UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

****

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2019 **N° 08**

APPORT DE LA TOMODENSITOMETRIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES A.V.C. A L'HOPITAL REGIONAL DE OUROSSOGUI

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (D.E.S) EN RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 30 / 01 / 2019

PAR

Dr Nkherany Ould MOHAMADOU

Né le 10 Juin 1979 à CHINGUITTI (Mauritanie)

MEMBRES DU JURY

Président :	**M.**	**El Hadji**	**NIANG**	**Professeur Titulaire**
Membres :	**M.**	**Kamadore**	**TOURE**	**Professeur Titulaire**
	Mme	**Aissata**	**LY BA**	**Maître de Conférences Agrégé**
Directeur de mémoire :	**M.**	**El Hadji**	**NIANG**	**Professeur Titulaire**
Co-Directeur de mémoire :	**M.**	**Nfally**	**BADJI**	**Assistant**

DEDICACES

« Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

Louange à Allah, Seigneur de l'univers.

Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux,

Maître du Jour de la rétribution.

C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours.

Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que Tu as comblé de faveurs,

non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés. »

Sourate Al-Fatiha, Le Noble Coran.

ALLAH, le Créateur, l'Omniscient, le Miséricordieux

Loin de mon pays, de ma famille, Tu as toujours pris soin de moi. Tous les jours, Tu devances chacun de mes pas, et me fais franchir tous les obstacles que je rencontre. Je n'ai jamais été seule car Tu as toujours été à mes côtés. Tu m'as fait grandir, Tu m'as élevée, Je Te rends grâce pour tous tes bienfaits. Que ton nom soit à jamais glorifié.

Je dédie ce mémoire

A tous ceux qui m'ont prodigué le savoir ;

En Mauritanie

Mon pays natal où mes racines sont profondément ancrées.

Au Sénégal

Ma seconde patrie ; pays de la Teranga et de la chaleur humaine, où j'ai eu cette chance pour réaliser mon plus beau rêve.

A chers parents

J'espère que ce modeste travail qui n'est que le couronnement de vos sacrifices et de vos inlassables efforts soit le faible témoignage de mon amour profond, de mon estime, de mon attachement et de ma reconnaissance infinie.

A mes Sœurs et mes frères

Vous êtes loin mais vos encouragements m'ont toujours poussé vers l'avant.

Veuillez trouver ici l'expression de mon amour et gratitude.

A ma famille paternelle et maternelle

Merci pour vos encouragements.

Que ce travail soit l'expression de ma grande affection et attachement.

A mon groupe de travail

Dr Emma NSIA REGENE et Dr Aldiouma Djibril NIANG

AUX PERSONNELS DE SERVICE DE RADIOLOGIE AU CHR D OURSSOGUI

Dr Am YOUSSOUFA, Ab AW, H SY et M DIABI et M SOW

A tous mes amis

Merci beaucoup pour votre soutient et votre amabilité.

Que ce travail soit le témoignage de mon grand attachement.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître, Président de Jury et Directeur de mémoire
Le Professeur ELHADJI NIANG

Cher maitre,

Nous avons eu le privilège de travailler parmi votre équipe et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de votre encadrement méthodique durant ces années.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves, et espérons être dignes de la confiance que vous avez placée en nous.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

Monsieur le professeur Kamadore TOURE
Professeur titulaire

Cher maître,

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre goût pour le travail bien fait ont forcé notre admiration.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère et profond respect.

Madame le professeur Aissata LY BA
Professeur agrégé

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Nous avons bénéficié de votre enseignement tout au long de notre cursus.

Vos qualités professionnelles et humaines ont suscité toute notre admiration.

Nous sommes certains que le jugement que vous porterez sur ce travail nous sera d'un grand bénéfice.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère et profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A.CHOR.ANT	: artère choroïdienne antérieure
ACA	: artère cérébrale antérieure
ACMp	: artère cérébrale moyenne profonde
ACMs	: artère cérébrale moyenne superficielle
ACP	: artère cérébrale postérieure
AEC	: altération de l'état de conscience
AVC	: accident vasculaire cérébral
AVCH	: accident vasculaire cérébral hémorragique
AVCI	: accident vasculaire cérébral ischémique
F	: femme
H	: heure
HTA	: hypertension artérielle
IRM	: imagerie par résonnance magnétique
M	: masculin
mm	: millimètre
OM	: orbito-méatal
PDC	: produit de contraste
PDCI	: produit de contraste iodé
TDM	: tomodensitométrie

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon l'âge 6
Figure 2 : Répartition des patients selon les antécédents 7
Figure 3: Répartition des patients selon l'indication a la TDM. 7
Figure 4: Répartition selon le mécanisme des AVC 12
Figure 5: Répartition selon les territoires vasculaires des AVCI 12
Figure 6: Répartition des AVCH selon la topographie 13
Figure 7: Répartition des AVC selon de genre 14
Figure 8: Répartition selon des AVC selon l'âge 14
Figure 9 : AVCI aigue dans le territoire de la sylvienne gauche 15
Figure 10: AVCI d'allure aigue dans le territoire superficiel de l'artère sylvienne gaucche. 16
Figure 11: AVCI aigu dans le territoire total de la sylvienne gauche 17
Figure 12: AVCI aigu dans le territoire superficiel de l'artère sylvienne bilatérale et cérébrale antérieure gauche. 18
Figure 13 : AVCI dans le territoire profond de la sylvienne gauche. 19
Figure 14 : AVCI dans le territoire jonctionnel postreiue gauche 20
Figure 15: AVCH Thalamique gauche 21
Figure 16: AVCH capsulo-lenticulaire droit 22
Figure 17: AVCH Thalamique gauche 23
Figure 18: AVCH Lobaire parietal gauche 24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le genre 6
Tableau II : Délais entre l'installation et l'admission 11
Tableau III : Délais entre l'admission et la réalisation 11
Tableau IV : Délais entre l'installation et la réalisation 11
Tableau V : Répartition des patients selon les signes associés 13

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1
I. **MATEREILS T METHODES** 5
I.1. Etude 5
I.1.1.Type et période d'étude 5
I.1.2. Cadre de l'étude 5
I.1.3. Population d'étude 5
I.1.3.1. Critères d'inclusion 5
I.1.3.2. Nombre 5
I.1.3.3. Age 5
I.1.3.4. Genre 6
I.1.3.5. Facteurs de risques cardiovasculaires 6
I.1.3.6. Indication de l'examen tomodensitométrique 7
I.2. Matériels 8
I.2.1. Matériels 8
I.2.2. Condition de réalisation de l'examen 8
I.3. Paramètres étudies 8
I.4. Analyse statistique 9
II. **RESULTATS** 11
II.1. Délais entre l'installation du déficit et l'admission et la réalisation 11
II.1.1. Délais entre l'installation et l'admission 11
II.1.2. Délais entre l'admission et la réalisation 11
II.1.3. Délais entre l'installation et la réalisation 11
II.2. Répartition selon le type d'AVC 12
II.3. Répartition des AVCI selon les territoires vasculaires 12

II.4. Répartition des AVCH selon la topographie 13
II.5. les signes associes 13
II.6. Rapport entre le type d'AVC et le genre 13
II.7. Rapport entre le type d'AVC et l'âge 14
III. **DISCUSSION**..... 26
III.1. Délais entre l'installation du déficit et l'admission et la réalisation 26
III1.1. Délais entre l'installation et l'admission 26
III.1.2. Délais entre l'admission et la réalisation 27
III.1.3. Délais entre l'installation et la réalisation 27
III.2. Répartition selon le type d'AVC 28
III.3. Répartition des AVCI selon les territoires vasculaires 29
III.4. Répartition des AVCH selon la topographie 29
III.5. Les signes associes 31
III.6. Rapport entre le type d'AVC et le genre 31
III.7. Rapport entre le type d'AVC et l'âge 33
CONCLUSION..... 34
REFERENCES..... 34
ANNEXE

INTRODUCTION

Introduction

Selon l'OMS, un AVC est un déficit neurologique d'installation « rapide », durant plus de 24h, lié à une dysfonction cérébrale focale ou globale, pouvant être mortelle dont la cause apparente est vasculaire (37).

Les AVC sont en rapport avec soit à une interruption brutale de la vascularisation dans un territoire cérébral (AVCI), soit à une rupture d'un vaisseau (AVCH). [29]

C'est une pathologie fréquente, grave et la première cause de handicap acquis et troisième cause de mortalité de l'adulte dans le monde. Elle pose un véritable problème de santé publique surtout en Afrique subsaharienne avec une mortalité et une morbidité supérieure à celle des pays développés [37].

Au Sénégal, les AVC sont au premier rang des affections neurologiques et responsables de 2\3 de la mortalité dans le service de neurologie à DAKAR [6,17]. Ils sont caractérisés par la précocité de leur survenue et la prépondérance de l'hypertension artérielle parmi les facteurs de risque cardio-vasculaire [39].

En Afrique subsaharienne, les AVC sont dominés par des infarctus cérébraux (AVCI) compris dans une fourchette de 63,3% à 84,7%, avec une multiplicité des facteurs de risque d'où l'importance d'une meilleure prise en charge ainsi que la sensibilisation de la population en ce qui concerne l'intérêt d'une bonne hygiène de vie [7,37].

Malgré le progrès remarquable noté dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des AVC ces dernières années, la majorité des patients victimes des AVC ne sont pas diagnostiques dans le temps compatible au délai idéal pour une meilleure PEC, ce qui alourdit le pronostic [12,14].

Avec l'avènement de la tomodensitométrie dans les principales régions du Sénégal, qui est devenue un outil incontournable dans le diagnostic des AVC et l'absence d'une étude sur cette pathologie au niveau du CHR de Ourossogui (MATAM), ce qui nous a incité à faire ce travail avec les objectifs suivants :

- Objectif général :

- Déterminer l'apport du scanner cérébral dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à l'Hôpital Régional d OUROSSOGUI.

- Objectifs spécifiques :

- Apprécier les délais entre les premiers symptômes d'un accident vasculaire cérébral, L'admission et la réalisation du scanner.
- Décrire les aspects scannographiques des AVC.

MATERIELS ET METHODES

I. MATEREILS T METHODES

I.1. Etude

I.1.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive, réalisée sur une période de six mois allant du 2 mars au 2 septembre 2018.

I.1.2. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au service de radiologie et d'imagerie médicale de l'hôpital régional de Ourossogui, senegal.

I.1.3. Population d'étude

I.1.3.1. Critères d'inclusion

L'étude a porté sur tous les patients ayant bénéficié d'un scanner cérébral durant la période d'étude avec une suspicion clinique d'un AVC et une confirmation scannographique.

I.1.3.2. Nombre

Nous avons retenu 91 patients durant notre période d'étude.

I.1.3.3. Age

L'âge moyen des patients était de 62 ans avec un écart type de 16 et des extrêmes de 20 ans et 90 ans.

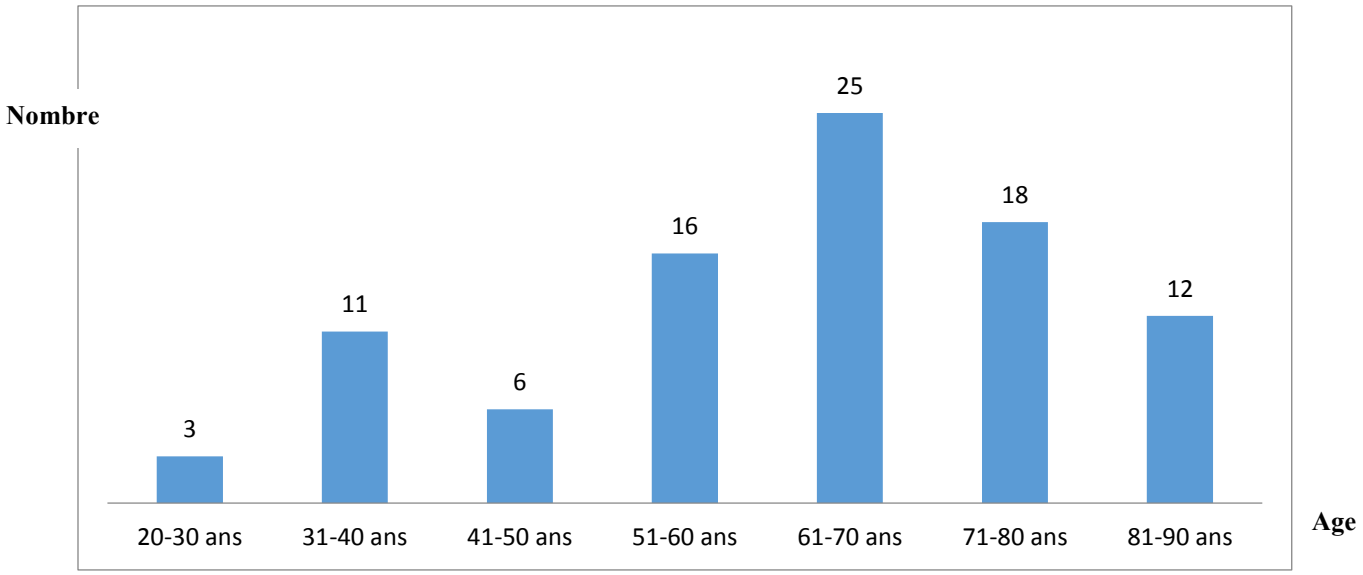

Figure 1: Répartition des patients selon l'âge

I.1.3.4. Genre

Ils s'agissent de 37 hommes et de 54 femmes soit un ratio de 1,40.

Tableau I : Répartition des patients selon le genre

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
M	37	41 %
F	54	59 %
TOTAL général	91	100 %

I.1.3.5. Facteurs de risques cardiovasculaires

Les principaux antécédents retrouves étaient **:**

- HTA : 70 patients (76.9%)
- Diabète : 10 patients (11%)
- Cardiopathie emboligéne : 13 patients (14.2%)
- Antécédents pathologiques connus : 11 patients (12.1%).

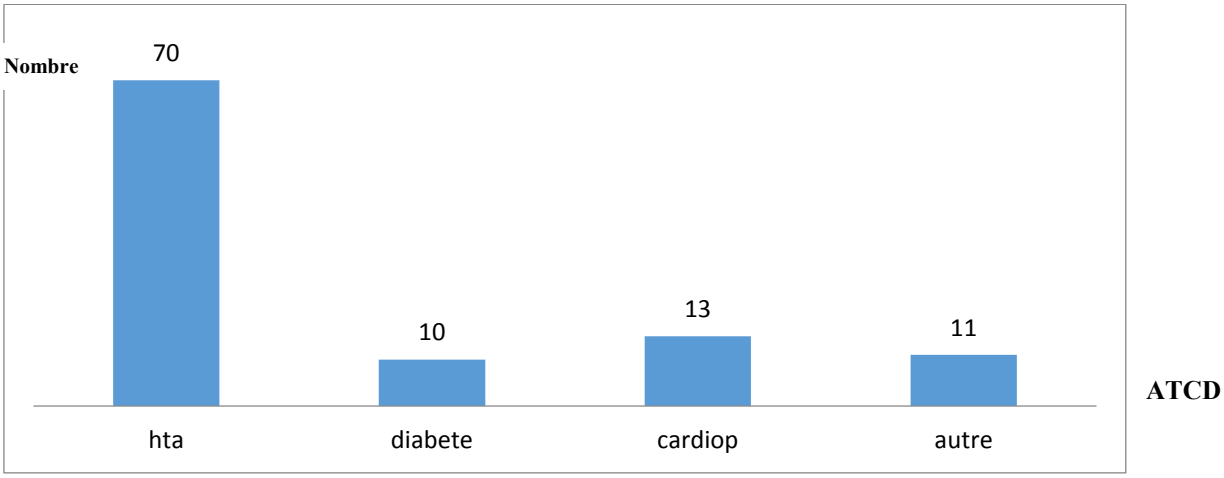

Figure 2 : Répartition des patients selon les antécédents

I.1.3.6. Indication de l'examen tomodensitométrique :

L'hémiplégie était l'indication la plus retrouvée avec une fréquence de 94.6%.

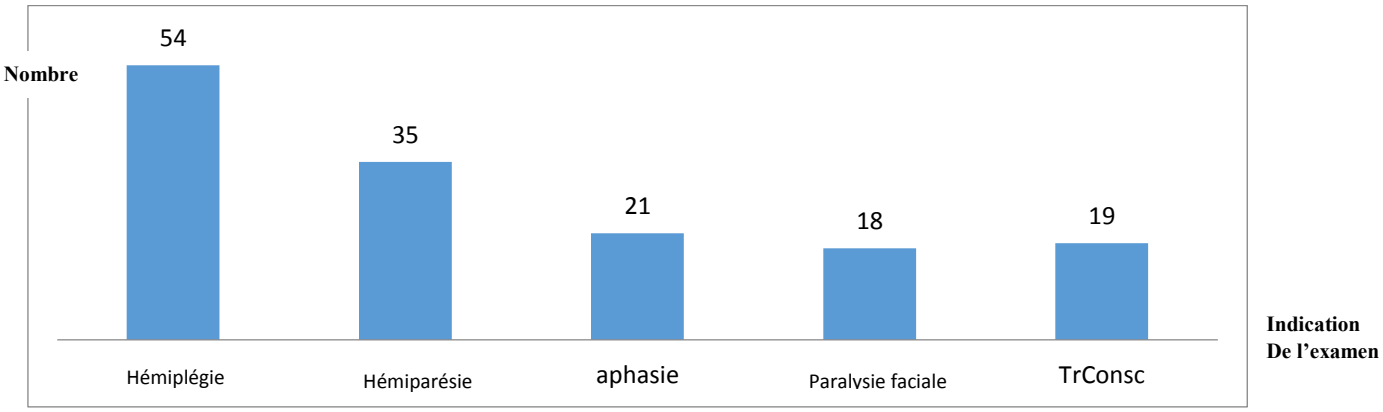

Figure 3: Répartition des patients selon l'indication au scanner.

I.2. Matériels

I.2.1. Matériels

Les acquisitions scannographiques ont été faites à l'aide d'un appareil tomodensitométrique : General Electric de 4 barrettes.

I.2.2. Condition de réalisation de l'examen

Le patient était installé en décubitus dorsal, tête positionnée dans la têtière immobilisée et bras allongés le long du corps.

Technique d'acquisition

- Coupes centrées sur le crâne allant de la base du crane au vertex, de 2.5mm d'épaisseur.
- Le patient était installé en décubitus dorsal, tête positionnée dans la têtière immobilisée et bras allongés le long du corps.
- Acquisitions réalisées sans injection de PDCI pour 91 patients.
- 6 patients ont bénéficié d'une deuxième acquisition après injection intra veineuse de PDC iodé à dose de 1 à 2cc/kg.
- Plan de référence : plan orbito-méatal (OM).
- Reconstructions axiale, coronale et sagittale.
- Lecture en fenêtre parenchymateuse.

I.3. Paramètres étudies

Nous avons étudié :

- Les délais entre la survenue de l'AVC, l'admission et la réalisation du scanner.
- La répartition selon le type d'AVC
- La répartition des AVCI selon les territoires vasculaires.
- La répartition des AVCH selon la topographie.

- Les signes associés.
- Le rapport entre le type d'AVC et le genre.
- Le rapport entre le type d'AVC et l'âge.

I.4. Analyse statistique

Nous avons collecté les données à travers une fiche préalablement établie et remplie nos bases de données.

Nous avons procédé à une correction des données en enlevant les données aberrantes.

Les résultats ont été saisis et représentés sur tableau et figure selon des caractères qualitatifs ou quantitatifs des variables sur un logiciel Excel 2013 et analysé avec le logiciel SPSS.19.

Après les paramètres étudiés nous avons effectué les tests statistiques :

- Pour vérifier les significations de notre modèle :

Nous avons effectué le test de FISHER pour vérifier la signification globale de notre étude au seuil de 5% avec comme hypothèse nulle, l'égalité des coefficients.

La p-value trouvée était de 0.01 inférieur à 0.05 rejetant de facto l'hypothèse nulle. Par conséquence notre modèle est globalement significatif.

- Le test de corrélation entre l'AVC avec l'âge et l AVC avec le genre.

RESULTATS

II. Résultats

II.1. Délais entre l'installation du déficit et l'admission et la réalisation du scanner

II.1.1. Délais entre l'installation et l'admission

Tableau II : Délais entre l'installation et l'admission

	Inf à 6 h	6 – 24 h	Sup a 24
Nombre	24	35	32
pourcentage(%)	26.4%	38.5%	35.2%

II.1.2. Délais entre l'admission et la réalisation du scanner :

Tableau III : Délais entre l'admission et la réalisation

	Inf à 6 H	6 – 24 H	Sup à 24 H
Nombre	55	15	21
Pourcentage(%)	60.4%	16.5%	23.1%

II.1.3. Délais entre l'installation et la réalisation

Tableau IV : Délais entre l'installation et la réalisation

	Inf à 6H	6-24H	Sup à 24 H
Nombre	3	43	45
Pourcentage(%)	3.3%	47.2%	49.5%

II.2. Répartition selon le type d'AVC

Nous avons trouvé une prédominance des AVCI avec une fréquence de 68% par rapport à 32% pour les AVCH.

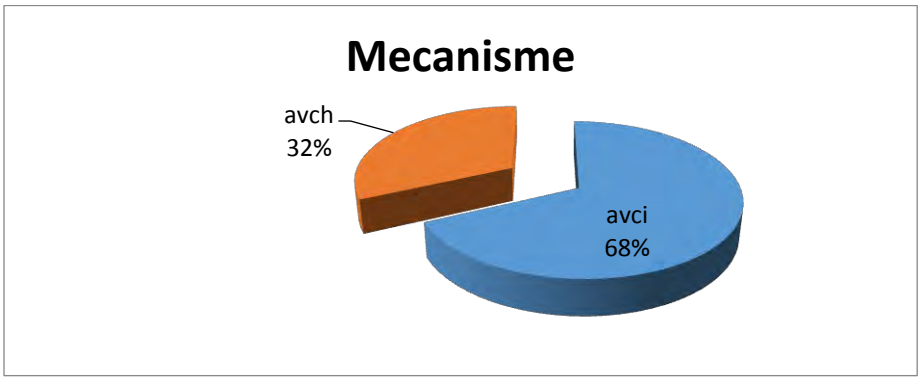

Figure 4: Répartition selon le mécanisme des AVC

II.3. Répartition des AVCI selon les territoires vasculaires

71.5% des lésions ischémiques étaient dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne.

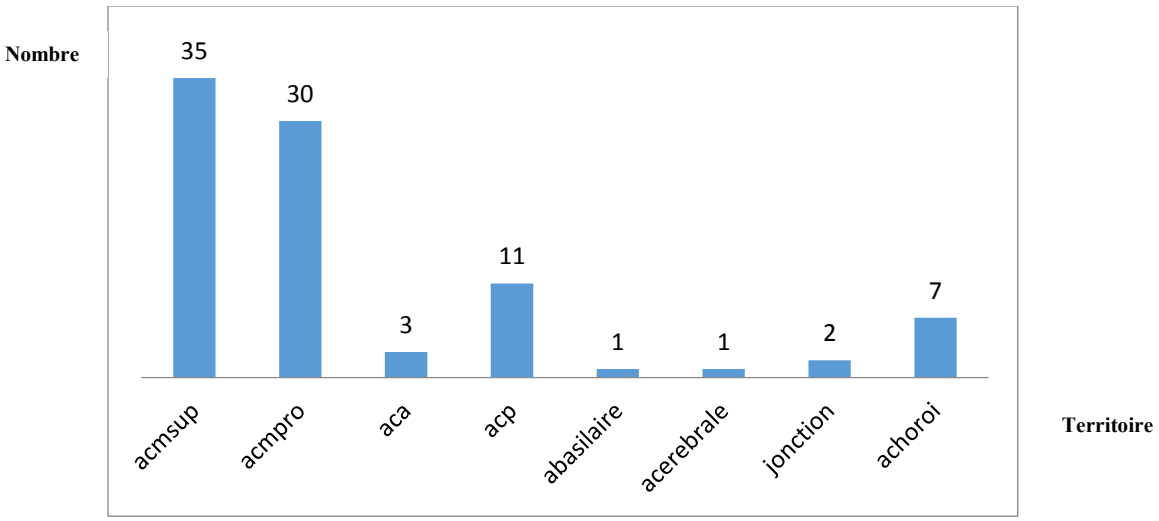

Figure 5: Répartition selon les territoires vasculaires des AVCI

II.4. Répartition des AVCH selon la topographie

Les AVCH parenchymateux étaient rapportés dans 67% des lésions hémorragiques

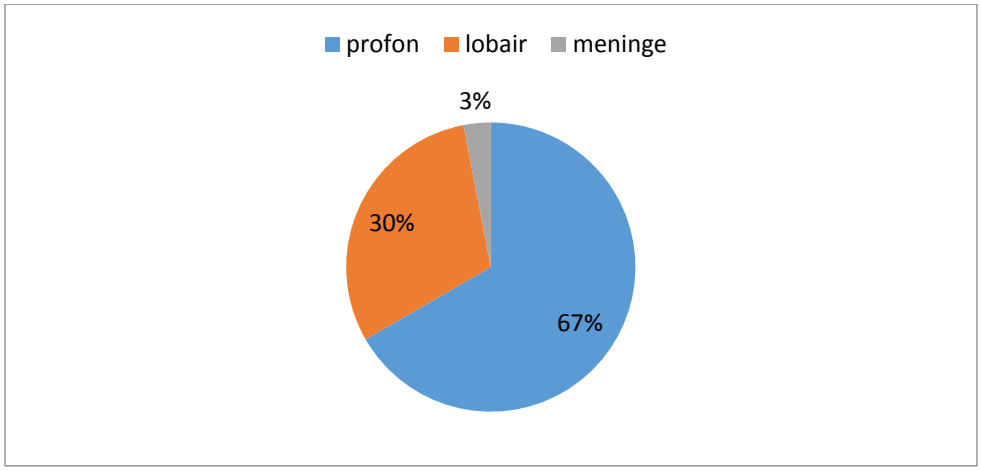

Figure 6: Répartition des AVCH selon la topographie

II.5. Les signes associés

Tableau V : Répartition des patients selon les signes associés

	Nombres	Pourcentages (%)
Engagement	11	12.08%
Inondation ventriculaire	5	5.41%
Engagement + Inondation	3	3.29%

II.6. Rapport entre le type d'AVC et le genre

Pour les AVCI : il s'agissait de 62 cas (36 femmes et 26 hommes) des AVCI, soit un genre-ratio de 1,3.

Pour les AVCH : il s'agissait de 29 cas (18 femmes et 11 hommes) des AVCH, soit un genre-ratio de 1,6.

Le coefficient de corrélation entre le genre et les AVC est de 11%.

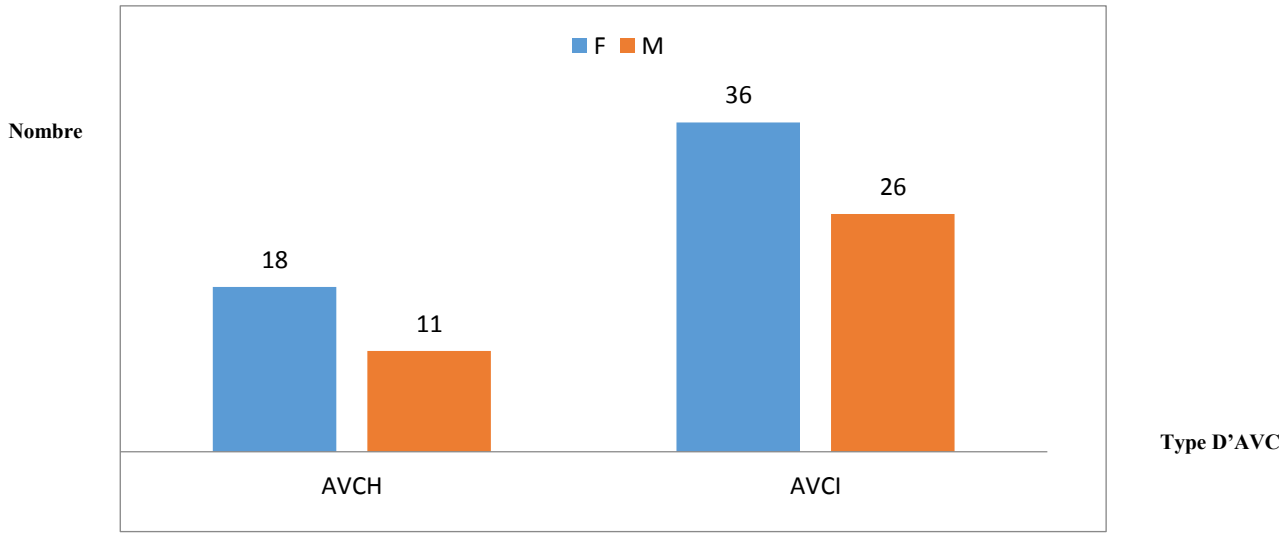

Figure 7: Répartition des AVC selon le genre

II.7. Rapport entre le type d'AVC et l'âge

L'âge moyen des patients était de 62 ans avec un écart type de 16.

60,4% (54 cas) des patients étaient âgés de plus de 60 ans.

Le coefficient de corrélation entre l'âge et les AVC est de 91%.

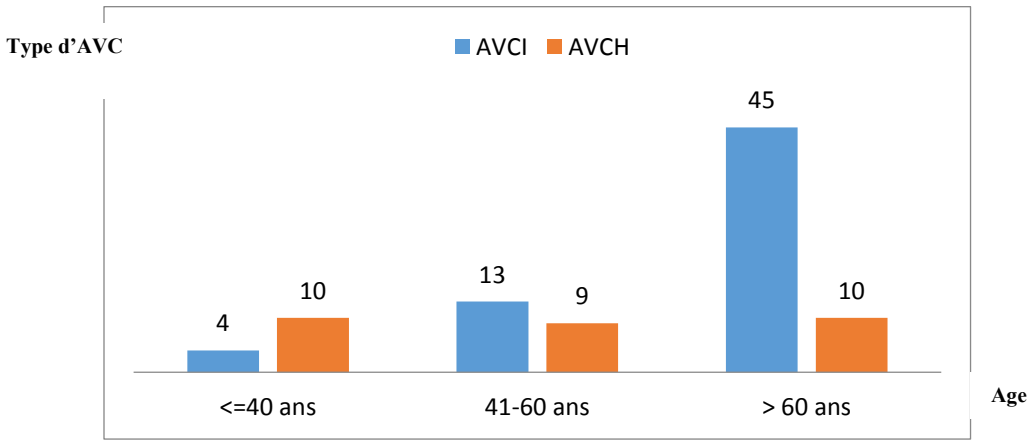

Figure 8: Répartition des AVC selon l'âge

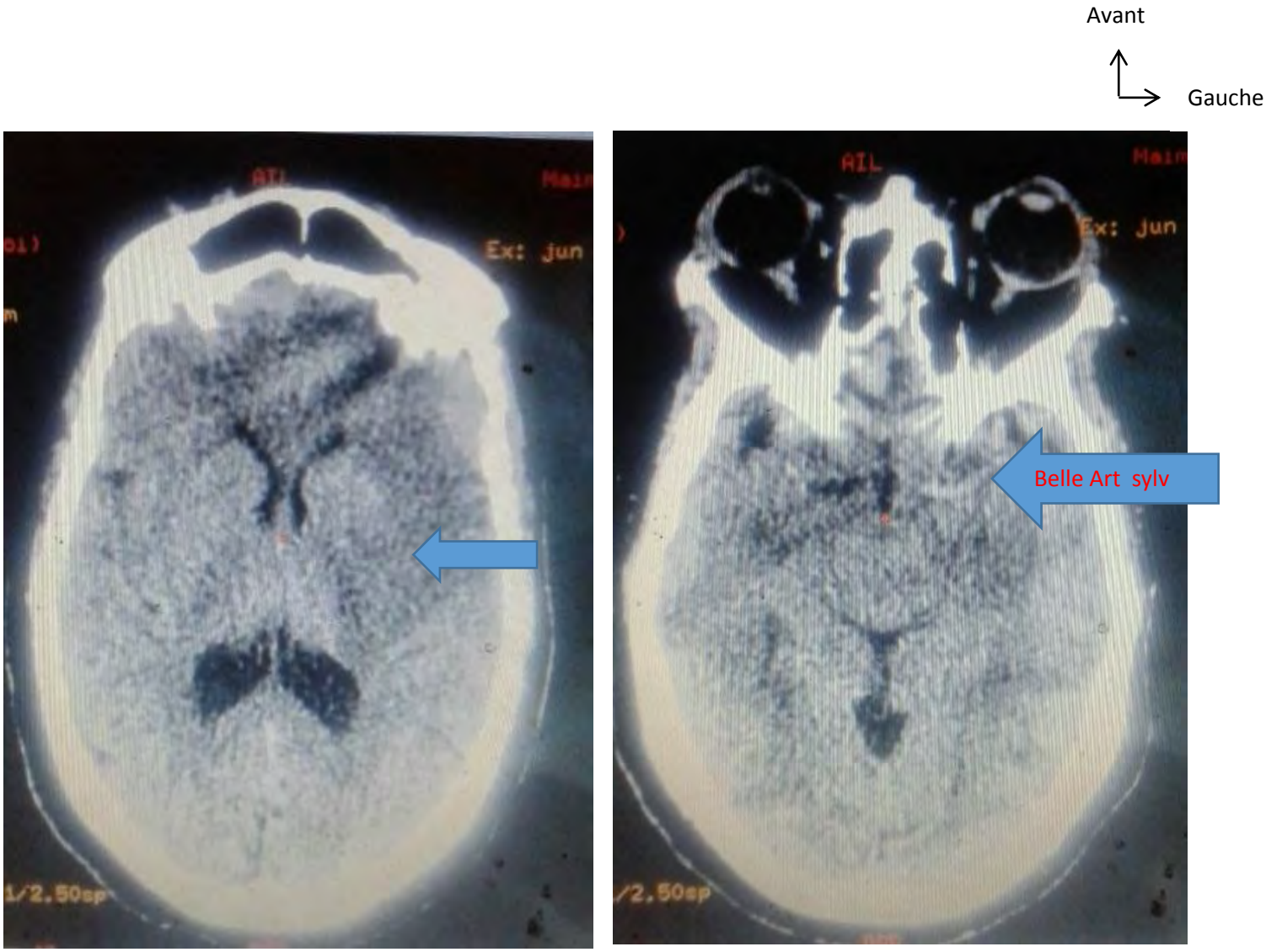

Figure 9b **Figure 9a**

Figure 9a: Coupe axiale d'un TDM cérébral non injecté (a) montrant une hyperdensité spontanée au niveau de la vallée sylvienne gauche réalisant l'aspect typique d'une «trop belle artère sylvienne»

Figure 9b: Coupe axiale d'un TDM cérébral non injecté (a) montrant une hypodensité temporo-pariétale étendue au niveau du noyau lenticulaire homolatéral en rapport avec AVCI aigu dans le territoire de la sylvienne gauche survenu chez un Homme 57 ans ; hémiplégie droite d'installation brutale

Figure 10: Coupe axiale TDM cérébrale ; montrant un effacement de la vallée sylvienne droite avec discrète hypodensité temporale en rapport avec un AVCI d'allure aigue dans le territoire superficiel de l'artère sylvienne gauche chez une patiente de 52 ans, hypertendue; reçue pour hémiplégie droite.

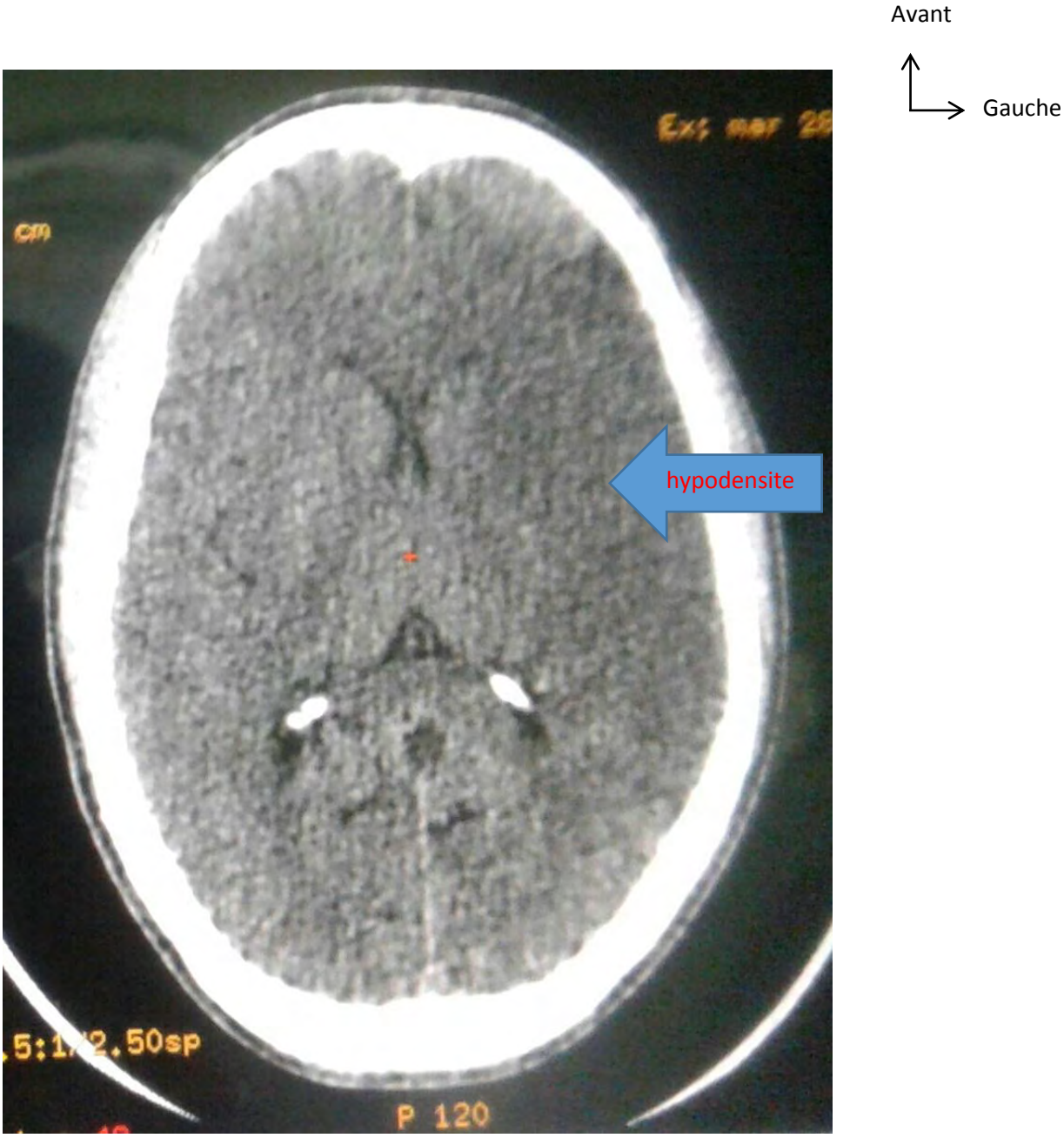

Figure 11: Coupe axiale de TDM cérébrale sans injection de PDC montrant une plage d'hypodensité cortico sous corticale fronto-temporo-pariétale gauche, étendue au niveau capsulo-lenticulaire homolatéral, en rapport avec un AVCI aigu dans le territoire total de la sylvienne gauche chez un patient de 70 ans reçu pour hémiplégie droite.

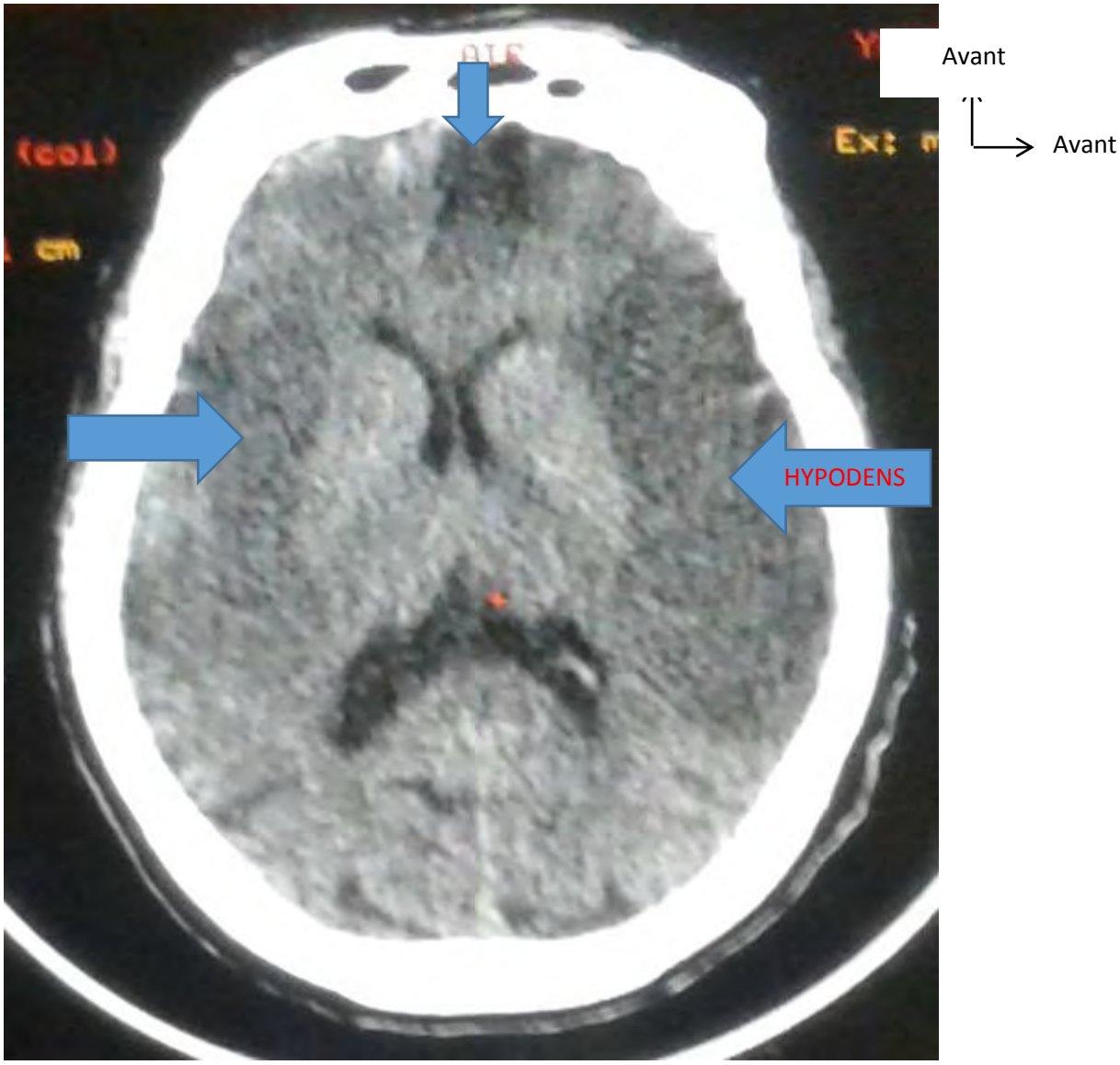

Figure 12: Coupe axiale de TDM cérébrale sans injection de PDC montrant une plage d'hypodensité cortico sous corticale temporo-pariétale bilatérale et une hypodensité frontale paramédiane antérieure gauche d'âge diffèrent, en rapport avec un AVCI aigu dans le territoire superficiel de l'artère sylvienne bilatérale et cérébrale antérieure gauche chez un patient de 70 ans, ATCDS d HTA et cardiopathie, reçu pour hémiplégie bilatérale et trouble de la conscience.

Figure 13 : Coupe axiale de TDM cérébrale sans injection mettant en évidence une hypodensité lacunaire lenticulaire gauche d'allure semi-aigue en rapport avec un AVCI dans le territoire profond de la sylvienne gauche, chez une patiente de 60 ans, hypertendue connue, reçue pour hémiparésie droite.

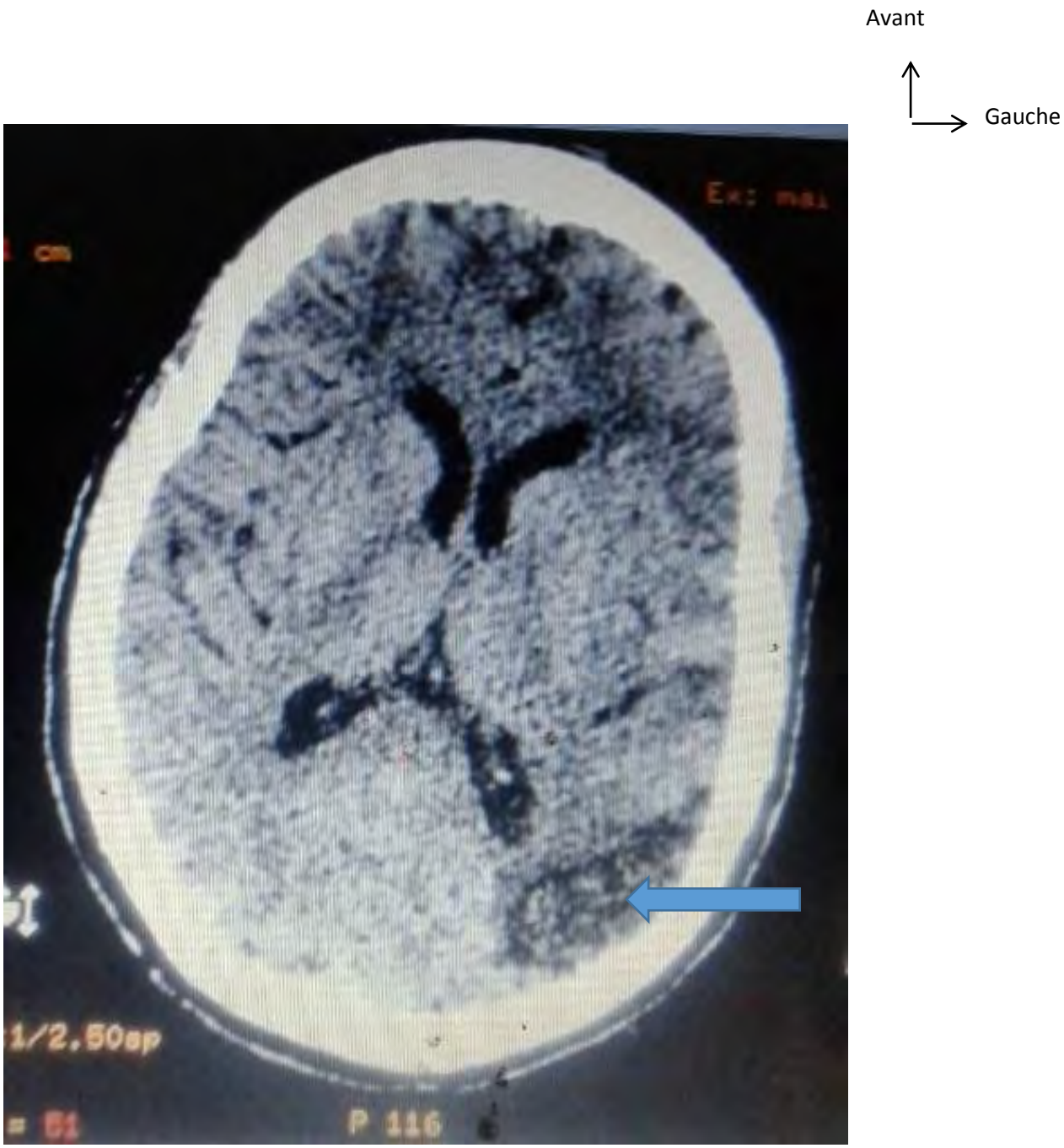

Figure 14 : coupe axiale de TDM cérébrale sans injection mettant en évidence une hypodensité corticale parieto-accipitale gauche d'allure subaigue en rapport avec un AVCI dans le territoire jonctionnel postérieur gauche chez une patient de 50 ans, hypertendue connue, reçue pour hémiparésie droite

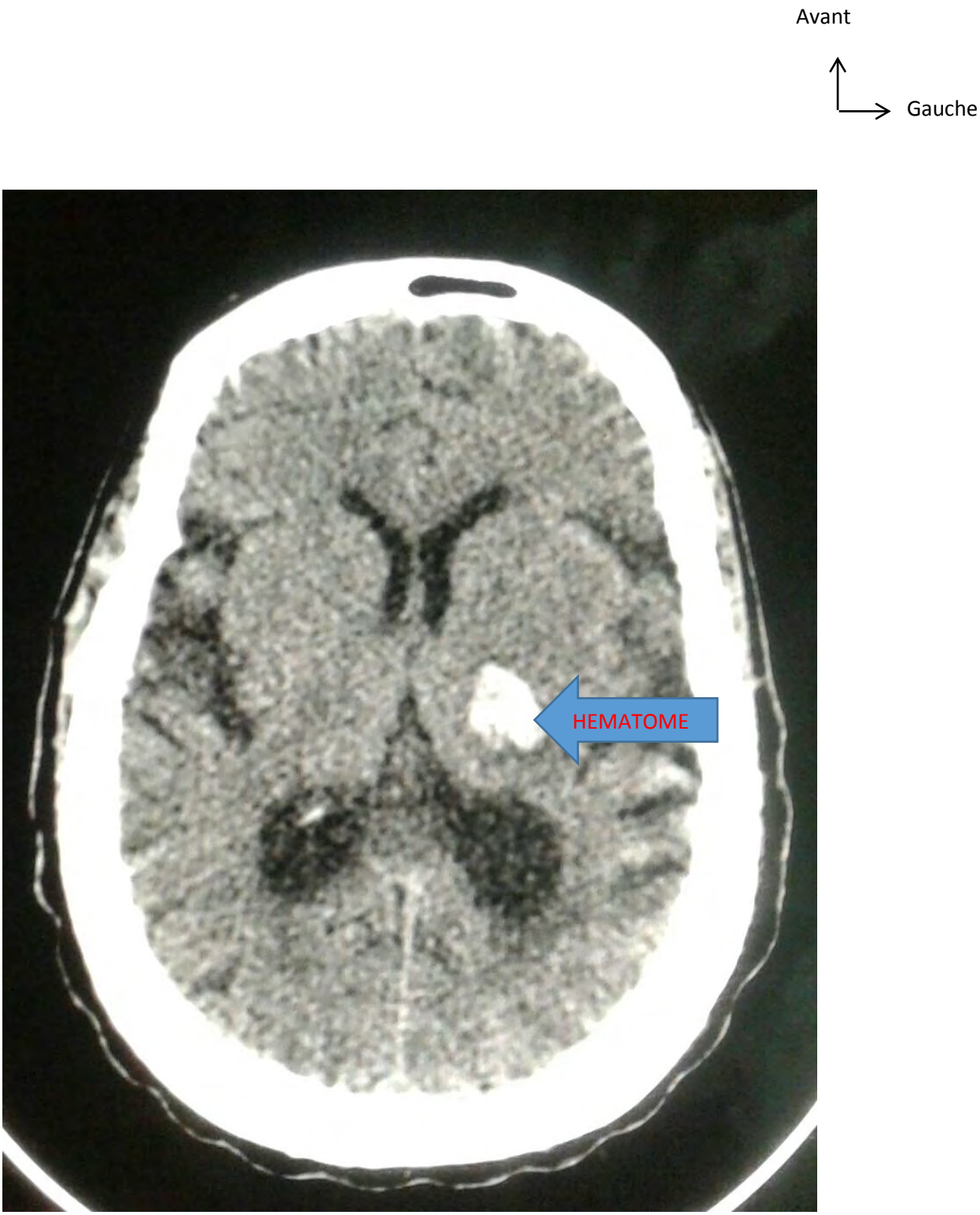

Figure 15: Coupe axiale TDM cérébrale sans injection de PDC, mettant en évidence une hyperdensité spontanée thalamique gauche cerneé d'un œdème péri- lésionnel en rapport avec un AVC Hémorragique gauche récent chez un patient de 62 ans, antécédent d HTA, reçu pour hémiplégie droite

Figure 16: Coupe axiale TDM cérébrale sans injection de PDC iodé montrant un foyer d'hyperdensité spontanée capsulo-lenticulaire droite avec discret effet de masse sur la corne frontale de ventricule latéral homolatéral en rapport avec AVC Hémorragique récent chez un patient de 72 ans avec antécédent d HTA , reçu pour hémiplégie gauche

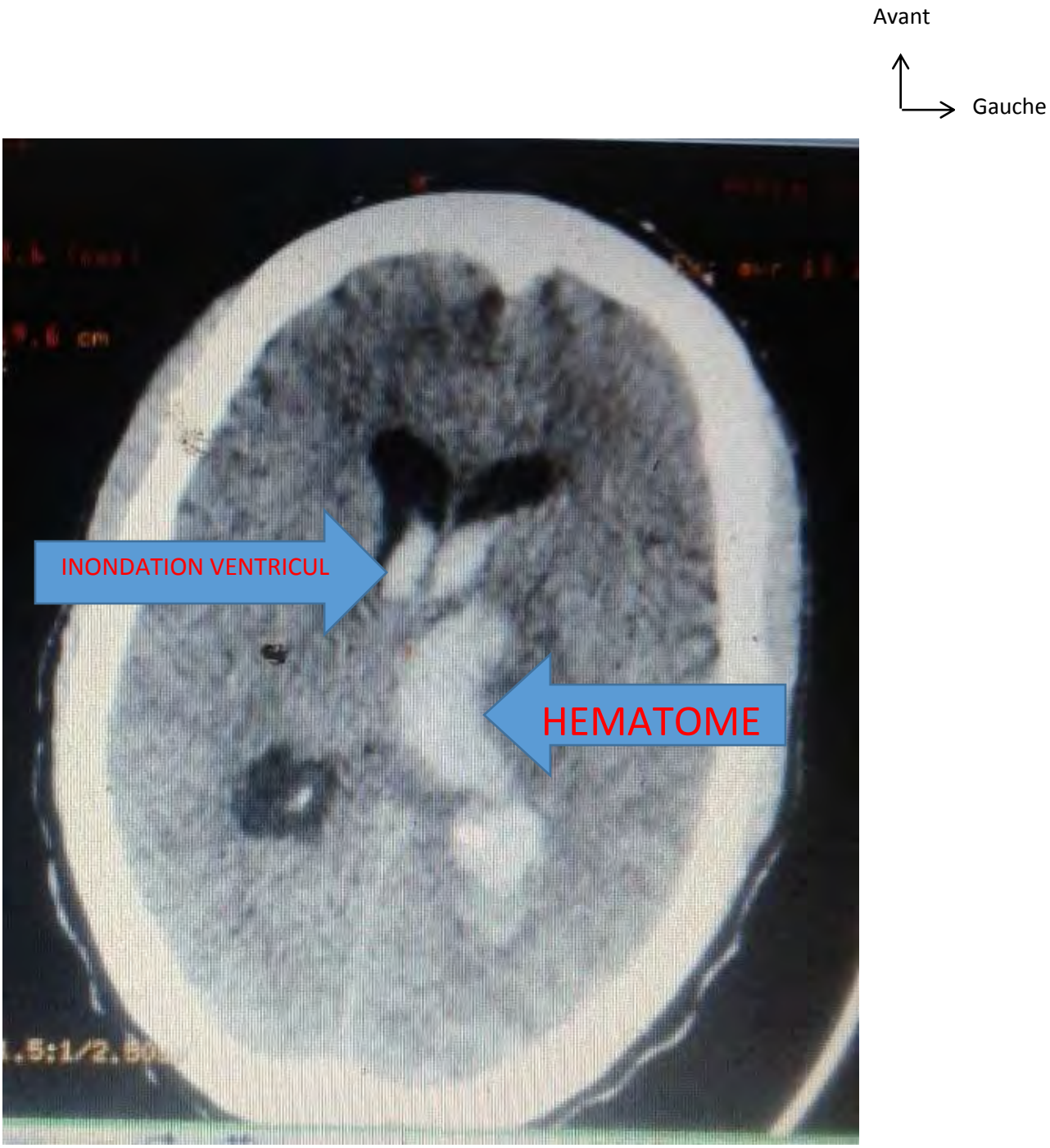

Figure 17 : Coupe axiale TDM cérébrale sans injection de PDC iodé, montrant un foyer d'hyperdensité spontanée thalamique gauche associée à un œdème peri-lésionnel et une inondation des ventricules latéraux en rapport avec un AVC hémorragique récent gauche chez une Patiente de 52 ans, hypertendue.

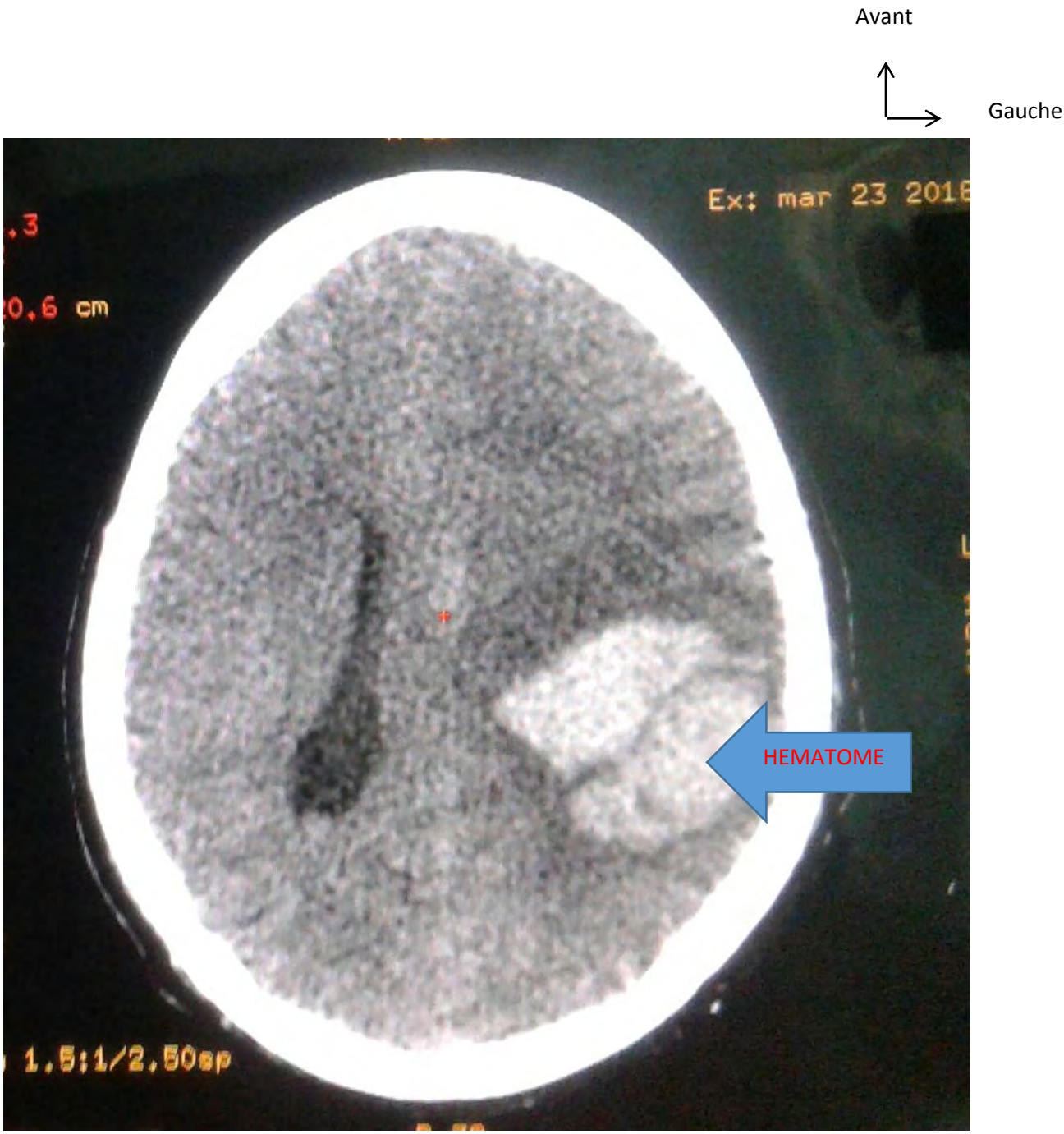

Figure 18: Coupe axiale TDM cérébrale sans injection de PDC iodé, montrant un foyer d'hyperdensité spontanée lobaire pariétal gauche cernée d'un œdème peri-lésionnel avec effet de masse sur le ventricule latéral homolatéral en rapport avec un AVC hémorragique récent gauche chez une Patiente de 52 ans, hypertendue.

DISCUSSION

III. Discussion

Notre étude nous a permis :

- d'étudier le délai moyen des différentes phases de la prise en charge d'un AVC.
- de poser le diagnostic au scanner.
- d'apprécier leur mécanisme
- de guider la prise en charge

III.1. Délais entre l'installation du déficit et l'admission et la réalisation

III1.1. Délais entre l'installation et l'admission

Dans 65% des cas, le délai entre l'installation du déficit et d'admission était inférieur ou égal à 24 heures, dont 20.8% des cas ont consulté dans les 6 heures ayant suivi les premiers symptômes cliniques. Ce pourcentage est proche de ceux retrouvés par **DHIER** [9] à Ziguinchor 53% et **DIALLO** [2] à Kaolack 52.1% et reste élevé comparativement aux études faites par **MAPATANO** [10] dans la région de Diourbel et **NDICHOUT** [11] dans la région de Thiès qui avaient trouvé respectivement 12,5% et 26%.

Ce retard observé dans notre série serait lié à plusieurs facteurs :

La manque de sensibilisation chez les patients et leurs entourages pour les complications des facteurs de risques cardiovasculaires qui sont souvent mal suivies et une méconnaissance de la gravité de cette pathologie.

Une étude faite en France (Marseille) en 2007 a démontré la nécessité de sensibiliser le public et les professionnels à l'importance des soins précoces pour les AVC. En effet la mise en place des affiches décrivant les signes cliniques d'alerte pour un AVC dans les arrêts de bus, stations métro et dans les endroits publics avait permis la multiplication par deux des AVC éligibles à la thrombolyse [27].

La difficulté et le retard dans les moyens de transports pour ramener les patients vers l'hôpital.

Certains patients consultaient d'abord dans des centres de santé communautaires avant d'être référés aux structures appropriées.

D'autres transitaient d'abord chez les tradi-praticiens avant d'être acheminés vers l'hôpital.

Ce retard alourdit le pronostic fonctionnel car il diminue les chances de récupération sur le plan fonctionnel.

III.1.2. Délais entre l'admission et la réalisation

Dans notre série, 77% des patients ont bénéficié d'un scanner cérébral dans les 24 H ayant suivi l'admission à l'hôpital. Nos résultats sont superposables de ceux retrouvés par **FATHALLAH** 77.5% [14] et supérieur comparativement à **MAPATANO** [10] 25%, et **NDICHOUT** [11] 10.8%, mais ils restent insuffisants par rapport aux pourcentage rapportes par **DHIER** [9] à Ziguinchor, **DIALLO** [2] à Kaolack qui ont trouvé respectivement 99% et 93.8%.

Ce pourcentage pourrait être expliqué principalement par les problèmes financiers surtout chez nos patients âgés, sans ressources, le coût global de la prise en charge qui est un peu élevé et aussi le fonctionnement du service des urgences, ce qui retarde indirectement la réalisation du scanner.

III.1.3. Délais entre l'installation et la réalisation

Dans notre série, 50.5% des cas, le scanner cérébral a été effectué dans les 24H suivant l'installation du déficit neurologique. **SAMI** [5]. **MAPATANO** [10], **DIALLO** [2], **DHIEB** [9] et **FATHALLAH** [13] ont trouvé respectivement 36.5%, 40%, 40.6%, 52% et 57,5% des patients qui avaient bénéficié d'un scanner dans les 24 heures, ces résultats sont dans le même sens que le nôtre.

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait qu'il existait déjà une perte du temps pour que le patient arrive à l'hôpital avec une méconnaissance de la gravité de cette pathologie, problème de transport et les autres difficultés qu'on avait déjà citées.

III.2. Répartition selon le type d'AVC

Nous avons trouvé une prédominance des AVCI avec une fréquence de 68% par rapport à 32% pour les AVCH.

Ces résultats sont proches à ceux retrouves par des études faites aux autres régions du Sénégal, au niveau de Louga 76% [5], Diourbel 60% [10], Kolda 73% [3] et notamment à Tambacounda ou **FATHALAH** [13] a rapporté un pourcentage d AVCI à 65%.

E. SOGUI [37], dans une étude sur les AVC en Afrique subsaharienne, rapporte que deux tiers des AVC sont dus à des infarctus cérébraux, compris dans une fourchette de 63,3% à 84,7%.

En effet de nombreuses études ont montré que les AVCI étaient beaucoup plus fréquents que les AVCH. C'est le cas en Mauritanie, au Nigeria, en côte d'ivoire et dans les pays développés comme l'Espagne et la Grèce [38].

Cette prédominance des AVCI est rapportée dans la plupart des publications et en rapport avec la multiplicité des facteurs de risque cardiovasculaires et aussi, l'âge favorise la dégradation du fonctionnement des vaisseaux sanguins. Ce déséquilibre est exacerbé davantage par la chronicité des facteurs de risque cardiovasculaire, devenant ainsi plus pourvoyeur d'AVCI [36].

En effet 76.9% des patients étaient porteurs d HTA, 11% diabétique et 14.2% sont porteurs d'une cardiopathie emboligéne.

III.3. Répartition des AVCI selon les territoires vasculaires

Dans notre série, les lésions ischémiques siégeaient majoritairement dans le territoire carotidien (82.5%). Plusieurs auteurs ont rapporté des cas similaires [11, 17, 19].

Le territoire de la cérébrale moyenne était le siège de prédilection des AVCI avec une fréquence rapportée de 71.5 % des cas dans notre série.

Cette prédominance a été retrouvé dans les séries faites aux différentes régions du Sénégal, notamment par **K. KHIYAT** [19] (Dakar) 70.3%, **NDICHOUT** [11] (Thiès) 71.6%, **DIALLO** [2] (Kaolack) 77%, **DHIEB** [9] (Ziguinchor) 80.28% et SAMI [5] (Louga) qui a rapporté un pourcentage de 91.15%. Cependant, **YOUSSEF** [15] (Saint Louis) et **MAPATANO** [10] (Diourbel) ont rapporté une fréquence moins élevée respectivement 64% et 50%.

Cette fréquence élevée s'explique par le fait que l'artère cérébrale moyenne est anatomiquement la plus grosse branche de la terminaison carotidienne interne, ainsi que par sa prédisposition à la prolifération athéromateuse ce qui explique la prédominance des ischémies à son niveau [16].

III.4. Répartition des AVCH selon la topographie

Nous avons noté une prédominance des AVCH des territoires profonds, intéressant la capsule interne et les noyaux gris centraux, avec une fréquence de 67% des cas.

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés par **FALL** [22] à Touba, **SAMI** [5] à Louga et **NDICHOUT** [11] à Thiès qui ont rapporté respectivement 83%, 66.6% et 57.7%.

SONHAYE L et al [1] trouvent une prédominance de l'atteinte des territoires profonds avec une fréquence de 70%.

Les hémorragies intracérébrales profondes sont souvent désignées par ''Hématomes de l'HTA'' en raison d'une forte association avec l'HTA alors que l'association entre AVCH lobaire et HTA est moins claire [8]. En effet 76.9% des patients étaient porteurs d HTA.

Les hématomes intracérébraux primaires sont de loin les plus fréquents et se rencontrent dans près de 90% des cas. Ils sont dus à la rupture des petits vaisseaux intra cérébraux fragilisés par l HTA chronique ou angiopathie amyloïde. Des hématomes intracérébraux secondaires à une malformation vasculaire, une tumeur ou un trouble de coagulation peuvent survenir chez une minorité de patients. La recherche d'une cause sous-jacente, même rare, est cependant nécessaire car elle nécessite un traitement spécifique [4. 41].

Dans notre étude, devant l'absence d HTA et l'âge moins de 50 ans, 6 patient qui ont présente un AVCH et ont bénéficié une 2eme acquisition scannographique avec une injection de PDCI. Nous n'avons pas objectivé une anomalie vasculaire ou autre pour explique cette hémorragie.

Le scanner avec angio-scanner ou IRM avec les séquences de T1 avec injection de Gadolinium permettent de répondre habituellement à la question de l'existence ou non d'une malformation vasculaire, si le bilan de l'imagerie en coupe n'est pas contributive, l'angiographie cérébrale reste l'examen de référence de l'exploration vasculaire [41].

III.5. Des signes associés

L'engagement constituait le principal signe associé, il était trouvé chez 12.08% des patients. **A. NDICHOUT et al.** à Thiès **[11] et DIALLO et al.** à Kaolack **[2]** ont trouvé respectivement 10% et 14.8% des cas d'effet de masse qui étaient responsable d'un engagement.

L'inondation ventriculaire a été notée chez 5,4% des cas compliquant des AVCH.

FATHALAH et al. [13] à Tambacounda avait trouvé une inondation intra-ventriculaire dans 7,5% et **DIALLO et al**. à Kaolack **[2]** dans 3,8%.

Ils constituent une complication grave car ils alourdissent considérablement le pronostic vital **[40]**.

III.6. Rapport entre le type d'AVC et le genre

La prédominance d'un sexe par rapport à l'autre n'est pas là même dans toutes les études.

Dans notre étude, on trouve une prédominance féminine, avec le sex-ratio de 1.4 pour les AVC, 1.3 pour les AVCI et 1,6 pour AVCH. Ce constat est le même pour **NDICHOUT** à Thiès [11] et **DHIER** à Ziguinchor [9] qui ont trouvé une prédominance féminine pour les AVC quel que soit leurs mécanismes.

Certaines études cependant ont rapporté une prédominance masculine aussi bien dans les AVCI que dans les AVCH **[16, 30],** notamment par **DIALLO** à Kaolack [2] et **SAMI** à Louga [5].

Pour **YOUSSEF [15]** (Saint Louis), **MAPATANO [10]** (Diourbel) et **FATHALLAH [13]** (Tambacounda), ils ont rapporté une prédominance masculine pour les AVCI et une prédominance féminine pour les AVCH.

FALL [22] à TOUBA et **K. KHIYE** [19] à DAKAR ont trouvé une prédominance masculine pour les AVCH et pour les AVCI, le sex-ratio était 1.

Dans l'étude américaine dénommée WHO Collaborative Study [21,23], et celle effectuée à Framingham [24], la prédominance masculine est relative. Il n'a pas été observé une influence du sexe pour les AVCI (sex-ratio =1).

En effet, des études africaines et européennes rapportent que les données du Mali, de la France, de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne semblent indiquer l'absence de différence significative entre les sexes en termes d'incidence des AVC [6, 36].

Cette différence pourrait s'expliquer par la variation des populations étudiées.

Sur les facteurs de risque cardiovasculaire et le genre. Une étude était faite aux États-Unis entre 1990 et 2008, rapporte une fréquence élevée de l'hypertension chez les femmes, et ceci en augmentation avec l'âge et la ménopause, suggérant ainsi le rôle des hormones et des facteurs génétiques dans le déterminisme de l'hypertension dans les deux sexes [20].

Dans notre série, l'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent, 70 patients (42 femmes et 28 homes) porteurs du HTA soit 76,9% ces résultats sont en conformité à ceux trouvés par **SAMI** [5], **DHIEB** [9] **NDICHOUT** [11] ET **MAPATANO** [10] et proche avec ceux de la littérature [37 ,39].

Le coefficient de corrélation entre l'AVC et le genre dans notre étude est faible de l'ordre de 11%. Cela traduit que le genre ne constitue pas un facteur de risque.

III.7. Rapport entre le type d'AVC et l'âge

L'AVC concerne tous les âges mais intéressent beaucoup plus les sujets âgés.

L'âge moyen des patients de notre série était de 62 ans avec des extrêmes allant de 20 ans à 90 ans. Cette moyenne est similaire à celle retrouveé par les différentes études au Sénégal [2, 22, 15, 11, 5, 6,27] et en Afrique subsaharienne [37].

Dans notre série, 60.4% des patients sont âgés de plus de 60 ans, avec un coefficient de corrélation entre l'âge et l AVC est de 91%. Ce constat concorde avec ce qui était rapporté dans les différentes études faites au Sénégal [9, 13, 10, 11, 15 ,5, 27].

Ces résultats sont en conformité avec ceux de la littérature et confirment l'augmentation de l'incidence des AVC avec l'âge qui constitue en lui-même un facteur de risque cardiovasculaire [25,26,33]. En effet, l'âge favorise la dégradation du fonctionnement des vaisseaux sanguins. Ce déséquilibre est exacerbé davantage par la chronicité des facteurs de risque cardiovasculaire, devenant ainsi plus pourvoyeur d'AVCI [36].

La survenue des accidents vasculaires cérébraux à un âge relativement jeune dans les pays en voie de développement s'explique au moins en partie par l'absence de politique sanitaire axée sur la prévention primaire notamment la prise en charge des facteurs de risque, l'éducation et la sensibilisation des populations sur la notion de prise en charge des affections chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète et les cardiopathies etc..[28].

D’après la littérature le risque des accidents vasculaires cérébraux après 55ans double à chaque décennie [34] et après 65 ans est multiplié par trois [34, 35] du fait que l’âge constitue en lui-même un facteur de risque cardiovasculaire.

L'eau consommée à la région de Matam est calcaire et plus l’usage de l’eau du fleuve (Bilharziose) ont une conséquence sur la sante de la population, notamment la fréquence de pathologies lithiasiques urinaires, pouvant influencer sur les facteurs de risque cardiovasculaire.

Des auteurs comme, **G. Raynal et al** [31] rapporte que la lithiase urinaire pourrait constituer un facteur de risque cardiovasculaire indirect, dépendant des facteurs « classiques », plaidant pour une prise en charge intégrée.

T. Ernandez et al [32], a conclu que la lithiase représente le signal précoce et bruyant d’un dysfonctionnement métabolique qui, s’il n’est pas pris en charge, peut mener à des complications cardiovasculaires.

CONCLUSION

L'AVC est une pathologie fréquente, grave et mettant en jeu le pronostic vital d'une part et le pronostic fonctionnel d'autre part.

Malgré les innovations remarquables ces dernières années, à la fois diagnostiques et thérapeutiques, les AVC apparaissent aujourd'hui comme un problème majeur de santé publique notamment au Sénégal où le coût de la prise en charge reste inaccessible. Les moyens diagnostiques sont insuffisants pour le pays d'où l'intérêt de la prévention.

Notre travail met en valeur l'apport du scanner cérébral dans le diagnostic et la prise en charge de l'AVC dans le service de radiologie de l'hôpital régional de Ourossogui.

Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive, réalisée sur une période de six mois allant du 2er mars 2018 au 2er septembre 2018.

Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'un scanner cérébral durant la période d'étude avec une suspicion clinique et une confirmation scanographique d'un AVC.

Les objectifs de notre travail étaient les suivants :

- Déterminer l'apport et l'importance du scanner cérébral dans le diagnostic et la prise en charge d'un AVC dans le centre hospitalier régional de Ourossogui.
- Apprécier les délais entre les premiers symptômes d'un AVC, l'admission et la réalisation du scanner
- Décrire les aspects scannographiques des AVC.

Au terme de notre travail, nous avons retrouvé les constatations suivantes :

Les antécédents de nos patients étaient répartis comme suit :

- 70 patients porteurs d HTA (76.9%)
- 10 patients sont diabétiques (11%)
- 13 patients porteurs d'une cardiopathie emboligene (14.2%)
- 11 patients ne présentent pas d'antécédents pathologiques connus (12.1%).

Les indications du scanner cérébral étaient dominées par les hémiplégies avec une fréquence de 59.3% des cas.

46 patients soit (50.5%) des cas ont bénéficié d'une TDM cérébrale dans les 24 heures qui ont suivi l'installation du déficit neurologique. Parmi eux 3 (3.3%) ont eu leur TDM avant les 6 heures qui ont suivi le déficit.

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 62 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 20 et 90 ans.

L'AVC concerne tous les âges mais il est plus l'apanage des sujets âgés. En effet 60.4 % des patients dans notre série étaient âgés de plus de 60 ans.

Les femmes étaient au nombre de 54, alors que les hommes étaient au nombre de 37, soit un ratio de 1.4 en faveur des femmes.

68% des AVC diagnostiqués étaient de type ischémique alors que 32% des AVC de l'étude étaient de type hémorragique.

71.3% des lésions ischémiques ont concerné le territoire de l'artère cérébrale moyenne.

67% des AVCH étaient parenchymateux profonds.

La fréquence des AVC ischémiques était nettement supérieure à celle des AVC hémorragiques chez les deux genres.

Il existe une corrélation forte de l'ordre de 91% entre l'AVC et l'âge.

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes pour améliorer les moyens diagnostiques et de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans la région de MATAM en général et à l'Hôpital Régional de Ourossogui en particulier.

- Multiplier les campagnes de sensibilisation sur les facteurs de risque l'AVC en particulier (HTA, Diabète, cardiopathie etc..) et des pathologies cardiovasculaires en général afin d'inciter les populations à un changement de comportement et d'hygiène de vie.
- Sensibiliser la population sur le danger de la médecine traditionnelle accusée dans le retard de prise en charge des AVC et aussi les facteurs de risques cardio-vasculaires.
- Sensibiliser l'entourage sur les signes physiques précoces de l'AVC et les encourager à acheminer les patients à l'hôpital le plus rapidement possible.
- Doter les structures sanitaires d'ambulances pour acheminer rapidement les patients.
- Résoudre le problème des infrastructures routières qui est responsable d'un allongement des délais d'admission des patients dans les structures appropriées.
- Réduire le coût financier de l'examen TDM et la PEC globale.
- L'amélioration du plateau technique pour un diagnostic rapide et une meilleure prise en charge (un scanner de perfusion ou mieux une IRM).
- Créer une unité de soins d'urgences neuro-vasculaire au sein de l'hôpital régional de Ourossogui pour une prise en charge appropriée des cas complexes et de manière précoce.

- La formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge des AVC ;
- Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC grâce à une prise en charge multidisciplinaire précoce.

REFERENCES

1. Sonhaye L, Tchaou M, Adjenou K, Agoda-Koussema LK, N'timon B, N'dakena K. Aspects scanographiques des accidents vasculaires cérébraux au CHU Campus de Lome, Togo. J Rech Sci Univ Lomé (Togo). 2011; Série D, 13(2): 31-36.

2. Diallo A et al. Apport du scanner dans la prise en charge des AVC à l'hôpital régional de KOALACK [Mémoire de DES]. Dakar : UCAD; 2016, N°294.

3. Sboui Y et al. Apport du scanner dans la prise en charge des AVC à L'hôpital régional de KOLDA [Mémoire de DES]. Dakar: UCAD; 2016, N°153.

4. Grillo P, Velly L, Bruder N. Accident vasculaire cérébral hémorragique : nouveautés sur la prise en charge. Ann Fr Anesth Réanimation. 2006; 25(8): 868-73.

5. **Fourati S et al**. Apport du scanner dans la prise en charge des AVC à L'hôpital régional d'Amadou Sakhir Mbaye de Louga [Mémoire de DES]. Dakar: UCAD; 2017 ; N°218.

6. Diouf S, Basse AM, Ndao AK et al. Pronostic fonctionnel des accidents vasculaires cérébraux dans les pays en voie de développement: Sénégal. Ann Readapt Med Phys. 2006; 49: 100-4.

7. Bluth EL et al. Carotid duplex sonography: a multi-center recommendation for standardized imaging and Doppler criteria. radiographics. 1988;8(3): 487 506.

8. Sounga Bandzouzi PE, Sow Adjaratou D, Dadah SLM, Moustapha N, Diop Amadou G, Ndiaye Mouhamadou M. Aspects épidémiocliniques, évolutifs et paracliniques de l'accident vasculaire cérébral hémorragique du sujet âgé à Dakar. Rev Neurol (Paris). Avr 2016;172, Supplement 1:A72.

9. Dhieb O. Apport du scanner dans la prise en charge des AVC à L'hôpital régional de Ziguinchor [Mémoire de DES Radio]. Dakar : UCAD, 2016 ; N°030.

10. **Mapatano BC**. Apport du scanner dans la prise en charge des AVC à L'hôpital régional de Diourbel [Mémoire de DES]. Dakar : UCAD; 2015, N°1064.

11. Ndichout AG. Apport de la tomodensitométrie dans la prise en charge des A.V.C. à l'hôpital régional de Thiès [Mémoire de DES]. Dakar: UCAD; 2015, N°1146.

12. Broderick JP, Palesch YY, Demchuk AM, Yeatts SD, Khatri P, Hill MD. Interventional Management of Stroke (IMS) III Investigators. Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke. *New England Journal of Medicine. 2013; 368(13):1265.*

13. **Fathallah MA**. Apport de la tomodensitométrie dans la prise en charge des AVC à l'hôpital régional de Tambacounda [Mémoire de DES]. Dakar: UCAD; 2015, N°1145.

14. Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JN. Early use of Existing Preventive Strategies for Stroke (EXPRESS) study. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. *Lancet. 2007;370(9596):1432-42.*

15. **Youssef AA**. Approche tomodensitométrique des accidents vasculaires cérébraux à Saint Louis [Mémoire de spécialité]. Dakar: UCAD; 2014, N°926.

16. Bibalou P. Aspects épidemio-cliniques des AVC dans le service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Toure [Thèse médecine]. Bamako: FMPOS, 2012; N°12.

17. Thiam A, Sene F Diouf, Diallo AK et al. Aspects étiologiques des maladies neurologiques à Dakar (1986-1995). *Dakar Med, 2000; 45: 167-72.*

18. Hallam M J, Reid J M, Cooperberg PL. Color flow Doppler and conventional duplex scanning of the carotid bifurcation: Prospective, double- blind, correlative study. AJR. 1988; 152: 1101-1105.

19. Thairaye K. Aspects tomodensitométriques des accidents vasculaires cérébraux : étude à propos de 120 cas colliges à l'hôpital Aristide le Dantec [Thèse en médecine]. Dakar: UCAD; 2008, N°10.

20. Rana BK, Insel PA, Payne SH, Abel K, Beutler E, Ziegler MG, O'Connor DT. Population-based sample reveals gene–gender interactions in blood pressure in White Americans. Hypertension. 2007; 49(1): 96-106.

21. Aho K, Harmsen P, Hatano S et al. Cerebrovascular disease in the communuty: results of a WHO Collaborative study. Bulletin of the WHO. 1980; 58: 113-130.

22. **Fall M**. Apport du scanner dans la prise en charge des AVC à L'hôpital de Matlaboul Fawzeini de Touba [Mémoire de DES]. Dakar: UCAD; 2016, N°137.

23. Krutzke J F. Stroke: geographical variation in: clifford rose f Epidemiological, therapeutic and socio-economic aspects.
Royal society of medecine service Lid, London. 1986: 12-24.

24. Wolf P A, Kannel WB, Thomas R. Prospective investigations: the Framingam study and the epidemiology of stroke. Advence in neurology. 1978; 19:107-20.

25. Corso G, Bottacchi E, Giardini G, De la Pierre F, Meloni T, Pesenti Campagnoni M, et al. Community-based study of stroke incidence in the Valley of Aosta, Italy. Neuroepidemiology. 2009;32(3):186-95.

26. Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas J-L. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *Med Sci (Paris)*. 2009; 25(8-9): 727-32.

27. Touré K, Diagne SN, Seck LB, Sow AD, Ndiaye M, Diop MS et al. Facteurs prédictifs de mortalité par accident vasculaire cérébral à la clinique neurologique du CHU de Fann, Dakar-Sénégal. AJNS. 2010; 29 (2).

28. Niclot P, Crassard I, Cohen A, Bousser MG. Prévention des accidents vasculaires cérébraux. Encyl Med Chir (Paris), Neurol. 2003; 17-046-A- 60.

29. **Daumas-Duport B et al.** Desal Accidents vasculaires cérébraux ischémiques, 2008 Elsevier Masson SAS.

30. Ossou- Nguiet P M, Gombet, Ossil- Ampion M et al. Facteurs de mortalité des accidents vasculaires cérébraux au CHU de Brazzaville. Revue Neurologique. 2013; 18(1):15-19.

31. Raynala G, Achkarb K, El Samadb R, Kikassab J-C, Jorestb R.
Risque cardiovasculaire chez les lithiasiques. Progrès en urologie. 2008; 18 : 288—291.

32. Ernandez Thomas, Bonny Olivier. La lithiase rénale: un marqueur du risque cardiovasculaire**.** Revue Médicale Suisse. 2014 ; 10: 1656-60.

33. Ducarouge O. Facteurs de risque et accidents vasculaires cérébraux.
La lettre du Cardiologue. Septembre 1999; 316: 10–1.

34. Rozec B, Blanloeil Y, Cinotti R, Guillon B, Desal H. Accidents vasculaires cérébraux postopératoires. Ann Fr Anesth Reanim. 2011; 15(3) : 165-172.

35. Abjaw Z, Zoubir M. Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au service de réanimation de l'hôpital militaire Avicenne. [Thèse de Médecine et Pharmacie]. Marrakech: Faculté de Médecine et Pharmacie, 2012.

36. **Zhang Y, Chapman AM, Plested M et al.**
The Incidence, Prevalence, and Mortality of Stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: *A Literature Review*. *Stroke. 2012: 43: 11.*

37. Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. Médecine tropicale. 2007; 67(6) : 596-600.

38. N'goran Yves N'da Kouakou, & Traore Fatou et al. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). Pan African Medical Journal. 2015; 21:160.

39. Mboup MC, Sarr SA, Dia K, Fall PD. Aspects étiologiques des accidents vasculaires cérébraux ischémiques au Sénégal. Pan African Medical Journal. 2015; 22(1) :201.

40. Hallam M J, Reid J M, Cooperberg PL. Color flow Doppler and conventional duplex scanning of the carotid bifurcation:Prospective, double- blind, correlative study AJR. 1988; 152: 1101-1105.

41. X Leclerc, C Khalile, S Silvera et al. Imagerie des hématomes intracérébraux non traumatiques. J. Neuroradiol. 2003 ; 30 :303-316.

ANNEXE

FICHE D AVC

FICHE TECHNIQUE

Date :

Nom: Prénom: Age:

Profession: Genre:

Adresse : N° Tel:

DONNEES ANAMNESTIQUES

ANTECEDENTS MEDICAUX

HTA:

Non :

Oui : - Inaugurale

-Chronique (Nombre d'années:)

Sous régime : Non : Oui : Lequel :

Sous traitement : Non : Oui : Lequel:

Hypercholestérolémie :

Non : Oui :

Sous régime : Non : Oui :

Sous traitement: Non : Oui : Lequel:

Comitialité:

Oui : Non :

Diabète:

Non : Inconnu : Oui : (Nombre d'années:)

Sous régime : Non : Oui : Lequel:

Sous traitement : Non : Oui : Lequel:

Cardiopathie:

Non Oui

Préciser :

Nombre d'années: Inconnu :

Sous régime: Non : Oui :

Sous traitement Non : Oui : Lequel:

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Contraceptifs oraux: Oui : Non :

Anticoagulants: Oui : Non :

Drépanocytose : Oui : Non :

Thalassémie : Oui : Non :

HABITUDES ALIMENTAIRES

Tabac: Oui : Non :

Alcool : Oui : Non : Autres:

Riz + Huile :

Légumes / Crudités /Fruits:

INDICATION DE SCANNER :

a. Trouble moteur
b. Trouble sensitif
c. Trouble de langage
e. Trouble de vision
f. Trouble de conscience
g. Convulsion tardive
h. Paralysie faciale centrale
i. Signes associés : aphasie ☐ agnosie ☐ alexie ☐

CONTEXTE

A l'effort ☐ Au repos ☐ Exposition au soleil ☐ Céphalée ☐ Insomnie ☐
Vomissement ☐ Convulsion ☐

EVOLUTION DES PREMIERES HEURES

Stable :

Aggravation :

DONNEES CLINIQUES

EXAMEN GENERAL

Interrogatoire : Date et heure précises de la survenue de l AVC

Date et heure précises d'admission au service

Etat général

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Motricité Sensibilité

ROT RCP

Niveau de conscience: Score de Glasgow: OY : R V : R M :

Total :

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

Pression Artérielle:

Auscultation cardiaque: BDC : Trouble du rythme: Oui : Non :

BSA :

Présence de souffle: Oui : Non :

Perception des pouls périphériques :

CONDUITE A TENIR

Date et heure de réalisation du Scanner:

Traitement après résultat du Scanner:

EVOLUTION FAVORABLE ;

Récupération totale

Séquelles neurologiques: Lesquelles:

Sortie: Date:

Transfert: Date:

EVOLUTION DEFAVORABLE ;

Décès: Date:

RESULTAT DU SCANNER:

Mécanisme d'accidents vasculaire cérébral :

AVC ischémique constitué territorial ☐
AVC ischémique constitué lacunaire ☐
AVC hémorragique ☐

Signes associes :

Engagement : sous falcoriel : Oui Non Temporal : Oui Non

Inondation intraventriculaire : Oui : Non :

Topographie des lésions :

		D	G
Supra-tentoriel	Lobe frontal		
	Lobe pariétal		
	Lobe temporal		
	Lobe occipital		
	Noyau caudé		
	Noyau lenticulaire		
	Thalamus		
	Bras antérieur de la capsule interne		
	Bras postérieur de la capsule interne		
	Capsule externe		
Infra-tentoriel	Cervelet		
	Tronc cérébral		

Territoires vasculaires des lésions :

	D	G
Artère cérébrale antérieure superficielle		
Artère cérébrale antérieure profonde (Heubner)		
Artère cérébrale moyenne superficielle		
Artère cérébrale moyenne profonde		
Artère choroïdienne		
Artère communicante postérieure		
Artère cérébrale postérieure		
Territoire jonctionnel antérieur		
Territoire jonctionnel postérieur		
Artère cérébelleuse		
Tronc basilaire		
Nombre des territoires atteints :		

APPORT DE LA TOMODENSITOMETRIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES A.V.C. A L'HOPITAL REGIONAL DE OUROSSOGUI

RESUME

Objectifs :

- Déterminer l'apport du scanner cérébral dans le diagnostic et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à l'Hôpital Régional d'Ourossogui (Région de MATAM).
- Apprécier les délais entre les premiers symptômes d'un accident vasculaire cérébral, l'admission et la réalisation du scanner.
- Décrire les aspects scannographiques des AVC.

Matériels et méthode : Cette étude est prospective,transversale et descriptive, réalisée sur une période de 6 mois allant du 02 Mars au 02 Septembre 2018 au service d'imagerie médicale de l'Hôpital Régional d'Ourossogui. Elle a porté sur 91 patients dont le diagnostic d'AVC avait été confirmé par l'imagerie médicale. L'âge moyen des patients est de 62 ans avec un écart type de 16 et des extrêmes de 20 ans et 90 ans. Une prédominance féminine a été notée avec un ratio de 1,4. L'hypertension artérielle était l'antécédent le plus retrouvé (76,9%).

La saisie et l'analyse statistique des données ont été effectuées à l'aide des logiciels SPSS 19.0 et Excel 2013.

Nous avons effectué Le test de FISHER pour vérifier la signification globale de notre modèle et la liaison entre l'AVC et l'âge.

Résultats :

- 50.5 % des patients avaient été admis dans le service dans les 24h après la survenue des premiers symptômes. Parmi eux 3 (3.3%) ont eu leur TDM avant les 6 heures qui ont suivi le déficit.
- 68% des AVC diagnostiqués étaient de type ischémique alors que 32% des AVC de l'étude étaient de type hémorragique.
- 71% des lésions ischémiques ont concerné le territoire de l'artère cérébrale moyenne.
- 67% des AVCH étaient parenchymateux profonds.
- Il y a une liaison statistiquement significative entre l'AVC et l'âge.
- Le scanner cérébral obtenue dans les meilleurs délais a pour but primordial la distinction entre AVC hémorragique et AVC ischémique.

Conclusion : La TDM cérébrale permet le diagnostic de l'AVC et précise son mécanisme, guidant ainsi la prise en charge thérapeutique. Toute fois le retard d'admission et par conséquent le retard de réalisation de la TDM est un facteur crucial aggravant le pronostic vital et sources de séquelles invalidantes pour les patients.

Mots clés : AVC, TDM cérébrale, ischémie, hémorragie.