

Profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif des urgences neurologiques non traumatiques en réanimation polyvalente au CHU de Cocody (Côte d'Ivoire).

Epidemiological-clinical, therapeutic and evolutionary profile of non-traumatic neurological emergencies in multipurpose intensive care at the Cocody University Hospital (Ivory Coast).

Coulibaly Klinna Théodore¹, Mobio M'kan Paterne¹, Bedie Yao Vianney¹, Kacou Koffi Manassé¹, N'Dah Etienne Spah¹, Ouakoubé Jesus A¹, ¹Gnazebo Ange D, ¹Gomont Mansei Maye Aimée Danielle¹, Bekoin-Abhe Chake Maria¹, Ouattara Abdoulaye¹.

¹UFR des Sciences Médicales, Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Auteur correspondant . COULIBALY Klinna Théodore : +2250707475090, theokl2002yahoo.fr)

<u>Soumis</u> le 10/04/25	Résumé <u>Introduction</u> : les urgences neurologiques non traumatiques sont des affections fréquente en réanimation.
<u>Accepté</u> le 15/06/25	<u>Objectif</u> : déterminer les aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs des urgences neurologiques non traumatiques.
<u>Mots clés</u> :	<u>Patients et méthodes</u> : Etude rétrospective à visée descriptive et analytique menée au sein du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier et universitaire de Cocody (Côte d'Ivoire) de Janvier 2018 à Décembre 2020 (36 mois).
Urgences neurologiques	<u>Résultats</u> : Sur toute la durée de l'étude, 439 patients ont été inclus dans notre série sur un totale 1909 admissions soit une prévalence hospitalière de 23%. L'âge moyen des sujets était de 48,83 ± 18,88 ans. On notait une prédominance masculine (51,04%) avec un sex-ratio (H/F) de 1,04. Le principal motif d'admission était le trouble de la conscience à 67,5% et les étiologies étaient dominées par les accidents vasculaires cérébraux (57,9%). L'intubation trachéale et la ventilation mécanique ont été pratiquées dans 71,6% des cas. La létalité était de 69,6%.
AVC	<u>Conclusion</u> : Les urgences neurologiques sont nombreuses dans nos hôpitaux et responsables d'une mortalité importante.
Réanimation	
<u>Submitted</u> on 10/04/2025	Abstract <u>Introduction</u> : Non-traumatic neurological emergencies are common conditions in intensive care.
<u>Accepted</u> on 15/06/ 2025	<u>Objective</u> : To determine the epidemio-clinical, therapeutic and evolutionary aspects of non-traumatic neurological emergencies.
<u>Keywords</u> :	<u>Patients and methods</u> : Retrospective study with descriptive and analytical aims conducted in the multipurpose intensive care unit of the Cocody University Hospital Center (Côte d'Ivoire) from January 2018 to December 2020 (36 months).
Neurological emergencies	<u>Results</u> : Over the entire duration of the study, 439 patients were included in our series out of a total of 1909 admissions, i.e. a hospital prevalence of 23%. The mean age of the subjects was 48.83 ± 18.88 years. There was a male predominance (51.04%) with a sex ratio (M/F) of 1.04. The main reason for admission was impaired consciousness in 67.5% and the etiologies were dominated by stroke (57.9%). Tracheal intubation and mechanical ventilation were performed in 71.6% of cases. The lethality was 69.6%.
Stroke	<u>Conclusion</u> : Neurological emergencies are numerous in our hospitals and responsible for many deaths.
Resuscitation	

Introduction

Les urgences neurologiques non traumatiques regroupent un ensemble d'affections qui peuvent compromettre le pronostic vital des patients en l'absence de traitement approprié. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires la morbi-mortalité en lien avec les urgences neurologiques non traumatiques est en augmentation [1,2]. Elles constituent une part importante des motifs d'admissions pour urgences médicales [3]. Pour certains auteurs elles constituent au moins 10 à 20% de toutes les consultations d'urgences [4,5].

Au service de réanimation du CHU de Cocody, les données portant sur les urgences neurologiques non traumatiques sont parcellaires. Notre étude avait pour but de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients admis pour des urgences neurologiques non traumatiques en réanimation polyvalente au CHU de Cocody.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique menée au sein du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier et universitaire de Cocody (Côte d'Ivoire) de Janvier 2018 à Décembre 2020 (36 mois). Ont été inclus tous les patients admis pour une urgence neurologique non traumatique. N'ont pas été inclus les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets et inexploitable. Les paramètres étudiés étaient d'ordre épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. Les valeurs quantitatives ont été exprimées en moyenne assortie de leurs indices de dispersion alors que les valeurs qualitatives étaient exprimées en proportion. Le test de Khi deux a été utilisé pour la comparaison des différentes variables. Une différence de moyenne a été considérée significative lorsque la valeur p était inférieure à 0,05.

Résultats

Sur toute la durée de l'étude, 439 patients ont été inclus dans notre série sur un totale 1909 admissions soit une prévalence hospitalière de 23%. L'âge moyen des sujets était de $48,83 \pm 18,88$ ans avec des extrêmes de 4 ans et 86 ans. Les enfants âgés de moins de 15 ans représentaient 7,8% des patients (**Tableau I**).

La médiane d'âge était de 50 ans. On notait une prédominance masculine (51,04%) avec un sex-ratio (H/F) de 1,04. Au plan professionnel on notait une prédominance des sujets sans emploi et de ceux exerçant dans le secteur informel dans respectivement 37,3% et 24,5% des cas. Les cadres ne représentaient que 14,7% de l'effectif.

Le principal motif d'admission était le trouble de la conscience à 67,5% (**Tableau II**).

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge (n=382)

Tanches d'âge (années)	Effectifs	(%)
0 - 5	02	00,52
6 - 15	28	07,33
16 - 25	34	08,90
26 - 45	72	18,85
46 - 65	94	24,61
66 - 75	84	21,99
> 75	68	17,80
TOTAL	382	100

Tableau II : Répartition des patients selon les motifs d'admission (n=382)

Motifs admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Trouble conscience	258	67,5
Détresse respiratoire	94	24,6
Etat de mal convulsif	30	07,9
Total	382	100

Le score de Glasgow moyen était de $8,74 \pm 2,18$ avec des extrêmes de 4 et 15. La médiane du score de Glasgow était 8. Chez 60% des patients le score de Glasgow était inférieur ou égal à 8. Les signes neurologiques associés étaient dominés par les anomalies pupillaires (57,8%) (**Tableau III**).

Tableau III : Répartition des patients selon les signes neurologiques associés (n=382)

Signes neurologiques associés	Effectifs N=382	Pourcentage (%)
Myosis bilatéral	135	35,3
Anisocorie	71	18,6
Mydriase bilatérale aréactive	15	3,9
Hémiplégie	112	29,3
Hémi-parésie	60	15,7
Tétraplégie	4	1

La pression artérielle systolique à l'admission était inférieure à 110 mm Hg chez 17,6% des patients. Les étiologies des urgences neurologiques non traumatiques étaient dominées par les accidents vasculaires cérébraux (57,9%) (**Tableau IV**).

Tableau IV : Répartition des patients selon les étiologies (n=382)

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage (%)
AVC hémorragique	142	37,2
AVC ischémique	79	20,7
Myélopathie cervicale décompensée	30	07,9
Méningoencéphalite	25	06,5
Anoxie cérébrale	20	05,2
Méningite	19	04,9
Encéphalite	16	04,2
Polyradiculonévrite	14	03,7
Tumeur cérébrale	16	04,2
Hémorragie méningée	14	03,7
Encéphalopathie indéterminée	07	01,8
Total	382	100

L'intubation trachéale et la ventilation mécanique ont été pratiquées dans 71,6% des cas. La neurosédation pour une hypertension intracrânienne a été réalisée chez 63,7% des patients. Le recours aux amines vasoactives a été nécessaire dans 23,5% des cas. Les autres thérapeutiques à visée neurologique étaient : l'administration des anticonvulsivants (14,7%), l'osmothérapie (18,6%) et une craniectomie décompressive (19,1%). La durée moyenne de séjour était inférieure à 5 jours chez 50% des patients.

La létalité était de 69,6%. Les décès survenaient 59,2% des cas avant le cinquième jour d'hospitalisation. Les facteurs pronostiques statistiquement associés au décès étaient : l'existence d'une détresse respiratoire ($p < 0,0005$), un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 ($p < 0,0005$) et un âge supérieur à 65 ans ($p = 0,001$) (tableau V).

Tableau V : Facteurs pronostiques (n=382)

Variables	Décès n=266	Survie n= 116	OR [IC95%]	p
Age > 65 ans	120	32	2,15 [1,34 – 3,46]	0,001
Trouble conscience	184	74	1,27 [0,80 – 2,01]	0,3
Détresse respiratoire	80	14	3,13 [1,69 – 5,80]	< 0,05
Etat mal convulsif	21	9	1,01 [0,45 – 2,29]	0,9
Glasgow ≤ 8	178	51	2,57 [1,64 – 4,03]	< 0,05

Discussion

Notre population était relativement jeune avec un âge moyen de $48,83 \pm 18,88$ ans et des extrêmes de 4 et 86 ans. La médiane d'âge était de 50 ans. Nos résultats étaient superposables à ceux de Kouamé et al en Côte d'Ivoire [6] et de Mapoure et al., au Sénégal [7] qui retrouvaient respectivement des âges moyens de 51 ans [6] et 58 ans [7]. Selon les données de la Haute Autorité de Santé en France, un âge supérieur à 50 ans constitue un facteur de risque pour les affections cardiovasculaires et cérébrales [8]. Nos données concordent avec celle de la haute autorité française, cette tranche d'âge des plus de 50 ans représentait 54,2% des patients.

Notre série notait une prédominance masculine (50,98%) avec une sex-ratio (H/F) de 1,04. Ce résultat était identique à celui Kouamé et al., en 2009 qui rapportait un sex-ratio (H/F) de 1,3 [6]. Toutefois, Kompoliti et al., au Cameroun dans leur série rapportait une prédominance féminine de 51,8% [9]. Cette différence s'expliquerait par le fait que les patients présentant une éclampsie qui représente un motif important d'admission en réanimation en Afrique subsaharienne pour affection neurologique non traumatiques n'étaient pas incluses dans notre série. La répartition des patients selon leur profession nous a permis de mettre en évidence une prédominance des patients sans emploi (37,4%) et des patients exerçant dans le secteur informel (24,3%) qui sont des fonctions à revenus relativement faibles. Ce résultat était comparable à ceux de Mapoure et al., [7] qui notaient que 63,9% des patients de leur série étaient sans emploi. Le stress lié aux difficultés financières et sociales est de nos jours reconnu comme un facteur de risque cardiovasculaire important dans la survenue des accidents cardiovasculaires qui constituent le lit des urgences neurologiques non traumatiques. Les motifs d'admission des patients étaient dominés par les troubles de la conscience (67,6%) et la détresse respiratoire (21,6%). Ces résultats étaient superposables à ceux de Ouédraogo et al., [10], et Metogo et al.[11] qui observaient également une prédominance des troubles de la conscience dans respectivement 54% [10], et 51,3% [11] des cas. Le score de Glasgow moyen était de $8,74 \pm 2,18$ avec des extrêmes de 4 et 14. La majorité de nos patients avait un score de Glasgow inférieur ou égale à 8 (70,4%). Le bas score de Glasgow justifiait l'admission fréquente des patients en réanimation. Au cours de cette étude, les étiologies des urgences neurologiques non traumatiques étaient dominées par les AVC (57,9%) parmi lesquels on notait : 37,2% d'AVC hémorragiques et 20,7% d'AVC ischémiques. Ce constat était identique à celui effectué par Mapoure et al., [7] qui dans leur série rapportait une nette prédominance des AVC (71%) chez les patients admis pour troubles de la

conscience. De nombreux travaux de nos jours soulignent l'accroissement du nombre d'AVC dans les pays en voie de développement. En Côte d'Ivoire, ils représentent près de 45 % des hospitalisations dans les services de neurologie d'Abidjan [12]. Ils sont fréquents chez les sujets de plus de 50 ans avec des facteurs de risques cardiovasculaires. La majorité des patients de notre étude se situait dans la tranche d'âge supérieur ou égale à 50 ans ce qui pourrait expliquer nos résultats. En plus de cela, nous observons dans nos milieux une insuffisance des stratégies individuelles et générales de prévention contre les facteurs de risques cardio-vasculaires à l'origine de la flambée de cette maladie. Dans notre série, une intubation orotrachéale associée à une ventilation mécanique a été nécessaire chez 71,6% des patients. Le recours à la neurosédation et aux amines vasoactives n'a été effectué que chez respectivement 63,7% et 23,5% des patients. L'intubation orotrachéale associée à la ventilation mécanique et la neurosédation constituaient la première ligne de la prise en charge de l'hypertension intracrânienne. Sinclair et al. [13] sur Dans une série zambienne de 200 patients, Sinclair et al., rapportaient une nécessité de la ventilation mécanique chez tous leurs patients. La neurosédation effectuée en complément de la ventilation mécanique joue un rôle important dans la lutte contre l'hypertension intracrânienne. Cependant son effet dépressif sur l'hémodynamie des patients impose dans la plupart des cas un recours aux amines vasoactives pour maintenir une bonne pression de perfusion cérébrale. L'AVC étant l'étiologie principale des affections neurologiques non traumatiques justifiait la mise en place de toutes les mesures permettant de lutter contre l'hypertension intracrânienne.

La létalité dû aux urgences neurologiques non traumatiques était de 69,6%. Cette létalité élevée était superposable à celle observée dans la série de Doumbia et al., soit 56,36% [14]. Elle met en exergue les difficultés que posent les urgences neurologiques non traumatiques en réanimation. Les facteurs pronostiques statistiquement associés au décès dans notre série étaient : l'existence d'une détresse respiratoire ($p < 0,0005$), un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 ($p < 0,0005$) et un âge supérieur à 65 ans ($p = 0,001$). Cette mortalité élevée s'expliquerait de nombreuses raisons tels que : la gravité initiale des patients admis en réanimation, l'absence de prise en charge préhospitalière des patients et l'absence d'assurance santé chez les patients.

Conclusion

Les pathologies neurologiques non traumatiques sont fréquentes et à l'origine d'une létalité importante en réanimation polyvalente à Cocody. La mise en place de mesures permettant de réduire les facteurs de risques cardiovasculaires et la disponibilité d'une couverture maladie accessible à tous permettrait de réduire

l'incidence et la morbi-mortalité des pathologies neurologiques non traumatiques.

Références

1. **World Health Organization** : Global burden of neurological disorders estimates and projections in neurological disorders: public health challenges. Who edition, Geneve 2006 ; p 27-39.
2. **World Health Organization**. Neurological disorder: public health challenges. WHO edition, Geneve, 2006 Available at https://www.who.int/mentalhealth/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf
3. **Calandre L, Esteban J, Bermeo F**. Acute confusional syndrome of unknown cause.
4. Prospective study in the emergency room. *Neurologia* 1990 ; 5 : 196-9.
5. **Rossetti AO, Bonati LH, Sandor PS et al**. Urgences neurologiques. *Forum Médical Suisse* 2020; 20:524-31.
6. **Moulin T, Sablot D, Vidry E et al**. Impact of emergency room neurologists on patient management and outcome. *Eur Neurol* 2003 ; 50 : 207-14.
7. **Kouamé N, Ngoan A.M, Setcheou A et al**. Apport de la tomodensitométrie dans le bilan étiologique des comas non traumatiques à Abidjan. *J. Rad.*, 90, 2009 :1466.
8. **Mapoure NY, Sène Diouf F, Ndiaye M et al**. Etude longitudinale prospective des comas en milieu neurologique Africain, Dakar, *Rev neurol*, 2009 ;112 :163-9.
9. **Dabilgou A, Adeline Kyelem JM, Dravé A et al**. Les accidents vasculaires cérébraux chez le sujet âgé en milieu tropical : aspects épidémiologiques, Cliniques et facteurs pronostiques. *Neurol psy gériat* (2018)18 :133-9.
10. **Kompoliti K, Doumbe J, Mapoure YN et al**. Corrigendum to "Mortality and morbidity among hospitalized adult patients with neurological diseases in Cameroon". *J. Neurol. Sc* 381, 165-8.
11. **Ouedraogo N, Niakara A, Somme A et al**. *Cah. Et.Rech. Franc./Sté*, 2002 ;12 :375-82.
12. **Metogo Mbengono**. Etiologies des décès dans les services d'urgences et de réanimation dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé. *Health Sci.* 2015 ;16: 1-5.
13. **Diarra A E, Assouan K A, Yao B R et al**. Épidémiologie des AVC en Côte d'Ivoire et perspectives, *JNLF* 2016.*Rev. Neurol.* 2016 ; 172S :164-6.
14. **Sinclair JR, Watters DA, Davison M** : Outcome of mechanical ventilation in central Africa. *Ann R Coll Surg Engl* 1998 ; 70 : 76-9.
15. **Doumbia D , Koné J , Touré MK et al**. Etudes des caractéristiques épidémiologiques et cliniques des urgences neurologiques au CHU point G-bamako. *AMMUR N°4* : 22-8..