Med Trop.*2007; 67 (6):635-43.

- [3] Farnarier G, Diop S, Coulibaly B, Arborio S, Dabo A, Traoré S et al. Onchocerciasis and epilepsy. Epidemiological survey in Mali. *Med Trop.*2000; 60(2):151-5.
- [4] Traoré M, Tahny R, Sacko M,. Prévalence de l'épilepsie chez les enfants de 3 à 15 ans dans 2 communes du district de Bamako. *Rev Neurol* 2000 ; 156 (suppl 1) :1S18.
- [5] Société Française de Médecine d'urgence : les crises convulsives de l'adulte au service: 1ere conférence de consensus en Médecin d'Urgence, Genève, avril 1991, actualisé en 2001 : deuxième actualisation 2006 disponible sur http://www.sfm.org/documents/consensus/actualisation_cc_2006VF.pdf. Consulté le 15-05-2006.
- [6] Casilino E. Quelle stratégie de surveillance et d'hospitalisation adopter aux urgences. *Activités sociales. Epilepsy* 2005 ; 17(3) :151-4.
- [7] Delanty N, Vaughan CJ, French JA. Medical causes of seizures. *Lancet* 1988 ;352:383- 90.
- [8] Reuber M, Hattingh L, Goulding PJ. Epileptological emergencies in Accident and Emergency: a survey at St James University Hospital, Leeds. *Seizure* 2000; 9:216-20.
- [9] Semperre AP, Villaverd FJ, Martinez Menendez B, et al. First seizure in adults: prospective study from the emergency department. *Acta Neurol Scand* 1992; 86: 134-8.
- [10] Krumholz A, Grufferman S,Orr ST, Stern BJ. Seizure and seizure in an emergency department. *Epilpsia* 1989;30: 175-81.
- [11] Kuate C, Maiga Y. Crises épileptiques associées à l'infection à VIH en Afrique. *Epilepsie et pathologie tropicales.* 2010 ; 22 (2) :134 – 142.
- [12] Maiga Y, Diallo M, Bouteille B, Konaté A, Diarra M, Maiga M et al. A propos d'un cas autochtone de neurocysticercose au Mali. *Bull soc path Exo.* 2009 ; 102(4) :211-14.
- [13] WHO. L'épilepsie : étiologie, épidémiologie et pronostic. Aide mémoire N°165 disponible sur <https://apps.who.int/inf-fs/fr/am165.html> consulté le 11-06-2014.
- [14] Huff JS, Morris DL, Kothari RU, Gibbs MA. For emergency medicine seizure study group. Emergency management of patients with seizures: a multicenter study *Acad Emerg Med* 2001, (6): 622 -8.
- [15] Breen DP, Dunn MJG, Davenport RJ, Gray AJ. Epidemiology, clinical characteristics, and management of adults referred to teaching hospital first seizure *Clinic Postgrad J* 2005; 81:715-18.
- [16] Mc Fadyen MB and al. First seizure, the epilepsies and other paroxysmal disorders prospective audit of a first seizure clinic *Scott med J* 2004; 49(4):126-30.
- [17] Kawkabani A, Rosseti AO, Despland PA. Survey of management of first ever seizures in hospital based community *Swiss Med Wkly* 2004; 134:586-92.
- [18] Bhatt H, Matharu MS, Henderson K, Greenwood R. An audit of first seizure presenting to an accident and emergency department *Seizure* 2005; 14 (1):58-61.

Pour citer cet article:

Diallo Seybou Hassane, Cissoko Yacouba, Sogoba Yousouf et al. Crises d'épilepsie et urgences au CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali. *Jaccr Africa* 2018; 2(3): 349-353.