

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- Etude de la candidurie chez les patients diabétiques hospitalisés au département de médecine de l'Hôpital Principal de Dakar** 7-14
Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F
- Déterminants de l'anémie chez les personnes âgées diabétiques du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville de juin 2017 à décembre 2018** 15-21
Konan NM, Acko V, Bita D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO
- Profil cardio-vasculaire des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil : à propos de 100 cas consécutifs sur 12 mois** 22-27
Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M
- Facteurs de non compliançe au sondage vésical intermittent propre** 28-32
Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG
- Pronostic fonctionnel des polyradiculoneuropathies aiguës, en milieu de rééducation** 33-37
Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG
- Profil des ascites en Médecine interne au centre hospitalier universitaire Abass Ndao : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques** 38-45
Diédhiou D, Ndour MA, Gadjì FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Covid-19 au Sénégal : expérience du centre de traitement des épidémies (CTE) de l'hôpital Abass Ndao** 46-53
Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjì FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Diabète sucré chez les sujets atteints de l'hépatite virale C à Cotonou : prévalence et facteurs associés** 54-60
Wanvoegbe FA, Kpoussou AR, Agbodande KA, Kouam Kamdem CF, Vignon R, Sokpon M, Gninkoun J, Azon-Kouanou A, Sehonou J, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
- Le dépistage tardif de l'infection à VIH à l'ère du Tester et traiter : un frein pour l'optimisation du traitement antirétroviral** 61-68
Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S
- Parcours diagnostique de la maladie de Behçet en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne (à propos de 6 cas)** 69-76
Berthé A, Diack M, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- CAS CLINIQUES**
- Maladie de Still de l'adulte se dissimulant sous les traits d'une crise vaso-occlusive chez un patient drépanocytaire SS** 77-81
Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD
- Gangrène périphérique symétrique au cours de l'Infection par le SARS-CoV2 : cas rapporté et revue de la littérature** 82-86
Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- Le lymphome B primitif de la thyroïde : à propos d'une observation et revue de la littérature** 87-91
Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Study of the candiduria among in-patients with diabetes mellitus at the internal medicine department of Dakar Principal Hospital* 7-14
Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F
- Determinants of anemia in elderly people with diabetes in the University Hospital Center of Treichville from June 2017 to December 2018* 15-21
Konan NM, Acko V, Bitá D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO
- Cardiovascular profile on 12 months consecutive of 100 patients known for a sleep apnea syndrome* 22-27
Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M
- Factors of non-compliance with clean intermittent catheterization* 28-32
Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG
- Functional prognosis of acute polyradiculoneuropathy, in rehabilitation environment*** 33-37
Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG
- Profile of ascites in the internal medicine department of Abass Ndao university hospital center: epidemiological, clinical and etiological aspects* 38-45
Diédhiou D, Ndour MA, Gadjí FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Covid-19 in Senegal: experience of the outbreak treatment center (OTC) of Abass Ndao hospital* 46-53
Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjí FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Diabetes mellitus in subjects with viral hepatitis C in Cotonou: prevalence and associated factors* 54-60
Wanvoegbe FA, Kpossou AR, Agbodande KA, Kouam Kamdem CF, Vignon R, Sokpon M, Gninkoun J, Azon-Kouanou A, Sehonou J, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
- HIV Late diagnosis in “Test and Treat“ era: a brake on ART Optimization* 61-68
Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S
- Diagnosis of Behçet’s disease in tropical environments: experience in an internal medicine department (about 6 cases)* 69-76
Berthé A, Diack M, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- ### **CASES REPORT**
- Adult Still’s disease disguising itself under a vaso-occlusive crisis in an SS sickle cell patient* 77-81
Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD
- Symmetrical peripheral gangrene during SARS-CoV2 infection: reported case and literature review* 82-86
Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- Primary thyroid lymphomas: about an observation and review of the literature* 87-91
Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

Pronostic fonctionnel des polyradiculoneuropathies aiguës, en milieu de rééducation

Functional prognosis of acute polyradiculoneuropathy, in rehabilitation environment

Diagne NS¹, Sy NAM¹, Gaye A¹, Sy A⁴, Lo PN¹, Faye AB¹, Ba S³, Diop AG²

1. Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU Fann, Dakar

2. Service de Neurologie, CHU Fann, Dakar

3. Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital Militaire de Principal, Dakar

Auteur correspondant : Pr DIAGNE Ngor Side

Résumé

Introduction : Le syndrome de Guillain Barré est une polyradiculoneuropathie aiguë, responsable d'un handicap essentiellement physique, fonction du mécanisme d'atteinte, progressivement régressif.

Objectif : Notre objectif était d'évaluer les capacités fonctionnelles des patients atteints de syndrome de Guillain Barré, après 6 mois de rééducation.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective, réalisée aux services de Neurologie et de Médecine Physique du CHU de Fann, Dakar, Sénégal. Nous avons inclus les patients, suivis pour syndrome de Guillain Barré selon les critères de Brighton niveau 2, et évalué les capacités fonctionnelles, à la phase de plateau et à 6 mois, selon la mesure de la fonction motrice. Suivant le score, les capacités fonctionnelles ont été classées en normale, difficile, impossible.

Résultats : Onze (11) patients, ont été inclus. L'âge moyen était de 36 ans et le sex-ratio (H/F) de 2,67. La polyradiculoneuropathie était démyélinisante (45,5%) et axonale (27,3%). A la phase de plateau, la station debout et les transferts, les motricités axiales et distales étaient impossibles ou partielles respectivement dans 81,8%, 54,6%, 54,6%. A 6 mois, les motricités axiales et proximales étaient normales chez tous les patients et les transferts restaient difficiles dans 42,9%.

Conclusion : Le pronostic fonctionnel du syndrome de Guillain Barré, reste satisfaisant avec plus de 72% de récupération complète. Cependant les difficultés sur la station debout et les transferts, demeurent dans près de la moitié des cas.

Mots clés : Guillain - Barré - Pronostic fonctionnel - Dakar.

Summary

Introduction: Guillain Barré syndrome is an acute polyradiculoneuropathy, with physical limitations, depending on the mechanism of lesions, which gradually regresses.

Objective: Our objective was to assess functional capacities of patients with Guillain Barré syndrome, after 6 months of rehabilitation.

Methodology: Prospective study, carried out at the departments of Neurology and Physical Medicine, at Fann teaching hospital, Dakar, Senegal. We included patients, followed for Guillain Barré syndrome according to Brighton criteria level 2 and evaluated functional capacities, at plateau phase and 6 months, according to measurement of the motor function. Then according to the score, functional abilities were classified as normal, difficult, not possible.

Results: Eleven (11) patients were included. Average age was 36 years and sex ratio 2.67. Polyradiculoneuropathy was demyelinating (45.5%) and axonal (27.3%). At plateau phase, standing and transfers, axial and distal skills, were impossible or partial respectively in 81.8%, 54.6%, 54.6%. At 6 months, axial and proximal motor skills were normal in all patients. Transfers remained difficult in 42.9%.

Conclusion: Functional prognosis of Guillain Barré syndrome remains satisfactory with more than 72% complete recovery. Difficulties on the standing station and the transfers, remain in almost half of the cases.

Keys words : Guillain - Barré - Functional prognosis - Dakar.

Introduction

Le syndrome de Guillain Barré est une affection inflammatoire aigue, touchant les racines et les nerfs. La prévalence hospitalière au Sénégal est de 1,44%, et le handicap reste lourd à 2 mois [1]. A 6 mois, 20% des patients sont incapables de marcher. Dans 3 à 10,2 % des cas, surviennent un décès [2]. Le pronostic vital est mis en jeu par les troubles végétatifs, respiratoires et les complications de décubitus. Au Sénégal, le pronostic fonctionnel des syndromes de Guillain Barré est indéterminé, avec une prise en charge difficile du fait de l'inaccessibilité de certains médicaments. Ainsi, l'objectif de notre étude était de déterminer les capacités fonctionnelles des patients atteints de syndrome de Guillain Barré.

Méthodologie

Nous avons mené une étude prospective, d'une durée d'un an, aux services de neurologie, de Médecine Physique et de Réadaptation, du CNHU Fann, Dakar portant sur tous les patients présentant un syndrome de Guillain Barré selon les critères de Brighton, niveau 2. Ceux avec une

affection sous-jacente susceptible d'expliquer les signes de polyradiculoneuropathie n'ont pas été inclus, ainsi que les patients âgés de moins de 10 ans. Pour tout patient inclus, les données sociodémographiques et le traitement reçu ont été relevés.

L'évaluation a été effectuée lors de la phase de plateau et au sixième mois. Elle portait sur la force musculaire évaluée par l'échelle Medical Resarch Council et les capacités fonctionnelles du patient par la mesure de la fonction motrice dans 3 domaines que sont la station debout, les transferts, la motricité axiale et proximale. A partir d'une position de départ, des tâches sont demandées aux patients et un score (0 à 3) attribué selon que l'exercice soit réalisé normalement, difficilement, partiellement ou impossible. Plus l'exercice est difficile, plus le score est bas. Le score total était de 39 pour les transferts et la station debout ; de 36 pour la motricité proximale et axiale ; et de 21 pour la motricité distale. Suivant le score obtenu, les patients ont été classés en 3 niveaux d'activités (tableau I). L'analyse a été faite par le logiciel SPSS version 18.0.

Tableau I : Classification des capacités fonctionnelles par la Mesure de la Fonction Motrice

Domaines de la Mesure de la Fonction Motrice	Scores	Activités
Station debout et transferts	27-39	Normales
	14-26	Difficiles
	<14	Impossibles
Motricité axiale et proximale	25-36	Normales
	13-24	Difficiles
	<13	Impossibles
Motricité distale	15-21	Normales
	8-14	Difficiles
	<8	Impossibles

Résultats

Nous avons inclus 11 patients, âgés entre 17 et 79 ans, d'âge moyen de 36 ans. Soixante-trois virgule six pour cent (63,6%) des patients étaient âgés de 15 à 30 ans et 18,2% avaient entre 61 et 79 ans. Le sexe ratio (H/F) a été de 2,67. 8/11 patients avaient une activité professionnelle et les célibataires représentaient 72,7%. La durée d'installation du tableau était inférieure à 2 jours dans 64% des cas et supérieure à une semaine

dans 18,2%. Les facteurs favorisant retrouvés ont été un syndrome grippal (54,5%), un syndrome infectieux (27,3%). A la phase de plateau, étaient retrouvés les troubles sensitifs subjectifs (63,6%) et un déficit moteur des ceintures (100%), des mains (81,8%), des pieds (90,9%). La station debout et les transferts, la motricité axiale, la motricité distale étaient impossibles ou partielles respectivement dans 81,8%, 54,6%, 54,6% (Tableau II).

Tableau II : Capacités fonctionnelles du Guillain Barré en phase de plateau

Types d'activités	Performances	Fréquences (%)
Station debout et transferts	Impossibles	72,7
	Partiels	9,1
	Difficiles	0
	Normales	9,1
Motricité axiale et proximale	Impossibles	27,3
	Partielles	27,3
	Difficiles	9,1
	Normales	36,4
Motricité distale	Impossible	45,5
	Partielle	9,1
	Difficile	18,2
	Normale	27,3

La polyradiculoneuropathie était sensitivo-motrice (81,8%), motrice (8,2%), démyélinisante (45,5%), axonale (27,3%) et mixte (27,3%). Tous les patients avaient bénéficié d'une rééducation axée sur une mobilisation précoce des membres déficitaires, une verticalisation, un renforcement musculaire des myotomes indemnes ou partiellement atteints à la phase de plateau, puis en phase de récupération, un travail

sensorimoteur et des fonctions. Des orthèses statiques des mains ont été associées à la phase de plateau et des orthèses de releveurs des pieds à la phase de récupération, si nécessaire. Un seul patient avait bénéficié d'une cure d'immunoglobuline IV. A 6 mois, 36,4% des patients étaient décédés durant le premier mois d'évolution. Les capacités fonctionnelles à 6 mois sont mentionnées au tableau III.

Tableau III : Capacités fonctionnelles du Guillain Barré à 6 mois

Types d'activités	Performances	Fréquences (%)
Station debout et transferts	Difficiles	42,9
	Normales	57,1
Motricité axiale et proximale	Normales	100
Motricité distale	Normale	100

Discussion

Le syndrome de Guillain Barré est une affection peu fréquente, mais non rare. La fréquence varie, dans les études monocentriques entre 4 et 14 cas par an [3, 4] et en multicentrique, elle peut atteindre 1823 par an, dans les pays très peuplés comme la chine [5]. Au Sénégal, la prévalence hospitalière du syndrome de Guillain Barré est de 1,44% avec une fréquence de 6 cas par an [1]. Le syndrome de Guillain Barré est une affection du sujet jeune de sexe masculin [6, 7]. L'âge moyen des patients en Afrique varie entre 31-42,5ans [7, 8]. Cependant, il est plus élevé en chine [9, 5]. Les manifestations neurologiques du syndrome de Guillain Barré sont classiquement précédées d'un syndrome grippal ou d'une gastro-entérite. Elles peuvent survenir au décours d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale [10, 11, 12, 1]. Nos résultats corroborent les données sociodémographiques et les facteurs favorisant

retrouvés en Afrique sur le syndrome de Guillain Barré. Les thérapeutiques spécifiques du syndrome de Guillain Barré sont indisponibles ou inaccessibles à la population Sénégalaise, ce qui explique, le recours systématique à la rééducation. Plusieurs techniques de rééducation sont utilisées, choisies en fonction de la phase d'évolution. La prise en charge rééducative des syndromes de Guillain Barre est fonction de la phase d'évolution. A la phase aigüe, les techniques de mobilisation articulaire, de verticalisation et de changement de position toutes les 3-4 heures sont utilisées. A la phase de récupération, Elles ont pour objectif d'améliorer les capacités fonctionnelles. Elles sont représentées par les techniques sensorimotrices, le travail des retournements, des transferts, de la posture assise et des déplacements. Ces techniques doivent être administrées précocement, dans l'indolence. Une concertation

pluridisciplinaire avec l'ergothérapeute et l'orthoprothésiste peuvent être nécessaires surtout à la phase de séquelles. Harbo et al. ont affirmé que l'électromyostimulation, à la phase aiguë des syndromes de Guillain Barre était faisable, pour une prévention de l'atrophie musculaire secondaire à l'immobilisation. Cependant l'apport fonctionnel de cette technique, nécessite des études complémentaires [13]. La particularité de la prise en charge des patients atteints de Guillain Barré au Sénégal et en Afrique, réside dans l'absence de thérapies spécifiques. Ndiaye et al., en 2000, signalaient l'absence de plasmapharèse et d'immunothérapie, dans une cohorte d'enfants sénégalais atteints de syndrome de Guillain Barre [14]. Nous avons eu 1 patient sous immunoglobuline IV. En concordance avec les données de Basse A, la forme démyélinisante est plus fréquemment retrouvée et la phase d'installation des troubles est inférieure à 2 semaines dans 70% des cas [1]. Dans notre étude, 64% des patients avaient une phase d'installation inférieure ou égale à 2 jours.

Le syndrome de Guillain Barré est une affection, handicapante, particulièrement à la phase de plateau. Basse en 2017, avait retrouvée, que 89,7% des patients, à la phase de plateau avaient une quadriplégie [1]. Il s'agit d'un handicap, essentiellement physique, avec dans notre étude, une impossibilité de station debout et de transferts (72,7%), de motricité axiale et proximale (27,3%), et distale (45,5%). Cependant le devenir des patients avec un syndrome de Guillain Barré, reste satisfaisant. En effet, BESSEM a noté que sur 19 patients survivants, 17 ont repris les activités professionnelles, dont 7 en reclassement. Des taux de récupération complète de près de 72% ont été retrouvés dans la littérature [6, 7]. Des résultats similaires ont été retrouvés par Matten et al. Dans notre étude, l'autonomie était de règle, même si des difficultés persistaient sur la station debout et les transferts (42,9%).

Conclusion

Le syndrome de Guillain Barré est une affection peu fréquente, favorisée par les infections et responsable d'un handicap moteur, maximal à la phase de plateau. Sous rééducation, l'évolution est généralement favorable, cependant, il persiste à 6 mois d'évolution, des difficultés de transfert et de la station debout chez près de 44% des cas. L'intervention d'ergothérapeutes dans la prise en charge, l'utilisation de la plasmapharèse et de l'immunoglobuline IV pourraient améliorer

d'avantage le pronostic fonctionnel des Guillain Barré, dans les pays en voie de développement.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Basse AM, Soumaila B, Sow AD, Diagne NS, Diop MS, Gaye NM and al. **Epidemiology of Acute Polyradiculoneuritis at Fann Department of Neurology Dakar, Senegal. Clinical Neurology and Neuroscience 2017; 1(4): 76-79**
2. Pieter AVD. **Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain Barre Syndrome. Press Med 2013, 42 : 193-201**
3. Damak MB, Regaieg K, Masmoudi W. **Pronostic et devenir fonctionnel du syndrome de Guillain-Barré en réanimation. Kinésithérapie, la Revue 2017 ; 184 (17) : 84**
4. Kalita J, Kumar M, Misra UK. **Prospective comparison of acute motor axonal neuropathy and acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy in 140 children with Guillain-Barre syndrome in India. Muscle Nerve 2018 ; 57 (5) : 761-765**
5. Liou LS, Chung CH, YT Wu, Tsao CH. **Epidemiology and prognostic factors of inpatient mortality of Guillain-Barre: A nationwide population study over 14 years in Asian country. Journal of Neurological Science 2016; 369: 159-164**
6. Maldji Y. **Les séquelles à moyen terme dans le syndrome de Guillain-Barré. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2009 ; 52S : 51-53**
7. Mateena FJ, Cornblath DR, Jafari H, Shinoharac RT. **Guillain-Barre Syndrome in India: Population-based validation of the Brighton criteria. Vaccine 2011; 29: 9697-9701**
8. Mabrouki EL, Moustadraf L et al. **Handicap et devenir fonctionnel à long terme après un syndrome de Guillain-Barré : à propos de 10 cas. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2009 ; 52S : 51-53**

9. Zhang G, Li Q, Zhang R and al. Subtypes and Prognosis of Guillain-Barre Syndrome in Southwest China. *Plos One* 2015; 10(7): e0133520
10. Chareyre J, Hully M, Musset L. Acute axonal neuropathy subtype of Guillain-Barre syndrome in a French pediatric series: adequate follow-up may require repetitive electrophysiological studies. *European Journal of Pediatric Neurology* 2017; 21: 891-897
11. The Italian Guillain-Barre Study Group. The prognosis and main prognostic indicators of Guillain-Barre syndrome. A multicentre prospective study of 297 patients. *Brain* 1996; 119, 2053-2061
12. Peter D. Donofrio. Guillain-Barre Syndrome continuum (Minneapolis, Minnesota) *Peripheral Nerve and Motor Neuron disorders* 2017; 23(5): 1295-1309
13. Harbo T, Markvardsen LK, Hellfritsch MB, Severinsen K, Nielsen JF, Andersen H. Neuromuscular electrical stimulation in early rehabilitation of Guillain-Barré syndrome: A pilot study. *Muscle Nerve* 2019 ; 59(4) :481-484
14. Ndiaye M, Sène-Diouf F, Diop AG, Ndao AK, Diagne M, Thiam A, Ndiaye MM, Ndiaye IP. Guillain-Barre syndrome in children: experience in the neurology service of Dakar. *Dakar Med* 2000; 45(1): 81-4