

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, JUIN - VOLUME 11 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec : étude descriptive transversale** 7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S
2. **Maladie de Basedow et grossesse : à propos de 189 cas colligés au Centre Hospitalier Abass Ndao** 14-21
Ndour MA, Gadjji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M
3. **Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cardiothyreoses en milieu hospitalier dakarais : étude bicentrique rétrospective** 22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A
4. **Aspects diagnostique et thérapeutique du mal de Pott de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody** 28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
5. **Profil épidémiologique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry** 34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY
6. **Prévalence de la maladie rénale chronique chez le sujet diabétique au centre de protection maternelle et infantile de Sokoura à Bouake en 2021** 39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, TIA Weu Mélanie, Ouattara B
7. **Comas non traumatiques du sujet âgé dans un service de médecine interne** 49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

CAS CLINIQUES

8. **Angio-oedème héréditaire à propos d'une famille au Niger** 56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E
9. **Atteinte cutanée et ophtalmologique d'une hépatite B chronique associées à des ANCA de type MPO : est-ce une vascularite ?** 65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E
10. **Atteintes neurologiques centrales et périphériques associées à une infection virale à la dengue : à propos d'un cas au Service de Neurologie du Centre Hospitalier National De Pikine** 72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H
11. **La péricardite aiguë, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte** 77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V
12. **Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas** 80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK
13. **Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas** 84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA
14. **Tuberculose compliquant l'évolution d'une leucémie myéloïde chronique. A propos de deux cas dans le service d'hématologie du CHU de Cocody** 88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

- 1. Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive Crosssectional study** 7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S
- 2. Basedow's disease and pregnancy: 189 cases from the Abass Ndao Hospital Center** 14-21
Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M
- 3. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cardiothyreosis in the hospital of Dakar: a two-center retrospective study** 22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A
- 4. Diagnostic and therapeutic aspects of Pott's disease in children and adolescents in rheumatology hospitalization at Cocody University Hospital** 28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
- 5. Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital** 34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY
- 6. Prevalence of chronic kidney disease in diabetic subjects at the Sokoura Maternal and Child Protection Center in Bouake in 2021** 39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, Tia Weu M, Ouattara B
- 7. Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department** 49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

CASES REPORTED

- 8. Hereditary angioedema in a family from Niger** 56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E
- 9. Cutaneous and ophthalmological symptoms of chronic hepatitis b associated with MPO ANCA: is it vasculitis?** 65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E
- 10. Central and peripheral neurological disorders associated with dengue viral infection: a case report from the Neurology Department of the Pikine National Hospital Center** 72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H
- 11. An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease** 77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngonon C, Mbena T, Elanga V
- 12. Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis** 80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK
- 13. A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman** 84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA
- 14. Occurrence of tuberculosis during the follow-up of leukemias. Illustration in a hematology department** 88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G



Comas non traumatiques du sujet âgé dans un Service de Médecine Interne
Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department

Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

Résumé

Introduction : Les comas non traumatiques devraient être hospitalisés dans les soins intensifs, surtout pour des sujets âgés fragiles. Mais, plusieurs facteurs peuvent limiter leur admission dans ces services entraînant leur présence dans d'autres services. Aussi, peu d'études y sont consacrées. L'objectif de notre étude était d'étudier les particularités épidémiologiques et cliniques des comas chez le sujet âgé dans un service de Médecine Interne.

Patients et méthode : il s'agissait d'une étude transversale et rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021 dans le service de médecine interne à Abidjan. Elle a porté sur les dossiers de patients âgés de 65 ans révolus qui présentaient un coma non traumatique.

Résultats : Durant la période d'étude, les sujets âgés de 65 ans et plus étaient au nombre de 130 soit une prévalence de 22,8%. Le sex-ratio était de 0,8 et l'âge moyen de 73,4 ans. Les antécédents ont été dominés par l'HTA (74,6%) et le diabète (24,6%). Les étiologies des comas étaient dominées par les origines vasculaires (56,2%) et les causes métaboliques (27,7%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,9 jours. Le taux de mortalité était de 33,1%.

Conclusion : Les comas non traumatiques chez le sujet âgé dans un service de médecine interne dominée par les origines vasculaires et les origines métaboliques. Leur pronostic est grevé par une forte mortalité.

Mots clés : coma - non traumatique - sujets âgés - Médecine interne.

Summary

Introduction: non-traumatic comas should be hospitalized in intensive care, especially for frail elderly people. But several factors can limit their admission to these services, leading to their presence in other services. Also, few studies are dedicated to it. The objective of our study was therefore to study coma in an Internal Medicine department.

Patients et method: This was a cross-sectional and retrospective study with a descriptive aim which took place from January 1, 2017 to December 31, 2021 in the internal medicine department in Abidjan. It focused on the files of patients aged over 65 who presented with a non-traumatic coma.

Results: During the study period, there were 130 subjects aged 65 and over, representing a prevalence of 22.8%. The sex ratio of 0.8 and the average age of 73.4 years. The antecedents were dominated by hypertension (74.6%) and diabetes (24.6%). The etiologies of comas were dominated by vascular origins (56.2%) and metabolic causes (27.7%). The average length of hospitalization was 9.9 days. The mortality rate was 33.1%.

Conclusion: non-traumatic comas in the elderly in an internal medicine department dominated by vascular origins and metabolic origins. Their prognosis is burdened by high mortality.

Keywords: coma - non-traumatic - elderly people - Internal medicine



Introduction

Le coma est défini par une altération profonde et durable de la conscience et de la vigilance, non réversible par des stimulations nociceptives extérieures [1]. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique [2] car le patient comateux peut évoluer soit vers la mort cérébrale, soit vers un état végétatif, ou soit vers une récupération de conscience rapide [3]. Ces malades comateux devraient à priori être hospitalisés dans les soins intensifs [4]. Cependant, au regard de la littérature, plusieurs facteurs peuvent limiter leur admission dans les services de réanimation, notamment le nombre de places limitées et aussi l'âge qui est un facteur indépendant de refus pour les patients de plus de 65 ans. Alors que le vieillissement de la population générale et l'augmentation du nombre de personnes âgées a un impact majeur sur la fréquentation des services de réanimation [4]. Une bonne partie de ces patients sont donc hospitalisés dans d'autres services notamment en médecine interne. L'objectif de notre étude était donc d'étudier le coma dans un service de Médecine Interne afin d'en améliorer la prise en charge.

Patient et méthodes

Patients

Il s'est agi d'une étude transversale et rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021 (soit une période de 4 ans) dans le service de médecine interne A du CHU de Treichville. La population d'étude a été représentée par les dossiers de patients des deux sexes, âgés de moins de 65 ans admis durant la période d'étude pour un coma non traumatique. Les dossiers de patients présentant un coma non traumatique remplissant les critères d'âge mais qui étaient inexploitable n'ont pas été inclus, de même que les patients ayant reçu un sédatif à l'admission et qui en ont émergés après l'effet du sédatif. Le diagnostic de coma a été posé à partir de l'échelle de Glasgow avec un score inférieur ou égal à 8.

Méthodes

Le recueil des informations s'est basé sur un questionnaire rempli à partir des données recueillies dans le dossier médical de chaque patient. Ce questionnaire a comporté des items permettant de retenir le diagnostic de coma.

Les variables de l'étude ont été les données démographiques (âge et sexe), cliniques (mode d'admission, motifs d'hospitalisation, les antécédents pathologiques et les facteurs de risque), biologiques (données de l'hémogramme, la glycémie, l'urée, la créatinine), de l'imagerie, le diagnostic retenu et les caractères évolutifs.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-info 7. Les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyenne avec l'écart-type et les valeurs extrêmes. Les variables qualitatives sont présentées sous forme de proportion. Les tableaux et graphiques ont été faits à l'aide des logiciels Word et Excel 2013.

Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'accord des chefs du service de consultation et de Médecine Interne, et celle de la Direction Médicale et Scientifique du CHU de Treichville.

Résultats

Durant la période d'étude, le service a accueilli 6655 patients parmi lesquels nous avons dénombré 571 patients présentant un coma non traumatique (8,6%). Parmi ces patients, les sujets âgés de 65 ans et plus étaient au nombre de 130 soit une prévalence de 22,8%. Il y avait 72 femmes et 58 hommes soit un sex-ratio de 0,8. L'âge moyen était de 73,4 ans. La tranche d'âge de 65 à 69 ans (36,9%) et celle de 70 à 74 ans (23,1%) étaient dominante. Les antécédents ont été dominés par l'HTA (74,6%) et le diabète (24,6%). Les étiologies des comas étaient dominées par les origines vasculaires (56,2%) notamment les AVC ischémique et hémorragique qui représentaient respectivement 52,1% et 31,5% des cas. Venait ensuite les causes métaboliques (27,7%) diversement représentées dominées par l'encéphalopathie hépatique (33,3%) et l'acidocétose diabétique (30,6%). Les causes infectieuses étaient essentiellement représentées par les méningites bactériennes avec une fréquence de 53% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,9 jours +/- 7,4 jours avec des extrêmes de 1 et 45 jours. Nous avons enregistré 43 décès parmi les 130 patients âgés de 65 ans révolus comateux, soit un taux de mortalité de 33,1%



Tableau I : répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Proportions
65-69	48	36,9
70-74	30	23,1
75-79	24	18,5
80-84	16	12,3
85 et plus	12	09,2
Total	130	100

Tableau II : répartition des patients selon les antécédents ou terrain des patients

Antécédents/Terrain	Effectifs	Proportions
HTA	97	74,6
Diabète sucré	32	24,6
AVC	24	18,5
Ethylisme chronique	10	07,7
Cardiopathies	09	06,9
Tabagisme	07	05,4
Asthme	06	04,6
Infection VIH	05	03,8
UGD	04	03,1
Cancers	03	02,3
Zona	03	02,3
HVB	02	01,5
Arthrose	02	01,5
Cirrhose	02	01,5
Hernie discale	02	01,5
Maladie d'Alzheimer	01	00,8
Neuropathie périphérique	01	00,8



Tableau III : répartition des patients selon le mode d'installation, les motifs d'admission et la sévérité du coma

	Effectifs	Proportions
Mode d'installation (n=130)		
Brutal	75	57,7
Progressif	55	42,3
Motif d'admission (n=130)		
Trouble de la conscience	102	78,5
Trouble de la conscience avec déficit moteur	13	10
Trouble de la conscience avec convulsion	15	11,5
score de Glasgow (n=130)		
7 à 6	29	22,3
5 à 3	101	77,7

HTA : Hypertension artérielle

AVC : Accident vasculaire cérébral

HVB : Hépatite virale B

UGD : Ulcère gastro-duodénal

Tableau IV : répartition des patients selon les étiologies

Aspect étiologique	Effectifs et proportions par causes (n = 130)	Effectifs et proportions (n = 130)	
Causes vasculaires n=73 (56,2%)	AVC ischémique	38/73 (52,1%)	38 (29,2%)
	AVC hémorragique	23/73 (31,5%)	23 (17,7%)
	Encéphalopathie hypertensive	10/73 (13,7%)	10 (07,7%)
	Hémorragie méningée	02/73 (02,7%)	02 (01,5%)
Causes métaboliques n=36 (27,7%)	Encéphalopathie hépatique	12/36 (33,3%)	12 (09,2%)
	Acidocétose diabétique	11/36 (30,6%)	11 (08,5%)
	Coma urémique	06/36 (16,7%)	06 (04,6%)
	Hypoglycémie	04/36 (11,1%)	04 (03,1%)
	Hyponatrémie sévère	03/36 (08,3%)	03 (02,3%)
Causes infectieuses n=17 (13,1%)	Méningite bactérienne	09/17 (53%)	09 (06,9%)
	Neuropaludisme	05/17 (29,4%)	05 (03,8%)
	Toxoplasmose	03/17 (17,6%)	03 (02,3%)
Cause endocrinienne		01 (00,8%)	
Cause tumorale		01 (00,8%)	
Causes inconnues		02 (01,5%)	



Tableau V : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et l'évolution

	Jours	Proportions (%)
Durée d'hospitalisation		
Moins de 2 jours	04	03,1
3 à 7 jours	51	39,2
8 à 14 jours	32	24,7
15 à 21 jours	18	13,8
22 à 28 jours	07	05,4
Plus 28 jours	18	13,8
Evolution		
	Effectifs	Proportions (%)
Décédés	43	33,1
Non décédés	87	66,9

Tableau VI : répartition des patients selon la mortalité

Causes de la mortalité (n = 130)	Létalité	Mortalité par causes	Proportion sur l'ensemble de la mortalité
Origine vasculaire (n = 73)		13/73 (17,8%)	13/43 (30,2%)
AVC hémorragiques	08/23 (34,8%)	08/73 (11,0%)	08/43 (18,6%)
AVC ischémiques	04/38 (10,5%)	04/73 (05,5%)	04/43 (09,3%)
Hémorragie méningée	01/02 (50,0%)	01/73 (01,4%)	01/43 (02,3%)
Encéphalopathie hypertensive	00/10 (00,0%)	00/73 (00,0%)	00/43 (00,0%)
Origine métabolique (n = 36)		19/36 (52,8%)	19/43 (44,2%)
Encéphalopathie hépatique	09/12 (75,0%)	09/36 (25,0%)	09/43 (20,9%)
Coma urémique	06/06 (100%)	06/36 (16,7%)	06/43 (14,0%)
Acidocétose diabétique	03/11 (27,3%)	03/36 (08,3%)	03/43 (07,0%)
Hyponatrémie sévère	01/03 (33,3%)	01/36 (02,8%)	01/43 (02,3%)
Hypoglycémie	00/04 (00,0%)	00/36 (00,0%)	00/43 (00,0%)
Origine infectieuse (n = 17)		07/17 (41,2%)	07/43 (16,3%)
Toxoplasmose cérébrale sur VIH	03/03 (100%)	03/17 (17,6%)	03/43 (07,0%)
Méningite bactérienne	02/09 (22,2%)	02/17 (11,8%)	02/43 (04,7%)
Neuropaludisme	02/05 (40,0%)	02/17 (11,8%)	02/43 (04,7%)
Autres origines (n = 04)		04/04 (100%)	04/43 (09,3%)
Inconnue	02/02 (100%)	02/04 (50%)	02/43 (04,7%)
Tumeur cérébrale	01/01 (100%)	01/04 (25%)	01/43 (02,3%)
Endocrinienne	01/01 (100%)	01/04 (25%)	01/43 (02,3%)

Discussion

Cette étude avait comme objectif principal d'étudier le coma dans un service de Médecine Interne afin d'en améliorer la prise en charge. Cependant, dans la littérature nous avons rencontré des difficultés liées à un manque de données comparatives, car il existe très peu d'études abordant le sujet des comas non traumatiques chez le sujet âgé.

Les comas non traumatiques peuvent se rencontrer presque dans tous les départements de la médecine avec une épidémiologie qui est propre à chaque

département. Mais cette épidémiologie peut être aussi en rapport avec la situation socio-économique des patients [1]. Ainsi en Réanimation Dembélé a trouvé une fréquence de 25,6% de comas non traumatiques. MAPOURE et al. ont trouvé en soins intensif de neurologie du CHU FANN de Dakar environ 49% de comas non traumatiques [1]. Dans notre étude cette prévalence était seulement de 8,6% dans le service de médecine interne et la proportion des sujets âgés de 65 ans et plus en étaient de 22,8%. Les changements physiologiques induits par l'âge ont



tendance à fragiliser les personnes âgées, augmentent le niveau de consommation de soins [5] et s'accompagne donc d'une prévalence plus élevée des maladies chroniques et donc de polyopathologies [6]. La médecine interne étant une spécialité médicale transversale prenant en charge de façon globale les pathologies de l'adulte [7] ; notamment les cas de polyopathologies et les diagnostics difficiles, est donc bien indiquée pour prendre en charge le sujet âgé.

La cause d'un coma en est le principal déterminant pronostique car il s'agit d'un état critique pouvant conduire à la mort si la gestion n'est pas adéquate et précoce. Les informations de l'examen clinique et des examens paracliniques (électrophysiologie, imagerie, biologie) doivent donc impérativement être interprétées selon le contexte étiologique [1]. Une méta-analyse de 14 études réalisée par HORSTING et al. en 2015 sur les comas non traumatiques avait montré que les causes les plus rencontrées étaient les accidents vasculaires cérébraux (6 à 54%), l'anoxie (3 à 42%), les intoxications (1 à 39%) et les causes métaboliques (1 à 29%) [8]. Dans notre étude, les causes étaient également dominées par les origines vasculaires (56,2%), notamment les AVC ischémiques (29,2%) suivies des causes métaboliques (27,7%) et des causes infectieuses (13,1%). Le même constat est fait chez DIANGO, qui a mené une étude du coma chez le sujet âgé en réanimation et qui a trouvé majoritairement un accident vasculaire cérébral (46%) suivi du coma d'origine métabolique (28%) [5]. La prédominance des causes cardiovasculaires pourrait s'expliquer par la fréquence de certains facteurs de risque dans la population ivoirienne, tels que l'hypertension et le diabète qui sont des problèmes majeurs de santé publique de par leur prévalence élevée [9, 10]. Ailleurs, la fragilité du sujet âgé qui se caractérise par diverses manifestations dont la sarcopénie, le ralentissement de la marche, la diminution de l'énergie, la réduction des activités physiques et la perte de poids involontaire, favorise la sédentarité chez le sujet âgé [11].

Les causes métaboliques étaient diverses dominées par l'encéphalopathie hépatique (33,3%) et l'acidocétose diabétique (30,6%). L'encéphalopathie hépatique qui est une complication des hépatopathies a une expression clinique assez variable allant de simples troubles des fonctions supérieures à un coma profond responsable de décès [12] surtout sur ce terrain souvent fragilisé par divers facteurs chez le sujet âgé. En effet, selon BATAIX et al., le pronostic d'encéphalopathie hépatique est mauvais avec 74% des patients cirrhotiques développant un premier épisode d'encéphalopathie hépatique qui

décèdent et 80% des cirrhotiques qui décèdent au cours de la première année qui suit le premier épisode d'encéphalopathie hépatique [12].

Selon LOKROU et al. en 2021, l'un des problèmes cruciaux du diabète en Côte d'Ivoire semble lié à la prévalence élevée des complications évolutives ; mais aussi l'incidence des complications métaboliques aiguës. En effet, la précarité de l'équilibre métabolique des patients diabétiques, favorise chez ceux-ci, la survenue de complications comme l'acidocétose dont la mortalité reste encore élevée [13].

Le coma urémique a aussi été rapporté dans la littérature, notamment par OWOLABI [14] qui a trouvé 10,3% et BALAKA au Togo qui a rapporté une proportion de 14,1% [15]. Le coma urémique est l'aboutissement de nombreuses affections observées chez le patient âgé telle que l'HTA, le diabète et les urethéro-néphroses par obstacle notamment les tumeurs chez l'homme [16]. En effet, cette toxicité urémique comporte de multiples désordres plus ou moins proportionnels à la réduction du débit de filtration glomérulaire. Le traitement de la toxicité urémique est essentiellement basé sur la dialyse [17]. Mais dans notre contexte où des facteurs tels que la pauvreté et les services limités de dialyse rénale limitent l'accès au service d'hémodialyse grevant le pronostic [18].

Les causes infectieuses des comas non traumatiques sont également notées dans la plupart des études [1, 5, 14, 19]. Cependant, elles ne semblent pas être une cause prédominante dans ces études, en effet dans notre étude, les causes infectieuses étaient aussi notées (13,1%), dominées par les méningites bactériennes (53%). Ailleurs, DIANGO dans une étude sur les comas non traumatiques du sujet âgé, a rapporté une prévalence de 9% pour les causes infectieuses [5].

Conclusion

Les comas non traumatiques chez le sujet âgé sont une réalité dans nos services de médecine en Afrique, u-égard aux services clés pour leur prise en charge qui sont limités dans le nombre de places disponibles. Les étiologies sont dominées par les origines vasculaires et métaboliques. Le pronostic est grevé par une forte mortalité.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.



REFERENCES

1. Sissoko AS, Bagayoko I, Cissé MAC et al. Profil Épidémioclinique des Comas non Traumatiques au Service des Urgences de l'Hôpital du Mali. *Health Sci. Dis* 2023, 24(6) : 107-111
2. Hermann B, Simony M, Rohaut B. Troubles de la conscience, coma. <https://www.em-consulte.com/article/1580563>. Consulté le 14/08/2023
3. Thonnard M, Boly M, Bruno MA et al. La neuro-imagerie : un outil diagnostique des états de conscience altérée-Imagerie et cognition. *Médecine/sciences* 2011, 27(1) : 77-81
4. Guidet B, Boumendil A, Garrouste-Orgeas M et al. Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux. *Réanimation* 2008, 17(8) : 790-801
5. Diango D, Moghomaye M, Maiga Y et al. Coma in the elderly: Etiological factors, management, and prognosis in the department of anesthesia and intensive care. *Anesthesia, Essays and Researches* 2011, 5(2) : 153-157
6. Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Saint-Gaudens P. Éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? *Santé Education* 2014, 135(8) : 13-17
7. Kane BS, Diop MM, Djiba B et al. La Médecine interne pour le Grand public. *Revue Africaine de Médecine Interne* 2019, 6(1-3) : 7-8
8. Rafanomezantsoa TA, Welson J, Tohaina DV et al. Troubles de la conscience au service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Analakininina, Toamasina, Madagascar. *Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol*, 2023 : 32-34
9. Akré DST, Obouayeba AP, Koffi AE et al. Évaluation des facteurs de risques du diabète chez les patients diabétiques au centre hospitalier régional de Daloa, Côte d'Ivoire. *Journal of Applied Biosciences* 2021, 168(1) : 17436-17446
10. Koffi J, Konin C, Gnaba A et al. Intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'observance du traitement antihypertenseur chez le noir Africain. In : *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. Elsevier Masson, 2018 : 9-13
11. Faya-robles A. La personne âgée « fragile ». La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux. *Anthropologie & Santé*, 2018, 17 <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.4143>
12. Yao-Bathaix MF, Anzouan Kissi YH, Doffou S, Bangoura AD. Facteurs déclenchant de l'encéphalopathie hépatique au sein d'une population de patients cirrhotiques en côte d'ivoire. *Rev int sc méd*, 2011, 13(3) : 26-29.
13. Lokrou AL. Contribution au diagnostic et à la prise en charge du diabète sucré en Côte d'Ivoire. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2021, 205(6) : 566-573
14. Owolabi LF, Mohammed AD, Dalhat MM et al. Factors associated with death and predictors of 1-month mortality in nontraumatic coma in a tertiary hospital in Northwestern Nigeria. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 2013, 17(4) : 219-223
15. Balaka A, Tchamdja T, Djalogue L et al. Comas non traumatiques chez l'adulte à l'Unité de soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio : à propos de 484 cas. *Revue Africaine de Médecine Interne* 2023, 10(1-2) : 46-53
16. Coscelli C, Lostia S, Lunetta M, Nosari I, Coronel GA. Safety, efficacy, acceptability of a pre-filled insulin pen in diabetic patients over 60 years old. *Diabetes Res Clin Pract* 1995, 28: 173-177
17. Meyrier A. Physiopathologie de l'urémie chronique. EMC Néphrologie. 1997. Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. https://www.em-consulte.com/article/22632/physiopathologie-de-l-uremie-chronique?OWASP-CSRF_TOKEN=JKKM-F41Y-T7SA-MP9O-AW8Y-SNNQ-1F6C-FS44
18. Obiako OR, Oparah S, Ogunniyi A et al. Causes of medical coma in adult patients at the University College Hospital, Ibadan Nigeria. *Niger Postgrad Med J*, 2011, 18(1) : 1-7
19. Kafle DR, Sah RP, Karki DR. Non traumatic coma in the intensive care unit: etiology and prognosis. *Kathmandu University Medical Journal* 2021, 19(3) : 371-374