

REPUBLICQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE

Année : 2002-2003

pour l'obtention du

**DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

3563/03

**LES ACCIDENTS VASCULAIRES
CEREBRAUX AU C.H.U. DE BOUAKE :
ETUDE RETROSPECTIVE DE 139 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Juillet 2003

par

AHOGO KOUADIO CELESTIN

(Interne des Hôpitaux)

Né le 16 Juillet 1973 à Abidjan (R.C.I.)

COMPOSITION DU JURY :

- Président** : Monsieur le Professeur **KOUASSI BEUGRE**
- Directeur de Thèse** : Madame le Professeur Agrégé **DOUAYOUA-SONAN THERESE**
- Assesseurs** : Madame le Professeur Agrégé **NANDJUI M. BEATRICE**
: Monsieur le Professeur Agrégé **ETI EDMOND**
- Co-directeur** : Docteur **AKANI AYE FRANÇOIS**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT
DE L'UFR DES SCIENCES MEDICALES D'ABIDJAN
2002-2003

DOYENS HONORAIRES

*Pierre HUARD - Pierre PENE - Edmond BERTRAND - ALLANGBA KOFFI Théodore -
Antoine YANGNI-ANGATE - MANLAN Kassi Léopold -
DJEDJE André-Théodore - KADIO Auguste Dieudonné*

PROFESSEURS HONORAIRES

*ASSALE N'Dri - ASSI ADOU Jérôme - ATTIA YAO Roger - AYE Hypolite - BADOUAL Jean -
BONDURAND Alain - BONHOMME Jean - BONNET DE-PAILLERETS François - Jacques
BOUCHER - Auguste BOURGEADE - BOURY Georges - BOUTROS-TONY Ferdinand - Michel
BOUVRY - BRETTE Jean- Philippe - BUREAU Jean-Paul - CABANNES Raymond - CLERC
Michel - COFFI Dick Sylvain - CORNET Lucien - COULIBALY Ouezzin André - COULIBALY
Nangbéle - COWPLI-BONY Kwassy Kwadjo Philippe Alphonse - DAGO AKRIBI
Augustin - DANON Gisèle - DJIBO William - DIARRA Samba - Pierre DELORMAS -
DOUCET Jean - Marcel DUCHASSIN - Paul ESSOH Nomel - ETE Ambroise - ETE
Marcel - Dougoutiki FADIGA - GALAIS Hervé - GARANGO - GIORDANO Christian -
GUESSEND Kouadio Georges - HAFFNER Georges - Max HAZERA - HEROIN Pierre - KEBE
Memel Jean-Baptiste - KEITA Cheikh Amadou Tidiane - Pierre KERFELLEQUE -
Ferdinand Sié KETEKOU - KOUASSI Manassé - MICHOU Michel - LANCHOU - LEBRAS
Michel - LEGUYADER Armand - LONSDORFER Jean - LOUBIERE Robert - MANLAN
Kassi Léopold Eloi - METRAS Dominique - MORLIER Georgette - RAIN Jean-Didier - RENAUD
Robert - RITTER Jean - OUATTARA Kouamé - POTOKI Bernard - SANGARE Souleymane -
SANGARET Malick Auguste - SANTINI Jean-Jacques - SERRE Jean-Jacques -
SOUBEYRAND Jacques - VILASCO Jacob - VAINDRENNE Claude - WAOTA Coulibaly
Alexandre - YAO-DJE Christophe.*

DOYEN

N'DRI-YOMAN

AYA THERESE

ASSESEURS :

TIMITE-KONAN
DIOMANDE
ASSA

ADJOUA MARGUERITE
MOHENOU ISIDORE JEAN-MARIE
ALLOU

PROFESSEURS TITULAIRES

1	AGUEHOUNDE	Cosme	Chirurgie Pédiatrique
2	ANDOH	Joseph	Pédiatrie
3	BA	Zézé Vincent	Neurochirurgie
4	BAMBA	Méma	Oto-Rhino-Laryngologie
5	BEDA	Yao Bernard	Médecine Interne
6	BISSAGNENE	Emmanuel	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	BOGUI	Pascal	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
8	BOHOUSSOU	Kouadio Marcellin	Gynécologie-Obstétrique
9	CAMARA	Benoît Mathieu	Hépto-Gastro-Entérologie
10	DAH	Cyrille Serge	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
11	DANGUY-AKA KOUASSI	Wangah Elisabeth	Pneumophtisiologie
12	DELAFOSSÉ	Roger Charles Joseph	Psychiatrie
13	DIALLO	Amadou Demba	Néphrologie
14	DIOMANDE	Mohénoù Isidore Jean-Marie	Anatomie Pathologique
15	DJEDJE	André-Théodore	Imagerie Médicale
16	DJEDJE	Mady Alphonse	Urologie
17	DOSSO-BRETIN	Mireille Carmen	Bactériologie-Virologie
18	ECHIMANE	Kouassi Antoine	Cancérologie
19	EHOUMAN	Armand Léon Guillaume	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
20	HONDE	Michel	Anatomie Pathologique
21	HOUENOU-AGBO	Yveline Marie-Thérèse	Pédiatrie-Néo-Natalogie
22	GADEGBEKU	Anani Samuel	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
23	KADIO	Auguste Dieudonné	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	KANGA	Jean-Marie	Dermatologie-Vénérologie
25	KANGA	Miessan	Chirurgie Générale et Digestive
26	KEITA	Abdoul Kader	Imagerie Médicale
27	KONE	Mamourou	Gynécologie-Obstétrique
28	KONE	Nouhou	Gynécologie-Obstétrique
29	KOUAKOU	N'Zué Marcel	Rhumatologie
30	KOUAME	Konan Joseph	Pédiatrie
31	KOUASSI	Beugré	Neurologie
32	KOUASSI	Konan Bertin	O.R.L. et Chirurgie Cervico-Faciale
33	LAMBIN	Yves	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
34	LOKROU	Lohourignon Adrien	Endocrinologie
35	MIGNONSIN	David	Anesthésie-Réanimation
36	MOBIOT	Mandou Léonard	Chirurgie Pédiatrique
37	N'DORI	Abouo Raymond François	Cardiologie
38	N'DRI	Koffi Dominique	Anesthésie-Réanimation
39	N'GUESSAN	Henri Alexandre Antoine	Chirurgie Générale et Digestive
40	GNANAZAN BI	Konan Gabriel	Anatomie-Urologie
41	NAMA-DIARRA	Alimata Jeanne	Santé Publique et Méd. Communautaire
42	NIAMKEY	Ezani Kodjo Emmanuel	Médecine Interne
43	ODEHOURI	Koudou Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
44	ODI	Assamoi Marc	Cardiologie
45	ROUX	Constant Antoine	Chirurgie Pédiatrique
46	SANGARE	Amadou	Hématologie Clinique
47	SANGARE	Ibrahima Séga	Urologie
48	SANOGO	Ibrahima	Hématologie Clinique
49	SESS	Essiagne Daniel	Biochimie Médicale
50	SOMBO	Mambo François	Immunologie Générale et Médicale

51	TAGLIANTE-SARACINO CHAPMAN	Janine Adèle Félicienne Claire	Santé Publique et Méd. Communautaire
52	TEA	Daignékpo Norbert	Hématologie Clinique
53	TIMITE-KONAN	Adjoua Marguerite	Pédiatrie
54	TOURE-COULIBALY	Karidiata	Gynécologie-Obstétrique
55	TOUTOU	Toussaint	Médecine Interne
56	TURQUIN-TRAORE	Henri	Chirurgie Générale et digestive
57	VARANGO	Guy Gaston	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
58	WELFFENS-EKRA	Jeanne Marie Christiane	Gynécologie-Obstétrique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1	ABBY	Blaguet Clément	Imagerie Médicale
2	ABISSE	Agba	Immunologie-Transfusion Sanguine
3	ADJOUA	Rith Pascal	Oto-Rhino-Laryngologie
4	ADOH	Adoh	Cardiologie
5	ADOM	Ahoussi Hilaire	Médecine Interne
6	AKA	Gblanh Kassy François-Philippe	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	AKA	Joseph	Biostatistique et Informatique Médicale
8	AMANI	N'Goran	Psychiatrie
9	AMON-DICK	Flore	Pédiatrie
10	AMONKOU	Akpo Antoine	Anesthésie-Réanimation
11	ANONGBA	Danho Simplicie Florentin Rodgers	Gynécologie-Obstétrique
12	AOUSSI	Eba François	Maladies Infectieuses et Tropicales
13	ASSA	Allou	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
14	ASSE	N' Dri Henri	Chirurgie Plastique et Réparatrice
15	ASSOUMOU	Aka	Parasitologie
16	ATTIA	Koffi Alain	Hépto-Gastro-Entérologie
17	BAMBA	Insa	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
18	BANA	Abdoulaye	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19	BANKOLE-SANNI	Roumanatou	Chirurgie Pédiatrique
20	BOA	Yapo Félix	Neurologie
21	BONI	Ehouman Serge Auguste	Gynécologie-Obstétrique
22	BONNY	Jean Sylvain	Médecine du Travail
23	COULIBALY	Gaoussou	Pneumophtisiologie
24	D'HORPOCK	Ahoua François de Sales	Anatomie Pathologique
25	DA SILVA-ANOMA	Sylvia Helena Luisa	Chirurgie Pédiatrique
26	DANHO-KAKOU	Bassin Jeannette	Hématologie Clinique
27	DICK	Kobinan Rufin	Chirurgie Pédiatrique
28	DIE-KACOU	Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
29	DJEHA	Djokouéhi	Dermatologie-Vénérologie
30	DJESSOU	Sossé Prosper	Biochimie Médicale
31	EDOH	Vincent	Bactériologie-Virologie
32	EHOUE	Florent	Oto-Rhino-Laryngologie
33	EHUA	Somian Francis	Chirurgie Générale et Digestive
34	EKRA	Frédéric François Alain	Cardiologie
35	ETI	Edmond	Rhumatologie
36	ETTE-AKRE	Evelyne Elie	Oto-Rhino-Laryngologie
37	FANY	Adama	Ophtalmologie
38	FAYE-KETTE ACHI	Yaobla Hortense	Bactériologie-Virologie

39	GBAZI	Gogoua Casimir	Imagerie Médicale
40	GNAGNE	Yadou Maurice	Anatomie
41	GNIONSAHE	Dazé Appolinaire	Néphrologie
42	KAKOU	Aka Rigobert	Maladies Infectieuses et Tropicales
43	KAKOU	Guikahué Maurice	Cardiologie
44	KAKOU	Konan Médard	Anatomie Neurochirurgie
45	KANGAH	Diékouadio	Pédiatrie-Néo-Natalogie
46	Kassanyou	SALAMI	Anatomie-Chirurgie
47	KOFFI	Eric Martin Alain Sénou	Chirurgie Générale et Digestive
48	KOFFI	Kouamé	Santé Publique et Méd. Communautaire
49	KOFFI	N'Goran Bernard	Pneumophtisiologie
50	KOFFI	N'Guessan Marcel	Santé Publique et Méd. Communautaire
51	KOKOUA	Alexandre	Anatomie-Chirurgie
52	KONE	Drissa	Psychiatrie
53	KONE	Safédé	Ophtalmologie
54	KOUASSI	Jean-Claude	Chirurgie Générale et Digestive
55	KOUASSI	Kanga	Chirurgie Cardio-Vasculaire
56	LOHOUES-KOUACOU	Marie Jeanne d'Arc	Hépto-Gastro-Entérologie
57	MANZAN	Konan	Urologie
58	MEITE	Mori	Immunologie Générale et Médicale
59	N'DRI-YOMAN	Aya Thérèse	Hépto-Gastro-Entérologie
60	N'GBESSO	Roger-Daniel	Imagerie Médicale
61	N'GOM	Abdoukarim Séverin	Pneumophtisiologie
62	NANDJUI	Mansé Béatrice	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
63	OUATTARA	Dilai Noël	Imagerie Médicale
64	OUATTARA	Doignan	Médecine Interne
65	OUATTARA	Souhaliho	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
66	OUATTARA	Osséno	Chirurgie Pédiatrique
67	OUEGNIN	Georges Armand Alexis	Urologie
68	OUHON	Jean	Parasitologie
69	OULAI	Soumahoro	Pédiatrie
70	RICHARD	Kadio Michel	Chirurgie Plastique, Reconst. et de l'Esthétique
71	SEKA	Assi Rémi	Imagerie Médicale
72	SONAN AFFOUNDAH- DOUAYOUA	Thérèse Adélaïde Annait	Neurologie
73	TANAUH	Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
74	TOURE	Stanislas André	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
75	VARLET	Guy Gervais Aka	Neurochirurgie
76	YAPI	Achy	Pneumophtisiologie
77	YAPI-YAPO	Chia Paulette	Radiologie
78	YAPOBI	Yves René	Anesthésie-Réanimation
79	YAVO	Jean-Claude	Pharmacologie Clinique
80	YOBOUET-YAO	Pauline	Dermatologie-Vénérologie-Allergologie

MAITRES-ASSISTANTS

1	ACHY	Ossey Bertin	Biophysique
2	ADEOTI	Mansour Franck	Biochimie Médicale
3	ADINGRA ACHO-GROGA	Raymonde Marie Nicole	
	BADA	Happie	Médecine Interne
4	ADJOBI	Ello Jean René	Gynécologie-Obstétrique
5	ADO-ADO-MENSAH	Marie Isabelle Apo	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
6	ADONIS	Laurence Ya	Pédiatrie
7	ADOU-BRYN	Koffi Daho	Parasitologie
8	AGOH	Serge Antoine Biansoit	
		Yoboukoi	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
9	AHNOUX-ZABSONRE	Agbatouhabéba	Ophthalmologie
10	AKA-KOFFI	Viviane Emilie Colette (Ama)	Oto-Rhino-Laryngologie
11	AKE-TRABOULSI	Evelyne Léonore	Cardiologie Pédiatrique
12	AKOUA-KOFFI	Gnankon Chantal	Bactériologie-Virologie
13	AMORISSANI-FOLQUET	Amah Madeleine	Pédiatrie
14	ANKOTCHE	Amos	Médecine Interne
15	ASSI	Amonchyépo Ablan Berthe	Neurologie
16	Bakary	OUATTARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
17	BOKA	Boni Michel	Anatomie Pathologique
18	Brahima	DIARRA	Chirurgie Générale et Digestive
19	BURAIMA	Fataho	Oto-Rhino-Laryngologie
20	BOKOSSA-MAMBO	Ernestine	Gynécologie-Obstétrique
21	CASANELLI	D'Istria Ange Jean-Marie	Chirurgie Générale et Digestive
22	CISSE-CAMARA	Massara	Biochimie Médicale
23	COULIBALY	Adama	Chirurgie Générale et Digestive
24	COULIBALY	Makan	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	DABOIKO	Félix Jean-Claude	Rhumatologie
26	DAGNAN	N'Cho Simplicie	Santé Publique et Médecine Sociale
27	DASSE	Séry Romuald	Immunologie Générale et Médicale
28	DATIE	Ange Michel	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
29	DIETH	Atafy Gaudens	Chirurgie Pédiatrique
30	DOMOUA	Kouao Médard Serge	Pneumophtisiologie
31	EBOULE-ABOA	Alloua Corinne	Cardiologie
32	EHOLIE	Serge Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
33	FAL	Arame	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
34	GBERI	Ildevert Patrice	Dermatologie-Vénérologie
35	GOTTA	Séry Fréjus	Anatomie
36	GUEDEGBE	Félix Séraphin	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
37	KACOU-N'DOUBA	Adèle	Bactériologie-Virologie
38	KELI	Elie	Chirurgie Générale et Digestive
39	KENDJA	Kouassi Flavien Hyppolyte	Chirurgie Thoracique
40	KODJO	Richard	Gynécologie-Obstétrique
41	KOFFI	Kouakou Emmanuel	Anatomie Pathologique
42	KOFFI	Kouassi Gustave	Hématologie Clinique
43	KONAN	Alexis Victorien	Imagerie Médicale
44	KONAN	Kouadio Emmanuel	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
45	KONAN	Kouamé Paul Gérard	Urologie
46	KONE	Brahima	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
47	KOUADIO	Koffi Germain	Chirurgie Générale et Digestive
48	KOUAKOU	Firmin	Gynécologie-Obstétrique
49	KOUAME	Dibi Bertin	Chirurgie Pédiatrique

50	KOUAME	Yao Julien	Chirurgie Générale et Digestive
51	KOUASSI	François Xavier	Ophtalmologie
52	KOUTOUAN	Annick	Biophysique
53	MOH	Elloh Nicolas Félix	Chirurgie Pédiatrique
54	N'GOAN-DOMOUA	Anne-Marie	Imagerie Médicale
55	N'ZI	Kouassi Paul	Imagerie Médicale
56	NIANGUE-BEUGRE	N'Drin Martine	Pédiatrie
57	OREGA	Marc Euloge Dassus	Pédiatrie
58	OUEDRAOGO-YANGNI	Yolande	Médecine Interne
59	PRINCE	Agbodjan Adjété	Pédiatrie
60	QUENUM	Guillaume David Cyprien	Gynécologie-Obstétrique
61	TANO-AIE	Amenan Laure	Gynécologie-Obstétrique
62	TANON-ANOH	Blah Marie José	Oto-Rhino-Laryngologie
63	TETCHI	Yavo Denis	Anesthésie-Réanimation
64	TRE-YAVO	Mireille	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
65	SORO	Lacina	Anesthésie-Réanimation
66	VILASCO	Brigitte Emma	Anesthésie-Réanimation
67	WOGNIN	Sangah Barthélémy	Médecine du Travail
68	YAO	Toutoukpo	Hématologie Clinique
69	YAPO	Patrice	Chirurgie Générale et Digestive
70	YAPO-AEVOUELIE		
	KOUASSI	Florence	Cardiologie
71	YAPO-ETTE	Hélène Abouheu	Médecine Légale
72	YEBOUE-KOUAME	Brou Yves	Médecine du Travail
73	YENON	Kacou Sébastien	Chirurgie Générale et Digestive
74	YEO	Ténéna Niona Louis-Philippe	Anesthésie-Réanimation

MAITRE-ASSISTANT MONO-APPARTENANT

1	N'KO	Marcel	Biochimie
---	-------------	--------	-----------

ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

1	ABAULETH	Yao Raphaël	Gynécologie-Obstétrique
2	ACKOUNDOU-N'GUESSAN	Kan Clément	Néphrologie
3	ADJORLOLO-SANOGO	Adjoua Christiane	Ophtalmologie
4	ADOUBI	Innocent	Cancérologie
5	AKA ANGHUI-DIARRA	Evelyne Marie-Françoise Adjoua	Neurologie
6	AKAFFOU-ADJA	Evelyne	Pédiatrie-Néo-Natalogie
7	AKE-ASSI	Marie Hélène	Pédiatrie
8	AKE	Sassor Odile Purifine	Santé Publique et Méd. Communautaire
9	ALLAH	Kouadio Emile	Hépto-Gastro-Entérologie
10	ANOUMOU	N'Guessan Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
11	ANZOUAN-KACOU	Evelyne Reine Marguerite Anoumon	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
12	ANZOUAN-KACOU	Jean-Baptiste	Cardiologie
13	ASSI	Constant	Hépto-Gastro-Entérologie
14	AYE	Yikpé Denis	Anesthésie-Réanimation
15	BA	Ndongou (à titre étranger)	Hépto-Gastro-Entérologie
16	BAKASSA	Traoré Lamine Serge Alexis	Chirurgie Cardiaque
17	BASSA	Kouadio Modeste	Cardiologie
18	BE	Jeancis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19	BENIE BI	Vroh Joseph	Santé Publique et Médecine Sociale
20	BERETE	Rokia	Ophtalmologie
21	BINLIN-DADIE	Renée Hélia Ayakan dite Gnanminlin Wôhadjinan	Anesthésie-Réanimation
22	BLEGOLE	Oblé Clément	Chirurgie Générale et Digestive
23	BONI	N'Guessan Raymond	Neurochirurgie
24	BONI	Séverin	Ophtalmologie
25	CISSE	Lassina	Pédiatrie
26	COUITCHERE GUEI	Line Sylvie	Pédiatrie
27	COULIBALY	Abou	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
28	COULIBALY	Ali	Radiologie
29	COULIBALY	Bakary (à titre étranger)	Chirurgie Pédiatrique
30	COULIBALY	Fahan	Ophtalmologie
31	COULIBALY	Iklo	Cardiologie
32	COULIBALY	Noël	Urologie
33	COULIBALY	Ramata	Pédiatrie
34	COULIBALY-DIDI-KOUKO	Oumou Judith	Cancérologie
35	COULIBALY-ZERBO	Férima	Pédiatrie
36	COWPPLI-BONY	Ahou Pascale	Neurologie
37	DAIX	Ahou Thomas Joseph	Pneumophtisiologie
38	DEDE	N'Dri Simon	Imagerie Médicale
39	DEKOU	Angoran Hyjin	Urologie
40	DIABATE	Aboubakar Sidiki	Radiologie
41	DIOMANDE	Abdoulaye	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
42	DJE BI DJE-ASSI	Valérie Lou-Nahié	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
43	DREESSEN	Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
44	ECRA-ELIDJE	Joseph	Dermatologie-Vénérologie

45	EHOUNOUD	Hyacinthe Jean Clotaire	Anesthésie-Réanimation
46	EHUI	Eboï	Maladies Infectieuses et Tropicales
47	EKRA	Kouadio Daniel	Santé Publique et Méd. Communautaire
48	ELOIFLIN	Banga	Anesthésie-Réanimation
49	ENOH	Slanziahuélie Jacob Euloge	Pédiatrie
50	FALL	Aïssatou	Santé Publique et Méd. Communautaire
51	GBE	Kassieu	Ophthalmologie
52	GOGOUA	Dallo Raphaël	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
53	GONDO	Diomandé	Gynécologie-Obstétrique
54	GUIE	Yéret Privat	Gynécologie-Obstétrique
55	HARDING	Ekoué Diana	Cardiologie
56	HARDING	Mouan Béatrice	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
57	HORO	Gninlgninrin Apollinaire	Gynécologie-Obstétrique
58	KABA	Lanciné	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
59	KACOU	Aka Désiré	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
60	KISSI	Henriette Ya	Hépto-Gastro-Entérologie
61	KOFFI	Kouadio Achille	Gynécologie-Obstétrique
62	KOFFI	Kouakou	Anesthésie-Réanimation
63	KONAN	Blé Rémy	Gynécologie-Obstétrique
64	KONAN	Konan Denis	Oxyologie (Médecine d'Urgence)
65	KONAN	Kouassi Jean	Oxyologie (Médecine d'Urgence)
66	KONAN	Yao Lucien Magloire	Chirurgie Générale et Digestive
67	KONAN-TOURE	Akissi Marie-Louise	Ophthalmologie
68	KONE	Seydou	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
69	KONE	Tahirou	Radiologie
70	KOSSOKO	Issa Hyppolyte	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
71	KOUADIO	N'Dri Laurent	Chirurgie Générale et Digestive
72	KOUAME	Kanga	Dermatologie-Vénérologie
73	KOUAME	Kouadio Joseph	Anesthésie-Réanimation
74	KOUAME	N'Goran	Imagerie Médicale
75	KOUASSI	Aya Colette	Ophthalmologie
76	KOUASSI	Boko Alexandre	Pneumophtisiologie
77	KOUASSI	Yao Mathurin	Oto-Rhino-Laryngologie
78	KOUKOUGNON	Gbodo Michel	Anesthésie-Réanimation
79	KOUYATE	Salifou	Gynécologie-Obstétrique
80	KRAMOH	Kouadio Euloge	Cardiologie
81	LAGOU	Delphine Amélie	Néphrologie
82	LASME-GUILLAO	Berthe Evelyne	Pédiatrie
83	M'BRA	Kouassi	Cancérologie
84	MAHASSADI	Kouamé Alassan	Hépto-Gastro-Entérologie
85	MANOU	Koffi Benjamin	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
86	MOUSSA	Bakary	Chirurgie Générale et Digestive
87	N'DRI	Oka Dominique	Neurochirurgie
88	N' GUESSAN	Koffi	Gynécologie-Obstétrique
89	N' GUESSAN	Konan Edouard	Gynécologie-Obstétrique
90	N'GUESSAN-KOFFI	Isabelle Léa Rosine	Oto-Rhino-Laryngologie
91	NANDIOLO KONE- ANELONE	Rose	Chirurgie Pédiatrique
92	NDOUTABE	Modjirom (à titre étranger)	Santé Publique et Méd. Communautaire
93	NIOBLE	Ghislain	Anesthésie-Réanimation
94	OUALI	Boubacar	Rhumatologie

95	OUATTARA	Baly	Rhumatologie
96	SANGARE	Abdoulaye	Dermatologie-Vénérologie
97	SANOGO	Sindou	Médecine Interne
98	SENI	Konan	Gynécologie-Obstétrique
99	SICA	Asso (IRF ADZOPE)	Chirurgie Plastique
100	SIE	Essoh Jean-Baptiste	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
101	SISSOKO	Jacques Auguste Souleymane	Anesthésie-Réanimation
102	SORO	Kountélé Gona Bakary	Chirurgie Générale et Digestive
103	SORO-KONE	Mariam	Pédiatrie
104	SOUAGA	Kouassi Antonin	Chirurgie Cardio-Vasculaire
105	TANON	Koffi Aristophane	Maladies Infectieuses et Tropicales
106	TEGNAN	Ebba Jacques Arsène	Gynécologie-Obstétrique
107	TIEMBRE	Issaka (à titre étranger)	Santé Publique et Méd. Communautaire
108	TOURE-ECRA	Ana Fatoumata	Gynécologie-Obstétrique
109	TRAORE	Lassina	Chirurgie Générale et Digestive
110	VE	Diomandé	Psychiatrie
111	YAO	Bathaix Mamert Fulgence	Hépto-Gastro-Entérologie
112	YAO	Blaise	Urologie
113	YAPO	Yapo Paul	Anesthésie-Réanimation
114	YEO	Sitiènèhin	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
115	YEO-TENENA	Yessonguilana Jean-Marie	Psychiatrie
116	YODA	Moussa	Oto-Rhino-Laryngologie
117	YOFFOU-ANDRE	Liliane	Ophtalmologie
118	YOTIO	Ayékpá	Oto-Rhino-Laryngologie

ASSISTANTS-CHEFS DE BIOCLINIQUE

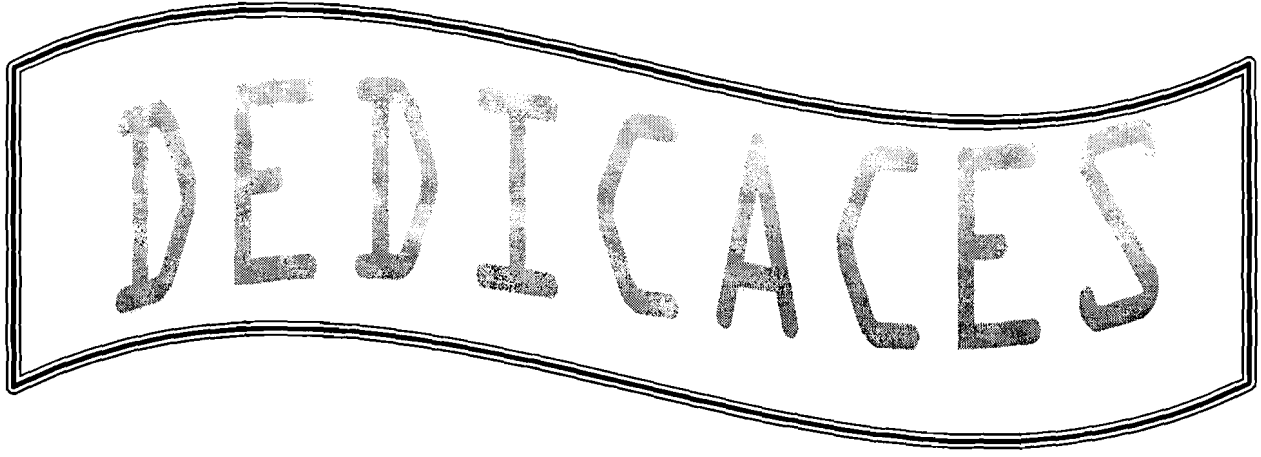
1	AKRE	Dagra Paul	Immunologie Générale et Médicale
2	BAKAYOKO	Souleymane	Bactériologie-Virologie
3	BALAYSSAC	Eric Wenceslas Joseph	Pharmacologie Clinique
4	BONI-CISSE	Cho N'Din Cathérine	Bactériologie-Virologie
5	BOTTI	Koffi	Médecine Légale
6	BROALET	Maman You Espérance	Anatomie-Neurochirurgie
7	DAUBREY-POTÉY	Thérèse Cotran	Pharmacologie Clinique
8	ETTE-DIENG	Elisabeth	Anatomie Pathologique
9	KAKOU	Augustine	Pharmacologie Clinique
10	KEITA	Mustapha dit Moussa	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
11	KOUAME	Kouassi René	Anatomie
12	KOUASSI-M'BENGUE	Aya Alphonsine	Bactériologie-Virologie
13	KOUASSI	Yao Mathias	Médecine du Travail
14	MONDE	Aké Absalome	Biochimie Médicale
15	N'DHATZ- COMOE	Emeraude Eba Chantal	Hématologie Clinique
16	NANHO	Danho Clotaire	Hématologie Clinique
17	NIGUE	Luc	Biostatistique et Informatique Médicale
18	OUATTARA	Djibril Charles Guillaume	Anatomie
19	SAKHO	Sidi Samba	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
20	SIRANSY-BOGUI	Kouabla Liliane	Immunologie Générale et Médicale
21	TOLO	Aïssata	Hématologie Clinique
22	TROH	Emile	Anatomie Pathologique
23	TUO	Nalourgo	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
24	VAMY	Gboignon Michel	Pharmacologie Clinique
25	YAO	Gnangoran Victor	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
26	YAPO	Chia Gisèle	Parasitologie-Mycologie
27	ZUNON-KIPRE	Eric Emile Gnogbo	Biophysique
28	ZUNON-KIPRE	Yvan Jacques-Olivier Toualy	Anatomie-Neurochirurgie

ATTACHES DE RECHERCHE

1	GUESSENND-KOUADIO	Aya Nathalie
2	HIEN	Sansan
3	KOFFI	Kouadio Dominique
4	KOUAME-KOUABENA	Adja Henriette
5	TOURE	Attiényo Honoré

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

1	ABBY-BAILLY	Hortense	Marie-Thérèse	
		Philomène		Anglais
2	AKA	Mossouma Georgette		Anglais
3	KAHAN	Koffi Pierre		Anglais



DEDICACES

Au delà des habitudes et de toute autre considération, que ces dédicaces traduisent ma profonde pensée.

J'exprime toute ma gratitude et toute ma reconnaissance par le biais de cette thèse à :

Je dédie cette thèse :



L'ETERNEL DIEU TOUT PUISSANT

Nous te remercions de nous avoir permis d'entamer et d'achever nos études médicales dans ta grâce et ta miséricorde.

Seigneur, tu as aussi permis la réalisation de cette journée et c'est pour cela que nous te glorifions et te rendons grâce.

Gloire à toi !



MON PERE

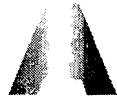
Ce jour est sans doute mémorable pour toi car ton rêve est devenu réalité.

Nous avons connu mes frères et moi des moments très durs dans un amour paternel indéniable.

Ton amour pour l'école n'avait d'égal que ton envie de nous voir réussir.

Je me rend compte aujourd'hui des bienfaits de cette éducation et je crois qu'elle sous-tend le niveau intellectuel et social que j'ai acquis aujourd'hui.

Que Dieu puisse de garder encore longtemps à nos côtés dans toute sa bonté et sa miséricorde.



MA MERE

« IN MEMORIAM »

Mes premières pensées te sont destinées.

Merci de m'avoir mis au monde.

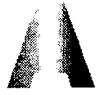
Femme respectueuse et soumise, tu as accepté sans te plaindre une vie de privation au profit de mon éducation.

J'ai le sentiment très fort que du royaume des cieux, tu continues de me protéger et de veiller sur moi.

Que cette thèse soit le plus grand hommage que je puisse rendre à ta mémoire.

Repose en paix et que le tout puissant te garde près de lui.

Je t'aime Maman chérie



MON FRERE : AHOGO KOUACOU MICHEL

(MAIRE DE BROBO)

Garant de la stabilité de la famille, tu n'oublies pas que la grandeur d'une famille réside dans son union..

Merci pour ton soutien et la confiance que tu as toujours placé en moi ton «DOCTEUR» pourra je l'espère mériter son titre.

Reçois cette thèse comme le gage de toute ma reconnaissance.



MON GRAND FRERE : AHOGO KOUAKOU BERTIN

Que Puis-je te dire si ce n'est MERCI.

Tu m'as soutenu selon tes possibilités durant toutes ces longues années de mon cursus scolaire et universitaire me permettant ainsi de tracer les sillons de ma réussite.

Comme les maillons d'une chaîne, nous devons rester unis et solidaires pour les batailles futures.

J'espère pouvoir t'apporter un peu de fierté à travers ce travail qui est aussi le tien.

MERCI



MA GRANDE SŒUR : KOUAME AMANI NATHALIE

Ce jour restera à jamais gravé dans ta mémoire.

Je te vois heureuse.

Merci pour ton soutien sans faille et ton indéfectible attachement à ton petit frère que je suis.

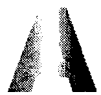
Que Dieu te comble de bonheur tant dans ta carrière professionnelle que dans ta vie de couple.



NOS DEFUNTS : GEORGES ET "N'DAFOUE"

Vous qui nous avez quitté si tôt; j'aurais tant souhaité que vous soyez là ce jour; mais les voies de DIEU sont insondables.

Que le TOUT-PUISSANT vous garde près de lui.



MES PETITS FRERES ET PETITES SOEURS

Recevez ce travail comme le fruit du courage, de l'abnégation et surtout de la persévérance.

Sachez que rien au monde n'est facile.

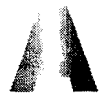
Seul le travail paye.



MES NIECES ET NEVEUX

Soyez tout simplement courageux et travailleurs.

"Haut les cœurs !"



TOUS LES AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE

Malgré votre absence notaire tout au long de mon cursus scolaire et universitaire, sachez que je vous aime tous d'un même AMOUR.



MA TRES CHERE DOUSSOU

Par ta patience, ta tendresse et surtout ton amour, tu m'as beaucoup aidé à la réalisation de cette thèse.

Fasse Dieu que nous soyons toujours ensemble et unis pour le restant de nos jours sur terre.

Reçois ce travail comme le fruit de nos peines et conserve le en espérance du meilleur.



FEU ROCH YAPO

Au delà de tous les mots, je te dédie simplement cette thèse.

*Repose en paix
Que la terre te soit légère*



MES AMIS

- Dr KRE Kouakou
- Dr YOBOUET Alexis
- Dr NANGO J.F
- KANGA Kokora
- GOULIEN Célestin
- Edmond COULIBALY

Plus que des amis, vous êtes pour moi des frères.

Recevez par le biais de cette thèse toute ma gratitude et ma reconnaissance.



INTERNES DE BOUAKE

- Dr OUATTARA Ismaël
- Dr AKA Lepré Nicaïse
- DJOHAN Ferdinand
- MIAN Boston

Merci de m'avoir soutenu pendant mes moments difficiles à BOUAKE.

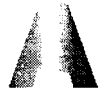
En témoignage de notre AMITIE.



**TOUS MES COMPAGNONS DE LUTTE
EN MEDECINE**

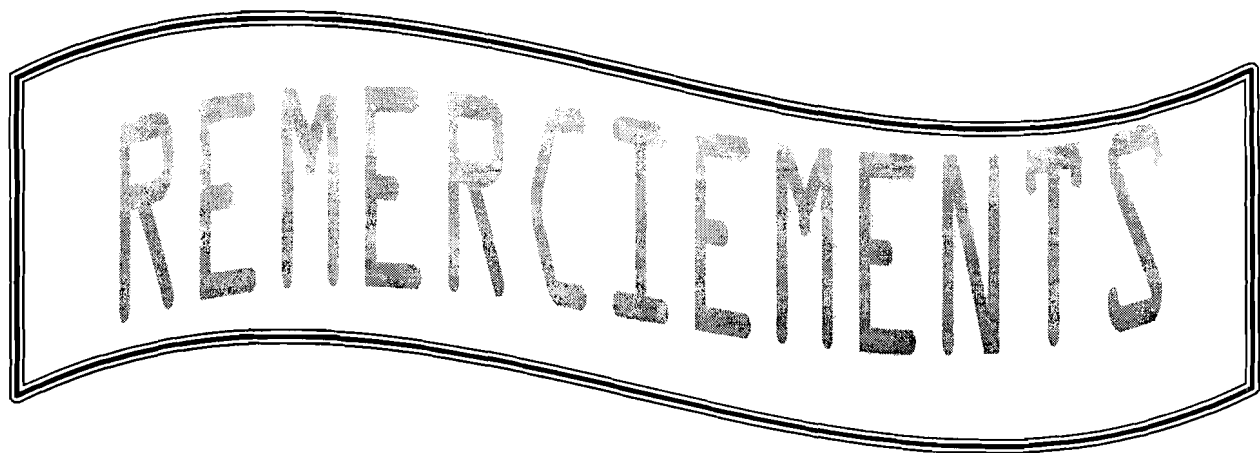
*En souvenir des moments de peine et de joie que nous
avons passés dans le temple du savoir.*

Courage car le bout du tunnel n'est plus loin.



**TOUS MES PARENTS ET AMIS QUE JE N'AI
PU CITER**

*Recevez ce document en témoignage de ma
reconnaissance et de toute mon AMITIE.*



REMERCIEMENTS



TOUS LE SERVICE DE NEUROLOGIE

J'ai été heureux de travailler et d'apprendre à vos côtés.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.



MADAME KOUAME DYANE

Merci pour tant de disponibilité à mon égard.

Notre travail est enfin terminé.

Que Dieu te bénisse !



DR COULIBALY FATOU

Pour ton soutien sans faille et ta gentillesse, je te dédie cette thèse.

Merci

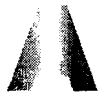


MONSIEUR ET MADAME « K.K.P »

Les mots me manquent pour vous exprimer mes remerciements.

Pour votre aide, oh combien précieuse, recevez en ce jour, le couronnement de mon travail comme un vibrant hommage de ma part.

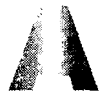
Que DIEU vous garde longtemps



DR KASSI OMER

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

Que DIEU exhausse tous tes vœux.



TOUS CEUX QUE JE N'AI PU NOMMER

Toutes mes excuses car nul n'est infailible.

Sachez néanmoins que je vous aime tous.

Merci et Que DIEU vous protège tous.

AMEN !

A NOS MAÎTRES ET JUGES



NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR KOUASSI BEUGRE E.

- ◆ *Professeur titulaire de Neurologie*
- ◆ *Chef de département de neurologie de l'UFR des sciences médicales*
- ◆ *Chef du service de la formation et de la recherche au Ministère de la Santé publique*
- ◆ *Officier de l'ordre de la santé publique de Côte d'Ivoire*

Cher Maître,

Votre ardeur au travail, votre sens pédagogique élevé et surtout votre humilité ont fait de vous une grande référence à l'UFR des sciences médicales.

Vous constituez un modèle pour nous les jeunes.

Nous voudrions vous remercier d'avoir accepté malgré vos multiples obligations de présider le jury de cette thèse.

Trouvez ici l'expression de notre profonde admiration.



NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

MADAME LE PROFESSEUR AGREGE

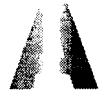
DOUAYOUA-SONAN THERESE

- ◆ *Maître de conférence agrégée de neurologie*
- ◆ *Spécialisée en neurophysiologie clinique*
- ◆ *DEA de neurosciences*
- ◆ *DU d'ultrasonologie spécialisée*
- ◆ *Attestation d'exploration fonctionnelle neuromusculaire*
- ◆ *Membre de la ligue française contre l'épilepsie*
- ◆ *Membre de la société française de neurophysiologie clinique*
- ◆ *Membre de la société française d'EMG clinique*

Cher Maître,

Nous avons été impressionnés par vos grandes qualités de pédagogues mais surtout par votre simplicité, votre courtoisie et votre disponibilité à notre égard.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre immense gratitude et de notre profond respect.



NOTRE MAÎTRE ET JUGE

MADAME LE PROFESSEUR

NANDJUI MANSE BEATRICE

- ◆ *Professeur agrégé de médecine de rééducation fonctionnelle (physiatrie)*
- ◆ *Chef du service de rééducation fonctionnelle du CHU de YOPOUGON*
- ◆ *Membre de société de rhumatologie de Côte d'Ivoire*

Cher Maître,

Nous voudrions vous remercier d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Puissiez-vous cher maître, au travers de cette thèse trouver le témoignage de notre très haute considération.



NOTRE MAÎTRE ET JUGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ETI EDMOND

- ◆ *Professeur agrégé de rhumatologie*
- ◆ *Diplômé en pathologie rachidienne (paris VII)*
- ◆ *Diplômé en pathologie locomotrice liée à la pratique du sport (Paris VII)*
- ◆ *Membre fondateur de la société ivoirienne de rhumatologie*
- ◆ *Membre de la société française de rhumatologie*

Cher Maître,

Nous vous remercions d'avoir spontanément accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici honorable maître, l'expression de notre grande admiration et de notre profonde reconnaissance.

NOTRE MAÎTRE

LE DOCTEUR AKANI AYE FRANCOIS

- ◆ *Maître assistant en neurologie*
- ◆ *Chef du service de neurologie du CHU de BOUAKE.*

Cher Maître,

Votre ardeur au travail, et votre rigueur intellectuelle ont été pour nous une grande source de motivation.

Merci d'avoir guidé nos premiers pas dans ce monde si passionnant de la neurologie.

Recevez ici cher maître, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Merci beaucoup

SOMMAIRE

DEDICACES

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

I NOTRE ETUDE

I-1 LES OBJECTIFS

I-1-1 L'OBJECTIF GENERAL

I-1-2 LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

I-2 MATERIEL ET METHODE

I-2-1 LE TYPE D'ETUDE ET LA PERIODE D'ETUDE

I-2-2 LA POPULATION ETUDIEE

I-2-2-1 LES CRITERES D'INCLUSION

I-2-2-2 LES CRITERES D'EXCLUSION

I-2-3 LE RECUEIL DES INFORMATIONS

I-2-4 LES PARAMETRES ANALYSES

I-2-5 LA METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE

II LES RESULTATS

II-1 LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

II-2 LES FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRE

II-3 LES DONNEES CLINIQUES

II-4 LES DONNEES PARACLINIQUES

II-5 LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

II-6 LES ASPECTS EVOLUTIFS

III LES COMMENTAIRES

III-1 LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

III-1-1 LA FREQUENCE

III-1-2 LE SEXE

III-1-3 L'AGE

III-1-4 LES GROUPES ETHNIQUES ET NATIONALITE

III-1-5 LA LATERALITE

III-1-6 LA PROFESSION

III-2 LES FACTEURS DE RISQUE

III-2-1 L'HYPERTENSION ARTERIELLE

III-2-2 LE DIABETE SUCRE

III-2-3 LES ATCD D'AVC

III-2-4 L'HYPERCHOLESTEROLEMIE

III-2-5 LES CARDIOPATHIES EMBOLIGENES

III-2-6 LE TABAC

III-2-7 L'ALCOOL

III-2-8 L'ASSOCIATION DE FACTEURS DE RISQUE

III-3 LES DONNEES CLINIQUES

III-3-1 LE DELAI D'ADMISSION

III-3-2 LE MODE D'INSTALLATION

III-3-3 LES SIGNES SUBJECTIFS DE DEBUT

**III-3-4 LES CHIFFRES DE LA TENSION ARTERIELLE A
L'ADMISSION**

III-3-5 LE DEFICIT MOTEUR

III-3-6 LE DEFICIT SENSITIF

III-3-7 LES TROUBLES DU LANGAGE

III-3-8 LES TROUBLES DE LA VIGILANCE

III-3-9 LE SYNDROME MENINGE

- III-3-10** LES AUTRES SIGNES NEUROLOGIQUES
- III-3-11** L'EXAMEN DE L'APPAREIL CARDIO VASCULAIRE
- III-3-12** L'EXAMEN DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE

III-4 LES DONNEES PARACLINIQUES

- III-4-1** LE SCANNER CRANIOENCEPHALIQUE
 - III-4-1-1** LE DELAI DE REALISATION
 - III-4-1-2** LES IMAGES SCANNOGRAPHIQUES
 - III-4-1-3** LA TOPOGRAPHIE DES LESIONS
- III-4-2** LE BILAN CARDIAQUE
 - III-4-2-1** LE TELECOEUR DE FACE
 - III-4-2-2** L'E.C.G.
 - III-4-2-3** L'ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANSTHORACIQUE
- III-4-3** LE BILAN BIOLOGIQUE
 - III-4-3-1** LA GLYCEMIE PLASMATIQUE
 - III-4-3-2** LA NUMERATION FORMULE SANGUINE
 - III-4-3-3** LA CHOLESTEROLEMIE
 - III-4-3-4** L'EXAMEN DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR)

III-5 LES DONNEES THERAPEUTIQUES

- III-5-1** LES MESURES DE REANIMATION
- III-5-2** LE TRAITEMENT DE LA POUSSEE HYPERTENSIVE
- III-5-3** LE TRAITEMENT ANTI-OEDEMATEUX
- III-5-4** LES OXYGENATEURS CEREBRAUX
- III-5-5** LES ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES
- III-5-6** LES ANTICOAGULANTS
- III-5-7** LES THROMBOLYTIQUES
- III-5-8** LA KINESITHERAPIE
- III-5-9** LE NURSING

III-5-10 LE TRAITEMENT PREVENTIF DES FACTEURS DE RISQUE

**III-5-10-1 LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION
ARTERIELLE**

III-5-10-2 LE TRAITEMENT DU DIABETE SUCRE

**III-5-10-3 LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES
EMBOLIGENES**

III-5-10-4 LE TRAITEMENT DES DYSLIPIDEMIES

III-5-10-5 LE TRAITEMENT DE L'OBESITE

III-6 LES DONNEES EVOLUTIVES

CONCLUSION

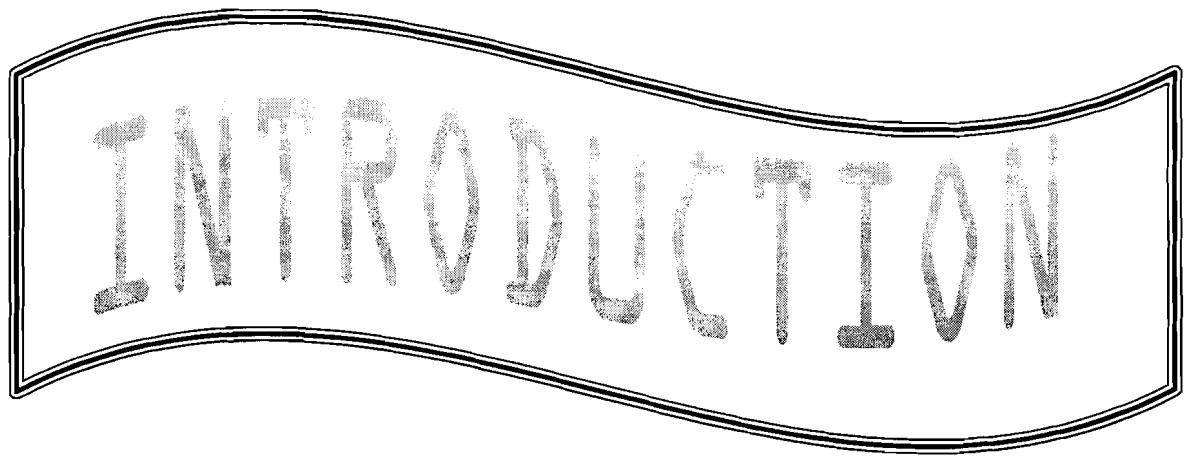
RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABBREVIATIONS

ABREVIATIONS

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVC-I	Accident Vasculaire Cérébral Ischémique
AVC-H	Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
TDM	Tomodensitométrie
HTA	Hypertension Artérielle
ECG	Electrocardiographie
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
NFS	Numération Formule Sanguine
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
ATCD	Antécédents
LDL	Low Density Lipoprotéine
HDL	High Density Lipoprotéine
TAS	Tension Artérielle Systolique
TAD	Tension artérielle Diastolique
BDC	Bruits du cœur
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
FA	Fibrillation Auriculaire
HVG	Hypertrophie Ventriculaire gauche
HAG	Hypertrophie auriculaire gauche

A banner with a wavy, ribbon-like shape, outlined with a double-line border. The word "INTRODUCTION" is written across the center of the banner in a bold, uppercase, sans-serif font. The letters are filled with a stippled or textured pattern.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux (A V C) se définissent comme des manifestations neurologiques d'installation brutale, focalisées, résultant d'un processus pathologique touchant les vaisseaux cérébraux.

Cette définition implique que tout AVC comporte :

⊖ UNE LESION OU UN DYSFONCTIONNEMENT DU PARENCHYME CEREBRAL responsable du déficit neurologique.

Cette lésion peut être :

- Soit une hémorragie au sein du parenchyme cérébral (hémorragie cérébrale) ou dans les espaces sous arachnoïdiens (hémorragie méningée). Les deux pouvant s'associer (hémorragie cérébro-méningée)
- Soit une ischémie qui peut être fonctionnelle entraînant une simple perturbation des neurones sans destruction ou lésionnelle aboutissant à la destruction du tissu cérébral et à la NECROSE réalisant un INFARCTUS.

⊖ UNE LESION VASCULAIRE sous jacente qui est la cause immédiate de l'accident. Cette lésion siège préférentiellement au niveau des artères (accident vasculaire artériel). Elle intéresse rarement les veines (accident vasculaire veineux ou thrombophlébite cérébrale).

Il peut s'agir soit :

- d'une occlusion de la lumière vasculaire avec pour conséquence une ischémie de la circulation d'aval (l'accident vasculaire est dit ischémique)

- d'une rupture de la paroi vasculaire (l'accident vasculaire est dit hémorragique).

Les étiologies sont nombreuses et fonction du type d'AVC. Mais l'athérosclérose et les cardiopathies emboligènes demeurent les causes les plus fréquentes des AVC.I.

Les causes des AVC-H sont essentiellement représentées par les lésions vasculaires de l'hypertension artérielle et les malformations vasculaires cérébrales.

Sur le plan évolutif, on distingue :

- **les accidents transitoires** qui correspondent à une perturbation réversible du métabolisme des neurones et dont la récupération clinique totale se fait en moins de 24 heures
- **les accidents en voie de constitution** caractérisés par un déficit neurologique qui s'aggrave sur plusieurs heures et dure plus de 24 heures
- **les accidents constitués** dont la traduction anatomique est la destruction tissulaire irréversible, encore appelé infarctus cérébral et où le déficit neurologique atteint son maximum en moins d'une heure et dure plus de 24 heures.

Les AVC sont des affections graves car à côté du risque de décès, ils entraînent des séquelles qui peuvent être tragiques de par leurs conséquences psychologiques, professionnelles et même familiales.

Il peut s'agir de séquelles motrices variant de l'hémiplégie à l'hémiplésie, de troubles sensitifs (hémianesthésie, syndromes thalamiques); de troubles sensoriels (céphalées, vertiges, surdités,

troubles oculaires); de troubles neuropsychiques (détérioration des fonctions intellectuelles, démences vasculaires) de crises d'épilepsie.

Les AVC représentent la première cause de handicap moteur acquis chez l'adulte et la troisième cause de décès après les maladies cardiovasculaires et les cancers dans les pays occidentaux (15).

Selon l'OMS, près de 5 millions de personnes meurent chaque année des suites d'un accident vasculaire cérébral tandis que 15 autres millions sont atteints dont le tiers reste handicapés (75).

Les AVC ont donc une fréquence élevée à travers le monde et constituent un véritable problème de santé publique.

En France, leur incidence est de l'ordre de 1 à 2 pour mille par an et leur prévalence de 5 pour mille environ (18).

En Côte d'Ivoire, la pathologie vasculaire cérébrale constitue depuis plusieurs années un centre d'intérêt en raison de sa prévalence hospitalière. En effet, les AVC constituent le premier motif d'hospitalisation dans les services de neurologie d'Abidjan (41) ; (93).

Nous nous proposons dans la présente étude de faire l'état des lieux à BOUAKE et d'apporter l'expérience du service de neurologie du CHU de BOUAKE dans la prise en charge de cette pathologie.

NOTRE ETUDE

I-1 LES OBJECTIFS

I-1-1 L'OBJECTIF GENERAL

Contribuer à une meilleure prise en charge des AVC dans le service de neurologie du CHU de BOUAKE.

I-1-2 LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Procéder à une étude descriptive du profil épidémiologique des patients hospitalisés pour AVC
- Recenser les symptômes cliniques et paracliniques ainsi que les modalités évolutives des AVC
- Evaluer les orientations thérapeutiques

I-2 MATERIEL ET METHODE

I-2-1 TYPE D'ETUDE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant sur une période allant de Janvier 1998 à Juin 2002. Elle a porté sur des dossiers de patients hospitalisés pour AVC dans le service de neurologie du CHU de BOUAKE.

I-2-2 LA POPULATION ETUDIEE

I-2-2-1 LES CRITERES D'INCLUSION

- Patients de toutes conditions socio-économiques, ivoiriens ou originaires d'autres pays africains
- Age > 15 ans
- Patients admis aux urgences ou dans le service de neurologie pour AVC

- AVC diagnostiqué sur les arguments cliniques, paracliniques (TDMC ou LCR) et évolutifs.
- Sujet ayant un antécédent d'AVC et hospitalisé pour une récurrence d'AVC.

I-2-2-2 LES CRITERES D'EXCLUSION

- Patients âgés de moins de 15 ans
- Patients ayant des séquelles d'AVC mais hospitalisés dans le service pour un autre motif (pas une RECIDIVE)
- Patients présentant une hémiparésie d'autres étiologies.
- Patients hospitalisés en réanimation

I-2-3 RECUEIL DES INFORMATIONS

Nous avons consulté les dossiers d'hospitalisation, les registres, les comptes rendus d'hospitalisation à partir desquels nous avons rempli une fiche d'enquête individualisée comportant :

- L'identité du malade
- Les antécédents pathologiques
- La description des aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'AVC.

I-2-4 PARAMETRES ANALYSES

Pour chaque patient, nous avons analysé les données suivantes :

a°) Caractéristiques socio-démographiques

- ❖ l'âge
- ❖ le sexe
- ❖ l'ethnie
- ❖ la profession
- ❖ la région d'origine

- ❖ le lieu d'habitation
- ❖ la nationalité
- ❖ la latéralité

b°) Les antécédents pathologiques

- ❖ l'HTA : en précisant l'année de découverte et la régularité ou non du traitement
- ❖ A V C (RECIDIVE) : année de survenue, type du premier AVC
- ❖ DIABETE : année de découverte, type et traitement
- ❖ CARDIOPATHIE EMBOLIGENE : année de survenue, type traitement
- ❖ TABAC : durée de consommation et nombre de paquets/année
- ❖ ALCOOL : durée de consommation, type et nombre de verres/jour
- ❖ antécédents personnel de cholestérol, de contraceptifs oraux et traitement de hypercholestérolémie
- ❖ antécédents familiaux d'HTA et d'AVC

c°) Histoire de la maladie

La fiche d'enquête a noté les données suivantes :

- ❖ la date d'apparition des signes
- ❖ le mode de début de la maladie
- ❖ le délai d'hospitalisation par rapport au début

d°) Les signes cliniques

- ❖ la tension artérielle à l'admission
- ❖ le côté et l'intensité du déficit moteur
- ❖ la présence ou non d'un trouble du langage et le type de ce trouble

- ❖ la présence d'un syndrome méningé
- ❖ l'état de conscience à l'entrée
- ❖ les données de l'examen cardio-vasculaire

e°) **Les signes paracliniques**

- ❖ T D M cranio-encephalique
 - ✓ Délai de réalisation de la TDMC par rapport au début des signes
 - ✓ Le type de lésion (nature de l'AVC)
 - ✓ Le territoire vasculaire concerné
- ❖ Résultats du bilan cardio-vasculaire :
 - ✓ E C G
 - ✓ ECHOCARDIOGRAPHIE
 - ✓ RADIOGRAPHIE THORACIQUE
- ❖ Résultats du bilan biologique :
 - ✓ L C R (examen CYTO-BACTERIOLOGIQUE)
 - ✓ N F S
 - ✓ GLYCEMIE
 - ✓ CREATININEMIE
 - ✓ CHOLESTEROLEMIE
 - ✓ TRIGLYCERIDEMIE

f°) **Données thérapeutiques**

La prise en charge des AVC se fait aux urgences et en dehors des urgences.

Ce traitement comporte les mesures spécifiques suivantes :

- ❖ réanimation
- ❖ antioedemateux
- ❖ oxygénateur cérébral
- ❖ anti-HTA
- ❖ antidiabétiques
- ❖ anticoagulants
- ❖ antiagrégants plaquettaires
- ❖ kinesithérapie
- ❖ nursing

g°) Données évolutives

Nous avons évalué les paramètres suivants :

- ❖ la durée d'hospitalisation
- ❖ les complications en cours d'hospitalisation
- ❖ l'état du malade à la sortie : appréciation selon trois modalités
 - ✓ amélioration
 - ✓ stationnaire
 - ✓ décès

I-2-5 METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE

Pour chaque patient, les données recueillies ont été enregistrées sur une fiche d'enquête standardisée. La saisie des données a été réalisée grâce à une logiciel EPI INFO 6.04 avec un ordinateur compatible IBM.

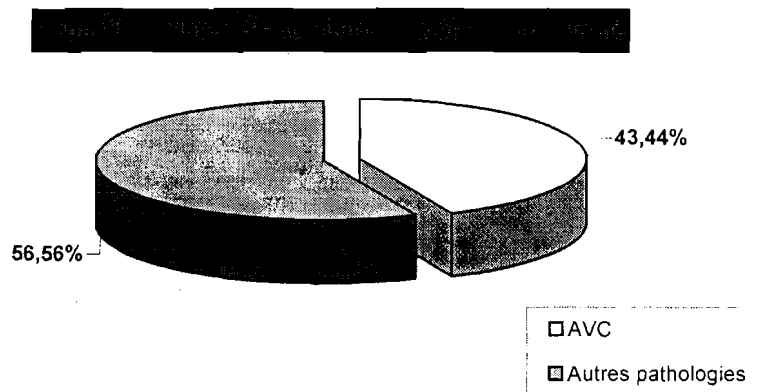
RESULTATS

II-1 LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

TABLEAU I **Répartition des patients selon le type de pathologie (fréquence de l'AVC)**

1 - En hospitalisation

Type de pathologie	Effectif	Pourcentage
AVC	139	43,44%
Autres pathologies	181	56,56%
TOTAL	320	100



Au cours de la période comprise entre le 1er janvier 1998 et le 30 Juin 2002, 320 dossiers d'hospitalisation ont été colligés. 139 dossiers d'AVC ont été retenus ; ils représentent un pourcentage de 43,44 %.

L'AVC représente la 1ère cause d'hospitalisation dans le service de neurologie du CHU de BOUAKE.

2 - Aux urgences

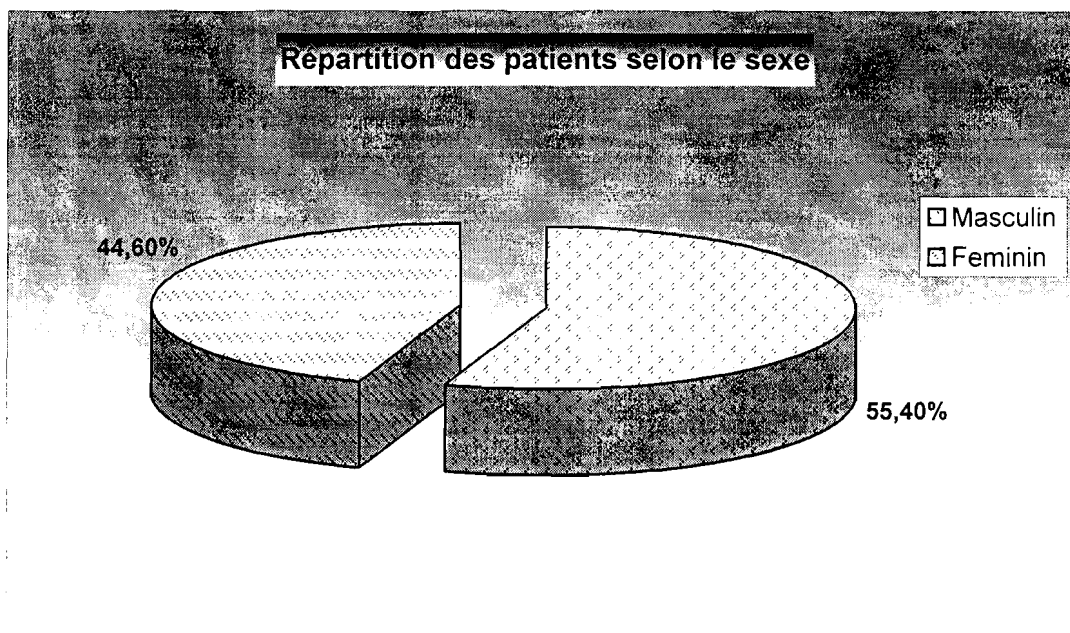
Type de pathologie	Effectif	Pourcentage
AVC	203	6,12%
Autres pathologies	3144	53,88%
TOTAL	3347	100

Les AVC représentent 6,12% des pathologies rencontrées aux urgences médicales du CHU de BOUAKE.

TABLEAU II

Répartition des patients
selon le sexe

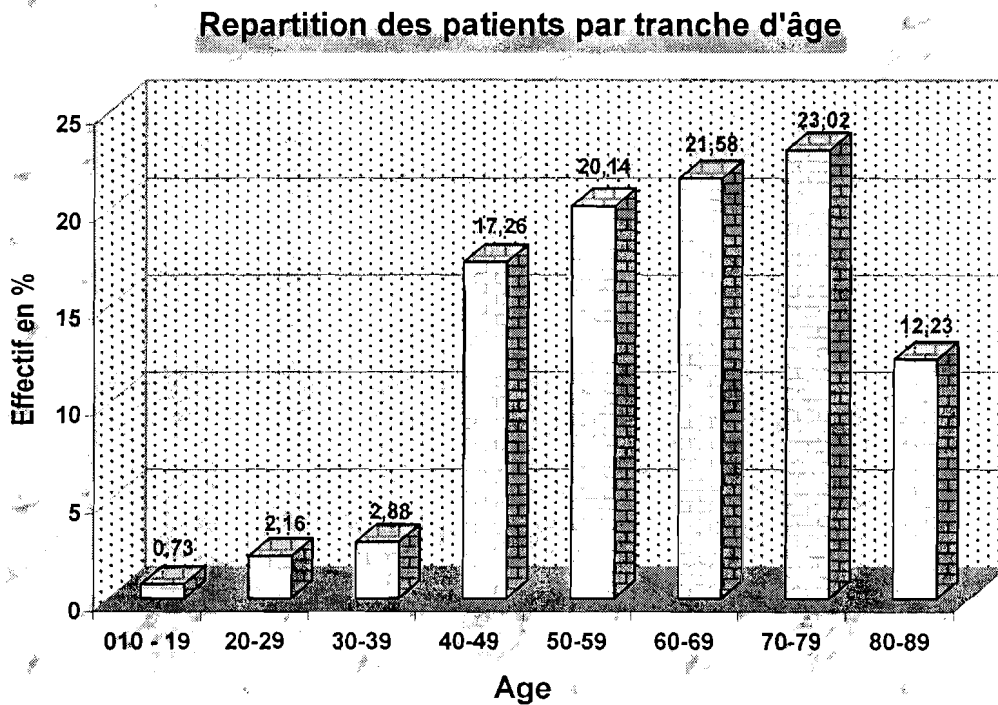
Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	77	55,40%
Feminin	62	44,60%
TOTAL	139	100



Nous notons dans notre étude 77 hommes pour 62 femmes soit un sex - ratio de 1,24 en faveur des hommes.

TABLEAU III **Répartition des patients**
par tranche d'âge

AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
010 - 19	1	0,73
20-29	3	2,16
30-39	4	2,88
40-49	24	17,26
50-59	28	20,14
60-69	30	21,58
70-79	32	23,02
80-89	17	12,23
TOTAL	139	100



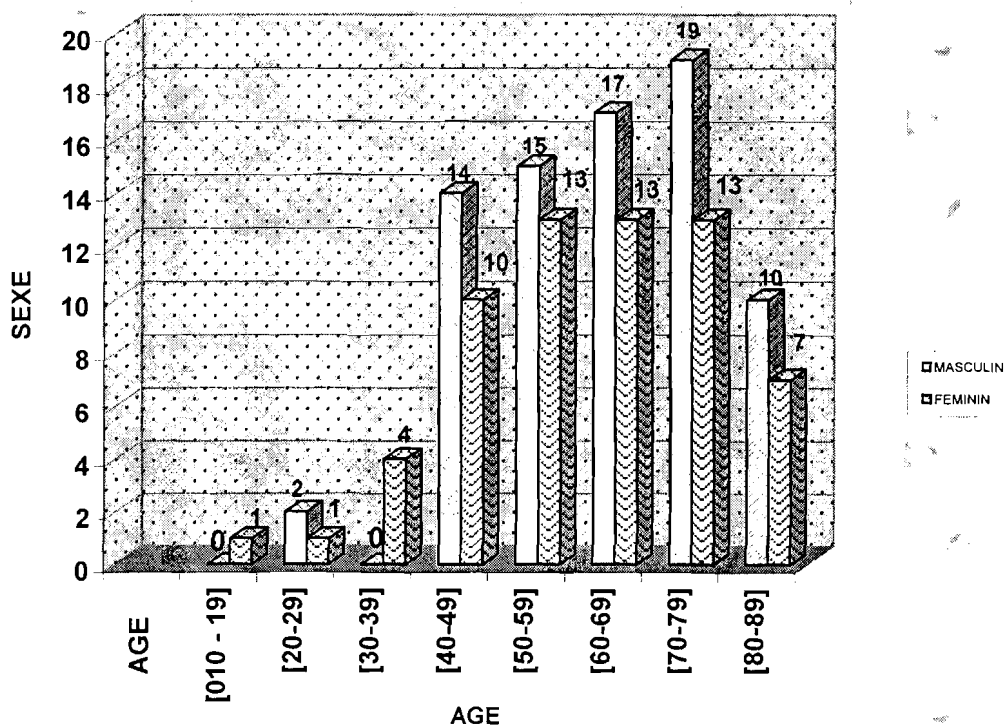
Les âges extrêmes sont 19 et 88 ans. La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 70 et 79 ans (23,02 %). Mais on note une fréquence général élevée entre 50 et 79 ans.

TABLEAU IV

**Répartition des patients
selon l'âge et le sexe**

AGE \ SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
[010 - 19]	0	1	1
[20-29]	2	1	3
[30-39]	0	4	4
[40-49]	14	10	24
[50-59]	15	13	28
[60-69]	17	13	30
[70-79]	19	13	32
[80-89]	10	7	17
TOTAL	77	62	139

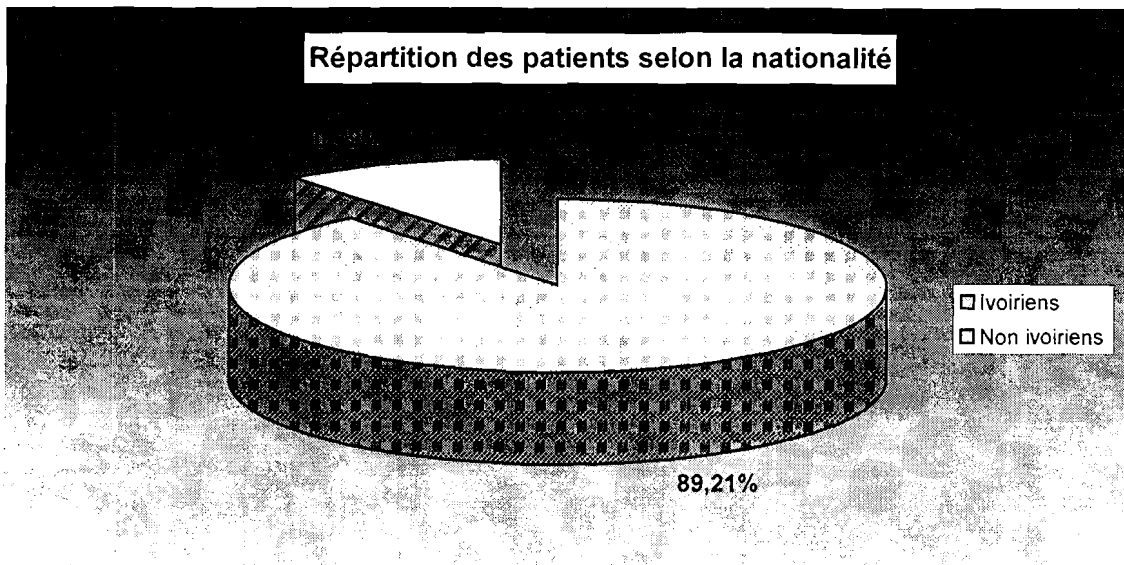
REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE ET LE SEXE



Nous notons une repartition quasi-équilibrée des patients selon l'âge et le sexe.

TABLEAU V Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Ivoiriens	124	89,21%
Non ivoiriens	15	10,79%
TOTAL	139	100

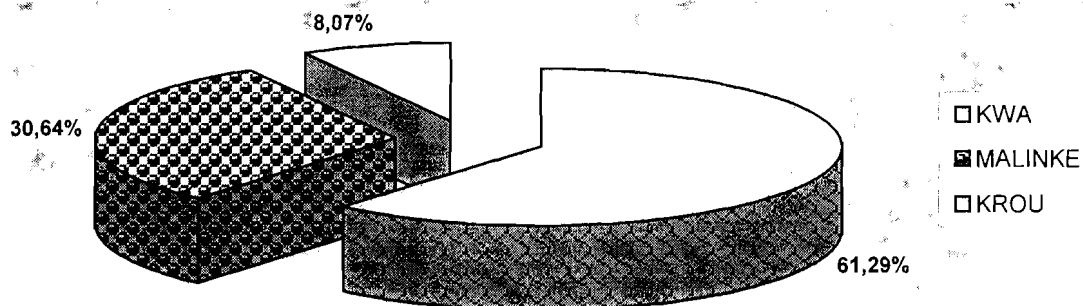


Dans l'étude, les ivoiriens représentent 89,21 % et les étrangers 10,79 %

TABLEAU VI Répartition des patients ivoiriens par groupe ethnique

Groupe ethnique	Effectif	Pourcentage
KWA	76	61,29%
MALINKE	38	30,64%
KROU	10	8,07%
TOTAL	124	100

Répartition des patients ivoiriens par groupe ethnique



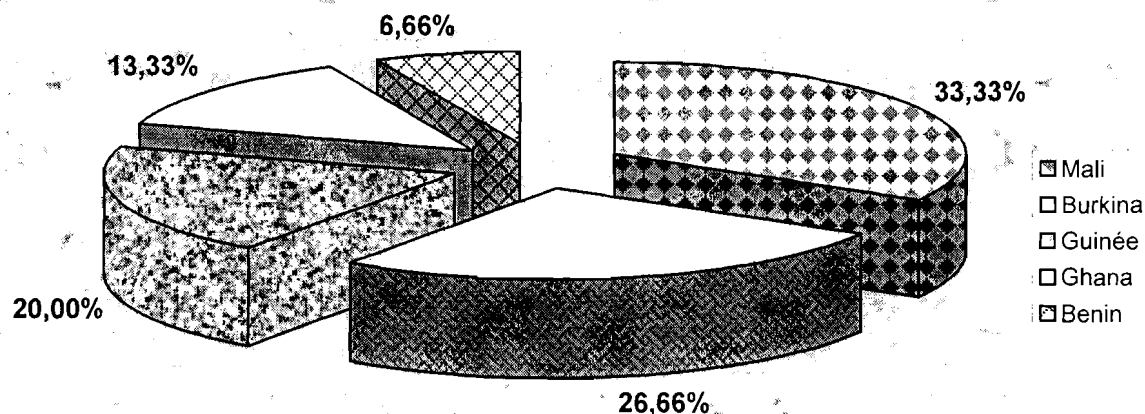
La prédominance du groupe KWA (Akan + peuple lagunaire) est nette suivie des MALINKE (30,64 %).

les KWA sont majoritaires car notre étude se fait à BOUAKE qui est une ville d'origine des BAOULE.

TABLEAU VII Répartition des non ivoiriens
selon le pays d'origine

Pays	Effectif	Pourcentage
Mali	5	33,33%
Burkina	4	26,66%
Guinée	3	20,00%
Ghana	2	13,33%
Benin	1	6,66%
TOTAL	15	100

Répartition des non-ivoiriens selon le pays d'origine

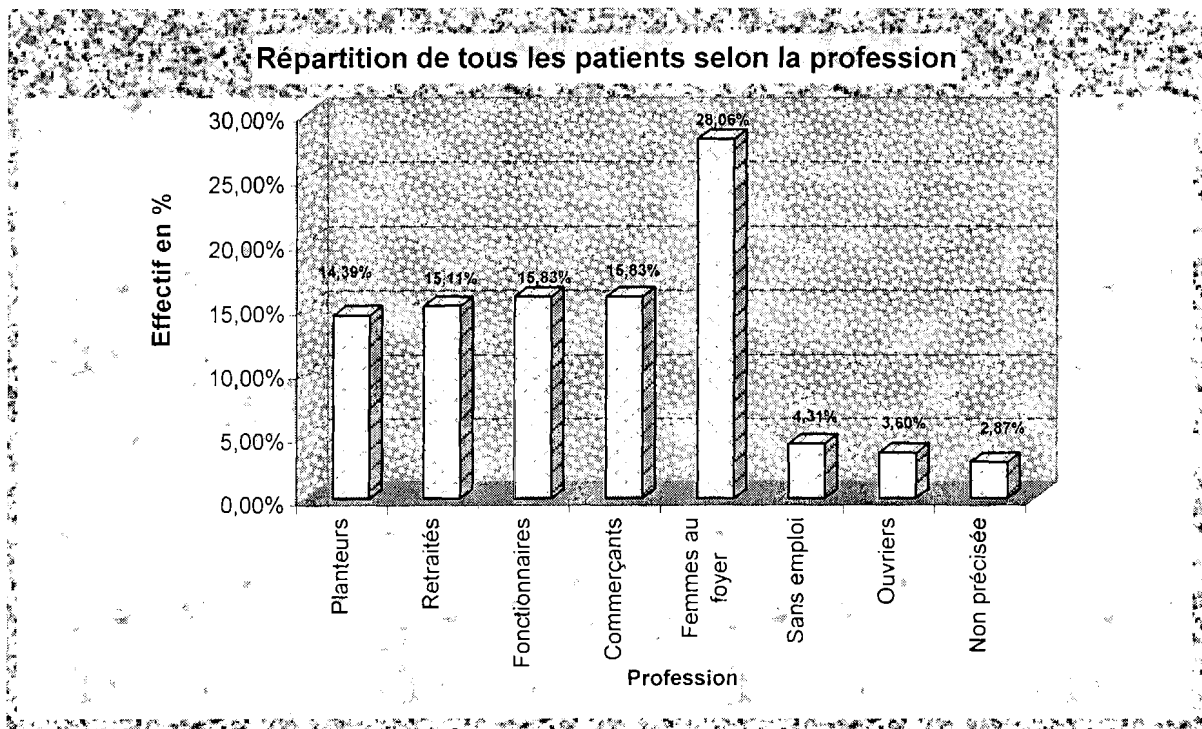


Parmi les étrangers, les maliens représentent 33,33 % ; les Burkinabé 26,66 %.

Tous les non-ivoiriens sont originaires des pays membres de la CEDEAO.

TABLEAU VIII **Répartition des patients
selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
Planteurs	20	14,39%
Retraités	21	15,11%
Fonctionnaires	22	15,83%
Commerçants	22	15,83%
Femmes au foyer	39	28,06%
Sans emploi	6	4,31%
Ouvriers	5	3,60%
Non précisée	4	2,87%
TOTAL	139	100



Dans l'étude, les femmes au foyer sont les plus touchées (28,06 %).

TABLEAU IX Répartition selon la latéralité des patients

Latéralité	Effectif	Pourcentage
Droitiers	34	24,46%
Gauchers	3	2,16%
Non précisée	102	73,38%
TOTAL	139	100

La latéralité n'a pas été précisée chez 102 de nos patients.

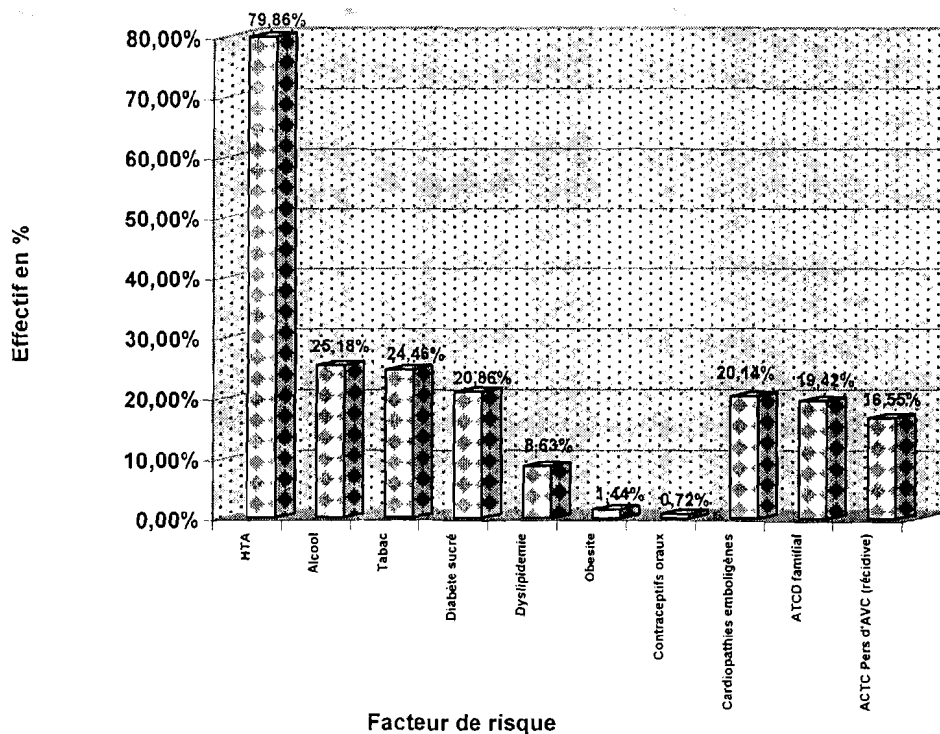
Dans les 37 cas précisés, la majorité soit 34 patients sont droitiers.

II - 2 LES FACTEURS DE RISQUE

TABEAU X Répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteur de risque	Effectif	Pourcentage	
HTA	111	79,86%	
Alcool	35	25,18%	
Tabac	34	24,46%	
Diabète sucré	29	20,86%	
Dyslipidemie	12	8,63%	
Obesite	2	1,44%	
Contraceptifs oraux	1	0,72%	
Cardiopathies emboligènes	Myocard. Hypert.	21	15,11
	Retrécis. Mitral	04	2,87
	Fibrillation-Auric	03	2,16
ATCD familial	HTA	13	9,35
	Diabète	08	5,75
	AVC	06	4,32
ACTC Pers d'AVC (récidive)	23	16,55%	

Répartition des patients selon les facteurs de risque



L'HTA est le premier facteur de risque :

79,86 % des patients sont hypertendus viennent ensuite l'alcool (25,18 %), le tabac (24,46 %) et le diabète sucré (20,86 %).

Les cardiopathies emboligènes ont une fréquence élevée (20,14 %) à cause de la cardiomyopathie hypertrophique (15,11%) certainement secondaire à l'HTA.

TABLEAU XI Répartition des patients selon l'association de facteurs de risque

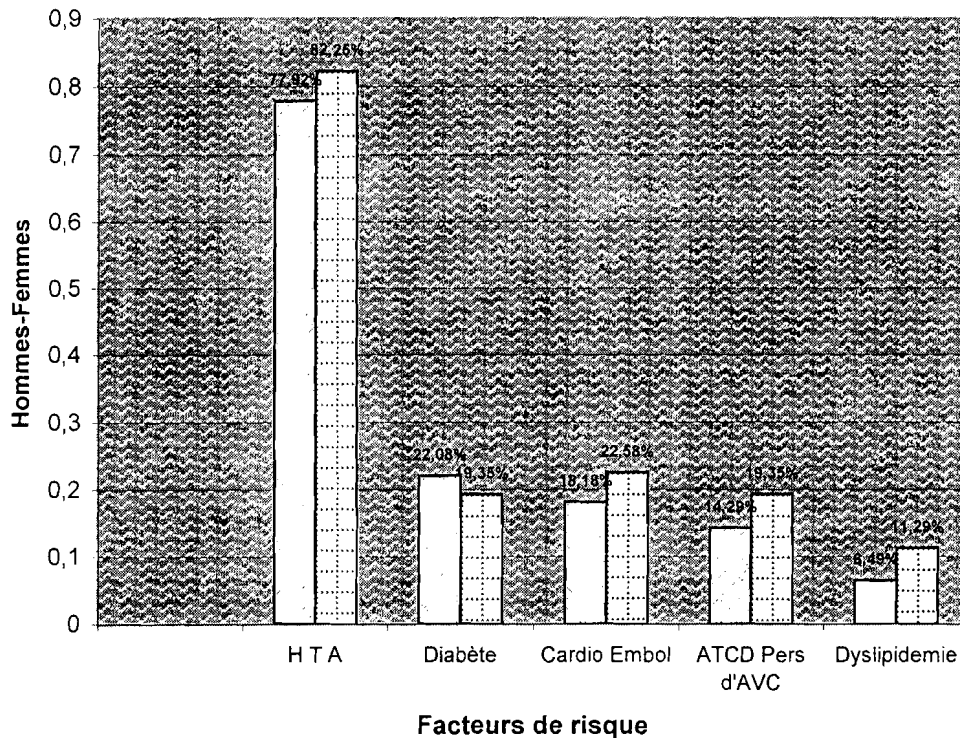
Facteurs de risque associés	Effectif	Pourcentage
HTA - Diabète	19	17,12%
HTA - cardiop. Emb.	25	22,52%
HTA - dyslipidemie	7	6,31%
HTA-ATCD Pers d'AVC	22	19,82%
HTA-diabète-ATCD pers d'AVC	6	5,40%
Diabète-dyslipidemie	3	2,70%
Diabète-cardiop. Emb.	10	9,02%
Diabète-ATCD-PERS d'AVC	6	5,40%
Cardiop Emb - dyslipidemie	5	4,50%
Cardiop Emb -ATCD pers AVC	8	7,21%
TOTAL	111	100

L'association HTA cardiopathie emboligène (notamment HTA - cardiomyopathie hypertrophique) est la plus fréquente (22,52 %) suivie de celle de HTA-ATCD pers d'AVC (19,82 %) et HTA -DIABETE (17,12%) Une HTA chronique mal suivie peut à la longue entraîner une cardiomyopatie hypertrophique.

TABLEAU XII **Répartition des facteurs de risque**
selon le sexe

Facteurs de risque	Homme n= 77	Femmes n= 62
H T A	77,92%	82,25%
Diabète	22,08%	19,35%
Cardio Embol	18,18%	22,58%
ATCD Pers d'AVC	14,29%	19,35%
Dyslipidemie	6,49%	11,29%

Répartition des facteurs de risque selon le sexe



Tous les facteurs de risque à l'exception du diabète sucré sont plus fréquemment rencontrés chez la femme dans notre étude.

TABLEAU XIII Répartition des facteurs de risque selon le type d'AVC

Facteurs de risque	AVC-I (n=40)	AVC-H (n=31)
HTA	30 (75%)	26 (83,87%)
Diabète	9 (22,5%)	3 (9,68%)
Cardio Embol	16 (40%)	3 (9,68%)
Dyslipidemie	6 (15%)	1 (3,23%)
ATCD-Pers-d'AVC	9 (22,5%)	3 (9,68%)
Tabac	10 (25%)	9 (29,03%)
Alcool	12 (30%)	12 (38,71%)
ATCD familial		
* AVC	8 (20%)	11 (35,48%)
* HTA		
* Diabète		

L'HTA est le facteur étiologique commun à l'AVC-H (83,87%) et à l'AVC-I (75 %).

Le diabète, les cardiopathies emboligènes, les dyslipidémies et les ATCD personnels d'AVC prédominent dans l'AVC-I.

Le tabac et l'alcool sont plus fréquemment retrouvés dans les AVC-H.

TABLEAU XIV Répartition selon la méconnaissance ou non du facteur de risque

Facteur de risque	Connu		Non connu		Total effectif
	effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage	
HTA	98	88,23%	13	11,77%	111
Diabète	21	72,41%	8	27,59%	29
Cardio Embol	8	28,57%	20	71,43%	28
Dyslipidemie	0	0,00%	12	100%	12

Nous notons en ce qui concerne l'HTA que 98 patients (soit 88,23%) se savaient hypertendus avant la survenue de l'AVC.

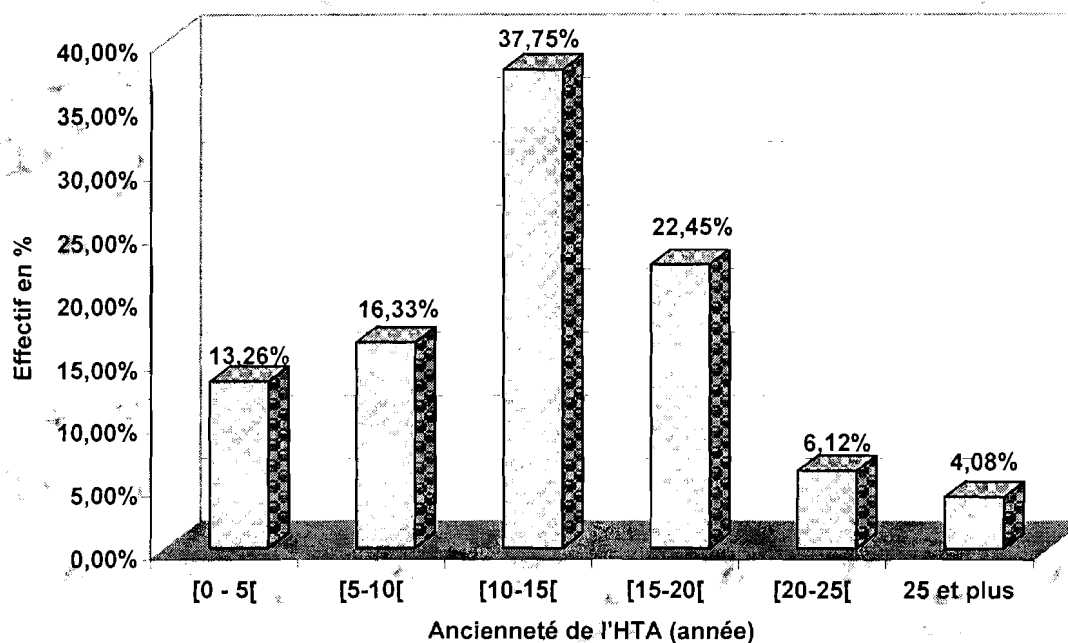
La majorité des patients diabétiques (72,41%) se savait diabétique.

Mais seulement 8 patients sur 28 avaient une cardiopathie connue (28,57 %). Tous les patients ayant une dyslipidémie l'ignoraient.

TABLEAU XV **Répartition selon l'ancienneté**
du facteur de risque : HTA

Ancienneté de l'HTA (Année)	Effectif	Pourcentage
[0 - 5[	13	13,26%
[5-10[	16	16,33%
[10-15[	37	37,75%
[15-20[	22	22,45%
[20-25[	6	6,12%
25 et plus	4	4,08%
TOTAL	98	100

Répartition selon l'ancienneté de l'HTA

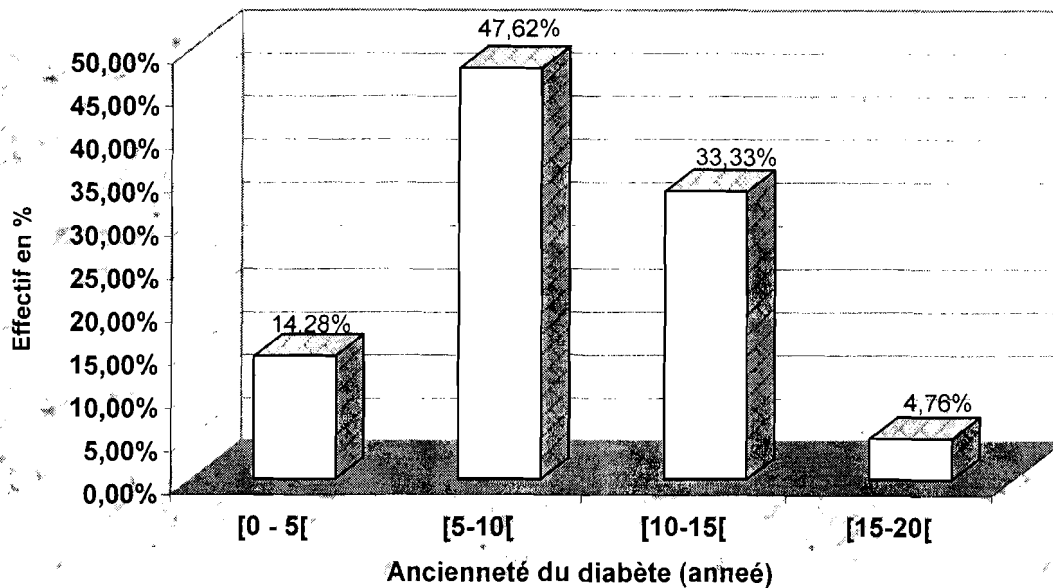


La majorité des patients est hypertendue connue depuis plus de cinq ans.

TABLEAU XVI **Répartition selon l'ancienneté du facteur de risque : diabète**

Ancienneté du diabète (Année)	Effectif	Pourcentage
[0 - 5[	3	14,28%
[5-10[	10	47,62%
[10-15[	7	33,33%
[15-20[	1	4,76%
TOTAL	21	100

Répartition selon l'ancienneté du diabète

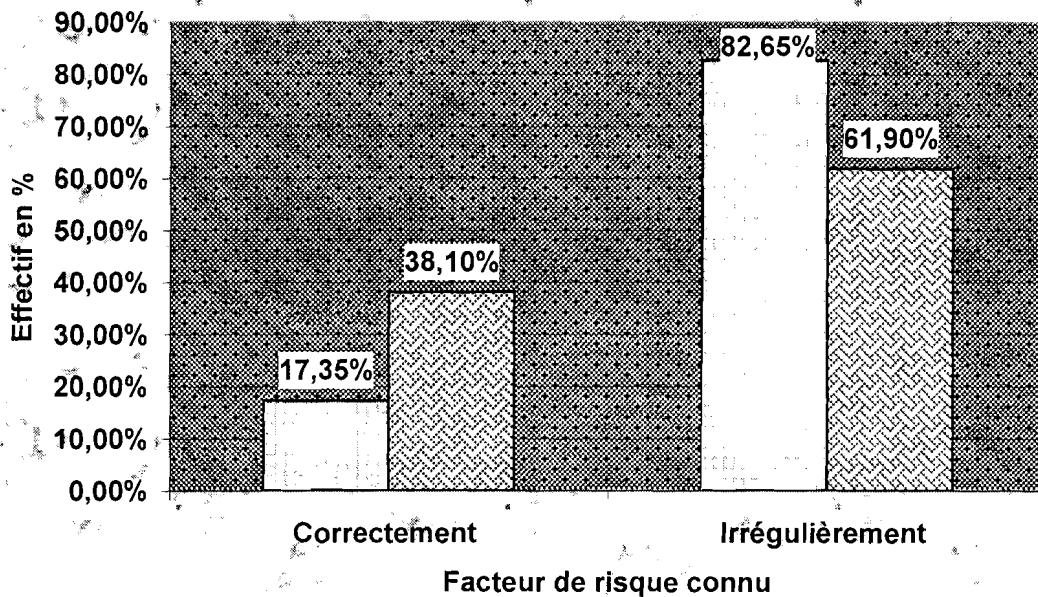


L'ancienneté du diabète sucré remonte également à plus de 5 ans pour la majorité des patients.

TABLEAU XVII Répartition des patients selon l'observance du traitement par rapport au facteur de risque

Observance du Facteurs de risque	Effectif	Correctement traité	Irrégulièrement traité
HTA	98	17,35%	82,65%
Diabète	21	38,10%	61,90%

Répartition des patients selon l'observation du traitement par rapport au facteur de risque

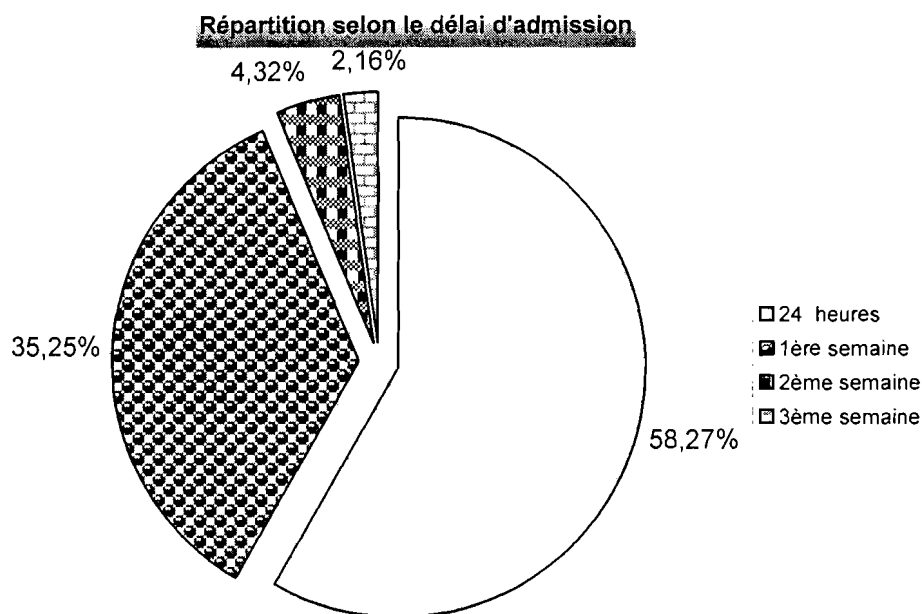


La majorité des patients n'a pas une bonne observance du traitement des facteurs de risques. En effet, 82,65 % des hypertendus et 61,90 % des diabétiques sont irrégulièrement suivis.

II - 3 LES DONNEES CLINIQUES

TABLEAU XVIII Répartition selon le délai d'admission par rapport à la survenue de l'AVC

Délai d'admission	Effectif	Pourcentage
24 heures	81	58,27%
1ère semaine	49	35,25%
2ème semaine	6	4,32%
3ème semaine	3	2,16%
TOTAL	139	100

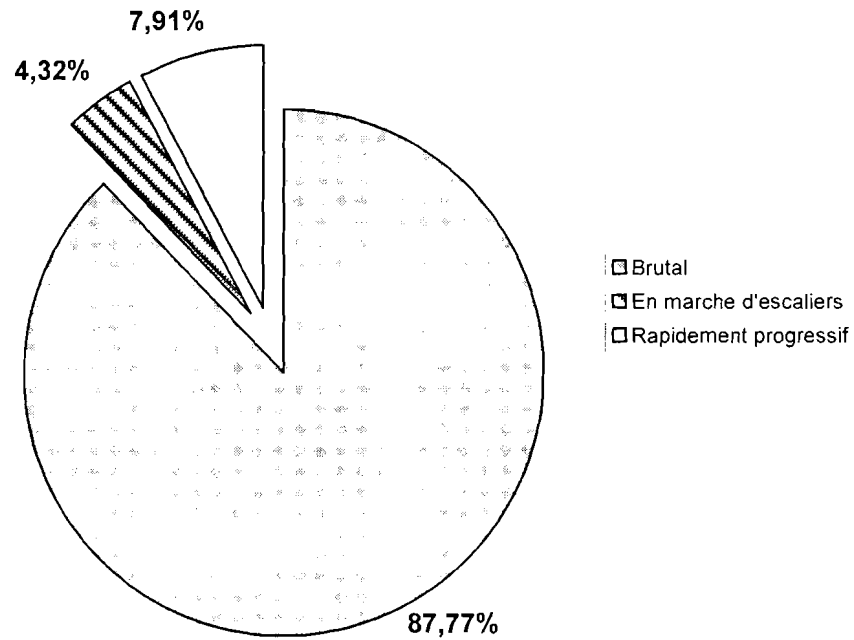


Plus de la moitié de nos patients (58,27 %) est admise à l'hôpital le 1er jour de l'AVC.

TABLEAU XIX **Répartition des patients en fonction du mode d'installation des signes**

Mode d'installation	Effectif	Pourcentage
Brutal	122	87,77%
En marche d'escaliers	6	4,32%
Rapidement progressif	11	7,91%
TOTAL	139	100

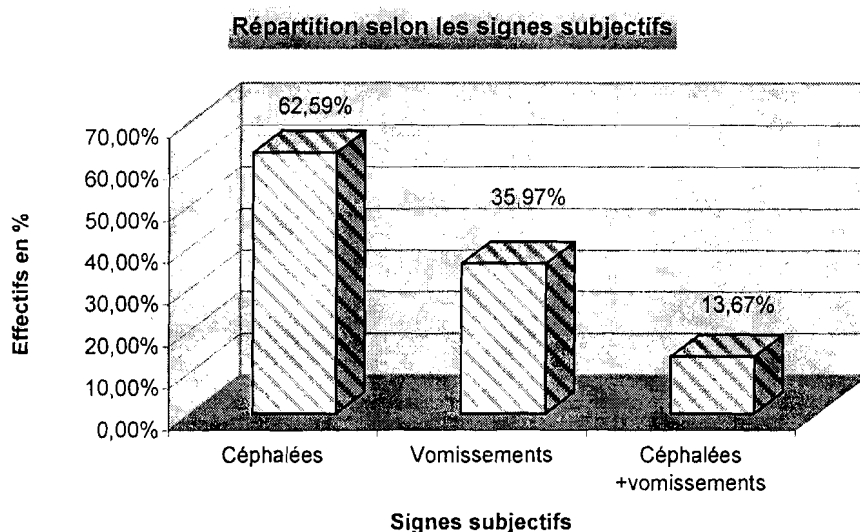
Répartition des patients en fonction du mode d'installation des signes



Le mode d'installation brutal est le plus fréquent avec 87,77 % des cas.

TABLEAU XX Répartition selon les signes subjectifs

Signes subjectifs	Effectif	Pourcentage
Céphalées	87	62,59%
Vomissements	50	35,97%
Céphalées +vomissements	19	13,67%
TOTAL	156	100



Les céphalées sont présentes dans 62,59 % des tableaux cliniques décrits. Les vomissements sont présents dans 35,97 % des cas. Les céphalées et vomissements sont associés dans 13,67 % des cas.

TABLEAU XXI

Répartition des céphalées selon le type d'AVC

Type d'AVC	Effectif	Pourcentage
AVC - H (31)	25	80,64%
AVC - I (40)	21	62,5%
TDM normal (12)	9	75%
TOTAL	55	100

Dans notre étude, les céphalées sont retrouvés dans 80,64 % au cours des AVC - H et dans 62,5 % au cours des AVC-I.

TABLEAU XXII **Répartition des vomissements**
selon le type d'AVC

Type d'AVC	Effectif	Pourcentage
AVC -H (31)	15	48,39%
AVC-I (40)	7	17,50%
TDMC Normal (12)	3	25,00%
TOTAL	25	100

Les vomissements sont retrouvés dans 48,39 % au cours des AVC-H et dans 17,5 % au cours des AVC-I.

TABLEAU XXIII **Répartition de l'association des signes**
subjectifs selon le type d'AVC

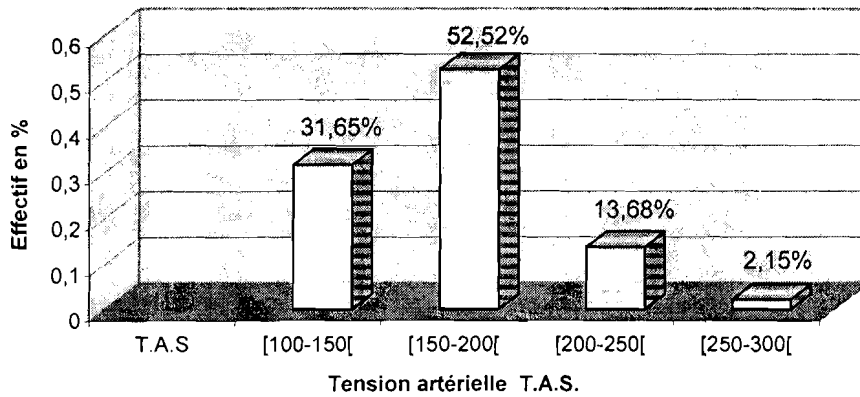
Type d'AVC	Effectif	Pourcentage
AVC -H (31)	13	41,93%
AVC-I (40)	6	15
TDMC Normal (12)	0	0
TOTAL	19	100

L'association céphalées + vomissements est retrouvée dans 41,93 % au cours des AVC-H et dans 15 % au cours des AVC-I.

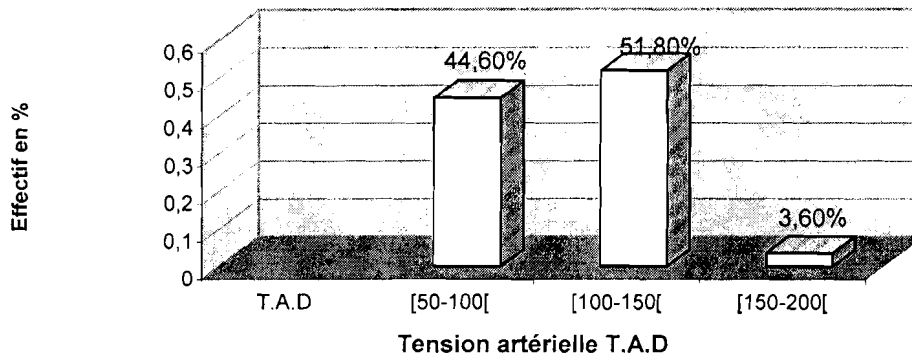
TABLEAU XXIV Répartition selon le niveau de la tension artérielle à l'admission

Tension artérielle	Effectif (n= 139)	Pourcentage
T.A.S		
[100-150[	44	31,65%
[150-200[	73	52,52%
[200-250[	19	13,68%
[250-300[	3	2,15%
T.A.D		
[50-100[	62	44,60%
[100-150[	72	51,80%
[150-200[	5	3,60%

Répartition selon le niveau de la tension artérielle



Idem

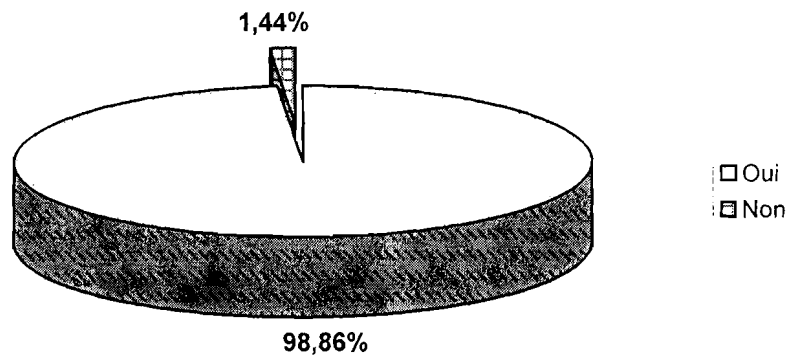


Plus de la moitié de nos patients a une tension artérielle systolique comprise entre 150 et 200 mmHg (52,52 %) et une tension artérielle diastolique entre 100 et 150 mmHg (51,80 %).

TABLEAU XXV Répartition des patients en fonction de la présence d'une hémiplégié

Hémiplégie	Effectif	Pourcentage
Oui	137	98,86%
Non	2	1,44%
TOTAL	139	100

Répartition des patients en fonction de la présence d'une hémiplégié

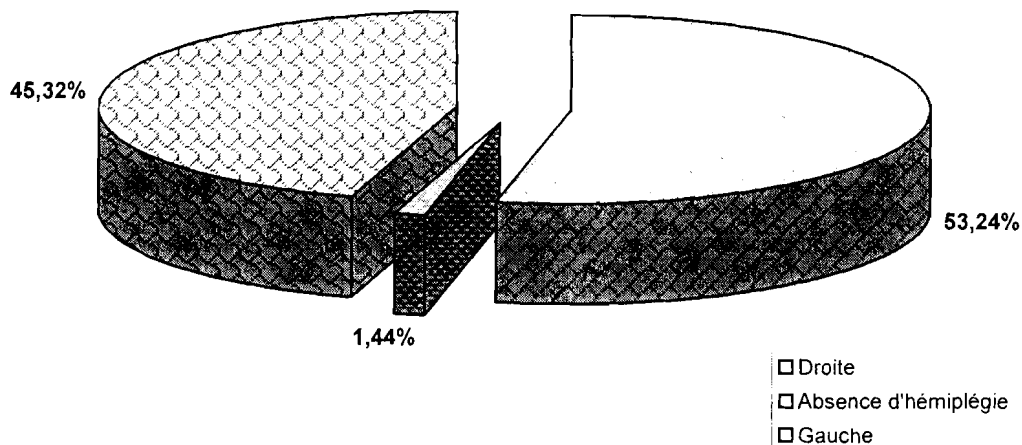


La quasi totalité de nos patients avait une hémiplégié.

TABLEAU XXVI Répartition des patients en fonction du côté de l'hémiplégie

Hémiplégie	Effectif	Pourcentage
Droite	74	53,24%
Absence d'hémiplégie	2	1,44%
Gauche	63	45,32%
TOTAL	139	100

Répartition des patients en fonction du côté de l'hémiplégie

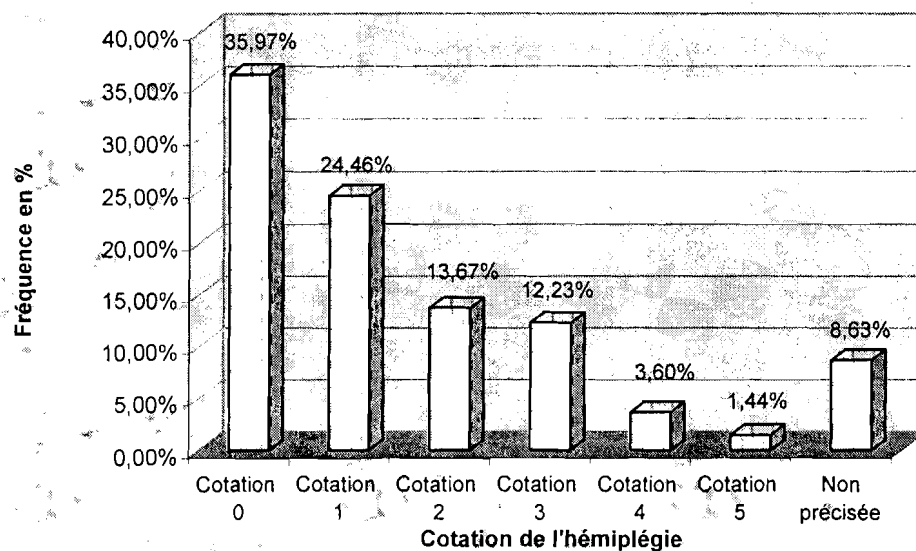


L'hémiplégie droite est la plus fréquente dans notre étude (53,24 %).

TABLEAU XXVII Répartition des patients en fonction de la cotation de l'hémiplégie

Cotation de l'hémiplégie	Fréquence	Pourcentage
Cotation 0	50	35,97%
Cotation 1	34	24,46%
Cotation 2	19	13,67%
Cotation 3	17	12,23%
Cotation 4	5	3,60%
Cotation 5	2	1,44%
Non précisée	12	8,63%
TOTAL	139	100

Répartition des patients en fonction de la cotation de l'hémiplégie

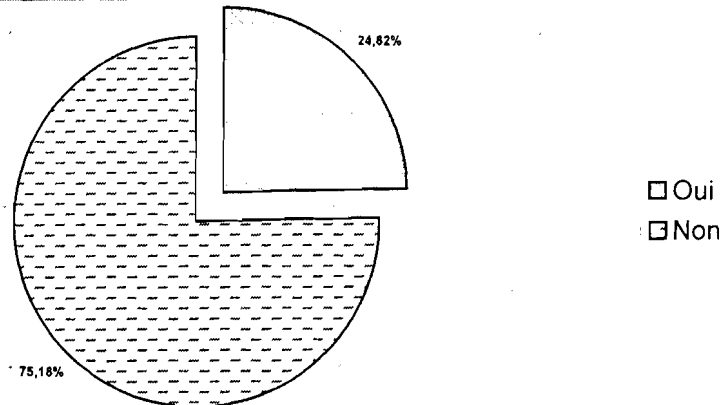


La majorité des patients présentait un déficit moteur massif.

TABLEAU XXVIII Répartition des patients selon la présence d'un déficit sensitif homolatéral

Déficit sensitif homolatéral	Effectif	Pourcentage
Oui	34	24,82%
Non	103	75,18%
TOTAL	137	100

Répartition des patients selon la présence d'un déficit sensitif homolatéral



La majorité des patients (75,18 %) ne présentait pas de déficit sensitif homolatéral.

TABLEAU XXIX Répartition des patients selon l'état de conscience

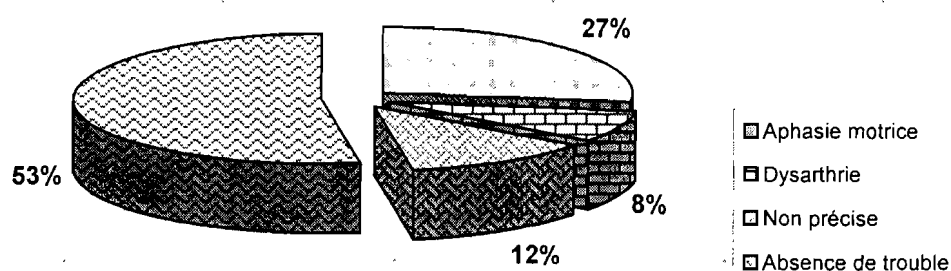
Etat de conscience	Effectif	Pourcentage
Normal	73	52,52%
Coma	66	47,48%
Stade 1	47	33,81%
Stade 2	14	10,07%
Stade 3	5	3,60%
Stade 4	0	0,00%

Nous avons noté l'existence d'un trouble de la conscience chez 66 patients (47,48 %) à J1 d'hospitalisation.

TABLEAU XXX Répartition des patients selon la présence d'un trouble du langage

Trouble du langage	Effectif	Pourcentage
Aphasie motrice	38	27,34%
Dysarthrie	11	7,91%
Non précise	17	12,23%
Absence de trouble	73	52,52%
TOTAL	139	100

Répartition des patients selon la présence d'un trouble du langage



La majorité des patients n'a pas présenté de trouble du langage. 27,34 % des patients avaient une aphasie motrice.

TABLEAU XXXI Répartition des patients en fonction de la présence d'autres signes neurologiques

Autres signes neurologiques	Fréquence	Pourcentage
Signe de Babinski unilatéral	54	38,85%
Paralysie faciale périphérique	4	2,88%
Troubles sphinctériens	22	15,82%
Syndrome méningé	26	18,70%
TOTAL	106	100

Un syndrome méningé a été retrouvé chez 18,70 % des malades.

Un signe de Babinski unilatéral a été retrouvé chez 38,85 % des patients.

TABLEAU XXXII Répartition des patients selon les signes cliniques cardio-vasculaires

Examen cardio-vasculaire	Effectif	Pourcentage
Normal	106	76,26%
BDC irréguliers	14	10,07%
Bruits de galop gauche	4	2,88%
Souffle cardiaque	7	5,03%
Souffle carotidien	1	0,73%
BDC assourdis	7	5,03%
TOTAL	139	100

L'examen cardio-vasculaire a révélé des anomalies dans 23,74 % des cas. Les BDC irréguliers sont les plus fréquents.

TABLEAU XXXIII Répartition selon les signes cliniques pleuro - pulmonaires

Examen pulmonaire	Effectif	Pourcentage
Normal	111	79,86%
Dyspnée	17	12,23
Encombrement	11	7,91
TOTAL	139	100

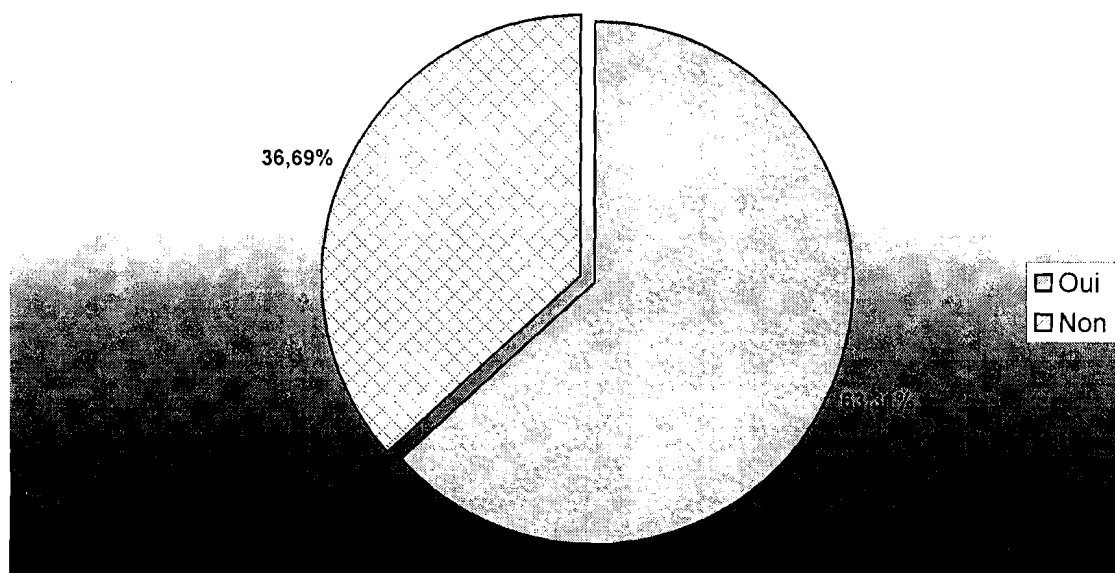
L'examen pleuro-pulmonaire est revenu normal chez 79,86% des patients. On note cependant une dyspnée dans 12,23 % des cas et des râles d'encombrement dans 7,91 % des cas.

II - 4 LES DONNEES PARACLINIQUES

TABLEAU XXXIV Répartition des patients selon le scanner réalisé

Scanner réalisé	Effectif	Pourcentage
Oui	88	63,31%
Non	51	36,69%
TOTAL	139	100

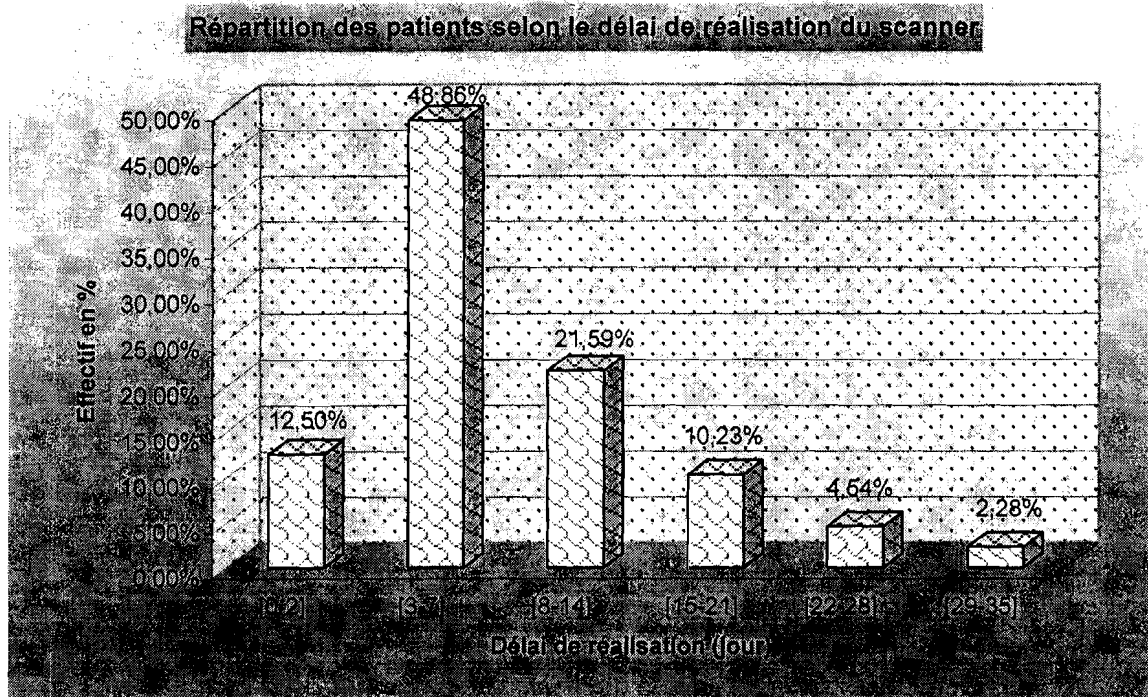
Répartition des patients selon le scanner réalisé



88 patients soit 63,31 % ont pu réaliser la tomodensitométrie crânio-encéphalique.

TABLEAU XXXV Répartition des patients selon le délai de réalisation du scanner

Délai de réalisation (Jour)	Effectif	Pourcentage
[0-2]	11	12,50%
[3-7]	43	48,86%
[8-14]	19	21,59%
[15-21]	9	10,23%
[22-28]	4	4,54%
[29-35]	2	2,28%
TOTAL	88	100



Notre étude révèle que plus de la moitié de nos patients ont pu réaliser la TDM crânio-encéphalique dans la première semaine d'hospitalisation (61,36 %) dont 12,50 % dans les 48 premières heures.

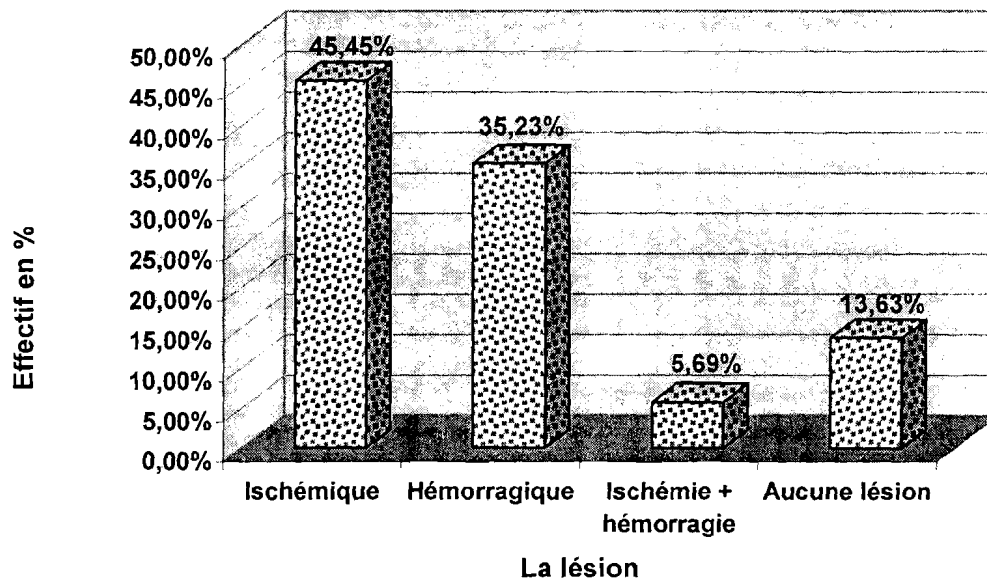
TABLEAU XXXVI

**Répartition des patients selon
les résultats du scanner**

I - Type de l'AVC

Nature	Effectif	Pourcentage
Ischémique	40	45,45%
Hémorragique	31	35,23%
Ischémie + hémorragie	5	5,69%
Aucune lésion	12	13,63%
TOTAL	88	100

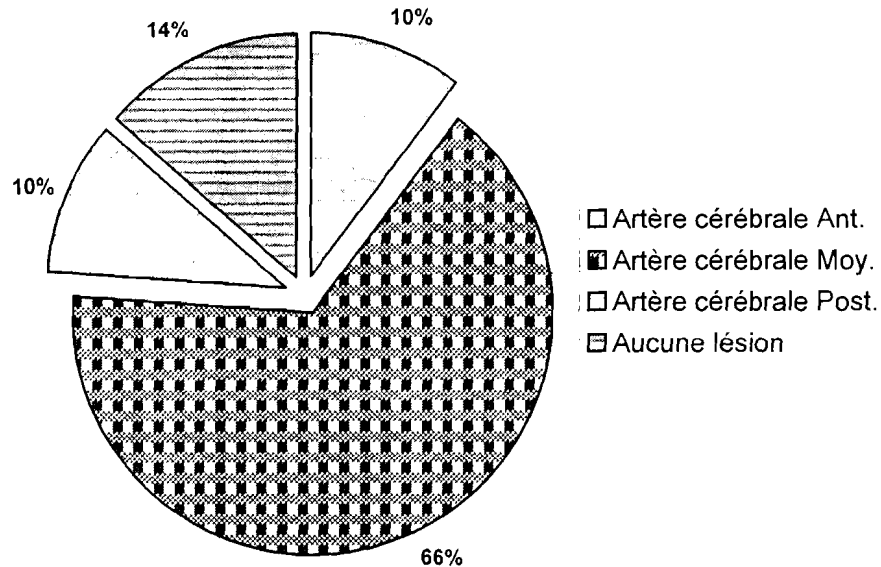
Répartition des patients selon le type d'AVC



II - Territoire vasculaire cérébral

Artère	Effectif	Pourcentage
Artère cérébrale Ant.	9	10,23%
Artère cérébrale Moy.	58	65,91%
Artère cérébrale Post.	9	10,23%
Aucune lésion	12	13,63%
TOTAL	88	100

Répartition des patients selon le territoire vasculaire cérébral



Le scanner révèle une prédominance des lésion ischémiques 45,45 %.
L'artère sylvienne est la plus touchée au cours des AVC 65,91 %.

TABLEAU XXXVII Répartition des patients selon les résultats de l'ECG

ECG	Effectif	Pourcentage
Normal	21	15,11%
H V G	36	25,90%
H A G	9	6,47%
F.A.	3	2,16%
Troubles de la Repolarisation	6	4,32%
Troubles de la Conduction	5	3,59%
Non réalisé	59	42,45%
TOTAL	139	100,00%

TABLEAU XXXVIII Répartition selon les résultats de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
Normal	23	16,55%
Cardiomyop Hypertrophique	20	14,39%
Retrecissement Mitral	4	2,88%
Non Réalisée	92	66,18%
TOTAL	139	100

TABLEAU XXXIX Répartition selon les résultats du télécoeur

Télécoeur	Effectif	Pourcentage
Normal	21	15,11%
Cardiomégalie	29	20,86%
Pneumopathies	6	4,31%
Non précisé	83	59,72%
TOTAL	139	100

* L'ECG réalisé chez 80 patients (57,55 %) a objectivé une HVG dans 25,90 % des cas

* Une échographie a été réalisée chez 47 patients (33,82 %) avec comme résultats pathologiques.

▣ une cardiomyopathie hypertrophique (14,39 %)

▣ un rétrécissement mitral (2,88 %) transféré en cardiologie pour une intervention chirurgicale

* le télécoeur de face a objectivé une cardiomégalie chez 39 patients (20,86%)

TABLEAU XXXX Répartition selon les données biologiques en cours d'hospitalisation

1- Urée

Urée g/l	Effectif (139)	Pourcentage
Normale (0,15 - 0,45)	86	61,87%
Elevée (> 0,45)	31	22,30%
Non réalisée	22	15,83%

2- Créatinine

Créatininémie (mg/l)	Effectif (139)	Pourcentage
Normale	101	72,26%
Elevée	20	14,39%
Non réalisée	18	12,95%

3- Glycémie

Glycémie (g/l)	Effectif (139)	Pourcentage
Normale (0,5-1,26)	106	76,26%
Hyperglycémie (> 1,26)	24	17,27%
Hypoglycémie (< 0,50)	4	2,88%
Non réalisée	5	3,59%

4- NFS

NFS	Effectif (139)	Pourcentage
Normale	101	72,66%
Anémie	16	11,51%
Hyperleucocytose	13	9,35%
Hypoplaquetose	4	2,88%
Thrombocytemie	2	1,44%
Non réalisée	3	2,16%

5- Cholestérolémie

Cholestérolémie	Effectif (139)	Pourcentage
Normale	58	41,73%
Elevée	7	5,05%
Non réalisé	74	53,22%

6- Trigycéridémie

Trigycéridémie	Effectif (139)	Pourcentage
Normale	39	28,05%
Elevée	7	5,05%
Non réalisée	93	66,90%

- * la NFS, l'urée, la créatininémie et la glycémie sont les examens les plus couramment réalisés dans le service.
- * La NFS a révélé une hyperleucocytose dans 9,35 % des cas, une anémie (11,51 %) et une hypoplaquetose (2,88 %).
l'urée et la créatininémie étaient élevés respectivement chez 22,30 % et 14,39 % des malades.
- * Le TPHA-VDRL a été demandé, mais la plupart de nos patients ne l'ont pas réalisé.
- * Le TPHA-VDRL n'est pas demandé en première intention car rentrant dans bilan étiologique d'un AVC-I. Une fois le bilan standard et le SCANNER réalisés, les examens à visée étiologique sont difficilement honorés car les problèmes financiers se faisant jour.
Cela pourrait expliquer le faible taux de réalisation de cet examen.

II-5 LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

TABLEAU XXXXI Répartition selon les mesures de réanimation

Mesures de réanimation	Effectif	Pourcentage
Voie veineuse	122	87,77%
Sonde urinaire	81	58,27%
Sonde nasogatrique	43	30,93%
Oxygeno thérapie	18	12,95%

les mesures de réanimation ont été appliquées chez la plupart de nos patients.

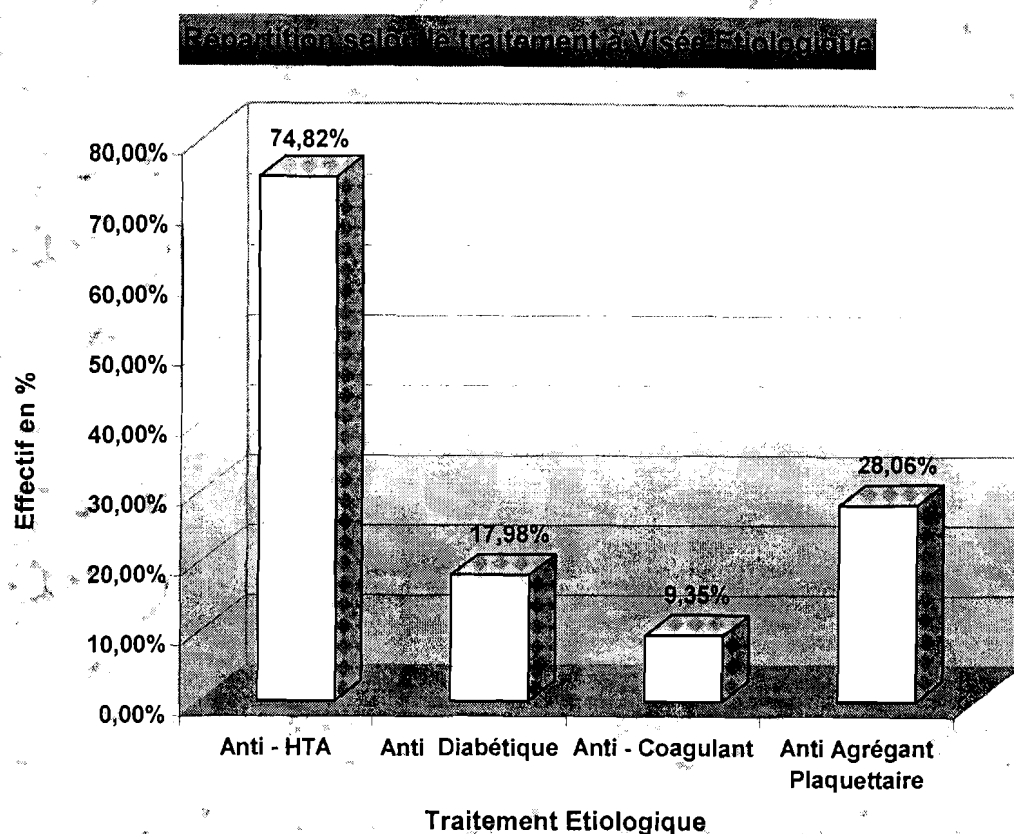
TABLEAU XXXXII Répartition selon le traitement adjuvant

Traitement adjuvant	Effectif	Pourcentage
Antioedemateux cérébral	103	74,10%
Oxygénateur	67	48
Kinesithérapie + Nursing	131	94

L'oxygénateur cérébral est le traitement adjuvant le moins utilisé.

TABLEAU XXXXIII Répartition selon le traitement à Visée étiologique

Traitement Etiologique	Effectif	Pourcentage
Anti - HTA	104	74,82%
Anti Diabétique	25	17,98%
Anti - Coagulant	13	9,35%
Anti Agrégant Plaquettaire	39	28,06%



La thérapie à Visée étiologique est dominée par le traitement anti-HTA (74,82 %) suivie de l'antiagrégant plaquettaire (28,06 %).

II - 6 LES ASPECTS EVOLUTIFS**TABLEAU XXXIV Répartition des patients en fonction des complications de décubitus**

Complications	Effectif	Pourcentage
Escarres	10	7,19%
Pneumopathies	9	6,47%
Infections urinaires	3	2,16%
Embolie pulmonaire	0	0,00%
Absence de complication	83	59,71%
Non précisées	34	24,47%
Total	139	100,00%

Les complications de décubitus sont dominées par les escarres (7,19 %) suivies par les pneumopathies (6,47 %).

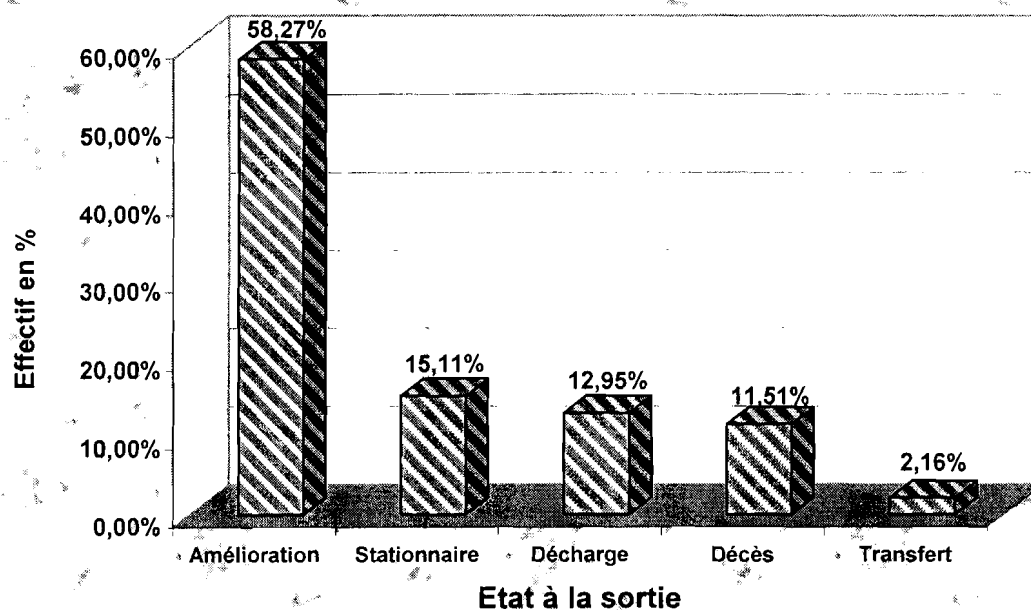
Nous n'avons pas retrouvé d'embolie pulmonaire.

TABLEAU XXXXV

Répartition des patients selon leur état à la sortie

Etat à la sortie	Effectif	Pourcentage
Amélioration	81	58,27%
Stationnaire	21	15,11%
Décharge	18	12,95%
Décès	16	11,51%
Transfert	3	2,16%
Total	139	100,00%

Répartition des patients selon leur état à la sortie



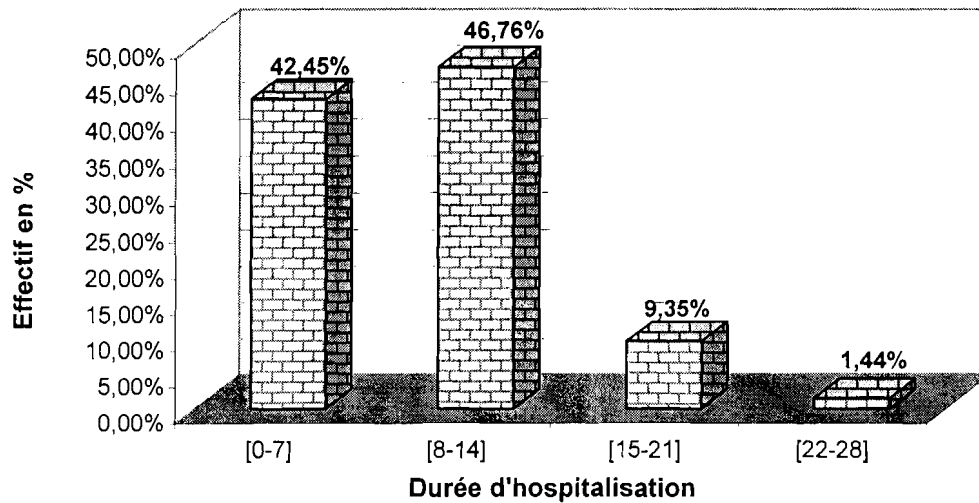
Dans la majorité des cas, nos patients ont eu une nette amélioration de leur état à la sortie avec une nette récupération motrice : hémiplégié côté entre 3/5 et 4/5.

18 patients soit 12,95 % sont sortis après la signature d'une décharge. L'évolution de leur état clinique n'a donc put être apprécié efficacement.

TABLEAU XXXXVI **Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
[0-7]	59	42,45%
[8-14]	65	46,76%
[15-21]	13	9,35%
[22-28]	2	1,44%

Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation



La durée d'hospitalisation de nos patients varie de quelques heures à 27 jours. Dans la majorité des cas, nos patients sont sortis au bout de la deuxième semaine d'hospitalisation avec une durée moyenne de 13,1 jours.

COMMENTAIRES

III LES COMMENTAIRES

Nous porterons nos commentaires sur les différents aspects suivants :

- Les données épidémiologiques
- Les facteurs de risque vasculaires
- Les données cliniques
- Les données paracliniques
- Les données thérapeutiques
- Les données évolutives

III-1 LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

III-1-1 PREVALENCE - INCIDENCE

Aux urgences médicales du CHU de BOUAKE où transitent la quasi-totalité de nos malades, nous avons noté une fréquence des AVC de 6,12 %. Ce chiffre est voisin de celui de BENAMMOU (8) : 6 % constaté aux urgences médicales du CHU de SAHLOUL (SOUSSE) en Tunisie au premier trimestre de l'année 1994.

Notre fréquence est supérieure à celle de COULIBALY F (23) : 2,93 % constatée aux urgences médicales du CHU de TREICHVILLE au cours de l'année 2000.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que à Abidjan, les patients atteints d'AVC sont également reçus aux urgences médicales du CHU de YOPOUGON, COCODY et dans les structures sanitaires privées. Alors qu'à BOUAKE, il n'existe qu'un seul centre hospitalier pour toute la vallée du Bandama.

Notre fréquence en hospitalisation dans le service de neurologie est de 43,44 % ; elle est supérieure à celle de DIALLO B.A (28) qui est de 19,30 % dans le service de neurologie de l'hôpital point G à BAMAKO

dans la période d'Octobre 1992 à Février 1993 et celle de TRUONG T. (93) qui a rapporté le chiffre de 34 % dans le service de neurologie du CHU de COCODY au cours de l'année 1991.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la fréquence de la pathologie elle même, mais surtout par l'orientation des malades vers le service de neurologie du CHU de BOUAKE qui en réalité est le seul centre spécialisé de la région de la vallée du BANDAMA.

En Afrique, la prévalence et l'incidence des AVC restent encore difficile à estimer et les chiffres rapportés sont généralement issus de données hospitalières.

Rares sont les études de population qui ont pu établir un taux de prévalence ou d'incidence des AVC. Parmi ces études nous pouvons citer :

- N'GOUAN K.J (65) qui a estimé en 2000 que le taux de prévalence à ABIDJAN était de 21,47/100 000 habitants pour une population estimée à 2 877 948 habitants.
- OSUNTOKUN (70) au Nigéria a relevé un taux de prévalence de 58/100 000 habitants en 1987.
- MRABET et COLL (61) constatent que la prévalence des AVC est plus élevée dans la région de KABYLIE (720/100 000) que dans la région de TUNIS où elle varie de 60 à 140/100 000 et que l'incidence chez les sujets d'âge supérieur à 45 ans est de 192/100 000 dans la ville de TUNIS.

CHEN et COLL (21) en CHINE notent une incidence de 1336 pour 100 000 et une prévalence de 1985p/100 000.

D'ALLESANDRO et COLL (25) en 1992 notent un taux d'incidence de 223/100 000h/an en ITALIE.

En France, les AVC sont la troisième cause de décès et AUTRET A (4) estime à 120 000 le nombre total d'AVC annuel. HOMMEL (37) précise que l'incidence annuelle des AVC en France varie de 150-200 p 100 000 et la prévalence de 400 à 600p 100 000 habitants.

En Occident, SERDARU et ROSA (81) en 1986 rapportent un taux d'incidence de 2500 pour une agglomération d'un million d'habitants par an. Ils constatent par ailleurs une baisse de l'ordre de 30 % de l'incidence et de la prévalence des AVC depuis 1970. Cette diminution concerne les deux sexes (davantage la femme) toutes les tranches d'âge, pratiquement tous les pays occidentaux et toutes les catégories d'AVC à l'exception des hémorragies méningées. La surveillance et le traitement de l'HTA apparaît comme l'une des raisons fondamentales de cette baisse.

Auw USA, le déclin général les maladies vasculaires est attribué aussi aux campagnes anti-tabac et à une meilleure alimentation réduisant le taux de cholestérol.

III-1-2 LE SEXE

Dans l'étude, 55,40 % des malades sont de sexe masculin et 44,60 % de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,24 en faveur du sexe masculin.

En Côte d'Ivoire, nos constatations se rapprochent de celles de N'GOUAN K.J.C. (65) : 1,2 en faveur des hommes et celles de OUATTARA M. (71) qui a relevé un sex-ratio de 1,3 en faveur des hommes en 2000.

TRUONG C.T. (93) trouve un sex-ratio de 1,5 hommes pour une femme.

COULIBALY F. (23) rapporte en 2000 un sex-ratio de 1,1 en faveur du sexe féminin.

Nos résultats sont superposables aux autres études menées par la plupart des auteurs africains et européens qui soulignent une prédominance masculine.

KUMRAL E. (46) et LAFAY V. (47) rapportent respectivement un sex-ratio de 1,2 et 1,4 en faveur du sexe masculin.

Plusieurs études mettent selon BES A. (10) en évidence que les accidents vasculaires cérébraux sont plus fréquents chez l'homme avant 60 ans. Au delà de cet âge, la différence entre les deux sexes tend à disparaître, les femmes étant aussi touchées que les hommes qui sont par ailleurs moins nombreux.

III-1-3 AGE

Dans l'étude, l'âge des patients varie entre 19 et 88 ans avec un âge moyen de 60,22 ans . Nous notons également une fréquence élevée des AVC dans la tranche d'âge [50-79 ans] avec un effectif de 90 patients soit 64,75 % du total des AVC.

En Côte d'Ivoire, cet âge moyen se rapproche de celui de COULIBALY F. (23) 59,81 ans ; de OUATTARA M. (71) 58,39 ans, KOUADIO K.B.V. (44) 62,7 ans et KASSI O. (41) 61,75 ans qui a travaillé sur les récives d'AVC.

DIALLO B.A (28) a noté en 1994 au MALI un pic de fréquence entre 50 et 69 ans.

En EUROPE 75 % des AVC surviennent après 65 ans (94) et LAFAY V. (47) rapporte un âge moyen de 73 ans ; mais selon HADDAD J. (36) l'AVC peut survenir à tout âge même avant la naissance.

En CHINE, CHEN et COLL (21) en 1992 rapportent un âge moyen de 61 ans.

Seulement 23,05 % de nos patients avaient moins de 50 ans.

AKANI (1) dans sa thèse portant sur les AVC-I du sujet jeune entre 15-45 ans, a trouvé un pourcentage d'environ 15 % dans la période comprise entre le 01/01/83 et 30/06/87.

L'AVC donc demeure une pathologie du sujet âgé.

SACCO R.L (79) au décours d'études comparatives sur les Blancs, les Noirs et les Latino-américains en Amérique du Nord a rapporté les moyennes d'âge suivants :

- Chez les Blancs, l'âge moyen est de 77,5 ans et 80,7 % font un AVC après 70 ans.
- Chez les Noirs, l'âge moyen est de 69,5 ans et 49,8 % font un AVC après 70 ans et les Latino-américains ont un âge moyen de 65,4 ans et 38,5 % font un AVC après 70 ans.

L'AVC apparaît donc comme une pathologie du sujet de 50-60 ans en AFRIQUE et comme une affection du SEPTUAGENAIRE (3^{ème} âge) dans les pays industrialisés.

Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse relative de la population africaine par rapport à l'occident ; mais aussi par le fait d'un dépistage précoce des facteurs de risque cardio-vasculaire et de leur meilleure prise en charge dans les pays développés.

III-1-4 LES GROUPES ETHNIQUES ET NATIONALITE

Les ivoiriens représentent 89,21 % de la population de notre étude. Cette prédominance des ivoiriens est retrouvée dans les études

antérieures chez COULIBALY F. (23) 75,5%, OUATTARA M.(71) 78,2%, KOUADIO K.B.V. (44) 85 % et KASSI O. (41) 82,2 % .

Cela s'explique par le fait que l'étude se déroule en Côte d'Ivoire. 61,29 % des Ivoiriens sont originaires du GROUPE KWA (AKAN + PEUPLE LAGUNARE) , ils sont suivis des MALINKE (30,64 %).

La prédominance des KWA s'explique par la situation géographique du service de Neurologie qui se trouve à BOUAKE, ville d'origine des BAOULE. BOUAKE étant également un grand carrefour commercial et d'échange inter-Etat de la CEDEAO, on y rencontre beaucoup de MALINKE qui sont en majorité des commerçants.

La prédominance des maliens parmi les étrangers confirme le fait sociologique que BOUAKE est la première ville malienne à l'étranger.

III-1-5 LA LATERALITE

Compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude, la latéralité des patients n'a pu être précisée dans 73,38 % des cas. Sur 37 patients dont la latéralité a été précisée, 34, soit 91,89 % sont droitiers.

III-1-6 LA PROFESSION

Dans notre étude 28,06 % des patients sont des femmes au foyer, les retraités, les ouvriers et les sans emploi forment 23,02 % des malades. Cela dénote de l'incapacité de la majorité des patients à pouvoir se prendre correctement en charge face à des pathologies aussi lourdes que l'HTA, le DIABETE, les cardiopathies emboligènes compte tenu de leur faible pouvoir économique.

Le bas niveau socio-économique, l'analphabétisme et le chômage influencent de façon considérable le pronostic de cette affection cérébro-vasculaire selon JAILLARD (38).

III-2 LES FACTEURS DE RISQUES

III-2-1 L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Dans notre étude 79,86 % des patients avaient une HTA. Cette prédominance de l'HTA est retrouvée chez COULIBALY F. (23) 82 %, TRUONG C.T. (93) 53,6 % et OUATTARA M. (71) 66,8 %.

Au MALI, DIALLO B.A (28) rapporte 86 % et en EUROPE, LAFAY V. (47) relève 84 %. THANH VAN L. (89) relève que l'HTA est reconnue comme le facteur de risque le plus important des AVC au Sud-VIETNAM.

Notre étude relève aussi que l'HTA est un facteur de risque vasculaire prédisposant aussi bien à l'AVC-H (83,87 %) qu'à l'AVC-I (75 %).

COULIBALY F. (23) l'incrimine dans 88,8 % des AVC-I et dans 87,5 % des AVC-H. Quand OUATTARA M. (71) le souligne dans 71,6 % des AVC-H et 65,7 % des AVC-I.

L'HTA se trouve dans 88 % des accidents hémorragiques et dans 63 % des accidents ischémiques en TURQUIE selon KUMRAL (46). L'HTA par rupture vasculaire peut entraîner un AVC-H. Il peut être aussi responsable d'AVC-I par son rôle dans la genèse de l'athérosclérose qui demeure la principale cause des accidents ischémiques (24) ; (62).

Selon l'étude de FRAMINGHAM citée par BES A (10) le risque d'accident vasculaire cérébral lié à l'athérosclérose serait 5,2 fois plus élevé chez l'hypertendu que chez les sujets normotendus.

Au terme de cette étude, nous pouvons conclure que l'hypertension artérielle est le plus grand facteur de risque quel que soit le type d'AVC.

III-2-2 LE DIABETE SUCRE

Nous constatons dans l'étude que 20,86 % des malades sont diabétiques. COULIBALY F (23) le constate dans 28,2 % des cas et OUATTARA M. (71) chez 10,9 % de ses patients.

KASSI O. (41) constate 13,3 % de diabétiques chez les sujets ayant présenté une récurrence d'AVC.

Nous remarquons également que la prédominance du diabète varie selon le type d'AVC. Il est plus fréquent dans les AVC-I (22,5 %) que dans les AVC-H (9,68 %).

Cette différence est également retrouvée chez COULIBALY F. (23) 29,76 % dans les AVC-I et 15,15 % dans les AVC-H. Quant à OUATTARA M. (71), il trouve 17,3 % dans les AVC-I et 2,8 % dans les AVC-H.

En Tunisie, BENAMMOU S. (8) a rapporté 17 % de diabétique chez ses patients.

KINGUE et COLL (42) ont noté en 1998 au CAMEROUN 32 % de diabétiques.

En France, SERDARU et ROSA (81) estiment que le risque d'AVC est multiplié par 2 à 3 chez les diabétiques par rapport à la population normoglycémique et que la pourcentage des accidents ischémiques par rapport aux accidents hémorragiques est accru chez les diabétiques.

Pour BES A. (10) au moins 30 % des malades qui présentent un accident vasculaire cérébral ont un diabète sucré.

Selon GRIMALDI A (33) plus de 50 % des diabétiques meurent d'accidents cardio-vasculaires secondaire à une athéromatose accélérée.

Les diabétiques sont particulièrement exposés au risque d'AVC en raison de l'athérosclérose qui demeure l'une des graves complications de cette maladie (9).

III-2-3 LES ATCD D'AVC

Les patients ayant déjà présenté un premier AVC représentent dans l'étude 16,55 %. KASSI O. (41) relève 9,01 % de récurrences au CHU de COCODY.

Compte tenu du caractère incomplet de certains dossiers exploités, le type du premier AVC n'a pu être précisé. Selon ZUBER M. (96), environ 10 % des patients ayant présenté un premier AVC récidivent dans la première année et 30 % dans les 5 ans ; et après une hémorragie intraparenchymateuse la récurrence cérébrale se fait pour moitié selon un mode ischémique.

Pour AMARENCO P. (3), après un AIT, l'incidence de l'infarctus cérébral est de 8 % dans les premiers mois et de 5 % par an les 3 années suivantes.

III-2-4 L'HYPERCHOLESTEROLEMIE

L'hypercholestérolémie est retrouvée chez 8,63 % de nos patients. Elle prédomine dans les AVC-I 15 % contre 3,23 % dans les accidents hémorragiques. Nos résultats se rapprochent de ceux de OUATTARA M. (71) : 6,2 % pour l'ensemble des AVC et 9,7 % dans les AVC-I mais s'écartent des résultats de COULIBALY F. (23) avec 27,6 % de l'ensemble des AVC ; 42,5 % dans les AVC-I et 28,1 % dans les AVC-H.

Dans la littérature BRUCKERT E. (16) et SCHLIENGER J.F (80) montrent que l'augmentation du cholestérol libre et du cholestérol lié aux lipoprotéine de basse densité (LDL), la diminution du cholestérol lié aux

lipoprotéine de haute densité (HDL) et l'augmentation de la Ip(a) sont fortement associés à l'athérosclérose carotidienne. Ceci pourrait expliquer la forte prévalence de l'hypercholestérolémie dans les accidents ischémiques.

III-2-5 LES CARDIOPATHIES EMBOLIQUES

Notre étude a relevé que 20,14 % de nos patients avaient une cardiopathie emboligène. Cette cardiopathie prédomine dans les accidents ischémiques avec 40 % contre 9,68 % dans les accidents hémorragiques.

Ces données se rapprochent de celles de COULIBALY F. (23) avec un taux de 22,7 % sur l'ensemble des malades ; 33,8 % dans les accidents ischémiques et 9,4 % dans les accidents hémorragiques.

OUATTARA M. (71) en 2000 rapporte 9,7 % de sujets ayant une cardiopathie emboligène sur l'ensemble des malades atteints d'AVC. Ces affections se retrouvent dans 14,2 % des AVC-I et 6,5 % des AVC-H.

En 1979, OSUNTOKUN cité par SONAN et COLL (84) révèle que les cardiopathies emboligènes occupaient une place modeste car elles représentaient 4-6% de l'ensemble des AVC-I.

TOURE et COLL (91) au Sénégal en 1989 constatent 10 % de cardiopathie dans l'ensemble des AVC.

En Afrique, ce faible taux pourrait s'expliquer par l'insuffisance des investigations à cause du coût des bilans paracliniques eu égard au faible pouvoir d'achat des malades.

Dans notre étude, cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par la prédominance de la cardiomyopathie hypertrophique (15,11 %) certainement secondaire à l'HTA chez la plupart de nos malades. En effet, une HTA chronique mal suivie peut à la longue entraîner une cardiomyopathie hypertrophique.

En Europe, MILLAIRE A. (58) et COHEN A. (22) rapportent que 15-20 % des accidents ischémiques cérébraux sont d'origine cardiaque. Ce pourcentage augmente à 30-40 % si le sujet à moins de 40 ans (62) (AVC du sujet jeune).

III-2-6 LE TABAC

Dans notre série, 24,46 % des patients sont consommateurs de tabac avec une proportion de 25 % dans les accidents ischémiques et 29,03 % dans les accidents hémorragiques.

OUATTARA M. (71) retrouve une consommation de tabac chez 18,8 % de ses malades avec une proportion de 22,2 % dans les accidents ischémiques et 17,6 % dans les accidents hémorragiques.

Pour COULIBALY F. (23), 17,8 % de ses malades consomment du tabac avec une répartition de 15 % dans les accidents ischémiques et 18,8 % dans les accidents hémorragiques.

Le tabac est reconnu pour être une cause majeure d'AVC tant ischémique qu'hémorragique. Le mécanisme physiopathogénique repose sur l'HTA et l'athérogénèse d'une part et sur les effets hématologiques d'autre part (élévation de l'hématocrite, agrégation plaquettaire) selon SERDARU M. (81)

Le jeune âge et la durée d'exposition sont deux facteurs qui sous-tendent cette relation. Sur le plan de la santé publique, le tabac est un facteur en théorie maîtrisable sur le plan collectif et individuel (31).

III-2-7 L'ALCOOL

Dans l'étude 25,18 % des patients ont une consommation chronique d'alcool avec une proportion de 38,71 % dans les accidents hémorragiques et 30 % dans les accidents ischémiques. Il est clairement établi que le risque d'hémorragie cérébrale et méningée augmente considérablement en fonction de la consommation moyenne d'ALCOOL (69).

III-2-8 L'ASSOCIATION DE FACTEURS DE RISQUE

L'association de plusieurs facteurs de risque augmente la probabilité de faire un accident vasculaire cérébral. Une sensibilisation et une éducation de la population sur ces différents facteurs de risque s'avère nécessaire pour prévenir la survenue d'accidents vasculaires cérébraux (17).

III-3 LES DONNEES CLINIQUES

III-3-1 LE DELAI D'ADMISSION

Dans l'étude 58,27 % de nos patients soit plus de la moitié est admise à l'hôpital dans les 24 heures qui suivent l'accident et 35,25 % au cours de la première semaine.

Nos malades sont donc admis tôt à l'hôpital. Ceci pourrait s'expliquer par deux raisons fondamentales :

- le déficit moteur et/ou le coma sont des signes suffisamment alarmants pour conduire le patient aux urgences dès le premier jour
- la plupart des patients savent qu'il existe un service de neurologie compétent dans la ville de BOUAKE, capable de les prendre en charge.

Les premières heures de l'accident sont primordiales donc une admission rapide en milieu hospitalier et une prise en charge adéquate peut améliorer le pronostic de cette pathologie (95).

III-3-2 LE MODE D'INSTALLATION

Le déficit neurologique d'installation brutale est observé chez 87,77 % de nos malades.

L'installation rapidement progressive des signes s'observe dans 7,91 % des cas et le mode d'installation en marche d'escaliers se voit seulement dans 4,32 % des cas.

Le mode d'installation est évocateur du mécanisme de l'AVC :

- une installation brutale avec un déficit moteur maximum d'emblée est en faveur d'une embolie
- une installation rapidement progressive en quelques heures évoque une hémorragie cérébrale
- une installation en marche d'escalier fait évoquer une thrombose occlusive (57).

III-3-3 LES SIGNES SUBJECTIFS DE DEBUT

Dans l'étude 87 de nos patients, soit 62,59 % ont présenté des céphalées et 35,97 % ont eu des vomissements. L'association de ces deux signes a été retrouvée dans 13,67 % des cas .

Nos résultats sont largement supérieurs à ceux de KASSI O.K. (41) qui révèle 15,6 % de céphalées et de TRUONG (93) 18,8 %.

La tomodensitométrie cérébrale réalisée plus tard nous a permis de confirmer que les céphalées et les vomissements prédominent dans les AVC-H avec 41,93 % contre 15 % dans les AVC-I.

Pour PINEL J.F (74) les céphalées sont présentes dans 20-30 % des AVC-I

III-3-4 LES CHIFFRES DE LA T.A A L'ADMISSION

Dans notre série 68,35 % des patients avaient une tension systolique supérieure à 140 mm Hg et 55,40 % avaient une tension diastolique supérieure à 90 mmHg.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de COULIBALY (23) et KASSI O. (41) qui trouvent respectivement pour la tension systolique 81% et 77,8%. N'GOUAN (65) relève un taux de 77,92 % avec une moyenne des P.A.S de 178,21 mmHg.

La présence d'une hypertension artérielle est habituelle à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral. L'HTA systolique fait le lit de l'AVC (47). Ce niveau tensionnel doit être respecté ou subir une diminution lente et progressive car il est d'un intérêt pronostic capital.

En effet, celle élévation des chiffres tensionnels va permettre une augmentation du débit sanguin cérébral avec reperméabilisation de la zone de pénombre qui est susceptible de récupérer un état fonctionnel normal et réduire l'extension de l'infarctus cérébral (54).

III-3-5 LE DEFICIT MOTEUR

Nous avons observé une hémiplegie chez 98,56 % de nos patients avec une prédominance droite (53,24 %).

COULIBALY F. (19), OUATTARA M. (71), KOUADIO KBV (44) observent ce déficit respectivement dans 85,3 %, 94 % et 100 % des cas. Selon de nombreux auteurs, l'hémiplegie représente le premier motif de consultation (86) ; (93).

III-3-6 LE DEFICIT SENSITIF

Les troubles sensitifs de l'hémi-corp paralysé ont été retrouvés chez 24,82 % de nos patients. Ils sont donc inconstants.

KASSI O.K (41) l'a retrouvé chez 20 % de ses patients.

III-3-7 LES TROUBLES DU LANGAGE

Nous avons retrouvé un trouble du langage chez 35,25 % de nos malades. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une aphasie motrice (27,34 %).

KOUADIO K.B.V. (44) souligne un trouble du langage dans 44,1 % des cas quand COULIBALY F. (23) le retrouve dans 38 % des cas.

Selon WILLMES K., cité par SOLIGNAC M. (83), environ 33 % des patients atteints d'un AVC présentent une Aphasie.

III-3-8 LES TROUBLES DE LA VIGILANCE

Dans notre étude, 66 de nos patients étaient dans un état comateux le 1^{er} jour d'hospitalisation soit 47,48 % et parmi ceux-ci 3,60 % étaient dans un coma profond (stade III).

Nous avons constaté dans notre travail que la profondeur du coma était un facteur de très mauvais pronostic car au STADE I du coma nous n'avons enregistré qu'un seul décès alors que tous les 5 malades du STADE III sont décédés soit 100 % de décès.

En Côte d'Ivoire, nos résultats s'accordent avec ceux de COULIBALY F. (23) qui rapporte 78,5 % de décès au STADE III et 100 % au STADE IV, LAFAY V. (47) en France constate 11 décès sur 12 patients présentant d'important troubles de la vigilance.

III-3-9 LE SYNDROME MENINGE

Ce syndrome a été retrouvé chez 18,70 % de nos patients. COULIBALY F. (23), KASSI O. (41) et OUATTARA M. (71) le retrouvent respectivement dans 8 %, 11,1 % et 21,5 % des cas.

III-3-10 LES AUTRES SIGNES NEUROLOGIQUES

Un signe de babinski unilatéral a été mis en évidence chez 38,85 % de nos patients. 15,82 % ont présenté des troubles sphinctériens à type d'insouciance, d'incontinence ou de rétention urinaire.

III-3-11 L'EXAMEN DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Cet examen était normal chez 76,26 % de nos malades. Il a révélé cependant des BDC irréguliers dans 10,07 % des cas et 5,03 % ont présenté un souffle cardiaque.

III-3-12 EXAMEN DE L'APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE

Cet examen a mis en évidence une dyspnée chez 12,23 % de nos malades et un encombrement bronchique dans 7,91 % des cas.

III-4 LES DONNEES PARACLINIQUES

III-4-1 LE SCANNER CRÂNIOENCEPHALIQUE

III-4-1-1 LE DELAI DE REALISATION

88 de nos patients soit 63,31 % ont pu réaliser la tomodensitométrie cérébrale. Parmi eux, 61,36 % l'ont effectué dans la première semaine d'hospitalisation.

En Côte d'Ivoire nos résultats se rapprochent de ceux de KASSI O. (41) chez qui 42,2 % de ses patients ont réalisé le scanner avant le 5^{ème} jour.

COULIBALY F. (23) et OUATTARA M. (71) trouvent un délai moyen de réalisation du scanner respectivement de 7,8 et 8,7 jours.

En Belgique, DE DEYN PP (26) précise que la quasi-totalité des scanners est réalisée le premier jour d'hospitalisation. La tomodensitométrie cérébrale reste l'examen de choix en cas d'AVC, néanmoins, elle peut être prise à défaut dans les infarctus de petite taille corticaux, du tronc cérébral ou des noyaux gris centraux. Elle peut même être normale à la phase aiguë d'un AVC-I.

L'IRM est donc de plus en plus proposée en première intention devant toute suspicion d'AVC (55) ; (63).

III-4-1-2 LES IMAGES SCANNOGRAPHIQUES

Le scanner a révélé une hypodensité chez 45,45 % de nos malades une hyperdensité chez 35,23 % et l'association de ces deux images dans 5,68 % des cas.

Le scanner est normal chez 12 de nos patients soit 13,63 % car certains l'ont réalisé dans les 24 heures avant l'apparition de l'hypodensité et d'autres l'ont réalisé en ambulatoire 2 semaines environ plus tard (AVC rapidement régressif).

Nous constatons une prédominance des lésions ischémiques 45,45 % par rapport aux lésions hémorragiques 35,23 %.

Nos résultats concordent avec les résultats antérieurs des études réalisées en Côte d'Ivoire :

COULIBALY F. (23) note 68,4 % de lésions ischlémiques par rapport aux lésions hémorragiques 27,3 %, KOUADIO K.V (44) relève 66,7 % de lésions ischlémiques contre 33,3 % de lésions hémorragiques OUATTARA M. (71) trouve 52,8 % d'AVC-I et 35,2 % d'AVC-H. N'GOUAN (65) quant à lui note 55,34 % de lésions hypodenses contre 35,11 de lésions hyperdenses.

Nos constatations sont en déphasage avec ceux de TRUONG C.T (92) qui constate une prédominance des lésions hémorragiques avec 46 %.

MRABET (61) en Tunisie affirme que le scanner a redressé le diagnostic clinique erroné dans 10 % des cas ; relevant ainsi le nombre des hématomes intracérébraux comparativement aux données de la littérature.

Pour NEAU J. PH (64), après 45 ans, les accidents ischlémiques représentent 2/3 des AVC et avant 45 ans ils ne représentent que la moitié environ de cette pathologie.

Pour ROCHE J. (76) en pratique gériatrique, dans 71,9 % des cas les images scannographiques sont compatibles avec la clinique.

III-4-1-3 LA TOPOGRAPHIE DES LESIONS

Dans notre étude, l'artère sylvienne est la plus atteinte 65,91 %. Cette prédominance de l'atteinte de la sylvienne est également retrouvée chez KOUADIO KBV (44) 66,66 % et chez COULIBALY F. (23) 74,3 %.

Les accidents vasculaires hémisphériques sont de loin les plus nombreux, ils représentent plus de 90 % des AVC ; tandis que les accidents vasculaires du tronc cérébral et du cervelet représentent 7-10 % de l'ensemble des accidents vasculaires cérébraux (11) ; (73).

III-4-2 LE BILAN CARDIAQUE

Le bilan à visée cardio-vasculaire est d'une importance capitale à la recherche d'une cardiopathie emboligène pouvant être responsable d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

Parmi les accidents de type ischémique, 20 % sont en rapport avec une embolie d'origine cardiaque et sont accessible à une prévention efficace grâce à un diagnostic rapide de l'anomalie cardiaque sous-jacente. (48), (85).

III-4-2-1 LA RADIOGRAPHIE -THORACIQUE

La radiographie thoracique a été réalisée chez 56 patients soit 40,28 % des cas. Une cardiomégalie a été retrouvée dans 20,86 % des cas et une pneumopathie chez 4,31 % de nos patients.

III-4-2-2 L'ELECTROCARDIOGRAMME (ECG)

L'ECG a été réalisé chez 80 patients (57,55 %). L'anomalie dominante est l'hypertrophie ventriculaire gauche 25,90 %.

Nos constatations s'accordent avec celles de KUMRAL E. (46) en Turquie 20 % et GIROUD M. (32) en France 30 %.

En Côte d'Ivoire, COULIBALY F. (23) rapporte un taux de 48,5 %.

III-4-2-3 L'ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANSTHORACIQUE

L'échocardiographie réalisée chez 47 patients (33,82 %) est normale dans 16,55 % des cas. L'anomalie la plus fréquente est la cardiomyopathie hypertrophique 14,39 %. Le rétrécissement mitral a été retrouvé dans 2,87 % des cas.

Pour TRUONG C.T (93), la cardiomyopathie représente 6,89 % des cas.

COULIBALY F retrouve une cardiomyopathie chez 18 patients soit 11,04 %.

Au Sénégal, l'étude de TOURE et COLL (91) à l'hôpital de Fann montre que les maladies cardiaques généralement en cause dans la pathogénie des AVC-I en Afrique sont :

Les endocardites bactériennes et les troubles du rythme cardiaque.

Ces chiffres qui sont largement en deçà de la moyenne occidentale pourraient s'expliquer par l'insuffisance des moyens d'investigation et le coût relativement élevé de certains examens.

En Europe, selon MILLAIRE (58) et HOMMEL (37), le pourcentage des cardiopathies emboligènes varie de 15-40 %.

III-4-3 LE BILAN BIOLOGIQUE

III-4-3-1 LA GLYCEMIE PLASMATIQUE

Cet examen a été réalisé chez 134 patients ; soit 96,41 % des cas. Seulement 17,27 % ont présenté une hyperglycémie.

L'hyperglycémie à la phase initiale de l'AVC est un facteur de mauvais pronostic (32).

GIROUD M. (30) pense que l'hypertension intracrânienne est à l'origine de réactions neuro-végétatives et neuro-hormonales induisant une hyperglycémie. Pour lui, l'hyperglycémie en phase initiale d'un AVC est donc liée à l'intensité de la lésion cérébrale et représente un critère de mauvais pronostic à court terme aussi sensible que les troubles de la conscience et que l'étendue des lésions scannographiques.

III-4-3-2 LA NUMERATION FORMULE SANGUINE (N F S)

Elle permet de rechercher certaines affections hématologiques responsables d'AVC. Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 13 patients soit 9,35 % des cas.

L'évolution des AVC peut être émaillée de complications infectieuses souvent responsables de décès tardifs. Mais des étiologies rares telles que l'artérite infectieuse, ou l'artérite de la maladie d'osler peuvent être évoquées en cas d'accident ischémique fébrile (4).

III-4-3-3 LA CHOLESTEROLEMIE

Réalisée chez 65 patients, la cholesterolemie était élevée chez 7 patients soit 5,05 % des cas.

OUATTARA M. (71) relève une hypercholestérolémie chez 6,2 % des malades et COULIBALY F (23) la retrouve dans 4,9 % des cas.

SONAN et COLL (84) affirment que chez l'africain, les dyslipidemies jouent un rôle modeste en tant que facteur de risque des AVC.

Si dans la pathologie vasculaire africaine, le cholestérol joue un rôle modeste eu égard aux résultats sus mentionnés, en Europe, il occupe une place importante dans la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux ischémiques, mais surtout dans l'infarctus du myocarde qui demeure l'une des principales causes de décès dans ce continent (19) ; (49).

III-4-3-4 L'EXAMEN DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR)

La ponction lombaire a été pratiquée chez 13 malades soit 9,35% des cas et 4 d'entre eux avaient une sérologie syphilitique (TPHA-VDRL) positive .

La ponction lombaire peut permettre de détecter des méningo-vascularites infectieuses pouvant être à l'origine d'un accident ischémique. Bien que le diagnostic soit de plus en plus rare en occident, SONAN TH (84) soutient que les méningo-vascularites tuberculeuses restent encore fréquentes en Afrique en raison de l'endémie tuberculeuse. A l'heure de la scannographie, la ponction lombaire demeure irremplaçable pour le diagnostic des méningites.

A l'inverse, elle a été très largement supplantée par le scanner pour le diagnostic différentiel entre hématome et infarctus.

Elle paraît même tout à fait discutable dans cette indication en raison des risques auxquels elle expose (92).

III-5 LES DONNEES THERAPEUTIQUES

III-5-1 LES MESURES DE REANIMATION

La prise en charge à la phase aiguë d'un AVC est d'une grande valeur pronostic. Des mesures de réanimation s'imposent en cas de trouble de la conscience ou de troubles neurovégétatifs graves.

Dans notre étude, les gestes de réanimation suivants ont été réalisés :

- Un remplissage vasculaire chez 122 patients (87,77 %)
- Une oxygénothérapie pour assurer une bonne fonction respiratoire chez 18 patients (12,95%)
- La pose d'une sonde urinaire chez 81 patients soit 58,27 %
- La pose d'une sonde nasogastrique chez 43 patients soit 30,93 %.

KASSI O. (41) souligne la pratique des mesures de réanimation dans 62,2 % des cas.

Recevant dans le service de réanimation des malades présentant des troubles respiratoires, hémodynamiques ou ayant un glasgow inférieur ou égal à 7, MIGNONSIN (56) a procédé de la façon suivante :

- ❶ Mise en condition : voie veineuse, sonde vésicale, sonde nasogastrique
- ❷ neurosédation d'emblée chez tous les patients
- ❸ réanimation respiratoire : intubation, aspiration trachéobronchique,

oxygénothérapie par respiration assistée

III-5-2 LE TRAITEMENT DE LA POUSSEE HYPERTENSIVE

Une poussée hypertensive est fréquente à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral. Dans ce contexte, il n'est pas nécessaire, au contraire, de réduire d'urgence une élévation aiguë de la pression artérielle qui risque d'aggraver l'ischémie cérébrale correspondant à la zone dite de pénombre potentiellement viable, entourant l'infarctus cérébral (50) ; (78) ; (20) ; (59) ; (90)

Pour MAS J.L (53), il ne faut donc pas traiter l'HTA à la phase aiguë d'un AVC sauf s'il existe une encéphalopathie hypertensive ou une urgence cardio-vasculaire (infarctus du myocarde, dissection aortique...) ou si les chiffres de pression artérielle atteignent des valeurs très élevées :

- 220 mmHg pour la systolique et
- 120 mmHg pour la diastolique

La nicardipine (loxen) ou le labétalol (trandate) sont le plus souvent utilisés.

III-5-3 LE TRAITEMENT ANTI-OEDEMATEUX

Ce traitement antioedemateux se justifie car il est prouvé que quel que soit le type d'AVC, il existe toujours un œdème périlésionnel.

Pour MAS J.F (53), environ 10-20 % des patients développent un œdème cérébral responsable d'une détérioration clinique.

Dans l'étude, le GLYCEROL par voie orale a été utilisé chez 103 (74,10 %) malades à la dose de 30 ml, trois fois par jour.

III-5-4 LES OXYGENATEURS CEREBRAUX

Dans notre étude, nous avons noté l'utilisation du piracetam (NOOTROPYL) comme oxygenateur cérébral chez 67 patients soit 48,20 % des cas à la dose de 3g en IVD ou dans 500cc de SGI toutes les 6 heures puis relais par voie orale.

DE DEYN PP (26) pense que le piracetam améliore le flux circulatoire cérébral compromis lors de la phase aiguë de l'AVC. Cette amélioration est également constatée au plan clinique. Pour lui, le piracetam n'est efficace que s'il est utilisé dans les 7 premières heures d'un accident vasculaire cérébral hémorragique ou ischémique.

III-5-5 LES ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES

Nous avons relevé dans notre étude l'utilisation de l'acide acétylsalicylique à la dose quotidienne de 160 mg chez 39 patients (28,06 %) présentant un AVC-I confirmé au SCANNER.

En prévention primaire, l'efficacité réelle des antiagregants plaquettaires est aujourd'hui discutée.

Mais pour BOUSSER M.G (15), les antiagregants plaquettaires ont clairement fait la preuve de leur efficacité en prévention secondaire : ils diminuent l'incidence des AVC d'environ 22 %.

III-5-6 LES ANTICOAGULANTS

Dans l'étude, 13 patients (9,35 %) ont bénéficié d'un traitement anticoagulant.

Les anticoagulants doivent être utilisés avec beaucoup de précautions car il peuvent être responsables d'hémorragie intracérébrale.

Dans la prévention des récurrences d'AVC, les faibles doses d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) ne font pas mieux que l'aspirine (88).

III-5-7 LES THROMBOLYTIQUES

Les possibilités thérapeutiques à la phase aiguë de constitution d'un infarctus cérébral restent dramatiquement limitées de nos jours. Ayant répondu aux espérances des cardiologues surtout dans le traitement de l'infarctus du myocarde, la THROMBOLYSE connaît de nos jours un regain d'intérêt.

Ainsi, aux Etats-Unis, l'activateur tissulaire du plasminogène (TPA) est admis dans le traitement de l'infarctus cérébral de moins de 3 heures (12).

Pour être plus efficace, certains auteurs proposent une association avec un neuroprotecteur bien qu'à ce jour, la neuroprotection n'ait pas encore fait la preuve de son efficacité dans l'infarctus cérébral (68).

III-5-8 LA KINESITHERAPIE

La quasitotalité de nos patients 94,24 % à bénéficié d'une kinésithérapie. La rééducation fonctionnelle est capitale dans la prise en charge de l'AVC. Elle permet une nette amélioration du pronostic fonctionnel du patient. Elle doit être débutée le plus rapidement possible dans un service spécialisé car pour GUILLON B. (35), dans la prise en charge de l'AVC par des services non spécialisés, la rééducation et les mesures de prévention de la maladie thromboembolique sont sous-utilisées.

BARAT M (6) affirme que dans la rééducation de l'aphasie vasculaire, l'orthophonie pratiquée dans la première année a clairement démontré son efficacité par rapport aux effets liés à la récupération spontanée.

La rééducation de l'hémiplégie vasculaire apporte un bénéfice significatif par rapport à l'évolution spontanée. Ce bénéfice dépend certes de l'intensité, de la précocité et de la durée du traitement, mais surtout du degré de motivation du patient et de la qualité de son environnement socio-familial (5) ; (39) ; (72) ; (78).

III-5-9 LE NURSING

Tout malade alité doit bénéficier d'un nursing. Il consiste en l'administration de soins locaux mais surtout en une mobilisation précoce du malade afin d'éviter les complications de décubitus.

131 patients soit 94,24 % en ont bénéficié

III-5-10 LE TRAITEMENT PREVENTIF DES FACTEURS DE RISQUE

Ce volet du traitement est capital pour prévenir les récives car selon la plupart des auteurs, le risque de récive est d'environ 6 à 14 % la première année et de 20-37 % à 5 ans (51) ; (79). Et, l'étude PROGRESS (66) a démontré l'intérêt à faire baisser la tension artérielle dans la prévention secondaire des AVC.

III-5-10-1 LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Le traitement de l'HTA en tant que facteur de risque d'AVC se fait en général par voie orale dès que les chiffres tensionnels atteignent 185/110mmHg chez un hypertendu connu.

Le traitement de l'HTA est nécessaire à tous les âges ; chez les sujets de plus de 85 ans, s'il n'augmente pas leur espérance de vie, il est tout de même utile pour réduire le risque d'accident vasculaire cérébral (14). En plus du traitement médicamenteux, des mesures hygiéno-diététiques sont à encourager car selon

BOGUI E.H (13), il existe une dépendance entre HTA, Tabac, Alcool et Sel.

III-5-10-2 LE TRAITEMENT DU DIABETE

Le diabète est une maladie métabolique grave. Il multiplie par 2 à 3 le risque d'ischémie athéroscléreuse (29) et accroît chez les survivants d'un AVC le risque d'un second accident et le risque d'infarctus du myocarde (67).

Le traitement consiste en une insulinothérapie pour les diabétiques insulino dépendants ou d'antidiabétiques oraux pour ceux ayant un diabète de type II.

III-5-10-3 LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES EMBOLIQUES

Les malades présentant ces cardiopathies ont été adressés en cardiologie au CHU de BOUAKE pour exploration et prise en charge efficiente .

III-5-10-4 LE TRAITEMENT DES DYSLIPIDEMIES

La correction des dyslipidemies peut consister dans un premier temps à préconiser un régime hypolipémiant avec une préférence pour les huiles végétales, les légumes et fruits et une restriction de la charcuterie (32). Un traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire en cas d'insuffisance du régime. On utilise alors les STATINES tels que la PRAVASTATINE (ELISOR) ou SIMVASTATINE (ZOCOR) (32).

III-5-10-5 LE TRAITEMENT DE L'OBESITE

Un régime amaigrissant ou la pratique du sport peut s'avérer nécessaire pour réduire la surcharge pondérale.

III-6 LES DONNEES EVOLUTIVES

En cours d'hospitalisation, 22 malades ont présenté des complications de décubitus dont 10 (7,19 %) à type d'escarres, 9 patients ont souffert de pneumopathies (6,47 %) et 3 patients ont eu une infection urinaire.

A la sortie de l'hôpital, 81 patients (58,27 %) ont eu une nette amélioration de leur état clinique avec une bonne récupération motrice.

21 patients (15,11 %) sont sortis avec la même cotation du déficit moteur qu'à l'entrée et nous avons enregistré 16 décès soit 11,51 %.

Ce taux de mortalité est voisin de celui de N'GOUAN K. JC. M (65) 15,05 % et de celui de TRUONG (93) 15 %. Il est nettement inférieur à celui de TANKOU M. (87) 22,5 % et KRAIDY L.C (45) 23,89 %.

Nous notons par ailleurs que sur les 16 décès, 14 patients soit 87,5 % avaient plus de 50 ans et seulement 12,5 % de sujets jeunes.

Nos constatations s'accordent avec celles de N'GOUAN (65) qui rapporte 81,72 % de décès chez les sujets âgés de plus de 50 ans contre 18,28 % de sujets jeunes.

En France, MARC-VERGNES cité par BES A (10) a montré que le taux de mortalité par lésions cérébro-vasculaires est une fonction exponentielle de l'âge.

La nature ischémique ou hémorragique de l'AVC n'a pu être précisée chez 11 patients décédés soit 68,75 % car n'ayant pu réaliser l'examen tomodensitométrique. Ce taux élevé montre l'importance du SCANNER dans le diagnostic et la prise en charge efficace des AVC.

La mortalité étant beaucoup plus élevée dans les unités d'urgences et de réanimation qui reçoivent les patients à la phase aiguë qui constitue la

période critique de l'évolution de l'AVC pourrait expliquer notre taux de mortalité de 11,51 % enregistré en hospitalisation.

La durée d'hospitalisation de nos patients varie de quelques heures à 27 jours avec une moyenne de 13,1 jours. Notre moyenne concorde avec celle de OUATTARA M. (71) 13,2 jours. Elle est inférieure à celle de COULIBALY F. (23) 17,4 jours et diffère de celle de JORGENSEN (39) en 1999 au Pays-bas ; 37 jours.

Aux Etats-Unis, les patients atteints d'AVC occupent 12 % des lits hospitaliers ; la réduction donc de la durée d'hospitalisation contribue à réduire d'un quart le coût direct des AVC (50).

L'AVC demeure malgré tout une affection très invalidante. Il constitue d'ailleurs la première cause de handicap moteur acquis chez l'adulte.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude, rétrospective a été réalisée dans le service de neurologie du CHU de BOUAKE à partir de dossiers d'AVC colligés du premier Janvier 1998 au 30 Juin 2002.

Au total 139 dossiers relatifs aux AVC ont été examinés. Au décours de cette étude nous pouvons retenir les aspects suivants :

- ◆ La fréquence des AVC est élevée en hospitalisation (43,44 %)
- ◆ Le sex-ratio est de 1,24 en faveur des hommes
- ◆ L'âge moyen de nos patients est de 60,22 ans
- ◆ Une prédominance du groupe ethnique KWA (61,29 %)
- ◆ L'AVC a concerné le plus souvent les patients socialement démunis (femmes au foyer, retraités, ouvriers ...)
- ◆ L'HTA était le facteur de risque le plus fréquemment rencontré (79,86 %) suivie de l'Alcool (25,18 %), du Tabac (24,46 %) et du diabète sucré (20,86 %)
- ◆ L'association HTA – cardiopathie emboligène est la plus fréquente (22,52 %)
- ◆ La sémiologie clinique de l'AVC chez nos patients est celle décrite dans la littérature
- ◆ La majorité des patients est admise tôt à l'hôpital
- ◆ La tomodensitométrie cérébrale réalisée chez 88 patients (63,31 %) a montré une prédominance des lésions ischémiques (45,45 %) contre 35,23 % de lésions hémorragiques
- ◆ L'atteinte de l'artère sylvienne est la plus fréquente (65,91 %)
- ◆ Le taux de décès en hospitalisation est de 11,51 %

Au terme de l'étude, certaines insuffisances apparaissent concernant le manque d'information dans certains dossiers et la non-réalisation de certains examens (ECHODÖPPLER des vaisseaux du cou ; LCR ; TPHA – VDRL) empêchant ainsi une recherche étiologique efficiente des AVC.

Il apparaît donc nécessaire de compléter ce travail par des études prospectives ultérieures dans le même service.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

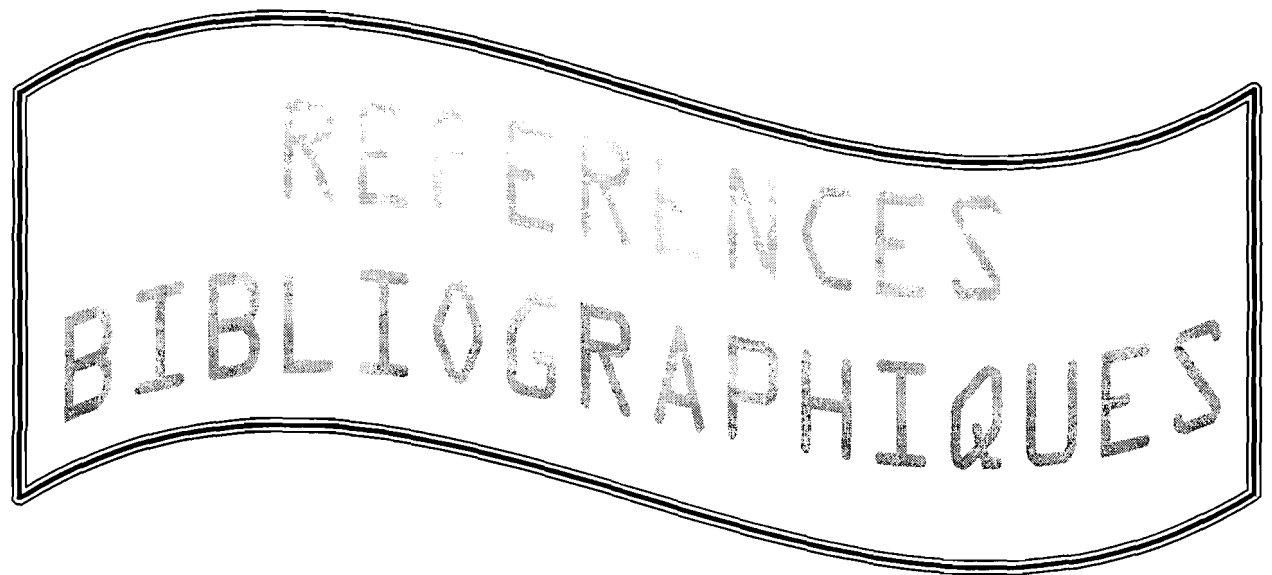
□ **AUX MEDECINS**

- 1* informer, sensibiliser et éduquer la population sur les facteurs de risque cardiovasculaire
- 2* en cas d'AVC, respecter l'hypertension artérielle réactionnelle à la phase aiguë afin de permettre l'autoregulation de la circulation sanguine cérébrale
- 3* transférer en REANIMATION les patients comateux (échelle de glasgow inférieur ou égal à 7) ou présentant des troubles respiratoires sévères
- 4* Instaurer une kinésithérapie précoce pour une bonne récupération motrice

□ **AUX AUTORITES**

L'AVC étant aujourd'hui un problème de santé publique, nous demandons aux autorités :

- 1* d'entreprendre une campagne de sensibilisation sur les facteurs de risque vasculaire
- 2* de permettre une accessibilité financière des médicaments antihypertenseur à tous les malades
- 3* d'équiper les structures d'accueil en SCANNERS, électrocardiographes et en aspirateurs pour une meilleure prise en charge des malades
- 4* de créer des unités spécialisées de neurologie vasculaire pour une prise en charge rapide et efficiente des AVC avant la 6^{ème} heure.



REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

1 - AKANI A.F

Les accidents vasculaire cérébraux ischémiques du territoire carotidien du sujet jeune en C.I

Thèse médecine Abidjan 1988 ; N° 925

2 - AMARENCO P.

AVC : épidémiologie, étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement.

La revue du praticien (paris) 1998 : 1939 – 1952

3 - AMARENCO P ; BOUSSER MG

Accident ischémique transitoire

ECM (Paris – France) ; neurologie 17-046-A-15 1995 6P

4 - AUTRET A.

Accidents vasculaires cérébraux constitués :

Epidémiologie, étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement.

La revue du praticien (Paris) 1993 ; 43 ; 3 : 387-394

5 - AZOUVI.P ; DENYS.P ; BUSSEL.B

Validation des procédures de rééducation après accident vasculaire cérébral

Revue neurologique (Paris) 1999 ; 155 ; 9 : 737-742

6 - BARRAT.M ; MAZAUX J.M ; JOSEPH P.A

Intérêt de la rééducation prolongée des aphasiques au décours des accidents vasculaires cérébraux

La lettre du neurologue 3 ; 4 ; Juin 2000

7 - BEAUVAIS P.

Les accidents vasculaires cérébraux de la drépanocytose.

STV : sans – thrombose vaisseaux 1996 ; 8 ; 8 : 505-510

8 - BENAMMOU S ; REJEB. N ; MRABET A.

L'accidents vasculaire cérébral aux urgences : problèmes de prise en charge et d'orientation .

MAGHREB MEDICAL 1994 ; XX ; 280 : 25-27

9 - BERTHEZENE F.

Diabète et athérosclérose

Le concours médical 1992 ; 114 ; 24 : 2073 – 2074

10 - BES A. GERAUD G.

Circulation cérébrale : physiopathologie

Edition sandoz 1974 ; tomme II ; 277-399

11 - BESSON G ; HOMMEL M ; PERRET J

Les accidents vasculaires du tronc cérébral

Revue du praticien (Paris) 1990 ; 40 ; 13 : 1173 - 1197

12 - BOGOUSLAVSKY J ; BOUSSER M.G ; LARRUE V

traitement des accidents vasculaires cérébraux : quel avenir pour la thrombolyse ?

la presse médicale sept 1997 ; 26 ; 27 : 1297-1299

13 - BOGUI E.H

Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle en milieu « rural villageois » ivoirien (cas de Grand-Alépé)

Thèse médecine Abidjan 1996 ; N° 1861 : 116 P

14 - BOSHIZEN HC et COLL

Traiter l'hypertension artérielle des sujets âgés de plus de 85 ans :
Quelle influence sur l'espérance de vie ?

La presse médicale : Juillet 1998 ; 27 ; 24 : 1261

15 – BOUSSER M.G ; COHEN A ; PETIT-JEAN C.

Prévention des accidents vasculaires cérébraux.

Edition technique encycl-med-chir (Paris-France), neurologie 17-046-A-60 1993 ; 11P

16 – BRUCKERT E.

rôle des lipides dans les accidents vasculaires cérébraux.

STV : sang – thrombose – vaisseaux 1997 ; 9 ; 2 : 84-92

17 – BRUCKERT E ; THOMAS D ; EMMERICH J et COLL

Influence d'une campagne d'information sur les facteurs de risque cardio-vasculaire

La presse médicale 1999 ; 28 ; 10 : 517 – 522

18 – CAMBIER J ; MASSON M ; DEHEN H

Pathologie vasculaire cérébrale

Abrégés : neurologie : 9^{ème} édition Masson ; 367 - 416

19 – CASTAIGNE A ; HAZIZA F ; LOPES DARMON M.E

Cœur et cerveau : le poids des facteurs de risque est-il le même ?
les résultats des études de prévention primaire et secondaire sont-ils comparables ?

Les étiologies de la maladie athéromateuse 1998 ; 91 ; 55 : 59-63

20 – CHAMONTIN B ; AMAR J ; CHOLLET F. ; ROUGE P

Elévations aiguës de la pression artérielle

Archives des malades du cœur et des vaisseaux ; hypertension artérielle 2000 ; 93 ; 11 ; 144 – 1447

21 - CHEN D ; ROMAN GC ; WU GX ; WU ZS YAO CH ; ZHANG M ; HIRSCH RP

« STROKE IN CHINA (Sino – Monica – Beiyong study) 1984-1986 »
Neuroépidémiology 1992 ; 11 ; 15-23

22 – COHEN A ; CHAUVEL Ch ; ABERGEL E ; ALBO C ; BENHALIMA B ; VALTY J

Intérêt de l'échocardiographie transoesophagienne dans le bilan cardio-vasculaire d'un accident ischémique cérébral présumé d'origine embolique.

Annales de radiologie 1994 ; 37 ; 1 – 1 : 29 – 40

23 – COULIBALY F.

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans le service de médecine interne du CHU de Treichville

Thèse médecine : Abidjan 2001 N° 2683.117P

24 – CRASSARDI ; BOUSSER M.G

Mécanisme et causes des accidents ischémiques cérébraux ;

Revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 18 – 144

**25 - D'ALESSANDRO G ; GIOVANNI DM ; ROVEYAZ L ; IANNIZZI L ;
COMPAGNONI MP ; BLANCS S ; BOTTACHI E**

« Incidence and prognosis of stroke in the valle d'Aosta, Italy : first
year results of a community – Based study ».

STROKE 1992 ; 23 : 1712-5

**26 – DE DEYN PP ; REUCK JD ; DEBERT W ; VLIETINCK R ;
ORGOGOZO M**

Treatment of acute ischemic stroke with piracetam. Members on
piracetam in acute Stroke Study (pass) Group

STROKE 1997 Déc ; 28 (12) : 2347 – 2352

27 – DESMEULES J ; SZTAJZEL R ; KOHLER A ; ROBERT JF

Accident vasculaire cérébral et douleur.

Médecine et hygiène 1998 ; 56 ; 2204

28 – DIALLO B.A ; TRAORE M

Profil épidémiologique des accidents vasculaires cérébraux au
MALI

Médecine d'Afrique noire 1994 ; 41 ; 7 : 442-444

29 – EMMERICH J.

Prévention secondaire de l'athérosclérose

Revue du praticien 1999 ; 49 : 2124 – 2128

**30 - GIROU M ; CHIRPAZ L ; BEURIAT P ; D'ATHIS PH ; DUSSERE L
BINNERT D ; DUMAS R**

Hyperglycémie à la phase initiale d'un accident vasculaire
cérébral ; indice de mauvais pronostic

La presse médicale 1987 ; 16 ; 22 ; 1079-1082

31 – GIROUD M ; DUMAS R

Rôle du tabac dans les accidents vasculaires cérébraux.

La presse médicale 1994 ; 23 ; 22 : 1037 – 1039

32 – GIROUD M ; LESMESLE M.

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ; apport du
registre dijonnais des accidents vasculaires cérébraux .

Revue épidémiologique et de santé publique 1996 ; 44 ; sup 109

33 - GRIMALDI A : COUTAREL P ; BOSQUET F ; SACHON C

Hypertension artérielle et diabète.

Le concours médical 1989 ; 111 ; 32 : 2727-2735

34 – GRUBRL ET COLL

Importance of hemodynamic factors in the prognosis of
symptomatic carotid occlusion

JAMA 1998 ; 280 : 1055 – 1060

**35 – GUILLON B ; PLANCHON B ; WOIMANT F ; MAGNE C ;
BARRIER JH**

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au service de
médecine interne générale : résultats d'une enquête de pratiques

Revue de médecine interne (Paris) 2001 ; 22 ; 9 : 830 – 844

36 – HADDAD J ; MESSER J ; BINTNER M ; ASTRUC D

Peut-on faire un accident vasculaire cérébral avant de naître ?

La revue du praticien (Paris) 1993 ; 43 : 1819 – 1822

37 - HOMMEL M

Accidents vasculaires cérébraux.

Corpus Médical 1999 ; 5 ; 5

38 – JAILLARD A ; BESSON G ; HOMMEL M

Prévention des accidents vasculaires cérébraux ischémiques

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 ; 165 – 170

39 – JORGENSEN HS ; NAKAYAMA H ; PEDERSEN PM ;

KAMMERSGAAD L ; RAASCHOU H.O ; OLSEN TS

Epidémiology of Stroke – related disability

Cli-geriatr. Med 1999 Nov : 15 (4) : 785 - 799

40 – KABORE K.C

Aspect tomodensitométriques des hématomes intracérébraux au cours des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques

Thèse médecine : Abidjan 1998 ; N° 2075 109 P

41 – KASSI O.K

Profil des sujets hospitalisés dans le service de neurologie pour une récurrence d'AVC

Thèse médecine : Abidjan N° 3253 ; 71P

42 - KINGUE S ; KUABAN C ; DONGMOL L et al.

Ultrasonie demonstration of carotid adherosclerosis in black cameroonian adults with cardiov risk.

Ann. cardiol Angeiol (Paris) 1998 ; 47 ; 722-7

43 – KONAN Y.

Les accidents vasculaires cérébraux au cours de l'Etat gravidopuerperal

Thèse médecine N° 1147/1990 : 112 P

44 – KOUADIO KBV

Place du diabète sucré dans les causes d'accident vasculaire cérébral dans le service de neurologie du CHU COCODY

Thèse médecine : Abidjan 1999 ; N° 2223 : 108 P

45 – KRAIDY J.C

Mortalité à court terme des AVC

Thèse médecine : Abidjan 2002 N° 3227 – 107 P

**46 – KUMRAL E ; OZKAYA B ; SAGDUYU A ; SIRIN H ;
VARDAELI E ; PEHLIVAN M**

The ege STROKE registry : a hospital – based Study in the Aegean region IZMIR ; turkey analysis off 2000 Stroke patients

Cérébrovasc. Dis 1998 sept-oct ; 8(5) : 278 - 288

**47 – LAFAY V ; GARNIER – DENIZART M.O ; FRANCES Y ;
BERTRAND E**

Evolution spontanée du profil tensionnel au décours d'un accident vasculaire cérébral constitué ;

Rean : soins intens-med-urg 1994 ; 10 ; 3 : 176 – 181

48 – LARRUE V ; ARRUE P ; MASSABUAU P

Exploration étiologique des accidents ischémiques cérébraux

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 152 – 157

49 – LECLERCQ C ; DAUBERT J.C

Complications de l'infarctus du myocarde : diagnostic, évolution, traitement.

La revue du praticien (Paris) 1995 ; 45 : 11805-1814

50 – LEYS D.

Sept raisons pour hospitaliser les accidents vasculaires cérébraux dans les unités de soins spécialisés

La presse médicale : Janv 1999 ; 28 ; 4 : 181 – 183

51 – LEYS D ; GODEFROY O ; PASQUIER F

Pronostic des accidents ischémiques cérébraux

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 171 – 174

52 – MARINI C ; TOTARO R ; CAROLE I.A

Long term prognosis of cérébral ischemia in young adults. National research concil study group on stroke in the young stroke

STROKE : 1999 Nov. 30 (11) : 2320 – 2325

53 – MAS J.L

Infarctus cérébral : une urgence diagnostique et thérapeutique

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 175 – 181

54 – MAS J.L

Accidents ischémiques cérébraux

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 135 – 137

**55 – MEDER J.F ; BRAMI-ZYLBERBERG F ; OPPENHEIMM C ;
MEARY E ; MARTINEZ-LOZAND F ; DELYAT D ; FREDY D.**

Pathologie vasculaire

La presse médicale Juin 2002 tome 31 ; 19 : 897 – 900

**56 – MIGNONSIN D ; TETCHI Y ; KANE M ; AMONKOU A ;
BONDURAND A**

Prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires
cérébraux en réanimation.

Médecine d'Afrique Noire 1992 ; 39 ; 12 : 823 – 826

57 – MILANDRE L ; LABBE L

Thromboses veineuses cérébrales

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 158 – 163

**58 – MILLAIRE A ; GOULLARD L ; CHAMMAS E ; DE GROOTE P ;
HOUDAS Y ; DUCLOUX G**

Bilan d'un accident vasculaire cérébral embolique
apport de l'échographie transoesophagienne

Annales de cardiologie et d'angéiologie 1993 ; 42 ; 6 : 317 – 323

59 – MILON H. ; LANTELME P.

L'essentiel de 2000 en hypertension artérielle.

Archives des malades du cœur et des vaisseaux

L'essentiel de 2000 (Paris) Janvier 2001 ; 94 ; 1 : 7 - 12

**60 – MISMETTI P ; JUILLARD G DELSART D ; TARDY B ;
LAPORTE SIMITSIDIS S ; DECOUSUS H**

Evaluation du risque thrombo-embolique veineux en milieu médical

Ann. med. de mancy et de l'est, prévention de la maladie trombo-
embolique 1998 ; 37 ; 1 : 45 - 47

**61 – MRABET A ; ATTIA ROMDHANE N ; DENHAMIDA M ;
GHARBI N ; LE NOAN ; HENTATI R ; BENMANSOUR J.**

Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux en
Tunisie

Revue neurologique 1990 ; 146 ; 4 ; 297 – 301

62 – NEAU JPH ; ALVAREZ – LOPEZ A ; GIL R

Accidents ischémiques cérébraux du sujet jeune :

Les causes des accidents ischémiques

La presse médicale 1998 ; 27 ; 31 : 1598 – 1603

63 – NEAU JPH ; BAILBE M. ; GIL R.

Accident ischémiques cérébraux du sujet jeune :

Démarche étiologique en cas d'accidents ischémiques

La presse médicale 1998 ; 27 ; 31 : 1594 - 1597

64 – NEAU JPH ; COUDERQ C ; ROSIER MP ; GIL R

Accident ischémiques cérébraux du sujet jeune :

Données épidémiologiques et pronostiques

La presse médicale 1998 ; 27 ; 31 ; 1590 – 1593

65 – N'GOUAN KJC

Epidémiologie des AVC chez l'adulte en Côte d'Ivoire à propos de
618 cas confirmés par la tomодensitométrie

Thèse médecine : Abidjan 2001 N° 2886

66 – NICLOT P.

PROGRESS : un progrès dans la prévention des récives
d'accidents vasculaires cérébraux, mais pas une révolution

STV : sang – thrombose – vaisseaux ; 13 ; 8 ; 9 Oct. – Nov. 2001

**67 – OLSSON T ; VIETANEN M ; ASPLUND K ; ERIKSSOW S ;
HAGG E.**

Prognosis after stroke in diabetic patients : a controlled prospective
study

Diabéologia 1990 ; 33 ; 4 : 244-249

68 – ONTENIENTE B

Stimuler la neurogénèse après un AVC

Le concours médical tome 124 ; 35 ; Nov 2002 : 2278 – 2280

69 – ORGOGOZO JM ; DARTIGUES JF ; RENAUD S

Vin, alcool et accidents vasculaires cérébraux : données
épidémiologiques

STV : Sang – thrombose vaisseaux 1996 ; 8 ; 9 : 541 – 549

70 – OSUNTOKUN BO ; ADEUJA AOG ; SCHOENBERG BS

Neurological disorders in Nigerians africans : a community based
study.

Acta-neurol. Scand 1987 ; 75 : 13-21

71 – OUATTARA M.

Etude prospective de 404 cas d'accidents vasculaires cérébraux en milieu hospitalier : aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, étiologiques et thérapeutiques

Thèse médicale : Abidjan 2000 ; N° 2468 : 135 P

**72 – PETRILLI S ; DURUFLE A ; NICOLAS B ; PINEL JF ;
KERDONCUFF V ; GALLIEN P**

Hémiplégie vasculaire et retour à domicile.

Annales de réadaptation et de médecine physique ; 2202 ; 45 ; 2 :
69 – 76

73 – PHILIPON J ; CORNU P

Les accidents vasculaires du cervelet

Revue du praticien ; pathologie du tronc cérébral et du cervelet ; N°
13 Mai 1990 : 1180 - 1185

74 – PINEL J.F

diagnostic clinique des accidents ischémiques cérébraux

la revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 ; 145 – 151

75 – PRESLES P

PROGRESS : comment réduire les récurrences d'attaques
cérébraux ?

lancet sept. 2001

76 – ROCHE J ; MARC F ; DEWAILLY P

Tomodensitométrie cérébrale et personnes âgées, évaluation de
son intérêt en pratique gériatrique.

Médecine et hygiène 1995 ; 53 N° 2094 :106 – 107

77 – ROUHART F . ZAGNOLI F ; GOAS JY ; MOCQUARD Y

Accidents artériels ischémiques cérébraux de l'adulte jeune
Revue neurologique (Paris 1995 ; 149 ; 10 : 547 - 553

**78 – ROULEAUD S ; GAUYARD E ; PETIT H ; PICARD D ;
DEHAIL P ; JOSEPH PA ; MAZAUX JM ; BARAT M**

Isocinétisme et rééducation de la marche de l'hémiplégique
Annales de réadaptation et de médecine physique 2000 ; 43 ; 8 :
428 – 436

**79 – SACCO RL ; WOLF PA ; KANNEL WB ; SHI T ; ZAMANILLO
MC ; KARGMAN DE**

Prédicteurs of mortality and recurrence after hospitalized cerebral
infarction in an urban community
The northern manhattan stroke study neurology
1994 ; 44 (4) : 626 - 634

80 – SCHLIENGER J.F

La controverse du cholestérol
La presse médicale 1995 ; 24 ; 10 ; 10 : 471 – 473

81 – SERDARU M ; ROSA A

Epidémiologie et facteurs de risque des accidents vasculaires
cérébraux.
Encycl. Méd. Chir (Paris-France) Neurologie 1706 A10-12-1986. 6P

82 – SHULMAN K.I ; HERRMANN N

bipolar disorder in old age
can fam physician 1999 may 45 : 1229 – 1237

83 – SOLIGNAC M.

Faire face aux conséquences des accidents vasculaires cérébraux chez les sujets âgés.

La presse médicale 1998 ; 27 ; 24 : 1259 – 1260

84 – SONAN Th ; DUMAS M

« APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA PATHOLOGIE VASCULAIRE CEREBRALE EN AFRIQUE NOIRE »

Deuxième réunion du groupe d'étude et de recherches sur les maladies neurologiques dans les pays africains.

Rome -1-4 Déc. 1987

85 – SRATRI J . FILALI ANSARY N ; KABBA JH

Cardiopathies emboligènes et accidents vasculaires cérébraux ischémiques

Espérance médicale ; Mars 2000 ; 7 ; 61 : 238 – 242

86 – TABARKI B ; HERON B ; PONSOT G

Accidents vasculaires cérébraux ischémiques artériels de l'enfant

Ann. pédiatrie (Paris) 1998 ; 45 ; 2 : 65 – 71

87 – TANKOU MG

Accidents vasculaires cérébraux de type lacunaire en Côte d'Ivoire

Thèse médecine : Abidjan 2001 N° 2688

88 – TELLIER P

Prévention des récurrences d'accidents vasculaire cérébral en pédiatrie : aspirine ou HBPM à faibles doses ?

Stroke 2001 ; 32 ; 9 2554 - 2558P 1180 - 1185

**89 – THANH VAN L ; THI LOC L . NGUYEN THI H ;
N'GUYEN HUU HOAN C.**

Les accidents vasculaires cérébraux au sud Viet-nam : étude
épidémiologique

Revue neurologique 1999 ; 155 ; 2 : 137 – 140

90 – THIL BENOIT

Le choc hémorragique

La revue du praticien (Paris) 1995 ; 45 ; 1815 – 1819

91 – TOURE K ; DIOP AG ; DIAGNE M ; N'DIAYE MM ; N'DIAYEN IP

Cerebrovascular accident of cardiac origin :

Profile of 17 years' study at the neurology clinic of the centre
hopitalier of fann DAKAR

Dakar Med 1989 ; 34 (1-4) : 127-30

92 – TOUNILHAC M ; CLAVELOU P

L'indication de la ponction lombaire à l'heure de la scanographie

Le concours médical 1988 ; 110 ; 26 : 2275 - 2278

93 – TRUONG CT

Les accidents vasculaires cérébraux en Côte d'Ivoire : apport de la
tomodensitométrie

Thèse médecine : Abidjan 1993 ; N° 1421 59 P

94 – WOIMANT F

Accidents vasculaires cérébraux : urgences neurologiques

La revue du praticien 2000 ; 50 ; 20149 – 2026

95 – WOIMANT F

Pour la pratique

La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 ; 182 – 184

96 – ZUBER M

facteurs de risque de récurrence des accidents vasculaires cérébraux

STV : mini revue sang – thrombose – vaisseaux 1997 ; 9 : 5439

ANNEXES

I IDENTIFICATION

INITIALES _____

HOPITAL/SERVICE _____ N° SERVICE

DATE DE NAISSANCE SEXE (F ;M)
J J M M A A

ETHNIE _____ PROFESSION _____

REGION D'ORIGINE _____ VILLE HABITEE _____

ADRESSE : B.P. _____

Tel _____

DROITIER

GAUCHER

II ANTECEDENTS

AVC : ANNEE : TYPE : AVC-I AVC-H
Oui Non

HTA : ANNEE : MIGRAINE
Oui Non Oui Non

DIABETE : ANNEE : TYPE : DID DNID
Oui Non

CARDIOPATHIE : ANNEE : TYPE : _____
Oui Non

CHOLESTERP : CONTRACEPTIF ORAL :
Oui Non Oui Non

TABAC NBRE PAQUET/J DUREE(année) DATE ARRET _____
Oui Non

MODE DE CONSOMMATION DU TABAC : _____

ALCOOL NBRE VERRE/J DUREE(année) DATE ARRET _____
Oui Non

TYPE LIQUEURS VINS BIERRES
Oui Non Oui Non Oui Non

AUTRES SI OUI LESQUELS ? _____
Oui Non

AUTRES ANTECEDENTS SI OUI LESQUELS ? _____
Oui Non

ATCD FAMILIAUX SI OUI LESQUELS ? _____
Oui Non

III SIGNES CLINIQUES

DATE D'APPARITION DELAI D'HOSPITALISATION
 Jour Mois Année

MODE INSTALLATION

DEFICIT MOTEUR COTE DROIT ? GAUCHE ? INTENSITE
 Oui Non

DEFICIT SENSITIF COTE DROIT ? GAUCHE ?

TROUBLE LANGAGE APHASIE MOTRICE APHASIE SENSITIF
 Oui Non Oui Non O N

CEPHALEES VOMISSEMENTS PAIDEUR NUQUE
 Oui Non Oui Non O N

OBNUBILATION COMA LEGER COMA PROFOND
 Oui Non Oui Non Oui Non

T.A. A L'ADMISSION T.A. MAX (points)

CARDIOPATHIE TYPE :
 Oui Non

AUTRES :

IV SCANNER CEREBRAL

DELAI DE L'EXAMEN

TYPE DE LESION : HYPODENSITE HYPERDENSITE

LACUNE GROS HEMATOME HEMATOME HEMORRAGIE

COTE : DROIT GAUCHE

TERRITOIRE VASC : CEREBRALE ANT. C. MOYENNE C. POST
 SUPERF PROFOND JONCTIONNEL

TOPOGRAPHIE

NOYAU D'IRL
 CAPSULE EXT.

 VENTRICULES

CERVELET : VFRMIS HFMISPHERE

TRONC CEREBRAL

V AUTRES EXAMENS (N : Normal ; P : Pathologie ; NR Non réalisé)

E.C.G. N P NR TYPE D'ANOMALIES _____

HOLTER N P NR TYPE D'ANOMALIES _____

ECHODOPPLER DES Vx DU COU N P NR TYPE D'ANOMALIES _____

ECHOCARDIOGRAPHIE N P NR TYPE D'ANOMALIES _____

AUTRES _____ TYPE D'ANOMALIES _____

VI BIOLOGIE

LCR N P NR TYPE D'ANOMALIES _____

NEC N P NR

TPHA-VDRL N P NR TYPE D'ANOMALIES _____

GLYCEMIE N P NR TAUX _____ G/L

CREATININEMIE N P NR TAUX _____ mg/L

CHOLESTEROL-TOTAL N P NR TAUX _____ G/L

TRIGLYCERIDES N P NR TAUX _____ G/L

AUTRES _____ TAUX _____

AUTRES _____ TAUX _____ UNITE _____

VII EVOLUTION : R = Régressive ; S = Stationnaire ; A = Aggravation
D = Décès

DUREE D'HOSP (JOURS) : A LA SORTIE A] 7 A] 15
A] 21 A] 30 A] M3 A] M6

VIII TRAITEMENT

ANTIOEDEMATEUX CEREBRAUX _____

ANTICOAGULANTS _____

ANTIAGREGANTS PLAQUETTAIRES _____

VASOACTIFS / OXYGENATEURS CEREBRAUX _____

Lu et approuvé

Vu

Le Président du Jury

Le Doyen de l'U.F.R. DES
SCIENCES MEDICALES

Professeur **KOUASSI BEUGRE**

Professeur **N'DRI-YOMAN Thérèse**

Vu,

Le Président de l'Université
de Côte d'Ivoire

Pr. TEA GOKOU CELESTIN

Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

RESUME

Ce travail est une étude rétrospective réalisée à partir de 139 dossiers d'AVC colligés du premier Janvier 1998 au 30 Juin 2002 au service de neurologie du CHU de BOUAKE.

Les AVC-I représentent 45,45 % de l'échantillon contre 35,23 % pour les AVC-H.

Les aspects tomodensitométriques normaux et mixtes ont des taux respectifs de 13,63 % et 5,69 %.

L'âge moyen des patients est de 60,22 ans et 23,05 % des AVC surviennent chez les sujets jeunes (< 50ans).

Il y a une prédilection pour le sexe masculin avec un sex-ratio de 1,24. Le groupe ethnique prédominant est le groupe KWA (61,29 %).

Les principaux facteurs de risques identifiés sont :

- L'HTA dans 79,86 % des cas, elle est irrégulièrement traitée dans 82,65 % des cas. La majorité des patients est hypertendue connue depuis plus de cinq ans
- L'ALCOOL : 25,18 %
- LE TABAC : 24,46 %
- LE DIABETE SUCRE : 20,86 %. Elle est irrégulièrement suivie dans 61,90 % des cas
- CARDIOPATHIES EMBOLIGENES : 20,14 %.

Le taux de mortalité par AVC est de 11,51 % avec une prédilection pour les sujets âgés : 87,5 % contre 12,5 % de sujets jeunes (< 50ans).

En cours d'hospitalisation, le traitement antihypertenseur est le traitement étiologique le plus prescrit : 74,82 % suivi des antiagrégants plaquettaires 28,06 %. Le délai moyen d'hospitalisation est de 13,1 jours et à la sortie 58,27 % des patients ont vu leur état s'améliorer.

MOTS CLES : AVC – AFRIQUE – HEMIPLEGIE - EPIDEMIOLOGIE

RESUME

Ce travail est une étude rétrospective réalisée à partir de 139 dossiers d'AVC colligés du premier Janvier 1998 au 30 Juin 2002 au service de neurologie du CHU de BOUAKE.

Les AVC-I représentent 45,45 % de l'échantillon contre 35,23 % pour les AVC-H.

Les aspects tomographiques normaux et mixtes ont des taux respectifs de 13,63 % et 5,69 %.

L'âge moyen des patients est de 60,22 ans et 23,05 % des AVC surviennent chez les sujets jeunes (< 50ans).

Il y a une prédictin pour le sexe masculin avec un sex-ratio de 1,24. Le groupe ethnique prédominant est le groupe KWA (61,29 %).

Les principaux facteur de risques identifiés sont :

- L'HTA dans 79,86 % des cas, elle est irrégulièrement traitée dans 82,65 % des cas. La majorité des patients est hypertendue connue depuis plus de cinq ans
- L'ALCOOL : 25,18 %
- LE TABAC : 24,46 %
- LE DIABETE SUCRE : 20,86 %. Elle est irrégulièrement suivie dans 61,90 % des cas
- CARDIOPATHIES EMBOLIGENES : 20,14 %.

Le taux de mortalité par AVC est de 11,51 % avec une prédilection pour les sujets âgés : 87,5 % contre 12,5 % de sujets jeunes (< 50ans).

En cours d'hospitalisation, le traitement antihypertenseur est le traitement étiologique le plus prescrit : 74,82 % suivi des antiagrégants plaquettaires 28,06 %. Le délai moyen d'hospitalisation est de 13,1 jours et à la sortie 58,27 % des patients ont vu leur état s'améliorer.

MOTS CLES : AVC – AFRIQUE – HEMIPLEGIE - EPIDEMIOLOGIE