

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Résumé :

Introduction :

Les urgences neurologiques (UN) sont des affections du système nerveux pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel, et nécessitant une prise en charge sans délai. Elles constituent une problématique majeure de santé publique, d'où cette étude dont l'objectif était d'en déterminer la prévalence, les types et facteurs pronostics.

Patients et Méthode :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée aux urgences du CHU Point G de Bamako (Mali) sur une période de six mois. Ont été inclus, tous les patients âgés de plus de 15ans admis pour UN non traumatique, en tenant compte des considérations éthiques de recherche. Les variables (caractéristiques épidémiologiques et cliniques) ont été traitées avec le logiciel SPSS 20.0 et exprimées en moyenne±écart-type et en effectif (pourcentage).

Résultats :

La prévalence des urgences neurologiques était de 43,13%. L'âge moyen des patients étaient de 53,10±19,8ans avec un sexe ratio (Hommes/Femmes) de 1,095. Les pathologies les plus fréquentes étaient neurovasculaires (43,18%), infectieuses (9,78%), neurologiques (3,64%), métaboliques (15,59%) et parasitaires (neuropaludisme avec 8,18% des cas). Le délai d'admission était de 30,79±23,43 heures, avec un transport non médicalisé dans 69,54% des cas. La mortalité des UN était de 56,36%. Le long délai d'admission était un facteur pronostic.

Conclusion :

Les UN constituent 43,13% des admissions aux urgences, avec une mortalité élevée dans notre contexte. Une organisation de la prise en charge initiale (médecine pré hospitalière, disponibilité des soins et plateau technique appropriés à la phase initiale) pourrait améliorer le pronostic de ces affections.

Mots clés : Epidémiologie, facteurs pronostics, urgences neurologiques.

Summary :

Objective :

Authors aimed to determine the clinical and epidemiological characteristics (prevalence, types and prognostic) of neurological emergencies (NEs) in the Point G teaching hospital in Bamako (Mali). NEs are a major public health concern in developing countries.

Patients and Method :

It has been a prospective study performed in the emergency department of Point G teaching hospital on a six months period. Have been included, adults patients (aged over 15 years old) admitted for non traumatic NEs with assurance of any ethical consideration in medical research. SPSS 20.0 was used for statistical analysis, clinical and epidemiological characteristics as variables.

Results :

NEs were 43,13% of all admissions in the Point G hospital's emergency department. The average age of patients were 53,10±19,8 years with a sex ratio (M/F) of 1,095. The main pathologies were from neurovascular (43,18%), infectious (9,78%), encephalic (3,64%), metabolic (15,59%) origins, and cerebral malaria in 8,18% of cases.

The average delay (time between attack and hospital admission) were 30,79±23,43 hours; and 69,54% of patients have not been carried with by a safe medical transport. The mortality of NEs were 56,36%. Long delay in treatment was the main risk factor of prognostic.

Conclusion :

NEs account for 43,13% of ED admissions, with a high rate of mortality in our context. Institutional organization of prehospital medicine, accessibility in emergency cares would be useful in the prognostic of these NEs.

Key-words: Epidemiology, neurological emergencies, prognostic factors.

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Introduction :

L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence, les types, l'étiologie et les facteurs pronostics à court terme des urgences neurologiques reçues au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G de Bamako.

Les urgences neurologiques sont des pathologies neurologiques de survenue ou d'aggravation aiguë, pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant de ce fait une prise en charge diagnostique et thérapeutique sans délai [1]. Ces urgences neurologiques représenteraient environ 11% des admissions au niveau des services d'accueil des urgences selon une étude de Lange MC et al au Brésil [2].

Les motifs de visite les plus fréquemment rencontrés par les urgentistes sont très variés sont les pertes de connaissance, les céphalées sévères, les vertiges, les déficits sensitivomoteurs, les convulsions dans un contexte post-traumatique ou non [1 ; 3-5]. Les principales anomalies sont d'origines neurovasculaires, neuroimmunitaires, infectieuses, métaboliques, toxiques, hématologiques ou traumatiques [6 ; 7]. L'imagerie et de la biologie occupent une place primordiale dans la prise en charge [8]. Notre service d'accueil des urgences (SAU) est de type médicochirurgical servant de service de tri, de déchoquage et d'orientation, avec une unité d'hospitalisation à 8 lits. Les urgences neurologiques nous semblent fréquentes, et présentent des problématiques majeures de diagnostic étiologique et de prise en charge initiale et de morbi-mortalité d'où la présente étude.

Patients et Méthode :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée sur une période de six (6) mois au SAU du Centre Hospitalier Universitaire Point G de Bamako (Mali), dans laquelle ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans admis pour une urgence neurologique non traumatique. N'ont pas été inclus, les patients auprès de qui un consentement éclairé n'a pas été obtenu. Les cas de traumatismes crâniens, rachidiens, radiculaires ainsi que les états d'agitations d'origine psychiatrique n'ont pas été inclus.

Les principales variables étudiées étaient le motif d'admission, le diagnostic retenu, les bilans réalisées, les scores de gravité à l'admission, les caractéristiques sociodémographiques, l'itinéraire du patient, le pronostic à 48heures.

Les données ont été recueillies à l'aide fiche d'enquête, et l'analyse statistique effectuée avec le logiciel SPSS 20.0. Les tests de Khi-2 et de Student ont été utilisés en fonction des caractéristiques des variables et des objectifs analytiques. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les résultats ont été exprimés sous forme de tableaux et graphiques puis discutés avec les données de la littérature.

L'étude a bénéficié de l'accord du comité éthique d'établissement.

Résultats :

Sur un effectif de 1020 patients reçus au SAU durant la période d'étude, nous avons enregistré 440 cas d'urgences neurologiques (soit 43,13%). L'âge moyen des patients était de 53,10±19,8 ans avec des extrêmes de 14 et de 98 ans (Tableau I) et un sexe ratio homme/femme de 1,09. Les patients ont été transportés par taxi ou véhicule personnel vers les urgences (69,54% des cas), sans traitement pré hospitalier. La moyenne du délai d'admission (temps entre le début de la symptomatologie et l'arrivée aux urgences) était de 30,79±23,43 heures. Trente patients (6,82%) étaient admis dans les 6 premières heures, pendant que 53 patients (12,05%) étaient arrivés après la 72ème heure. Les comas et déficits sensitivomoteurs étaient les motifs prédominants (92,05% des cas). Les pathologies rencontrées étaient neurovasculaires, infectieuses, neuro-encéphaliques, métaboliques, avec le neuropaludisme (8,18% des cas), avec des antécédents d'HTA et de diabète chez 58,41% des patients (Tableaux II et III). Le taux de guérison avec sortie à domicile était de 30,68% à partir du SAU avec une durée d'hospitalisation de 67,96+/-55,93 heures au SAU. La mortalité globale sur l'ensemble des 440 patients (transférés ou non) était de 56,36% (Tableau IV). .

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Discussion :

La prise en charge des urgences neurologiques constitue un problème crucial dans les pays en développement du fait de facteurs socio-économiques, organisationnels et institutionnels [1]. Ce sont des affections du système nerveux (central et périphérique) d'apparition ou d'aggravation aiguë, et nécessitant un traitement dans les plus brefs délais au risque de d'un décès ou de séquelle fonctionnelle/organique réversible ou non.

Ces urgences constituaient 43,13% des admissions au SAU. Cette prévalence était de 27,2% pour Mapouré et al au Cameroun [9]. Notre contexte de faible disponibilité de la médecine pré-hospitalière, est un facteur favorisant le retard d'admission aux structures d'urgences comme dans cette étude où le délai moyen d'admission était 30,79±23,43 heures, avec un système de transport non médicalisé dans 69,54% des cas. Tableau I. Ceci sous-entend l'absence de toute intervention médicale préalable à l'admission, et aggrave la situation de retard de prise en charge. La notion de retard de prise en charge peut être définie comme un retard au démarrage d'une intervention médicale, qu'elle soit la mise en condition en vue du transport, la réalisation d'un bilan clinique ou para-clinique, l'établissement d'un diagnostic ou la mise en route d'un traitement adapté. Le délai de prise en charge était identifié comme facteur déterminant du pronostic des urgences neurologiques « Time is brain » [10-12]. La prise en charge du patient neurologique requiert dès les premiers instants d'assurer un équilibre hémodynamique efficace, une protection des voies aériennes supérieures, le transfert rapide en milieu spécialisé. La précocité de ce traitement permet d'éviter l'installation ou l'extension de lésions irréversibles.

Les pathologies les plus fréquentes étaient neurovasculaires [accidents vasculaires cérébraux AVC (42,5%), hémorragie méningée (0,68%)], infectieuses (9,78%), neurologiques (3,64%), ou métaboliques (15,59%). Le neuropaludisme (8,18%) dans notre étude est une entité particulièrement fréquente dans les régions intertropicales, associée des troubles neurologiques à des signes de dysfonction multi-viscérales induite par le plasmodium falciparum [13]. Tableau II.

Les AVC hémorragiques (AVCH) réalisent des hématomes intracérébraux compressifs. Ils constituent la 4ème cause de décès aux USA et l'une des plus fréquentes causes d'invalidité dans le monde [14-15]. Les étiologies les plus fréquentes sont l'hypertension artérielle (HTA) et les malformations artério-veineuses cérébrales. L'évacuation chirurgicale discutée en fonction des caractéristiques cliniques et scannographiques de l'hématome, est capitale dans la prise en charge.

Environ 85% de ces AVC sont d'origine ischémique [10]. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) non observés dans cette étude et les leuco-encéphalopathies hypertensives (13 patients soit un taux de 2,95%), sont très souvent rapportés chez des patients hypertendus connus, ou présentant une obstruction carotidienne d'origine athéromateuse [16]. L'utilisation de thrombolitiques (tissu plasminogène activateur « tPA » a montré son utilité clinique dans ces AVC ischémiques (AVCI) avec un bénéfice sur l'évolution des lésions [12 ; 17].

Les hémorragies méningées ou hémorragie sous arachnoïdiennes (HSA) par rupture d'un anévrisme- rencontrées chez 0,68% de nos patients- posent le problème de prévention des complications classiques : ressaignement, convulsion, hydrocéphalie, le vasospasme, les lésions ischémiques. Le traitement est médical (nimodipine, réanimation hydroélectrolytique, etc.) et neurochirurgical (dérivation ventriculaire, pose d'un stent, d'un coil ou d'un clipping) [18 ; 19]. Aux Etats Unis d'Amérique, ils constitueraient entre 5% to 10% des affections neurovasculaires [20].

Dans les détresses neurologiques, le coma d'installation aiguë ou subaiguë (motif d'admission de 68,41% de nos urgences infectieuses, métaboliques et neuro-vasculaires Tableau III), avec ou sans déficit sensitivomoteur est le symptôme le plus évocateur de troubles profonds du système nerveux central (SNC). Sa profondeur est classiquement évaluée par le score de Glasgow (GCS) initialement validée pour les traumatismes crâniens [21]. Ainsi 43,7% des patients avaient un GCS inférieur à 8, sans protection des voies aériennes supérieures l'admission.

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Un accent particulier doit être mis sur les pathologies les affections neuro-immunitaires ou neuromusculaires (myasthénie, syndrome de Guillain barré) du fait de leur rareté, du retard diagnostique et du pronostic. Leur prise en charge nécessite une admission en unité de soins intensifs pour suppléance des fonctions respiratoires principalement [22]. La mortalité à 48 heures était de 75 % pour les cas de myasthénie et de maladie de Guillain barré.

Les perturbations métaboliques (dysglycémie ou dysnatrémie) sont associées aux atteintes neuroencéphaliques. Il est important de réaliser une glycémie capillaire chez tout patient présentant un trouble de conscience [23]. Une glycémie anormale était retrouvée chez 22,05% de nos patients. Les complications aiguës du diabète (coma hyperosmolaire, cétoacidose diabétique) constituaient 42,47% des souffrances cérébrale d'origine métabolique. Les complications métaboliques chez ces sujets diabétiques étaient l'hyperglycémie (39 % des cas), l'hypoglycémie (30 % des patients), l'acidocétose (28 %) et l'hyperosmolarité (3 %)[24].

Les souffrances du tissu cérébral ou cortical (3,63% de notre échantillon) étaient constituées d'états de mal convulsifs (2,05%), de coma post-critique et de l'éclampsie. Tableau II. Towne AR concluait dans une étude que l'état de mal épileptique non convulsif (EMENC) pourrait être la cause d'environ 8 % des comas inexpliqués [25]. La pré-éclampsie sévère et l'éclampsie représentaient 73.6% des causes d'admission aux soins intensifs selon Demirkiran O et al. [26]. Elle constitue la principale urgence neurologique chez la femme enceinte [4 ; 27].

Les méningites et méningo-encéphalites étaient d'origine bactérienne, virale avec 7,73% des cas d'infections à germes opportunistes tels que la toxoplasmose ou la cryptococcose neuro-méningées. Ces infections développées sur terrains fragilisés comme l'immunodépression à VIH, constituaient 39.1% des cas de méningo-encéphalites observées à Bangui [28].

La prise en charge des infections neuro-méningées fait discuter en urgence l'antibiothérapie, la corticothérapie, la ponction lombaire et la tomodensitométrie (TDM) cérébrale [29-30].

Dans notre étude, la gestion des urgences neurologiques comportait la gestion immédiate d'éventuelles détresses vitales dès l'arrivée au SAU, la réalisation d'un bilan clinique, biologique et radiologique, et l'admission en service spécialisé en fonction de l'état clinique des patients. Ainsi, 87,04% des patients ont été hospitalisés en unité de soins intensifs (SAU et Réanimation), 12,05% au service de neurologie ou de médecine interne. Tableau IV.

Dans 17,73% des cas un diagnostic définitif n'était pas établi au niveau SAU, de l'impossibilité de réalisation des examens complémentaires, du transfert immédiat du patient dans un service d'hospitalisation ou du fait du décès. Pour des raisons principalement financières, 53,86% n'avaient pas pu réaliser les principaux examens complémentaires dans l'immédiat. Il s'agissait de l'ionogramme sanguin, la glycémie, la numération formule sanguine, l'examen cyto-bactériologique et chimique du liquide céphalorachidien (LCR), la TDM cérébrale, l'échographie des troncs supra-aortiques ou l'électroencéphalogramme. La mortalité globale des urgences neurologiques reste élevée (56,36%). Tableau IV. La disponibilité de lits dans les services d'hospitalisations est un élément important dans la durée de séjour des patients au SAU.

Devant les détresses neurologiques, les recommandations regroupent l'équilibre hémodynamique, la protection des voies aériennes supérieures, la maîtrise des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique ou centrale, la prévention de l'ischémie ou de l'œdème cérébral, l'établissement d'un diagnostic (clinique, radiologique, biologique)[23 ; 30].

La biologie peut rechercher des marqueurs spécifiques du tissu neuro-encéphalique tels que la protéine S-100 (issue des mélanocytes, des cellules gliales et de Schwann), la neuron specific enolase (NSE), la créatinine phosphokinase isoenzyme BB (CPK-BB) et la « myelin basic protein » (MBP)[31].

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Ces examens ne sont pas disponibles dans les régions à contexte socio-économique limité et avec une faible couverture de l'assurance-maladie.

La PEC des urgences neurologiques demeure une problématique majeure dans les pays en développement. L'organisation de la médecine pré-hospitalière (conditionnement, transport et régulation des urgences), la mise à niveau de l'assurance-maladie universelle et l'amélioration des plateaux techniques dans les structures d'accueil, semblent nécessaires pour réduire le retard de prise en charge et améliorer le pronostic des urgences neurologiques.

Conclusion :

Les urgences neurologiques constituaient 43,13% des motifs d'admission au SAU, avec une prédominance des affections neuro-vasculaires (AVCI, AVCH, HSA), infectieuses (méningite et méningo-encéphalite) et parasitaires (neuropaludisme). L'amélioration de la médecine pré hospitalière, la disponibilité immédiate des examens complémentaires pour tous les cas pourrait améliorer le pronostic de ces urgences neurologiques.

Déclaration de conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs :

Diénéba Doumbia a initié le travail, établi le protocole et obtenu l'accord du comité éthique d'établissement.

Aliou A Maïga a assuré le recueil des données.

Joseph Koné a assuré l'analyse statistique de données, la recherche bibliographique, la discussion et la rédaction du manuscrit.

Les autres auteurs ont contribué à la relecture du manuscrit avec des corrections et suggestions.

Références :

1. Diop-Sène MS, Seck LB, Toure K, Ndiaye M, Diagne NS, Sow AD et al. Prise en charge de l'urgence neurologique dans un pays en développement : exemple du Sénégal. *Revue Neurologique* 2012 ; 168 (3) :216-220.
2. Lange Marcos C, Braatz Vera L, Tomiyoshi C, Nývák Felipe M, Fernandes Artur F, Zamproni Laura N et al. Neurological diagnoses in the emergency room: differences between younger and older patients. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2011; 69(2): 212-216.
3. N'goran Y NK, Traore F, Tano M, Kramoh KE, Kakou JBA, Konin C, Kakou MG. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). *Pan Afr Med J.* 2015;21:160.
4. Aya AG, Ondze B, Ripart J, de la Coussaye JE. Urgences neurologiques et grossesse. In: 51ème Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris: Elsevier Masson; 2009.
5. Chapman FA, Pope AE, Sorensen D, Knight RSG, Al-Shahi Salman R. Acute neurological problems: frequency, consultation patterns and the uses of a rapid access neurology clinic. *J R Coll Physicians Edinb* 2009; 39:296-300.
6. McMullan JT, Knight WA, Clark JF, Beyette FR, Pancioli A. Time-critical neurological emergencies: the unfulfilled role for point-of-care testing. *Int J Emerg Med.* 2010;3(2):127-131.
7. Leclerc JL, Garcia JM, Diller MA, Carpenter AM, Kamat PK, Hoh BL, Doré S. A Comparison of Pathophysiology in Humans and Rodent Models of Subarachnoid Hemorrhage. *Front Mol Neurosci.* 2018; 11:71.
8. Ferré JC, Carsin-Nicol, Ronzière T, Gauthier T, Leclerc X, Gauvrit JY. Urgences neurologiques non traumatiques. EMC - RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE : Musculosquelettique - Neurologique - Maxillo-faciale 2011;1-12 [Article 31-673-F-10].
9. Mapoure YN, Ongono JS, Nkouonlack C, Beyiha G, Mouelle AS, Luma HN. Neurological disorders in the emergency centre of the Douala General Hospital, Cameroon: A cross-sectional study. *Afr J Emerg Med.* 2015;5(4):165-70.

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Références :

10. Mohan K, S. Andrew Josephson. Common neurologic emergencies for nonneurologists: When minutes count. *Cleve Clin J Med.* 2016;83(2):116-126.

11. Moeller JJ, Kurniawan J, Gubitz GJ, Ross JA, Bhan V. Diagnostic accuracy of neurological problems in the emergency department. *Can J Neurol Sci.* 2008; 35(3):335-41.

12. Lees KR, Bluhmki E, Von Kummer R, Brott TG, Toni D, Grotta JC, Albers GW et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet* 2010; 375 (9727):1695 – 1703.

13. Guidelines for the Treatment of Malaria. 3rd Edition. Geneva: World Health Organization; 2015. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294440/> [consulté le 18 juin 2018]

14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke: United States, 2006–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61:379–382.

15. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 380:2095–2128.

16. Manning L, Robinson TG, Anderson CS. Control of blood pressure in hypertensive neurological emergencies. *Curr Hypertens Rep.* 2014 ; 16(6):436.

17. Lamblin A, Bascou M, Drouard E, Alberti N, De Greslan T. Thrombolyse d'un AVC ischémique vertébro-basilaire à N'Djamena, République du Tchad. *Pan Afr Med J.* 2018;29:35.

18. Mehta T, Datta N, Patel S, Mehta K, Hussain M, Kureshi I, Ollenschleger M, Nouh A. Trends in Endovascular Treatment of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhages. *Interv Neurol.* 2017; 6(3-4):236-241.

19. Shea AM, Reed SD, Curtis LH, Alexander MJ, Villani JJ, Schulman KA. Characteristics of nontraumatic subarachnoid hemorrhage in the United States in 2003. *Neurosurgery.* 2007; 61(6):1131-7.

20. Rincon F, Rossenwasser RH, Dumont A. The epidemiology of admissions of nontraumatic subarachnoid hemorrhage in the United States. *Neurosurgery.* 2013;73(2):217-22.

21. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*, 1974; 2: 81-84.

22. Godoy DA, Vaz de Mello LJ, Masotti L, Napoli MD. The myasthenic patient in crisis: an update of the management in neurointensive care unit. *Arq Neuropsiquiatr* 2013; 71:627–639

23. Garg R, Chaudhuri A, Munschauer F, Dandona P. Hyperglycemia, Insulin, and Acute Ischemic Stroke: A Mechanistic Justification for a Trial of Insulin Infusion Therapy. *Stroke* 2006;37:267-273;

24. Ammar Y, Mekki M, Ben Ahmed I, Ben Dahmen F, Sayhi A, Ben Mefteh N, Lamouchi A. Étude des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des diabétiques aux urgences. *Annales d'Endocrinologie* 2014;75(5–6), : 381

25. Towne AR, Waterhouse EJ, Boggs JG et al. Prevalence of nonconvulsive status epilepticus in comatose patients. *Neurology* 2000; 4: 340-5

26. Demirkiran O, Dikmen Y, Utku T, Urkmez S. Critically ill obstetric patients in the intensive care unit. *Int J Obstet Anesth.* 2003;12(4):266-70.

27. Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie. Recommandations formalisées d'experts communes. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009 ; 28 : 275-81

28. Békondi C, Bernede C, Passone N, Minssart P, Kamalo C, Mbolidi D, Germani Y. Primary and opportunistic pathogens associated with meningitis in adults in Bangui, Central African Republic, in relation to human immunodeficiency virus serostatus. *Int J Infect Dis.* 2006;10(5):387-95.

29. Duval Xavier. Recommandations, prise en charge des méningites bactériennes » Actualisation 2017 conférence de consensus. [En ligne]. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/desc/2017/seminaire-avril-2017/cours-mercredi-12.04/recommandation-s-meningites-bacteriennes-xduval.pdf>. [Consulté le 18 juin 2018]

30. Van de Beek D, Cabellos C, Dzupova O, Esposito S, Klein M, Kloek AT, et al. ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. *Clin Microbiol Infect* 2016;22(3):S37–62.

31. Sahu S, Nag DS, Swain A, Prasad SD. Biochemical changes in the injured brain. *World J Biol Chem.* 2017 Feb 26; 8(1): 21–31.

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Annexes :

Variables	Valeurs
Age (ans) §	53,10±19,80
14 à 39 ans	102 (23,18%)
40 à 74 ans	277 (62,95%)
75ans et plus	61 (13,86%)
Sexe £	
Masculin	230 (52,27%)
Féminin	210 (47,73%)
Mode transport pré hospitalier £	
Ambulance	134 (30,45%)
Taxi	200 (45,45%)
Véhicule personnel	106 (24,09%)
Motif de consultation	
Trouble de conscience/coma	301 (68,41%)
GCS < 8 n=301	169 (56,25%)
Déficit Sensitif ou moteur	104 (23,64%)
Convulsions	23 (5,23%)
Encéphalopathie	11 (2,50%)
Etat d'Agitation	1 (0,23%)
Délai d'admission des patients (heures) #	30,79±23,43
§ : Moyenne±écart-type	
£ : Effectif (pourcentage)	

Tableau N°1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako.

Epidemiological and clinical characteristics of neurological emergencies in CHU point G-bamako.

Auteurs : DIÉNÉBA DOUMBIA¹, JOSEPH KONÉ², MAMADOU KARIM TOURÉ³, MOHAMED KEITA¹, ALIOU A MAÏGA¹, EMMANUEL TRAORÉ², ADAMA SEYDOU SISSOKO⁴, YOUSOUF COULIBALY¹, ABDOULAYE DIALLO¹.

1. Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences CHU du Point G.

2. Service d'Anesthésie Réanimation CSREF Commune V - District de Bamako.

3. Département d'Anesthésie réanimation et des Urgences CHU le « Luxembourg ».

4. Service de Neurologie CHU du Point G.

Université des Sciences, Techniques et technologies de Bamako (USTTB)

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- email : drjosephkone@yahoo.fr

Annexes :

Chapitre	Diagnostic retenus	Effectifs (pourcentage)
Vasculaire Hématologique	AVC hémorragique	60 (13,64%)
	AVC ischémique	114 (25,91%)
	Hémorragie méningée	3 (0,68%)
	Hématome sous dural chronique	4 (0,91%)
	Encéphalopathie Hypertensive	13 (2,95%)
Infectieuses/parasitaires	Encéphalopathie sur VIH	34 (7,73%)
	Méningo-encéphalite	9 (2,05%)
	Neuropaludisme	36 (8,18%)
Métabolique/toxiques	Encéphalopathie hépatique	14 (3,18%)
	Encéphalopathie urémique	28 (6,36%)
	Coma diabétique	31 (6,05%)
Neurologique	Etat de mal épileptique	3 (0,68%)
	Crise épileptique	8 (1,82%)
	Eclampsie	1 (0,23%)
	Tumeur cérébrale	4 (0,91%)
Autres Total	Autres	78 (17,73%) 440 (100,00%)

NB : Autres = Patients décédés ou transférés avant le diagnostic de certitude

Tableau N°2 : Diagnostic définitif retenus après explorations

Facteurs de risque	Effectifs (pourcentage)	Mode de sortie	Effectifs (pourcentage)
HTA	224 (50,91%)	Exeat/Sortie à domicile	135 (30,68%)
Diabète	33 (7,50%)	Transfert en Médecine	22 (5,00%)
AVC	9 (2,05%)	Transfert en Neurochirurgie	4 (0,1%)
Cardiopathie	3 (0,68%)	Cardiopathie Neurologie	31 (7,05%)
Autres	171 (38,86%)	Décès (SAU- Réanimation)	248 (56,36%)
Total	440 (100%)	Total	440 (100%)

Tableau N°3 : Facteurs de risque associés à l'urgence neurologique

Tableau N°4: Mode de sortie des patients