



1^{ER} CONGRÈS PANAFRICAIN SUR LES MALADIES NEUROMUSCULAIRES

Jeudi 05 & vendredi 06 octobre 2023
Palais des Congrès de Cotonou (Bénin)

LIVRE DES ABSTRACTS

Un événement co-organisé par l'Association Myo Care et la Société Béninoise de Neurologie
en partenariat avec la FHU PHENIX et la Société Française de Neurologie



Avec le soutien de



Et de nos partenaires locaux





Table des matières

| | |
|---|----|
| Mot du Ministre de la Santé du Bénin | 8 |
| Professeur Benjamin HOUNKPATIN | 8 |
| Mot du Président de la Société Béninois de Neurologie (SBN) | 9 |
| Professeur Thierry ADOUKONOU | 9 |
| Mot du Président de l'Association Myo' Care | 10 |
| Monsieur Ghislain B. N'DAH-SÉKOU | 10 |
| Mot du Président du Comité d'Organisation | 11 |
| Professeur Dieudonné GNONLONFOUN | 11 |
| Mot du Président du Comité Scientifique | 12 |
| Professeur Eric AZABOU | 12 |
| Communications Orales Invitées | 13 |
| COI -1 -Épidémiologie des maladies neuromusculaires en Afrique Un Aperçu des Données Actuelles et des Défis" | 14 |
| Pr Dismand HOUINATO, Pr Thierry ADOUKONOU, Pr Dieudonné GNONLONFOUN (Bénin) | 14 |
| COI-2 - La prise en charge diagnostique et clinique des maladies neuromusculaires en 2023 | 15 |
| Pr Pascal LAFORÊT (France) | 15 |
| COI-3 - Les structures de prise en charge des maladies neuromusculaires en Afrique subsaharienne | 16 |
| Pr Berthe ASSI (Côte d'Ivoire) | 16 |
| COI-4 - Cartographie des réseaux internationaux sur les maladies neuromusculaires | 17 |
| Dr Jon Andoni URTIZBEREA (France) | 17 |
| COI- 5 - LES MALADIES NEUROMUSCULAIRES DE L'ENFANT ET DEL'ADOLESCENT EN AFRIQUE : ETATS DES LIEUX ET PERSPECTIVES | 18 |
| Pr AdjaratouDieynabouSOW (Sénégal) | 18 |
| COI-6 - Principes de prise en charge des hypotonies néonatales | 19 |

| | |
|--|----|
| Dr Emmanuel TOGO (Bénin) | 19 |
| COI-7 - Quelle prise en charge thérapeutique pour l'enfant atteint de maladies neuromusculaires en Afrique subsaharienne ? | 20 |
| Dr Blaise MBIELEU (France) | 20 |
| COI-8 - Organisation de la prise en charge des maladies neuromusculaires : l'exemple de la Tunisie | 21 |
| Pr Ilhem Ben Youssef TURKI (Tunisie) | 21 |
| COI-9- Place de l'ENMG dans le diagnostic des maladies neuromusculaires en 2023 | 22 |
| Pr Guillaume NICOLAS (France) | 22 |
| COI-10- Place de l'EEG et des potentiels évoqués dans la prise en charge des maladies neuromusculaires | 23 |
| Pr Éric AZABOU (France) | 23 |
| COI-11- Place de l'exploration du sommeil dans la prise en charge des maladies neuromusculaires en Afrique | 24 |
| Pr Fatoumata BÂ (Sénégal) | 24 |
| COI-12- Apport de l'imagerie dans le diagnostic des MNM | 25 |
| Pr Robert-Yves Carlier, Dr Djalil Kerzazi, Dr Denis Kontogom, Dr Jean-Frédéric Adjimabou, Dr Morine Hounkanrin, Dr Nadia Venturelli. | 25 |
| COI-13- Le coroscanner dans la prise en charge des maladies neuromusculaires en Afrique | 26 |
| Austher AYI MEGNANGLO, F. HOUNTO, S. ADJADOHOUN, P. YEKPE AHOUANSSOU | 26 |
| COI-14- Rôle thérapeutique potentiel du GDF5 dans la sarcopénie et la sclérose latérale amyotrophique | 27 |
| Massiré TRAORE (Mali / France) | 27 |
| COI-15 Apport des analyses biologiques et génétiques dans les maladies neuromusculaires | 28 |
| Dr France LETURCQ (France) | 28 |
| COI-16 - Évaluation médico-économique du coût des explorations des maladies neuromusculaires en Afrique | 29 |
| Mendinatou AGBETOU HOUSSOU, MD, MsC. (Bénin) | 29 |
| COI-17- Rééducation et Réadaptation des maladies neuromusculaires | 30 |
| Pr Toussaint G. KPADONOU (Bénin) | 30 |
| COI-18 - Prise en charge de la douleur dans les maladies neuromusculaires | 31 |
| Pr Fodé Abass CISSÉ (Guinée) | 31 |
| COI-19- Epidémiologie des maladies musculaires dans le nord-africain : des données qui changent ! | 32 |
| Dr Emna FARHAT (Tunisie) (<i>distanciel</i>) | 32 |
| COI-20 - Connaissances et attitudes des professionnels de santé sur les myopathies d'origine génétique en Afrique subsaharienne : cas du Burkina Faso. | 33 |
| Dr Dabilgou Anselme (Burkina Faso) (<i>distanciel</i>). | 33 |
| COI-21 - Mécanismes de l'atteinte respiratoire dans les maladies neuromusculaires | 34 |
| Pr Hélène PRIGENT (France) | 34 |

| | |
|--|----|
| COI-22- Prise en charge de l'atteinte respiratoire dans les maladies neuromusculaires | 35 |
| Pr David ORLIKOWSKI (France) | 35 |
| COI-23 - Prise en charge par kinésithérapie respiratoire des maladies neuromusculaires | 36 |
| M. Matthieu LACOMBE (France) | 36 |
| COI-24- Les maladies neuromusculaires en Afrique : approches socio-culturelles | 37 |
| Mme Mirabelle TÈKO - Psychologue clinicienne (Bénin) | 37 |
| COI-25- Représentations sociales, modèles étiologico-thérapeutiques et biomédicalisation des maladies neuromusculaires au Bénin | 38 |
| Pr Emmanuel N'KOUÉ SAMBIENI (Bénin) | 38 |
| COI-26- Nouvelle classification et diagnostic des myopathies inflammatoires | 39 |
| Pr Zavier Cossi ZOMALHETO (Bénin) | 39 |
| COI-27- Le syndrome des anti-synthétases | 40 |
| Pr Kouessi ANTHELME AGBODANDE (Bénin) | 40 |
| COI-28- Traitement des myopathies inflammatoires idiopathiques en 2023 | 41 |
| Pr Kane BAÏDY SY (Sénégal) | 41 |
| COI-29- Actualités thérapeutiques dans la myasthénie auto-immune | 42 |
| Dr Sophie DEMERET (France) | 42 |
| COI-30 - Pièges diagnostiques de la myasthénie | 43 |
| Pr Ange-Eric KOUAMÉ-ASSOUAN (Côte d'Ivoire) | 43 |
| COI-31- Prise en charge de la myasthénie en Afrique sub saharienne en 2023 | 44 |
| Pr Kossivi APETSE (Togo) | 44 |
| Communications Orales Libres | 45 |
| COL-1- Profil évolutif des enfants atteints de dystrophie musculaire de Duchenne traitée par corticoïdes | 46 |
| Y. Kooli, T. BenYounes, H. Klaa, Z. Miladi, A. Zioudi, I. Kraoua, H. BenRhouma, I. Ben Youssef Turki | 46 |
| COL-2- HÉMORRAGIE MÉNINGÉE RÉVÉLATRICE D'UN ANÉVRISME DU TRONC BASILAIRE : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE À LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE, DU CNHU-HKM DE COTONOU AU BENIN | 47 |
| MAFO N ¹ , HOUZEZ R ¹ , DJAOUGA S ¹ , AGBETOU-HOUESSOU M ² , COVI R ¹ , BALLEY G ¹ , AVOCE M ¹ , ADJIE N ¹ , KC ¹ | 47 |
| COL-3- Dystonies généralisées révélatrices d'un trouble de conversion chez une femme suivie à la clinique universitaire de santé mentale du CNHU-HKM : à propos d'un cas | 48 |
| ETOUKE EJ ¹⁻² , AMONLES Y ¹ , EOG AC ¹ , JOGUE F ¹ , TETANG B ¹⁻² , EZIN G ¹ , MBWANG D ¹⁻² , ANAGONOU L ¹ . | 48 |
| COL-4- Etude comparative des sous-groupes de myasthénie auto-immune au Burkina Faso | 49 |
| LOMPO D L ^{1,2} , NACOULMA H ¹ , ZOUNGRANA A ¹ , KERE F ¹ , KYELEM J A M ³ , DABILGOU A A ³ , NAPON C ⁴ , MILLOGO A ¹ | 49 |

| | |
|--|----|
| COL-5 Une Polyradiculoneuropathie aigue révélatrice d'un Lupus Erythémateux systémique à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM au Bénin : à propos d'un cas | 50 |
| KAMSU B ¹ , HOUEZE R ¹ , AGBETOU-HOUESSOU M ² , DJAOUGA S ¹ , COVI R ¹ , DANSOU E ³ , DJOSSOU J ⁴ , BALLEY G ¹ , AVOCE M ¹ , ADJIEN KC ¹ . | 50 |
| COL-6- TROUBLES DEPRESSIFS POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022. | 51 |
| HOUEZE Richard G. C. ¹⁻³ , COVI-ZINSOU Richmine ¹ , AGBETOU-HOUESSOU Mendinatou ² , ADJIEN K. Constant ¹ | 51 |
| COL-7- La méralgie paresthésique, errance diagnostique et apport de l'EMG, à propos d'un cas | 52 |
| Herman AZANMASSO, Alexandre FATON, Maurille TOGNON, Didier NIAMA, Etienne ALAGNIDE, Toussaint KPADONOU | 52 |
| COL-8-ANALYSE DE LA PRATIQUE DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS UNE REANIMATION AUX RESSOURCES LIMITEES | 53 |
| Ahounou E ; Akodjenou J ; Falade S ; Saizonou ; Zoumènou E | 53 |
| COL-9 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, PARACLIQUES ET PRONOSTIQUES DES AVC DE LA FOSSE CEREBRALE POSTERIEURE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2023 | 54 |
| BALLEY G, HOUEZE R, HOUINATO D | 54 |
| COL-10- Symptômes neurologiques révélateurs d'un trouble anxiodépressif au CNHU-HKM en 2023 | 55 |
| NGOGANG M ¹ , NDI H ² , BILIGHA C ¹ , MAZAMEZA E ¹ , AZA-GNANDJI G ¹ , ANAGONOU L ¹ | 55 |
| COL-11 TROUBLES ANXIEUX POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022. | 56 |
| AVOCE M ¹ , HOUEZE R ¹ , AGBETOU-HOUESSOU M ² , AMONLES Yves ³ , DJAOUGA S ¹ , COVI R ¹ , DANSOU E ⁴ , DJOSSOU J ⁵ , BALLEY G ¹ , ADJIEN KC ¹ . | 56 |
| COL-12- MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES REVELATRICES D'UN SCHWANNOME : A PROPOS D'UN CAS AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2023 | 57 |
| JOGUE FA ¹ , MBENDE AM ¹ , DJANGNI KKR ¹ , DOSSOU MH ¹ , AZA GNANDJI GG , KLIKPO TE ¹ | 57 |
| COL-13- The landscape of hereditary neuromuscular diseases in Senegal: first insights from the SENEGENE study | 58 |
| Pedro M Rodríguez Cruz * ^{1,2,3} , Rokhaya Diagne ^{1,2} , Alassane Diop ⁴ , Aloïse Benoît Diouf ⁵ , Marie Emilie Yandé Ndong ⁶ , Henriette Senghor ¹ , Seynabou Dieng ⁶ , Christelle Rose Oko ¹ , Marietou Traoré ⁷ , Maimouna Santos ⁸ , Khalifa Ababacar Mbaye ⁹ , Lala Bouna Seck ¹ , Mamadou Sy ¹ , Maouly Fall ⁴ , Adjaratou Sow ^{1,10} , Ngor Side Diagne ¹ , Leslie Matalonga ³ , Sergi Beltrán Agullo ³ , Rokhaya Ndiaye ² , Moustapha Ndiaye ^{1,2} , Amadou Gallo Diop ^{1,2} . | 58 |
| COL-14-DYSFONCTIONS SEXUELLES EN POST-AVC DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2022 | 59 |
| HOUEZE Richard G. C. ¹⁻³ , COVI-ZINSOU Richmine ¹ , AGBETOU-HOUESSOU Mendinatou ² , ADJIEN K. Constant ¹ | 59 |
| COL-15- LA MYASTHENIE : EXPERIENCE DE LA CLINIQUE DES NEUROSCIENCES IBRAHIMA PIERRE NDIAYE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN A PROPOS DE 43 CAS. | 60 |
| Fall S.A.A., Diop A.M., Diagne R., Mbodj Bamba., Gaye N.M., Fall Maouly., Sow A.D., Basse A., Diop M.S., Seck L.B., Ndiaye M., DIOP A.G. | 60 |

| | |
|--|----|
| COL-16-Facteurs pronostiques des Accidents Vasculaires Cérébraux dans le service de Réanimation du CNHU-HKM de Cotonou | 61 |
| Ahounou E ; Akodjenou J ; Falade S ; Saizonou ; Zoumènou E | 61 |
| COL-17- COMORBIDITE D'UNE DEPRESSION ET D'UNE EPILEPSIE : A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA EN 2023 | 62 |
| EOG AC ¹ , AZA-GNANDJI G-G ¹ , ETOUKE J ¹ , JOGUE F ¹ , MBENDE M ¹ , AMONLES Y ¹ , ANAGONOU L ¹ | 62 |
| COL-18-REPRESENTATION SOCIO-CULTURELLE DU GARÇON DANS LA FAMILLE AFRICAINE : INFLUENCE SUR LE DEVELOPPEMENT MENTAL | 63 |
| EWOUNKEM H, NSENGIYUMVA O, TETANG B, NGOGANG M, MBWANG D, AMOLESS Y NAGONOU L, GANSOU M. | 63 |
| COL-19- Les dystrophies musculaires des ceintures autosomiques récessives : étude épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutive | 64 |
| S. Ben Mammou, T. Ben Younes, H. Klaa, Z. Miladi, A. Zioudi, I. Kraoua, H. Benrhouma, I. Ben Youssef-Turki | 64 |
| COL-20-Les myopathies congénitales : Étude descriptive d'une série pédiatrique | 65 |
| Nadia Sallem, Thouraya Ben Younes, AbirZioudi, HédiaKlaa, ZouhourMiladi, IchrafKraoua, HaneneBenrhouma, Ilhem Ben Youssef-Turki | 65 |
| COL-21- Situation topographique des foramina mandibulaires et mentonniers dans une population béninoise : une évaluation par tomodensitométrie | 66 |
| BANCOLE POGNON SA ^{1*} , NDIAYE ML ² , AKANNI D ³ TAMBA B ² , DIA TINE S ² , YEKPE AHOUANSOU P ⁴ , ADJIBABI W ⁵ | 66 |
| COL-22-A propos d'une famille de dystrophie musculaire de Duchenne au Niger | 67 |
| Fatimata Hassane DJIBO ¹ , France Leturq ⁴ , Assadeck Hamid ^{1,3} , Soumaila Aphazazi ³ , Alio Abassi ¹ , Urtizbera Andoni ⁴ | 67 |
| COL-23- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ETIOLOGIQUES, PARACLIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DE LA MYSATHENIE A L'HOPITAL NATIONAL AMIROU BOUBACAR DIALLO DE NIAMEY. | 68 |
| FATIMATA HASSANE DJIBO ¹ , NOUHOU DIORI ADAM ² , ADAMOU HASSANE ABOUBACAR ¹ , DAOUDA HALIDOU ISMAILA ¹ , MOUDASAIR MHAMAT AHMAT ¹ , ABDOULAYE DJIBO ³ , ABDRAMANE NAHANTCHI ⁴ , SOULEYMANE BRAH ⁷ , JAMES DIDIER LASSEY ⁷ , ERIC ADEHOSSI OMAR ⁷ , AMZA ABDOU ^{2,7} . | 68 |
| COL-24-Neuropathies diabétiques au CHU Ibn Sina de Rabat : étude de 57 cas | 69 |
| Fatimata Hassane Djibo ^{1,2} , Nazha Birouk ¹ , Leila Errguig ¹ , Bouchra Kably ¹ , Halima Belaïdi ¹ , Reda Ouazzani ¹ | 69 |
| COL-25- Profil clinique et paraclinique de la myasthénie auto-immune au Burkina Faso | 70 |
| LOMPO D L ^{1,2} , NACOULMA H ¹ , ZOUNGRANA A ¹ , KERE F ¹ , KYELEM J M ³ , DABILGOU A A ³ , NAPON C ⁴ , MILLOGO A ¹ | 70 |
| COL-26-Handicap mental et sexualité paraphilique : à propos d'un cas au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou. | 71 |
| EWOUNKEM H ¹ , NGOGANG M ² , NSENGIYUMVA O ² , TETANG B ² , MBWANG D ² , AZA-GNANDJI G ² , KLIKPO E ² , EZIN J ² | 71 |

| | |
|---|----|
| COL-27-HANDICAP PHYSIQUE ET INDEPENDANCE FONCTIONNELLE EN POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022 | 72 |
| ZACARI KD ¹ , HOUEZE R ¹ | 72 |
| COL-28- COMAS NON TRAUMATIQUES GRAVES A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE POLYVALENTE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION (CUPAR) DU CNHU-HKM DE COTONOU AU BENIN | 73 |
| FASSINO P, YENLERE B, BORA H, TOUDJA D, ZOUMENOU*E. | 73 |
| COL-29- Décès par Accidents Vasculaires Cérébraux en Réanimation au CNHU-HKM de Cotonou | 74 |
| DOUMBIA.A, KONATE.M , AKANHO M. M, VILON-GUEZO.R, AHOUNOU.E , NEKOUA.D, ZOUMENOU E.* | 74 |
| COL-30- Pronostic de l'éclampsie en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou (CHU MEL) | 75 |
| Zato M1, Agbévide K1, Tshombe P1, Agossou U1, Akodjenou J2, Zoumenou E1, | 75 |
| COL-31- Encéphalomyélite aiguë disséminée chez l'enfant : A propos de deux cas dans le service de pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou. | 76 |
| Tohodjédé Y ¹ , Badirou F ¹ , Zannou F ¹ , Djaouga S ² , Zohoun L ¹ , Alihonou F ¹ , Lalya F ¹ . | 76 |
| COL-32- Les Dystrophies musculaires à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou en 2020 : à propos d'un cas familial | 77 |
| DJAOUGA S ¹ , DOMINGO R ¹ , HOUEZE R ¹ , TOHODJEDE Y ² , BALLEY G ¹ , ALAGNIDE E ³ , GNONLONFOUN D ¹ , ADJIEN KC ¹ , ALAO MJ ⁴ | 77 |
| COL-33-TETANOS EN REANIMATION : ASPECTS THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE | 78 |
| KOUROUMA A. *, YENE L.B., SOTTIN U., ZOUMENOU E. | 78 |
| COL-34-GESTION DES EFFETS INDESIRABLES DES ANTIPSYCHOTIQUES : CAS D'UNE PATIENTE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2023 | 79 |
| JOGUE FA ¹ , AMONLES Y, DJANGNI KKNR ¹ , DOSSOU MH ¹ , EOG AC , MBENDE AM, KLIKPO TE ¹ | 79 |
| COL-35- LES COMAS TRAUMATIQUES EN REANIMATION AU CNHU-HKM DE COTONOU | 80 |
| Balelegue L, Zola S, Fofana A, Quist M, Akodjenou J, Zoumenou E, | 80 |
| COL-36- Aspects cliniques et implications sociales de la myopathie au service de Neurologie du CHU-Bogodogo | 81 |
| Carama EA ¹ , Dabilgou EA ² , Ido FB, Kyelem JMA ² , Lengane YMT ⁵ , Ouedraogo M ⁴ , Kaptou O ⁶ , Napon C ¹ , Millogo A ³ | 81 |
| COL-37- Amélioration de la prise en charge des comas non traumatiques à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena | 82 |
| Severin KOYONEDE | 82 |
| COL-38-SATISFACTION ET OBSERVANCE DE L'APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE CHEZ LES ENFANTS PORTEURS DE PARALYSIE CEREBRALE VUS EN CONSULTATION FORAINE AU BENIN | 83 |
| RAHINI A, AHOUANDJINO H, NAHA N D, KPADONOU G, ALOGNIDE E | 83 |
| COL-39- PROFIL CLINIQUE, RADIOLOGIQUE ET FONCTIONNEL DE LA GONARTHROSE EN POPULATION GENERALE A ABOMEY CALAVI | 84 |
| AHOUANDJINO H, RAHINI A, NAHA N D, KPADONOU G, ALOGNIDE E | 84 |

| | |
|---|----|
| COL-40- PARTICIPATION SOCIALE DES SURVIVANTS D'ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX À PARAKOU EN 2022 | 85 |
| Bokossa K. CM ¹²³ , Abohoui F ¹ , Kossi O ¹² , Dovoedo E ¹² , Adoukonou TA ¹² , Houinato D ³⁴ | 85 |
| Profil épidémiologique des méningites et méningo-encéphalites au service de réanimation de l'Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda (HIAA) de janvier 2023 à juin 2023 | 86 |
| MANDJI LAWSON Jean Marcel | 86 |
| Communications Affichées (Posters) | 87 |
| CA-1-Cas de dyskinésie fonctionnelle des doigts chez un enfant de 08 ans au service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Régional Ouahigouya Burkina Faso. | 88 |
| DRAVE Alassane | 88 |
| CA-2-UN SYNDROME BULBAIRE RÉVÉLANT UNESCLEROMYOSITE CHEZ UNE FEMME | 89 |
| <i>Fall S.A.A., Diop A.M., Diagne R., Mbodj Bamba., Gaye N.M., Fall Maouly., Sow A.D., Basse A., Diop M.S., Seck L.B., Ndiaye M., DIOP A.G.</i> | 89 |
| CA-3- FREQUENCE HOSPITALIERE ET FACTEURS ASSOCIES AUX MALADIES RHUMATISMALES INFLAMMATOIRES DE L'ENFANT AU CNHU-HKM DE COTONOU | 90 |
| Yakoubou A ¹ , ADOGBO-MEDAGBE E ¹ , ZOMALHETO ZC ² | 90 |
| CA-4 - Myopathie inflammatoire type syndrome des antisynthétases : place de la médecine physique et de réadaptation, à propos d'un cas | 91 |
| Abdelghani MILIANI ; Afaf BAHLOUL ; Mahmoud DIB, Kamal BERREHAIL, Ali AMARI, Faycel BARA, Mohamed MEDAOUAR | 91 |
| CA-5 – Lien entre La sclérose latérale amyotrophique (SLA) et le diabète mellitus (DM) | 92 |
| EPHOEVI-GA Adama Mawulikplimi | 92 |

Mot du Ministre de la Santé du Bénin

Professeur Benjamin HOUNKPATIN



Les maladies neurologiques constituent la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de décès dans le monde. Le rapport de l'Assemblée générale des Nations unies de décembre 2017 indique que les progrès accomplis dans la réduction du fardeau des maladies non transmissibles en général et des maladies neurologiques en particulier ne permettront pas d'atteindre les objectifs de développement durable d'ici 2030. Les affections neuromusculaires touchent entre 1 et 8% de la population africaine. Des études effectuées au Bénin montrent que cette prévalence serait autour de 6% de la population adulte. Le lourd fardeau qu'elles engendrent pour les populations surtout les couches les plus vulnérables imposent une attention particulière. Depuis quelques années les réformes majeures engagées dans le secteur de la santé ont permis d'améliorer l'offre des soins. C'est la raison d'ailleurs de l'implication du gouvernement et de mon département ministériel pour le soutien à cet événement majeur du monde scientifique. Pendant deux jours vous êtes invités à réfléchir sur les avancées dans le domaine de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces affections. Notre pays se veut être le pionnier désormais dans la prise en charge de ces affections. Comme vous le savez l'érection d'un centre hospitalier de standing international de référence à Abomey-Calavi permettra d'améliorer l'offre et la qualité des soins des affections neuromusculaires. Je suis persuadé que vos réflexions et les travaux de ce premier congrès aboutiront à des conclusions permettant de prendre un nouveau départ. Je voudrais enfin vous rassurer que le gouvernement ne ménagera aucun effort pour la mise en œuvre de vos recommandations. L'amélioration du plateau technique et la formation des spécialistes est une priorité du gouvernement. Bientôt les bilans diagnostiques pourront se faire au Bénin et l'offre de soins accessible sera réelle avec la couverture médicale universelle. Comme vous pouvez le constater les réformes dans le secteur portent déjà leur fruit. Nous nous réjouissons d'abriter ce premier congrès sur les maladies neuromusculaires en Afrique. Pour finir je voudrais vous réitérer l'engagement et le soutien du gouvernement pour ces travaux et la mise en œuvre des recommandations.

Vive le Bénin révélé

Vive la santé au service du développement

Je vous remercie

Professeur Benjamin HOUNKPATIN

Ministre de la Santé

Mot du Président de la Société Béninois de Neurologie (SBN)

Professeur Thierry ADOUKONOU



Les maladies neuromusculaires regroupent un ensemble de pathologies touchant le nerf, le muscle ou la jonction neuromusculaire. Plus d'une personne sur 20 est affectée par ces affections dont la fréquence est élevée. Elles sont sources de handicap et d'un lourd fardeau pour la communauté. Les causes sont multiples et variées. En Afrique les neuropathies sont un peu plus connues avec pour principales étiologies l'infection à VIH et le diabète. Les causes génétiques et métaboliques sont peu étudiées du fait non seulement d'un manque d'accessibilité technique et financière. Si les maladies musculaires sont plus rares et peu reconnues elles se rencontrent aussi fréquemment dans cette région et principalement dues à la consanguinité et des anomalies métaboliques et les infections. De tout ce qui précède il urge de faire le point sur l'épidémiologie, les avancées dans le domaine diagnostique et thérapeutiques. La Société Béninoise de Neurologie en collaboration avec plusieurs partenaires (Association MyoCare, les laboratoires ROCHE, L'APHP, le Société Française de Neurologie,...) organisent ce premier congrès panafricain qui se veut une rencontre des acteurs des maladies neuromusculaires venus d'Europe et d'Afrique. Notre souhait est d'ouvrir des champs de réflexion et de mobiliser les énergies pour une meilleure approche diagnostique et thérapeutique de ces maladies afin d'en améliorer l'accessibilité. C'est le lieu de remercier le gouvernement de la République du Bénin et son chef, son excellence le Président Patrice TALON pour son implication personnelle et la mise à disposition de ressources pour la réussite de ce premier congrès panafricain. Le Bénin peut être fier d'en abriter le tout premier COPMAN qui est placé sous le patronage du Professeur Benjamin HOUNKPATIN, ministre de la Santé. A tous les participants nous souhaitons un excellent congrès et bienvenu dans notre merveilleuse cité, Cotonou.

Mi Kwabo ;Kawerou ; Mi a wezon

Professeur Thierry ADOUKONOU

Président de la Société Béninoise de Neurologie

Mot du Président de l'Association Myo' Care

Monsieur Ghislain B. N'DAH-SÉKOU



En Afrique, comme partout ailleurs, les affections neuromusculaires qui nous réunissent ce jour, coexistent avec de nombreuses autres pathologies telles que la Grippe, la Covid, les cancers, le diabète, le Paludisme, la lèpre...

la liste est longue. Mais force est de constater qu'elles restent largement négligées dans la littérature scientifique par rapport aux autres continents. On peut s'en rendre compte très facilement lorsque l'on fait l'exercice d'une revue de la littérature sur le sujet. L'enseignement et la formation des professionnels de santé ne sont pas en reste compte tenu du nombre d'heures consacrées à cette thématique dans les universités et les centres de formation.

Dans ce contexte, le comment est toujours plus important que le pourquoi.

Comment améliorer le diagnostic et la prise en charge des maladies neuromusculaires, qui relèvent actuellement d'un véritable parcours du combattant, tant pour les professionnels de santé que pour les patients ? Comment réduire l'errance diagnostique cause d'une grande souffrance psychologique et financière chez la personne qui ne se sent pas entendue ou prise au sérieux ?

Ce 1^{er} congrès panafricain et pluridisciplinaire sur les maladies neuromusculaires constitue une véritable opportunité de mettre en lumière ces pathologies. Lieu inédit d'un partage d'expériences et de connaissances entre spécialistes africains et internationaux, cet événement a pour ambition forte de susciter une réflexion globale sur cette thématique. Il permettra de proposer une approche nouvelle du diagnostic et de la prise en charge des maladies neuromusculaires en s'appuyant sur les ressources existantes sur notre continent.

On dit que les plus belles expériences sont celles qui durent. A l'instar de l'oncologie ou de maladies infectieuses, pourquoi ne pourrions-nous pas avoir pour cause commune la lutte contre les MNM en Afrique. Il est important que cette première initiative n'aboutisse pas à une simple collection de déclarations d'intention, mais connaissent une suite soit à nouveau au Bénin, soit dans un autre pays d'Afrique. Cette décision relève de la responsabilité de chacun d'entre nous. Planifier et fixer des priorités avec clairvoyance et agir avec habileté. C'est inscrit dans l'ADN du COPMAN.

Je voudrais exprimer au nom de l'Association Myo'Care, de la Société Béninoise de Neurologie et de tous nos partenaires (ROCHE, SANOFI, L'AFM Téléthon, l'AP-HP...) ma profonde gratitude au Président de la République du Bénin Son Excellence Monsieur Patrice Talon. Sa confiance et son soutien nous honorent et nous obligent. Cela dit, nous lui lançons un appel à lui et à ses homologues des autres pays afin qu'ils nous soutiennent encore plus à travers des décisions politiques fortes. Nous sommes aujourd'hui prêts à faire des propositions concrètes pour améliorer le sort des populations qui subissent au quotidien les conséquences de ces maladies au mieux invalidantes au pire mortelles pour les hommes, les femmes.... Mais aussi les enfants.

Bon congrès à toutes et tous et que la Science Infuse.

Ghislain N'DAH-SEKOU
Président de l'association Myo'Care

Mot du Président du Comité d'Organisation

Professeur Dieudonné GNONLONFOUN



L'Afrique fait face à de nombreux défis sanitaires.

Le fardeau des maladies non-transmissibles en général et celui

des maladies neuromusculaires en particulier est assez lourd. Réunir les différents acteurs de leur prise en charge au travers d'un congrès devient une nécessité pour notre continent. Le Bénin a pris ce pari, avec le soutien et l'appui de son gouvernement. L'association Myo'Care avec la Société Béninoise de Neurologie, dans un élan de solidarité, se sont lancés dans cette organisation. Une telle rencontre, de si grande envergure, nécessite de mobiliser d'importantes ressources humaines, matérielles et financières. Grâce aux différents partenaires nous sommes parvenus, vaille que vaille, à tenir le pari. Des hommes et des femmes d'ici et d'ailleurs se sont mobilisés, jour et nuit, pour la réussite de cette organisation. Nous tenons à les remercier et surtout le gouvernement béninois, qui a compris l'enjeu d'une telle rencontre. La communication en conseil des ministres, le soutien et le patronage de notre ministre de la santé a facilité les choses. Il convient aussi de remercier tous les scientifiques d'Afrique, de la France et d'ailleurs, qui se sont engagés à sacrifier de leur temps pour rendre effective une telle rencontre. Tout n'a sûrement pas été facile. Le droit à l'initiative équivaut au droit à l'erreur dit-on. Nous présentons d'ores et déjà les excuses du comité aux participants pour quelques désagréments qui pourraient survenir. Ensemble nous réussirons de grande chose et l'Afrique est capable et c'est le Bénin qui se révèle au monde.

Excellent congrès à tous

Professeur Dieudonné GNONLONFOUN

Président du Comité d'Organisation

Mot du Président du Comité Scientifique

Professeur Eric AZABOU



Les maladies neuromusculaires sont synonymes de handicap, de souffrance, d'entrave à l'épanouissement, et souvent de réduction de l'espérance de vie. La recherche sur ces maladies avance dans les pays développés. Cette recherche vise à mieux comprendre leurs mécanismes, peaufiner les outils diagnostiques, optimiser l'accompagnement, équiper les patients en appareillages de suppléance fonctionnelle pour la communication, la mobilité, la respiration, le sommeil, l'alimentation etc...

Faire avancer la cause de ces patients est un enjeu de santé publique, mais surtout un enjeu d'Humanité et de solidarité humaine. Ainsi chaque année, des initiatives privées et publiques s'engagent pour la recherche de financement en vue de soutenir et booster la recherche sur les maladies neuromusculaires. Le célèbre téléthon en est un illustre exemple.

Ce premier congrès panafricain sur les maladies neuromusculaires s'inscrit dans cette dynamique de fédérer les énergies et les moyens pour défendre et soutenir cette cause, mais avec un regard plus focalisé sur le continent africain où les initiatives jusqu'à présent sont modestes.

L'association MyO'Care, la société française de neurologie, la société béninoise de neurologie et la Fédération Hospitalo-Universitaire Phénix, l'une des plus prestigieuses structures de recherche française sur les maladies neuromusculaires, ont décidé de mettre en commun leurs expertises ensemble avec les spécialistes du continent Africain, ici à Cotonou à deux pas de la statue de l'Amazone pour insuffler une nouvelle ère dans le combat contre ces maladies. Pendant ces deux jours, le programme scientifique est conçu pour permettre de revisiter pratiquement tous les aspects de la prise en charge très pluridisciplinaire qui caractérise les maladies neuromusculaires. D'éminents experts dans différents sous-domaines des maladies neuromusculaires interviendront. Des sessions de communications libres sont organisées afin de permettre aux jeunes médecins et chercheurs de présenter leurs travaux en cours et partager leurs expériences avec les experts.

Ce congrès tombe à point à l'heure où le gouvernement du Bénin que remercions chaleureusement pour son fort soutien et son engagement dans ce congrès, consacre des efforts inédits et opère des réformes très ambitieuses dans le secteur de la Santé.

Des partenariats concrets en vue de développer la recherche, la formation et l'innovation clinique et technologique sur les maladies neuromusculaires au Bénin et sur le continent Africain sont à établir de même que des recommandations de bonne pratique clinique.

Bon congrès à tous

Professeur Eric AZABOU

Président du Comité Scientifique

Communications Orales Invitées

COI -1 -Épidémiologie des maladies neuromusculaires en Afrique Un Aperçu des Données Actuelles et des Défis"

Pr Dismand HOUINATO, Pr Thierry ADOUKONOU, Pr Dieudonné GNONLONFOUN (Bénin)

Résumé :

Les maladies neuromusculaires représentent un groupe diversifié de troubles affectant les nerfs périphériques, les muscles, ou leur jonction neuromusculaire. Bien que ces affections aient été largement étudiées dans les régions plus développées du monde, l'épidémiologie de ces maladies en Afrique reste relativement méconnue et complexe en raison de la diversité génétique, des ressources médicales limitées et du manque de sensibilisation. Les données sur la prévalence varient considérablement d'un pays à l'autre. Par exemple, la dystrophie musculaire de Duchenne peut être moins fréquente en Afrique subsaharienne par rapport à d'autres régions, avec une estimation de 2,2 cas pour 100 000 habitants au Nigeria.(Alao al 2016). L'Afrique abrite une grande diversité génétique, ce qui peut entraîner des formes de maladies neuromusculaires uniques liées à des mutations spécifiques à certaines populations. Cependant l'une des problématiques des maladies neuromusculaires en Afrique reste le manque d'accès aux soins de santé et de ressources médicales dans de nombreuses régions africaines qui peut entraîner un retard dans le diagnostic et la prise en charge des maladies neuromusculaires. Des initiatives de sensibilisation et de formation médicale sont nécessaires pour améliorer le diagnostic précoce et la gestion des maladies neuromusculaires. Cette mise au point souligne l'importance de la recherche épidémiologique plus approfondie pour mieux comprendre la prévalence, la distribution géographique et les facteurs de risque spécifiques en Afrique. Des données actualisées sont essentielles pour améliorer la prise en charge de ces affections souvent invalidantes et pour mieux soutenir les personnes atteintes de maladies neuromusculaires sur le continent africain.

COI-2 - La prise en charge diagnostique et clinique des maladies neuromusculaires en 2023

Pr Pascal LAFORÊT (France)

Service de Neurologie, centre de référence neuromusculaire Nord/Est/Ile de France, FHU PHENIX, Hôpital Raymond-Poincaré, Garches ; UVSQ, Université Paris-Saclay

Les maladies neuromusculaires constituent un groupe de plusieurs centaines de maladies acquises ou génétiques pour lesquelles des avancées considérables ont eu lieu ces deux dernières décennies.

Le diagnostic de ces maladies repose toujours en premier abord sur la clinique et l'électrophysiologie, permettant de poser le diagnostic des pathologies les plus fréquentes. Mais d'autres outils prennent aujourd'hui une place de plus en plus importante pour élucider les cas plus complexes, en particulier l'imagerie par résonance magnétique et la biologie moléculaire. Par contraste, la place de la biopsie neuromusculaire a tendance à se réduire, mais cet examen lorsqu'il est interprété par un centre expert conserve toujours une valeur précieuse.

La prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires repose sur une prise en charge multidisciplinaire, associant idéalement pédiatre ou neurologue, médecin rééducateur, orthopédiste, cardiologue et pneumologue. Le dépistage et le traitement des complications orthopédiques, cardiologiques et respiratoires, ont permis d'allonger la survie et d'améliorer considérablement la qualité de vie des patients. Par ailleurs, des traitements innovants ont été commercialisés ces dernières années pour plusieurs maladies acquises ou génétiques, mais leur coût extrêmement élevé en limite aujourd'hui l'accès dans de nombreux pays.

Biographie :

Pascal Laforêt, MD, PhD, est professeur de neurologie à l'Université de Versailles-Saint Quentin, consultant spécialisé dans les maladies neuromusculaires (myasthénie grave, dystrophies musculaires et myopathies métaboliques) dans le service de neurologie de l'hôpital Raymond-Poincaré, et coordinateur du centre neuromusculaire Nord/Est/Ile de France et du FHU Phenix dédié à la recherche translationnelle dans les maladies neuromusculaires. Il est affilié au laboratoire U1179 INSERM-UVSQ, dédié aux biothérapies des maladies du système neuromusculaire. Ses activités de recherche portent principalement sur les myopathies métaboliques (physiopathologie et essais cliniques), et il coordonne les registres français des maladies mitochondriales, de la glycogénose de type III et de la maladie de Pompe. Il est membre de la Société Française de Myologie (SFM), de la Société Française des Maladies Héritaires Métaboliques (SFEIM), et des conseils d'administration de l'Association Française de Glycogénose (AFG) et de la Fondation Garches.

COI-3 - Les structures de prise en charge des maladies neuromusculaires en Afrique subsaharienne

Pr Berthe ASSI (Côte d'Ivoire)

Résumé

Les maladies neuromusculaires, sont très diverses, regroupant les neuropathies, les myopathies et les pathologies de la jonction neuromusculaire. Les causes, variées, sont infectieuses, toxiques, dysimmunitaires, ou génétiques. L'évolution peut être lente ou rapide. Les conséquences sur l'organisme, sont souvent graves : orthopédiques, respiratoires, cardiaques, digestives, ...

Leur prise en charge se fait au mieux dans des structures spécialisées ou centres de référence, inexistantes dans la plupart de nos pays subsahariens.

Le diagnostic de ces maladies repose sur un faisceau d'arguments, parmi lesquels, un bon examen clinique initial, fait par un neurologue spécialisé. Les ressources humaines existent dans nombreux pays, dont les neurologues (5 à 29 par pays).

Le dosage des CPK est réalisé dans tous les pays explorés. L'apport des examens neurophysiologiques est important, aidé par la présence, dans certains pays, de neurophysiologistes (1 à 20) et d'appareils d'ENMG (1 à 11).

La biopsie neuromusculaire est pratiquée dans les seuls pays possédant des neuropathologistes ou des anatomopathologistes expérimentés.

Le Sénégal, et le Mali font le diagnostic génétique sur place, grâce à des neurogénéticiens ou des généticiens impliqués dans cette lutte. Dans la plupart des pays subsahariens, l'extraction de l'ADN est faite localement, et le matériel acheminé en France, où le diagnostic est fait grâce à l'Association Myocare, avec le Pr URTIZBEREA A. et le Dr LETURCQ F. La thérapie génique n'est pas accessible dans nombre de nos pays subsahariens. Quant à la rééducation fonctionnelle, réalisée dans les services de médecine physique et réadaptation de nos pays, aide à prévenir ou réduire le handicap. Dans certains pays, des associations de familles telles que Fitima et des ONG comme « Aux pas du Cœur », aident à la sensibilisation, au conseil génétique sur la consanguinité, à l'éducation des familles, et à la réinsertion des patients dans le tissu social.

Des réseaux de spécialistes ont été créés pour mutualiser les compétences. C'est le cas du Réseau Ouest Africain des Myopathies (ROAMY) créé en 2009, à réactiver.

Mots clés : Maladies neuromusculaires – Moyens diagnostiques – Structure de prise en charge

Biographie :

La Professeure ASSI Berthe est Neurologue, Neurophysiologiste, et Epileptologue également titulaire d'un

Diplôme Universitaire de Veille et Sommeil. Elle est Chef du Service de Neurologie du CHU de Cocody, Abidjan- Côte d'Ivoire.

COI-4 - Cartographie des réseaux internationaux sur les maladies neuromusculaires

Dr Jon Andoni URTIZBEREA (France)

Myologue clinicien, Institut de Myologie de Paris, France

Résumé

Dans un monde de plus en plus globalisé, le paysage des maladies rares, et en particulier, des maladies neuromusculaires, a considérablement changé au fil de ces trente dernières années. Historiquement, des liens de collaboration se sont tissés d'abord entre les pays du Nord, là même où les réseaux de professionnels de santé et/ou de chercheurs étaient les plus actifs, avec très souvent une représentation de patients structurée et dynamique. La recherche des gènes responsables des maladies neuromusculaires (dont la très grande majorité ont une origine génétique) a favorisé les contacts entre ces réseaux et un certain nombre d'équipes de pays où ces maladies étaient particulièrement fréquentes du fait d'une forte consanguinité. On pense en particulier au Maghreb mais pas que. Les pays du Sud ont ainsi largement contribué, mais souvent de manière indirecte, à des avancées majeures dans le domaine des maladies neuromusculaires. Les grands réseaux ou alliances internationaux réunissant chercheurs, professionnels de santé et le cas échéant, représentants d'associations de malades se sont progressivement développés et structurés avec une forte implication dans les questions liées à l'enseignement de ces maladies. On assiste actuellement à une meilleure prise de ces besoins de formation en Afrique, en Amérique Latine et en Asie. On déplore toutefois que l'arrivée des thérapies innovantes issues de la connaissance des gènes ait paradoxalement accentué le fossé entre pays y ayant accès ou non. Cette situation nécessite des efforts collectifs afin de remédier à cette injustice criante pour les malades concernés.

Biographie :

Le Docteur J. Andoni URTIZBEREA, MD,MSc. Est myologue clinicien à l'Institut de Myologie de Paris. Il est formé en pédiatrie et en médecine physique réadaptation (MPR) et titulaire de deux DEA. Il est également diplômé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris. A longtemps exercé à Necker et à Garches avant de rejoindre l'Association Française contre les Myopathies (AFM) d'abord comme directeur médical puis comme délégué général de l'Institut de Myologie à Paris (CHU Salpêtrière). A participé à la construction de nombreux réseaux collaboratifs internationaux dans le domaine des maladies neuromusculaires dont celui, plus récent, déployé en Afrique du Nord et en Afrique sub-saharienne.

COI- 5 - LES MALADIES NEUROMUSCULAIRES DE L'ENFANT ET DEL'ADOLESCENT EN AFRIQUE : ETATS DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Pr AdjaratouDieynabouSOW (Sénégal)

Clinique neurologique IP Ndiaye du CHUN de Fann ; BP 5035 Dakar –Sénégal ;
sowads@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Les maladies neuromusculaires (NMD) désignent des atteintes de l'unité motrice, primitives ou secondaires, isolées ou associées, souvent d'origine monogénique. Avec la recherche génétique, leur diagnostic a connu un bond considérable en Occident où elles touchent 20 millions de personnes. **Méthodologie :** nous avons mené une large recherche d'articles sur NCBI et Pubmed avec comme référence MeSh 'neuromuscular disorder, disease pathology, child' +/- «Afrique». Aussi, des échanges whatsapp directs avec des neurologues africains sur leurs statistiques locales, publiées ou non. **Résultats:** Les populations africaines sont sous-étudiées Les NMD pédiatriques sont historiquement de mauvais pronostic. Cependant, les patients africains, issus d'une diversité unique de populations africaines, asiatiques et caucasiennes, présentent des particularités phénotypiques et de nombreux variants génétiques. Des stratégies et de nouvelles options de traitement existent, comme dans les dystrophies musculaires de Duchenne, facio scapulo-humérales et l'amyotrophie spinale. D'où l'intérêt d'identifier l'origine génétique spécifique des NMD dans des populations peu étudiées. L'Afrique, surtout subsaharienne, souffre de manque de données criards, sauf pour certains pays tels l'Afrique du sud qui compte le 1^{er} centre dédié au Duchenne depuis 1987, la Tunisie et le Maroc comme ténors en découvertes génétiques et développement d'équipes multidisciplinaires spécialisées, et le Mali avec son laboratoire de génétique très tourné vers les NMD. Le Sénégal, avec l'étude SENEGENE, commence ses premiers recrutements et séquençages systématiques des NMD principalement l'Amyotrophie spinale et les dystrophies musculaires. Chez l'enfant africain, les dystrophies musculaires et la myasthénie, sont les plus couramment suspectés avec un diagnostic clinico-électrophysiologique mais de rares confirmations génétiques, par absence de plateformes techniques locaux, d'accessibilité financière ; avec des délais diagnostics longs. Les statistiques restent rares par absence de registres centralisés. **Conclusion :** L'élargissement des services génétiques grâce à une volonté politique par une priorisation sanitaire nationale, et le renforcement de la coopération internationale aux plans formatif, diagnostique et thérapeutique, accroîtront les options et l'accès au traitement des patients.

Biographie :

Le Pr Adjaratou Dieynabou SOW, est Enseignant-chercheur à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Maître de Conférences Agrégé du CAMES en Neurologie. Ses principaux centres d'intérêt et activités quotidiennes sont la Neurophysiologie Clinique, la Neuropédiatrie, l'Epileptologie et la Thérapie systémique sous des auspices locaux et internationaux. Officiellement affectée au CHUN de Fann, elle assure des vacances décentralisées dans les différents Hôpitaux d'Enfants pour le développement d'unités de neurophysiologie clinique, une meilleure accessibilité des consultations spécialisées et la mise en place de circuits de prise en charge collaboratifs multidisciplinaires.

COI-6 - Principes de prise en charge des hypotonies néonatales

Dr Emmanuel TOGO (Bénin)

Clinique Médicale Hagnon, Bénin

Résumé

L'hypotonie néonatale est une situation couramment rencontrée en médecine périnatale.

Elle est souvent associée à d'autres anomalies qu'il convient de rechercher et d'évaluer comme une détresse respiratoire, une dysmorphie faciale, une déformation des extrémités, des anomalies oculaires (ophtalmoplégie, ptosis), une fasciculation, une macrosomie ou un retard de croissance intra-utérin. Les difficultés d'alimentation sont fréquentes chez les nouveau-nés hypotoniques et nécessitent une attention particulière. La démarche diagnostique associe une enquête rigoureuse portant sur les antécédents familiaux, les antécédents obstétricaux de la mère, l'histoire de la grossesse, les circonstances de l'accouchement et les évènements périnataux. Elle se poursuit par une évaluation clinique complète et la réalisation des examens complémentaires appropriés. Les causes peuvent être extra neurologiques ou neurologiques. Les causes extra neurologiques les plus fréquentes sont les infections materno-foetales, les intoxications, l'anoxie périnatale, les troubles métaboliques notamment l'hypoglycémie et l'hypocalcémie. Les causes neurologiques peuvent être centrales ou périphériques. Les causes centrales les plus fréquentes sont les malformations cérébrales, les anomalies génétiques, les maladies métaboliques. Les causes périphériques sont représentées par les pathologies neuromusculaires. La prise en charge est symptomatique et étiologique. Le pronostic est fonction de la rapidité de la prise en charge et de l'étiologie retrouvée.

Biographie :

Le Dr Emmanuel TOGO est titulaire d'un diplôme de médecine générale puis d'un DES de pédiatrie à la Faculté des sciences de la Santé de l'université d'Abomey Calavi au Bénin. En France, il s'est spécialisé en Epileptologie enfants et adultes (Université de Nancy) puis en Neuropédiatrie (Université René Descartes, Paris). Durant cette formation, il est passé dans le service de Neuropédiatrie du Professeur Du LAC à Necker et dans le service de Neuropédiatrie du CHU de Rouen. Il a ensuite été Praticien Hospitalier de pédiatrie et de neurologie pédiatrique au CH de Lisieux pendant plusieurs années avant de prendre sa disponibilité pour s'installer en libérale à la Clinique St Germain de Brive La Gaillarde où il est resté jusqu'à son retour à Cotonou. Il est actuellement Directeur de la Clinique Médicale Hagnon, cumulativement avec ses activités de Neuropédiatrie.

COI-7 - Quelle prise en charge thérapeutique pour l'enfant atteint de maladies neuromusculaires en Afrique subsaharienne ?

Dr Blaise MBIELEU (France)

Service de Neurologie et Réanimation Pédiatriques, Hôpital Raymond Poincaré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

L'insuffisance respiratoire est la cause principale de mortalité dans les maladies neuromusculaires, son installation est insidieuse : il faut la rechercher tout au long de l'évolution de la maladie. Toute atteinte paralytique des muscles respiratoires avant l'âge de 4 ans sera responsable d'une hypoplasie pulmonaire. Il faut donc être préventif dans les pathologies congénitales. Le développement de nouvelles machines de ventilations à turbine, avec une technologie et un monitoring comparables aux ventilateurs de réanimation, et le développement des outils de désencombrement instrumentaux, utilisables à l'hôpital comme au domicile, constitue une aide indiscutable. Cela change le cours de l'évolution des maladies neuromusculaires. L'insuffisance respiratoire était la principale cause de morbidité et de mortalité chez les patients atteints de MNM jusqu'à ce que des soins respiratoires récents soient disponibles. La Pression positive continue et la ventilation non invasive sont de plus en plus utilisées chez les enfants du monde entier, même dans les pays émergents.

Le traitement orthopédique des scoliozes ne peut être dissocié de la prise en charge respiratoire. Une surveillance régulière est nécessaire pour suivre la croissance et adapter le traitement à l'évolution. Le corset Garchois n'est qu'un des éléments de la prise en charge des scoliozes dans les maladies neuromusculaires. L'appareillage doit être introduit progressivement en fonction de l'âge et de l'évolution de la maladie. Il permet la prévention puis la correction des déformations, intéresse toutes les parties du corps (les pieds, les bras et les poignets, les hanches et le bassin et le rachis). Le traitement chirurgical est en général inévitable.

La prise en charge des maladies neuromusculaires doit être pluridisciplinaire (respiratoire, neurologique, orthopédique, digestive, cardiologique, urologique, stomatologique, éducative, psychologique et sociale...) précoce, préventive.

Biographie :

Le Docteur MBIELEU Blaise a obtenu son Doctorat en 1990 à l'Université de Niamey (République du Niger), puis son CES de pédiatrie à l'Université d'Abidjan (Côte d'Ivoire) en 1995. Il est titulaire d'une AFSA de réanimation médicale en 2001 à Paris, du DIU de stratégie thérapeutique en pathologies infectieuses et du DIU d'urgences et de réanimation pédiatrique. Il est actuellement Pédiatre-Réanimateur, Praticien Hospitalier, Responsable UF SRPR Pédiatriques en Réanimation pédiatrique polyvalente, USC, SRPR (Hôpital Raymond Poincaré, Garches) et intervient dans la prise en charge respiratoire au centre de référence des maladies neuromusculaires de l'enfant à Garches.

COI-8 - Organisation de la prise en charge des maladies neuromusculaires : l'exemple de la Tunisie

Pr Ilhem Ben Youssef TURKI (Tunisie)

Service de neurologie Pédiatrique- LE18SP04- Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie- Tunis- Tunisie- Faculté de Médecine de Tunis- Université Tunis El Manar

Résumé :

Introduction : Les MNM sont des maladies chroniques, leur prise en charge (PEC) est lourde. Besoin pour le patient et sa famille d'anticiper les grandes étapes de leur parcours de soins et de vie, dans un monde en pleine évolution, pour mieux vivre avec la maladie. Ceci implique : 1- Qu'ils soient informés, guidés et accompagnés, 2- De mettre en place des standards de soins, accessibles à tous.

Méthodologie : 5 enjeux majeurs pour les MNM en Tunisie : 1- Meilleure connaissance de la maladie passant la formation et l'information. 2- Etablir un guide de parcours clinique destiné au professionnel de santé et guide de parcours de soins pour faciliter la prise en charge et le suivi au quotidien impliquant le partenariat entre le secteur publique-privé. 3- Améliorer le quotidien des patients et de leur famille via le travail associatif en étant à l'écoute de leurs besoins. 4- Le traitement et évolution : Proposer une PEC personnalisée basée sur la mise en place des standards de soins et la mise à leur disposition les nouvelles thérapies innovantes pour faire reculer la maladie. L'implication du patient et de sa famille est essentielle pour fixer les objectifs et optimiser les résultats. 5- Le suivi et l'accompagnement.

Résultats : Nous nous proposons de présenter l'expérience du service de neurologie pédiatrique de l'Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie, de Tunis, Tunisie, dans la prise en charge des MNM et de présenter l'état d'avancement du plan d'action collaboratif SMA Tunisie- Maghreb entamé depuis 2021 comme modèle de PEC de ces maladies.

Conclusion : La réponse à ces enjeux, ne peut se faire qu'à travers la mise en place d'un travail collaboratif multidisciplinaire, multisectoriel, impliquant tous les acteurs de la prise en charge.

Biographie :

Le Pr Ilhem Ben Youssef Turki est Professeure à la faculté de médecine de Tunis- Université Tunis El Manar et Cheffe de service de Neurologie Pédiatrique- Cheffe du Laboratoire de recherche en neurologie pédiatrique- LR18SP04- à l'Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie- Tunis- Présidente de l'ATNEA (Association Tunisienne de Neurologie de l'Enfant et de l'Adolescent), Membre du Bureau de l'ACNA (African Child Neurology Association). Ses Principaux domaines d'expertise -d'intérêt - de recherche sont les pathologies neurologiques de l'enfant et de l'Adolescent en particulier les épilepsies, les maladies neuromusculaires, la neurophysiologie de l'enfant (ENMG-EEG-PE), les ataxies et les maladies liées au stress oxydatif.

COI-9- Place de l'ENMG dans le diagnostic des maladies neuromusculaires en 2023

Pr Guillaume NICOLAS (France)

Résumé :

L'électro-neuro-myogramme ou ENMG est un examen central pour le diagnostic et le suivi des patients atteints de maladies neuromusculaires. Présent depuis les années 50, il pourrait paraître barbare avec ses décharges électriques et ses aiguilles électrodes. Comparé au progrès de l'IRM musculaire ou l'échographie nerveuse, il pourrait sembler obsolète, mais il offre des informations qui ne sont pas accessibles aux autres techniques.

En effet, l'ENMG renseigne sur le fonctionnement des nerfs et non pas seulement sur leurs aspects ou leurs dispositions. Cet aspect fonctionnel est particulièrement important lorsque l'on explore la jonction neuromusculaire ou lorsqu'il faut différencier une atteinte purement axonale d'une atteinte de la gaine de myéline.

De nombreux écueils menacent la réalisation de l'ENMG, qui reste un examen à interpréter dans un contexte clinique et après la réalisation d'un examen neurologique orienté. C'est donc un examen « opérateur dépendant » qui nécessite une grande rigueur dans sa réalisation et une connaissance des maladies neuromusculaires pour offrir des informations pertinentes. La formation des médecins pratiquant les ENMG est donc critique.

Même si peu d'innovations semblent avoir été apportées à l'exploration électromyographique depuis 30 ans, on citera l'examen en fibre unique (Jitter), la triple stimulation ou les tests d'efforts courts ou longs, qui offrent des informations complémentaires parfois indispensables pour le diagnostic de certaines pathologies neuromusculaires spécifiques.

En dépit de ses nombreuses limitations techniques et de sa dépendance à la qualité de l'opérateur, l'ENMG reste un examen indispensable, et pour longtemps, dans le diagnostic et le suivi des maladies neuromusculaires.

Biographie :

Le Pr Guillaume NICOLAS est le Chef du service de Neurologie de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches. Neurologue et neurophysiologiste, il est spécialisé dans les neuropathies périphériques, et plus particulièrement dans l'électrophysiologie des neuropathies dysimmunitaires. Il a été responsable du Centre de Référence SLA et des Explorations Neuromusculaires au CHU d'Angers, avant de venir créer à Garches, en 2012, le Service de neurologie. Très orienté vers le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires, il a su constituer une équipe de collaborateurs, pour certains reconnus internationalement comme le Pr Laforêt, et permis au Service de devenir Centre Coordonnateur d'un des trois Centres de Références Neuromusculaires Français.

COI-10- Place de l'EEG et des potentiels évoqués dans la prise en charge des maladies neuromusculaires

Pr Éric AZABOU (France)

Unité de Neurophysiologie et Neuromodulation, Service de Physiologie-Exploration fonctionnelle, Hôpital Raymond Poincaré, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Garches

Résumé :

L'exploration fonctionnelle neurologique des maladies neuromusculaires évoque en premier lieu l'électroneuromyographie ciblant l'état fonctionnel du nerf, du muscle et de la jonction neuromusculaire. Cependant, la place des examens explorant le système nerveux central, c'est-à-dire l'électroencéphalogramme (EEG) et les potentiels évoqués (PE) se pose assez rapidement car certaines maladies neuromusculaires comportent potentiellement des atteintes centrales qui méritent d'être détectées et suivies. L'EEG trouve ainsi une toute première indication dans le screening diagnostique de certaines maladies neuromusculaires, pour éliminer l'existence d'un trouble épileptique associé. Il a été montré par exemple que des troubles épileptiques étaient présents chez 7% des personnes atteintes de dystrophie musculaire Becker et 5% des personnes atteintes de dystrophie musculaire de Duchenne, et qu'il s'agissait fréquemment de formes répondant mal au traitement (14 à 38% des cas), et ceci, indépendamment de la nature de la mutation dans le gène de la dystrophine. La fréquence de certaines formes d'épilepsie, notamment les « absences », pourrait être sous-estimée : elles se manifestent par une suspension ou une altération de la conscience d'une durée de 5 à 15 secondes, et pourraient être mises, à tort, sur le compte de troubles de l'attention. Les potentiels évoqués, explorent les voies nerveuses médullaires, somesthésiques et motrices, mais évaluent également les atteintes des voies sensorielles auditives et visuelles chez les patients neuromusculaires. L'atteinte neuromusculaire peut engendrer des déformations ostéo-articulaires qui en retour peuvent impacter le fonctionnement de la moelle. C'est de certaines scolioses neuromusculaires. Les PE ont aussi un rôle crucial lors des bilans pré chirurgicaux des patients neuromusculaires dans le sens que leurs aspects participent à l'évaluation du bénéfice/risque d'une chirurgie dans cette population souvent fragile. Enfin l'utilisation du monitoring intra-opératoire combiné des PES et PEM constitue une méthode assez fiable pour réduire le risque de complication post-chirurgicales dans les maladies neuromusculaires.

Biographie :

Le Pr Eric AZABOU, est neurologue et neurophysiologiste, responsable de l'Unité de neurophysiologie et neuromodulation du service de Physiologie-Exploration fonctionnelle de l'Hôpital Raymond Poincaré. Il est enseignant chercheur à l'Université de Versailles saint Quentin, où il développe des techniques de neuromonitorage en réanimation et de neuromodulation dans les affections inflammatoires, infectieuses, douloureuses et neurodégénératives.

COI-11- Place de l'exploration du sommeil dans la prise en charge des maladies neuromusculaires en Afrique

Pr Fatoumata BÂ (Sénégal)

UFR des Sciences de la santé, Université Gaston Berger de Saint Louis,

E-mail : fatoumata.ba@ugb.edu.sn

Introduction : Les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés dans les pathologies neuromusculaires, mais ils sont souvent négligés et rarement objectivés lors de l'examen clinique. Les troubles respiratoires du sommeil demeurent les plus décrits dans la littérature scientifique. La polysomnographie est le gold standard du diagnostic. Elle peut être associée au test itératif de latence du sommeil, à la mesure de la capacité vitale et à l'analyse des gaz du sang. L'objectif de ce travail était de faire une revue de la littérature scientifique portant sur l'intérêt de l'exploration du sommeil dans les pathologies neuromusculaires en Afrique et d'identifier les troubles du sommeil associés aux maladies neuromusculaires.

Matériels et méthodes: Des recherches ont été effectuées dans 3 bases électroniques : PubMed, Google scholar et Africanjournals on line (AJOL) avec les mots-clé : « Polysomnography », « neuromusculardisease », « polygraphy », « sleep », « sleepdisorders », « Africa », « sub-saharanAfrica ». Nous avons aussi associé « neuromusculardisease » AND « sleep » dans Pubmed pour identifier les troubles du sommeil rapportés dans la littérature.

Résultats: En Afrique, très peu d'études ont été menées dans ce domaine. Des troubles du sommeil sont souvent rencontrés dans les maladies neuromusculaires, avec une prédominance des troubles respiratoires du sommeil, objectivés par la polysomnographie ou la polygraphie ventilatoire. La reconnaissance et le traitement de ces troubles améliorent la qualité de vie des patients.

Conclusion : Il s'avère donc nécessaire de rendre systématique les explorations du sommeil dans la prise en charge des maladies neuromusculaires.

Mots-clé : troubles du sommeil ; polysomnographie ; maladies neuromusculaires.

Biographie :

La Professeure Fatoumata BA, est Maître de Conférences agrégée de Physiologie à l'UFR des Sciences de la santé (UFR 2S) de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis et responsable du laboratoire de physiologie et d'explorations fonctionnelles physiologiques. Elle est aussi spécialiste en psychiatrie et épileptologie. Elle travaille surtout dans le domaine de la neurophysiologie clinique et s'intéresse particulièrement au sommeil (syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil) et à l'épilepsie qui constituent ses deux principaux axes de recherche.

COI-12- Apport de l'imagerie dans le diagnostic des MNM

Pr Robert-Yves Carlier, Dr Djalil Kerzazi, Dr Denis Kontogom, Dr Jean-Frédéric Adjimabou, Dr Morine Hounkanrin, Dr Nadia Venturelli.

Hôpital Raymond Poincaré, GHU Paris Saclay Garches France
Centre Hospitalier Intercommunal Poissy Saint-Germain (CHIPS) , GHT Yvelines Nord
UMR 1179 INSERM, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines/Paris Saclay

Résumé :

L'imagerie s'est progressivement intégrée dans le processus diagnostique multidisciplinaire depuis la fin des années 1980.

La technique qui offre la possibilité de mettre en évidence à la fois les modifications du volume musculaire et de l'augmentation de ses contenus en graisse et en eau est l'IRM.

Elle nécessite certes la disponibilité de machines mais les examens longs et difficiles du début des années 2000 sont avec les évolutions technologiques de plus en plus simples et rapides.

L'étude du corps en entier depuis le début des années 2000 a permis de mieux décrire le pattern de beaucoup de MNM à différents stades d'évolution et/ou avec des présentations cliniques différentes pour la même maladie.

Les travaux collaboratifs multicentriques ont permis des descriptions plus précises en regroupant un nombre de cas élevé, à l'échelle des maladies rares, pour chaque maladie.

Les progrès de la génétique, loin de faire disparaître le recours à l'imagerie, en ont augmenté la réalisation en particulier pour statuer sur le caractère pathologique de mutation(s) retrouvée(s).

Les techniques actuellement utilisées permettent d'autre-part d'accéder à des analyses quantitatives utiles aux suivis d'histoire naturelle ou sous traitement. Celles-ci nécessitent cependant des temps de post-traitements longs réservés à des centres spécialisés.

Biographie :

Le Pr Robert-Yves Carlier est chef de service du service d'imagerie diagnostique et interventionnelle des Hôpitaux universitaires Raymond Poincaré, Ambroise Paré et Sainte Périne ainsi que du centre hospitalier intercommunal Poissy Saint Germain.

Il dirige le département médico-universitaire (DMU smart imaging) de médecine nucléaire, médecine légale, anatomie pathologique et imagerie du GHU Paris Saclay.

Ses domaines d'expertise clinique et de recherche sont le rachis et la moelle épinière, la radiologie interventionnelle ostéo-articulaire et les pathologies musculaires.

Il a été pionnier dans le développement de la technique d'IRM du corps en entier dans les MNM.

Il est auteur ou co-auteur de plus de 230 articles dans des revues indexées avec comité de lecture.

COI-13- Le coroscanner dans la prise en charge des maladies neuromusculaires en Afrique

Austher AYI MEGNANGLO, F. HOUNTO, S. ADJADOHOUN, P. YEKPE AHOUANSOU

Service d'Imagerie médicale, CNHU-COTONOU (BENIN)

Résumé

Introduction: La pratique du coroscanner est récente au Bénin à l'instar de beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. C'est une technique non invasive permettant la visualisation de l'arbre coronaire et des structures cardiaques. L'objectif de cette présentation est de faire ressortir le rôle du coroscanner dans la prise en charge des maladies neuromusculaires. Les indications du coroscanner : Le coroscanner est souvent réalisé pour des douleurs thoraciques à risque intermédiaire et le contrôle après revascularisation coronaire. D'après les recommandations, le scanner coronaire est indiqué en cas de douleur thoracique avec une épreuve d'effort équivoque ou ininterprétable, une douleur thoracique aiguë à ECG normal avec élévation des enzymes cardiaques. Il n'est pas indiqué en cas de syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST ou d'un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST chez les patients à haut risque. Technique de réalisation du coroscanner : Elle consiste à une préparation du patient et à une acquisition en mode synchronisé à l'ECG puis une injection. L'acquisition peut être prospective ou rétrospective. Elle permet le calcul du score calcique et la recherche d'une coronaropathie. Apport du coroscanner dans la prise en charge des maladies neuromusculaires : Le coroscanner n'a pas pour indication première l'étude des maladies neuromusculaires. Mais il permet le calcul du score calcique des artères coronaires et détermine le facteur de risque cardio-vasculaire, un facteur de comorbidité dans de nombreuses maladies neuromusculaires. D'après certaines études, Il est bien établi que l'atteinte cardiaque constitue une des complications des maladies neuromusculaires.

Conclusion : L'atteinte cardiaque est une caractéristique commune des maladies neuromusculaires contribuant à une morbidité et une mortalité toutes deux importantes. Le coroscanner intervient pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire

Mots clés : Coroscanner, maladies neuromusculaires.

Biographie :

Le Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher est Médecin Radiologue, praticien au CNHU-HKM de Cotonou et Médecin Lieutenant-colonel des Forces Armées Béninoises. Ses compétences ou capacités actuelles se résument comme suit : Médecine générale, Pratique des différentes techniques d'imagerie médicale à savoir : la radiologie conventionnelle, la mammographie, l'échographie, le scanner et l'IRM avec des compétences en imagerie cardiaque et en radiologie interventionnelle. Il a effectué plusieurs séjours à l'étranger : Reims-France, Ndjamena-Tchad, Dakar-Sénégal, missions des nations unies en Côte-d'Ivoire, en République Démocratique du Congo, Guangxi-Chine.

COI-14- Rôle thérapeutique potentiel du GDF5 dans la sarcopénie et la sclérose latérale amyotrophique

Massiré TRAORE (Mali / France)

Affiliation : Sorbonne Université, INSERM, Institut de Myologie, Centre de Recherche en Myologie, F-75013 Paris, France.

Email : m.traore@institut-myologie.org

Introduction : La sarcopénie est une pathologie musculaire liée à l'âge caractérisée par une perte excessive de la force et/ou de la masse musculaire. Il s'agit d'une maladie complexe et multifactorielle qui impacte fortement la qualité de vie des patients. Parmi les multiples causes avancées, la perte de contact entre le nerf et le muscle (dénervation) qui a lieu au cours du vieillissement jouerait un rôle déterminant dans la dégradation musculaire observée chez les patients atteints de sarcopénie. Par ailleurs, une perte musculaire associée à un état de dénervation est une caractéristique qui est également retrouvée dans la sclérose latérale amyotrophique (SLA), une maladie neuromusculaire mortelle causée par la dégénérescence des motoneurones.

A ce jour, il n'existe pas de traitements contre la sarcopénie et la SLA. Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés au potentiel thérapeutique d'une protéine : le GDF5 (Growth Differentiation Factor 5). En effet, ce facteur a été montré comme étant capable de préserver la masse musculaire en condition de dénervation (réponse compensatoire). De plus, le GDF5 joue également un rôle clé dans le processus physiologique de réinnervation musculaire.

Matériel et méthode : Le GDF5 a été surexprimé localement dans un muscle (AAV-GDF5) ou supplémenté par voie systémique à l'aide de la protéine recombinante (rGDF5) dans des souris âgées. Dans le modèle de souris SLA (SOD1^{G93A}), le GDF5 a été surexprimé par voie systémique (AAV9-GDF5) 2 jours après la naissance. Nous avons ensuite évalué l'effet du GDF5 sur la masse et la force musculaire des souris et réalisé une analyse morphologique des jonctions neuromusculaires.

Résultats : Le GDF5 préserve la masse musculaire et améliore l'innervation musculaire ainsi que la fonction neuromusculaire chez la souris âgée et dans le modèle de souris SLA.

Conclusion : Une approche thérapeutique basée sur le GDF5 représente une piste prometteuse pour lutter contre la sarcopénie et la SLA.

Mots-clés : GDF5-Muscle squelettique- Dénervation- Sarcopénie-SLA

COI-15 Apport des analyses biologiques et génétiques dans les maladies neuromusculaires

Dr France LETURCQ (France)

Service de Génétique de l'Hôpital Cochin, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paris

Résumé

Même à l'air du séquençage haut débit, la démarche diagnostique dans les maladies neuromusculaires reste une démarche raisonnée et basée sur l'expertise clinique, les examens complémentaires et se déroule autour d'un dialogue permanent au sein d'une équipe pluridisciplinaire toujours soucieuse de bien définir le périmètre de l'analyse génétique. Suivant la porte d'entrée clinique, une étude ciblée d'un gène candidat peut être demandée en premier lieu si la pathologie semble évidente, ou plus souvent un panel de gènes les plus fréquemment impliqués si le tableau clinique est moins précis. En cas de négativité, une discussion doit s'établir au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) entre le neurologue, le radiologue, le pathologiste et le généticien avant de décider d'élargir l'analyse à un exome ou un génome.

Un tel réseau de spécialistes doit se mettre en place en Afrique de l'Ouest de façon à proposer des diagnostics précis qui mettront fin à l'incertitude face à des symptômes touchant la fonction motrice, cardiaque ou respiratoire. Ils permettront la prise en charge optimale de ces patients, un conseil génétique familial approprié ainsi qu'un accès à des thérapies ciblées.

Biographie :

Dr France Leturcq est pharmacien, spécialisée en Génétique dans le Service de Génétique de l'Hôpital Cochin à Paris (Assistance Publique Hôpitaux de Paris). Ce laboratoire est impliqué dans le diagnostic moléculaire et protéique des maladies musculaires progressives, liées au Chr X comme la Myopathie de Duchenne (DMD) ou Myopathie de Becker (BMD), mais aussi dans celui des myopathies autosomales récessives type LGMD. Ce laboratoire est une des plus grandes structures de référence en France concernant le diagnostic prénatal et postnatal liés à ces pathologies et collabore avec de nombreux centres nationaux et internationaux spécialisés dans la thématique neuromusculaire. Elle est le curateur moléculaire de la database française UMD/DMD ainsi que du Registre français des Dystrophinopathies dédiés au recueil des données moléculaires et cliniques des patients porteurs de variants dans le gène DMD, outils indispensables pour l'identification des patients en vue d'essais thérapeutiques. Elle travaille en réseau avec de nombreux cliniciens et généticiens français aussi bien qu'étrangers dans le cadre de la filière FILNEMUS et participe à de nombreuses Ecoles de Myologie, à Paris comme au Liban ou en Afrique de l'Ouest.

COI-16 - Évaluation médico-économique du coût des explorations des maladies neuromusculaires en Afrique

Mendinatou AGBETOU HOUESSO, MD, MsC. (Bénin)

Département de Neurologie, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Benin
mendinatouagbetou@gmail.com

Résumé

Les maladies neuro-musculaires (MNM) représentent un groupe complexe de pathologies invalidantes le plus souvent à pronostic péjoratif. En Afrique au sud du Sahara, elles sont sous diagnostiquées en raison de l'insuffisance du plateau technique, de ressources humaines qualifiées et de ressources économiques. La pluralité de ces MNM et leur origine génétique imposent des explorations paracliniques spécifiques d'accès limitées sur le continent. Les coûts directs de ces explorations restent élevés pour le patient, sa famille et la société. L'électroneuromyogramme (ENMG), disponible dans quelques hôpitaux publics et privés en Afrique coûte entre 20.000Frcs et 60.000Frcs CFA selon le niveau socio-économique des pays. Le bilan standard à un coût moyen de 200.000Frcs à 300.000Frcs CFA tandis que les tests génétiques ne sont pas disponibles dans la quasi-totalité des pays subsahariens. Cependant quelques pays effectuent des recherches génétiques grâce à une coopération scientifique internationale Nord-Sud pour la recherche dans le domaine des MNM. Quant à l'imagerie indiquée pour affiner le diagnostic, le scanner d'accès plus facile a un coût allant de 55.000frcs à 100.000frcs CFA comparé à l'IRM peu disponible et de coût plus élevé entre 100.000frcs et 200.000 francs CFA. Le prélèvement de fragment de muscle ou de nerf n'est pas de pratique courante. Ainsi le coût direct des explorations disponibles sur le continent peut avoisiner 700.000frcs CFA soit plus de dix fois le SMIG dans la plupart de ces pays. A tous ces coûts directs élevés s'ajoutent les coûts indirects non mesurables liés d'une part aux multiples déplacements dans le cadre de ce bilan, d'autre part à la mobilisation des aidants impactant ainsi la productivité de ces derniers. Les explorations des MNM sont peu courantes en Afrique subsaharienne et d'un coût total élevé, renforçant ainsi le gap diagnostic et thérapeutique. Il urge de redéfinir les politiques de santé en la matière afin de réduire la morbi mortalité de ces affections.

Mots clés : coût, exploration, maladies neuro-musculaires.

Biographie :

La professeure Mendinatou AGBETOU HOUESSO, MD, MsC, est Médecin neurologue depuis 2014, spécialisée en neurophysiologie clinique et en épileptologie, Praticien Hospitalo-Universitaire (PHU) au CHUD Borgou-Alibori de Parakou au Bénin depuis octobre 2016 et Maître de Conférences Agrégé en Neurologie à l'Université de Parakou au Bénin depuis 2022.

COI-17- Rééducation et Réadaptation des maladies neuromusculaires

Pr Toussaint G. KPADONOU (Bénin)

Résumé

Quoi que marquées par une fréquence faible, les MNM sont préoccupantes de part leur variabilité, la période de leur survenue dans la vie des patients mais surtout de la perte d'autonomie qu'elles déterminent et de l'importance des moyens qu'exige leur prise en charge en dépit de la rareté d'études scientifiques de niveau 1, 2 ou 3. Avant toute mise en œuvre des moyens de réadaptation, il est nécessaire de faire un bilan sommaire appelé bilan pré-rééducation qui devra être axé sur le bilan clinique du patient et les explorations paracliniques. Le bilan clinique est composé des bilans musculaires, ostéo-articulaires, des fonctions supérieures, de la respiration, de la déglutition, de la phonation, le bilan psychologique et neuropsychologique, l'évaluation de la douleur, de la capacité motrice du sujet, de son indépendance fonctionnelle et la mesure de la qualité de vie. Les explorations paracliniques sont orientées par la clinique et comporte sommairement l'électromyogramme, les dosages des CPK et de certaines enzymes et surtout la biopsie avec analyse anatomopathologique. Au terme de ce bilan, on est orienté sur le type de maladie neuromusculaire, ce qui permet de la classer, et d'être situé sur son état évolutif. A partir de cet instant, l'équipe de réadaptation va déterminer les objectifs de la prise en charge, établir un projet thérapeutique avec le patient et son entourage et choisir les moyens adaptés. Ces moyens comprennent la kinésithérapie (de base et spécifique), la physiothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, la psychomotricité, la psychothérapie, la neuropsychologie, l'appareillage avec des techniques spécifiques à la déficience, la limitation d'activité et la restriction de participation présentées par le patient. La rééducation et la réadaptation du patient porteur d'une MNM nécessitent l'intervention d'une équipe multidisciplinaire disposant de moyens adaptés au niveau évolutif de la maladie et au projet thérapeute dirigé par un coordonnateur.

Mots –Clés : maladies neuromusculaires, rééducation, réadaptation, autonomie

Biographie :

Le Pr Toussaint Kpadonou est professeur Titulaire de Médecine Physique et de Réadaptation, chef de L'Unité de Médecine Physique et de Réadaptation de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou de l'Université d'Abomey- Calavi (UAC). Il fit sa formation de médecine physique et de réadaptation à l'Université catholique de Louvain à Bruxelles (Woluwé) et le Diplôme d'Appareillage des Handicapés moteurs à l'Université Henry Point Caré de Nancy. Du retour au pays, il a assumé les fonctions de praticien hospitalier spécialiste de 1995 à 2000 avant d'être nommé Professeur Assistant de Médecine Physique et de Réadaptation à la Faculté des Sciences de la santé de Cotonou. Promu Maître Assistant du CAMES en 2005, il a eu le concours d'agrégation du CAMES en 2008 et la titularisation en 2015. Après le professeur Nandjui de la Côte d'Ivoire, il est le 2^e professeur titulaire de médecine physique et réadaptation des Universités de l'Afrique francophone subaharienne. Expérience professionnelle et Expertise : 37 ans d'exercice médical dont 29 ans de pratique (Soins, formation, recherche) en Médecine physique- Réadaptation et appui aux organismes et institutions s'occupant du handicap). Recherches et publications sur les déficiences, incapacités et handicaps d'origine neuromusculaire et comportementale, appareil locomoteur, cardio-respiratoire, génito-urinaire... etc.

COI-18 - Prise en charge de la douleur dans les maladies neuromusculaires

Pr Fodé Abass CISSÉ (Guinée)

Auteurs: **CISSE F A** ^(1,2), **TOURE ML** ^(1,2), **KABA C** ^(1,2), **BARRY S D** ^(1,2), **CISSE A** ⁽¹⁾

- 1- Service de Neurologie CHU Ignace Deen de Conakry
- 2- Centre de traitement de la douleur, CHU Ignace Deen de Conakry

Résumé :

La prise en charge de la douleur au cours des maladies neuromusculaires (MNM) est un double problème dans un contexte de ressources sanitaires limitées. Cette prise en charge repose sur l'identification du type de douleur et du type de MNM. L'époque de la prise en charge intuitive de la douleur est révolue, le choix des méthodes de traitement doit reposer sur une classification exacte du syndrome douloureux. L'ensemble des domaines de la douleur devra être pris en compte (intensité, type, durée, localisation, qualité, impact psycho-social) surtout chez les douloureux chroniques. La douleur est une caractéristique communément reconnue chez de nombreux patients atteints de maladies neuromusculaires (MNM). Bien que les taux, la gravité et la localisation de la douleur puissent varier selon les différents types de MNM, à un moment donné de leur vie, tous les patients atteints de MNM ressentent un certain type de douleur. Cette douleur est souvent mal comprise par les patients et les professionnels de la santé car, pour beaucoup, la relation entre les lésions tissulaires et la douleur est souvent simplifiée à l'extrême. Le fait de méconnaître la complexité des mécanismes qui sous tendent la douleur au cours des MNM peut entraîner une incapacité à saisir les véritables implications de l'expérience douloureuse avec pour conséquences une altération sévère de la qualité de vie. La prise en charge repose sur le type de douleur et les catégories d'analgésiques sont : les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidépresseurs, les anticonvulsivants, les topiques, les opioïdes et les antispastiques. Le choix des analgésiques reposera sur l'étiologie de la MNM, le type de douleur et le profil de sécurité de la molécule choisie. Des combinaisons thérapeutiques peuvent avoir un effet accru à cela s'ajoute les traitements non médicamenteux (exercices physiques, électrothérapie, psychothérapie, hypnose...).

Mots clés : neuro-musculaires, analgésiques, anti-inflammatoires, antidépresseurs, antiepileptiques, antispastiques, opioïdes.

Biographie :

Le Pr Fodé Abass CISSÉ exerce comme neurologue depuis 2007, et depuis 2014, en tant que chef du service de neurologie à l'hôpital Ignace Deen, il a supervisé la formation de 5 étudiants en médecine et de 5 infirmières en neurologie par an. De plus, il a organisé la formation de 5 résidents en neurologie. Il a collaboré avec le Dr FarrahMateen sur une vaste enquête financée par le NIH sur l'épilepsie en Guinée. À ce jour, cette étude a recruté plus de 450 participants et a conduit à la publication de plusieurs publications à fort impact.

COI-19- Epidémiologie des maladies musculaires dans le nord-africain : des données qui changent !

Dr Emna FARHAT (Tunisie) (*distanciel*)

Unité de Biopsie Musculaire. Clinique les Jasmins, Tunisie. Mail : farhat.emna@gmail.com.

INTRODUCTION : Les maladies musculaires (MM) représentent un groupe de pathologies très hétérogène sur le plan clinique et physiopathologique. Peu d'études épidémiologiques sont disponibles dans le nord-africain (NA).

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude rétrospective d'une série de 295 patients ayant bénéficié d'une biopsie musculaire entre janvier 2019 et aout 2023. Les données cliniques, biologiques, histologiques et génétiques ont été analysées.

RESULTATS : 295 patients originaires du NA (Tunisie, Algérie, Lybie, Mauritanie, Mali, Niger, Cameroun, Guinée, Sénégal et Tchad) ont été colligés. Les MM acquises sont majoritaires (52%), dominées par les myosites d'origine auto-immune. Parmi les 144 patients diagnostiqués ayant une MM héréditaire, les dystrophies musculaires progressives représentent la forme la plus fréquente (46%) suivies par les myopathies congénitales (24%), les myopathies métaboliques (15%) et les dystrophies musculaires congénitales (6%). Les sarcoglycanopathies ne représentent qu'environ 30% de l'ensemble des dystrophies musculaires des ceintures (LGMD).

DISCUSSION : Les MM héréditaires et en particulier les sarcoglycanopathies ont été longtemps reconnues comme les plus fréquentes au NA. Nos résultats montrent que les données épidémiologiques sont en train de changer, avec une fréquence plus élevée des MM acquises. Les nouveaux marquages immunohistochimiques utilisés en neuropathologie ont permis de récuser le diagnostic de MM héréditaire chez 24 patients ayant une myosite, dont 7 enfants. Les données moléculaires ont aussi montré une nette diminution de la fréquence des sarcoglycanopathies, et l'identification de nouvelles formes génétiques non rapportées auparavant dans le NA.

CONCLUSION : Notre cohorte permet une meilleure connaissance des données épidémiologiques actuelles des MM génétiques et acquises dans le NA. L'accès aux nouvelles techniques utilisées en neuropathologie et à la génétique élargie est primordial, permettant un diagnostic plus précis. Ceci aurait pour conséquence d'améliorer la stratégie diagnostique et motiver la recherche des formes curables.

Mots clé : Epidémiologie, myopathies, nord-Afrique, neuropathologie, génétique.

COI-20 - Connaissances et attitudes des professionnels de santé sur les myopathies d'origine génétique en Afrique subsaharienne : cas du Burkina Faso.

Dr Dabilgou Anselme (Burkina Faso) (*distanciel*).

Dabilgou AA ¹, Carama EA ², Kyelem JMA ¹, Nana ZHW¹, Napon C ³, Millogo A⁴.

1. Neurologie - CHU YalgadoOuédraogo; 2. CHU de Bogodogo; 3. Neurologie -CHU Bogodogo; 4. Neurologie-CHU Sourou Sanou

Email : dabilgouanselm@yahoo.fr

Introduction : Les myopathies génétiques sont des pathologies chroniques rares. Dans notre contexte, il existe souvent une errance diagnostique et thérapeutique liée à une méconnaissance par les professionnels de santé.

Matériel et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale menée sur une période de 3 mois allant du 1^{er} octobre au 31 décembre 2019. Les professionnels de santé exerçant dans les différents centres hospitaliers universitaires de la ville de Ouagadougou ont été interrogés. Les professionnels non consentants n'ont été inclus et ceux ayant des réponses incomplètes ont été exclus de l'étude.

Résultats : Soixante-quatorze professionnels de santé ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 25,7 % des PS avaient déjà pris en charge un patient atteint de myopathie. Les professionnels de santé affirmaient que la myopathie était une maladie rare (58.1%), héréditaire (47,3%) qui touchait les enfants de sexe masculin (75,7%). Les principaux signes d'appel cités étaient l'hypotonie (94,6%), les chutes (82,4%) et les difficultés à monter les escaliers (79.7%). L'électromyogramme (77 %), la biopsie musculaire (68.9%) et le dosage des CPK (58.1%) étaient les examens les plus cités. Les trois principaux traitements étaient la kinésithérapie (88%), la psychothérapie (76%) et la corticothérapie (88%). Les principales complications de la maladie étaient respiratoires (86,5%), cardiaques (77%) et orthopédiques (73%). La myopathie était perçue comme une pathologie grave (79%), handicapante (41,9%) et incurable (68,9%).

Discussion : Malgré une pratique insuffisante, les professionnels de santé avaient une bonne connaissance des myopathies d'origine génétique.

Conclusion : La majorité des professionnels de santé au Burkina Faso considéraient la myopathie d'origine génétique comme une maladie rare, grave et incurable. Les moyens diagnostiques ne sont pas connus.

Mots-clés : Connaissances, myopathies, professionnels de santé, hospital universitaire, Ouagadougou

COI-21 - Mécanismes de l'atteinte respiratoire dans les maladies neuromusculaires

Pr Hélène PRIGENT (France)

Résumé :

Les maladies neuromusculaires peuvent se compliquer d'une atteinte des muscles respiratoires à l'origine d'une insuffisance respiratoire parfois sévère. Elle peut engager le pronostic vital des patients et conditionner leur survie. Bien que les mécanismes physiopathologiques impliqués dans cette atteinte respiratoire soient identifiés, leur expression et leurs conséquences varient en fonction de la pathologie neuromusculaires. Nous passerons en revue la physiopathologie de ces mécanismes.

Biographie :

Le Pr Hélène Prigent a une formation en pneumologie et réanimation médicale avant de s'orienter vers les explorations fonctionnelles et la prise en charge de l'insuffisance respiratoire liée au handicap neurologique. Elle dirige actuellement le service de Physiologie et Explorations Fonctionnelles de l'Hopital Raymond Poincaré (APHP, Garches, France). Sa pratique clinique et ses recherches se concentrent sur la caractérisation et l'histoire naturelle des atteintes respiratoires liées au handicap d'origine neurologique et aux maladies neuromusculaires (MNM) ainsi qu'à leur prise en charge respiratoire (ventilation mécanique et assistance à la toux). Impliquée dans la Fédération hospitalo-universitaire Phenix (dédiée aux MNM) et le centre de référence des MNM d'Ile de France, elle coordonne également le groupe de travail sur les MNM de la Société de Pneumologie de Langue Française.

COI-22- Prise en charge de l'atteinte respiratoire dans les maladies neuromusculaires

Pr David ORLIKOWSKI (France)

Résumé :

Les maladies neuromusculaires représentent plusieurs dizaines de pathologies de physiopathologie, de présentation clinique, d'évolution et de pronostic pouvant être très différents. Outre la perte de motricité, le risque évolutif va entraîner une dysfonction des muscles respiratoires plus ou moins marqué suivant les pathologies. Cette dysfonction a pour conséquence l'apparition d'une hypoventilation alvéolaire et donc d'une hypercapnie d'abord de façon nocturne puis diurne. A ce jour le seul traitement disponible pour traiter cette hypoventilation est la mise en place d'une ventilation d'abord non invasive, nocturne puis éventuellement diurne suivant l'évolutivité de la pathologie.

Dans cette présentation nous verrons les principales pathologies concernées, l'indication de la ventilation et ses modalités.

Biographie :

Le Pr David Orlikowski est âgé de 54 ans, il est neurologue, réanimateur et qualifié en myologie. Son champs de recherche concerne la prise en charge respiratoire des maladies neuromusculaires et il a été responsable de l'unité de ventilation à domicile du service de réanimation de l'hôpital Raymond Poincaré. Il est actuellement coordinateur du centre d'investigation clinique 1429 et directeur adjoint pour la technologie de la Fédération Hospitalo-Universitaire PHENIX.

COI-23 - Prise en charge par kinésithérapie respiratoire des maladies neuromusculaires

M. Matthieu LACOMBE (France)

Résumé :

La kinésithérapie respiratoire est un maillon essentiel de la prise en charge des malades neuromusculaires. Elle vise deux objectifs majeurs : lutter contre l'altération de la pompe respiratoire et assurer le désencombrement bronchique.

La lutte contre l'altération de la pompe respiratoire s'appuie sur la mobilisation de la cage thoracique par « hyperinsufflation ». Cette technique vise à mobiliser le thorax pour lutter contre son enraidissement. Elle peut être réalisée grâce à des techniques instrumentales comme le relaxateur de pression, la ventilation mécanique ou le ballon insufflateur. La respiration glossopharyngée, technique non instrumentale, permet également une hypersufflation en utilisant uniquement les muscles de la sphère ORL.

Parmi les stratégies de désencombrement bronchique, l'aide à la toux est une nécessité pour tout malade ayant un débit expiratoire de pointe à la toux inférieure à $180 \text{ L}\cdot\text{mn}^{-1}$. Différentes stratégies sont envisageables. La première consiste à associer une hyperinsufflation pour compenser le déficit des muscles inspiratoires et des compressions manuelles thoraco-abdominales pour compenser le déficit des muscles expiratoires. L'in-exsufflation mécanique est une technique instrumentale spécifiquement dédiée à l'aide à la toux. Elle délivre d'abord une pression positive puis génère une pression négative lors de la phase expiratoire. Cette technique est à privilégier en cas d'inefficacité des techniques usuelles et chez les malades trachéotomisés. Elle présente toutefois des limites liées à la pression négative qui peut engendrer un collapsus des voies aériennes supérieures chez certains malades.

Les progrès réalisés ces dernières années permettent de proposer des stratégies thérapeutiques des plus technologiques aux plus simples, adaptées à chaque profil respiratoire. Le défi majeur actuel est de permettre un transfert de compétence de l'hôpital vers le domicile du malade pour assurer la continuité des soins et améliorer encore sa prise en charge respiratoire

Biographie :

Matthieu Lacombe est kinésithérapeute conseil au sein de l'AFM-Téléthon, association française de malades neuromusculaires. Expert dans la prise en charge respiratoire et tout particulièrement dans les techniques d'aide à la toux, il a exercé près de 20 ans dans le service de réanimation adulte du Pr Annane à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches. Titulaire d'un master 2 « Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives » spécialité « Contrôle Moteur », il a participé à la réalisation et publication de nombreuses études en particulier concernant l'in-exsufflation mécanique avec le service d'Exploration Fonctionnelle Respiratoire du Pr Prigent. Il est également engagé dans l'enseignement en formation initiale et continue des professionnels de santé.

COI-24- Les maladies neuromusculaires en Afrique : approches socio-culturelles

Mme Mirabelle TÈKO - Psychologue clinicienne (Bénin)

COI-25- Représentations sociales, modèles étiologico-thérapeutiques et biomédicalisation des maladies neuromusculaires au Bénin

Pr Emmanuel N'KOUÉ SAMBIENI (Bénin)

Université de Parakou, Bénin

Résumé

Maladies neuromusculaires sont peu ou pas connues en milieu populaire Nord Bénin comme maladie physiologique du corps. Au début, les populations concernées, généralement des communautés non instruites, avec une faible fréquentation médicale, ne les reconnaissent pas facilement. Elles occasionnent des représentations et des recours thérapeutiques complexes, coûteux et peu efficaces. Notre recherche a porté sur des cas malades enfants et adultes dans l'Atacora. Les enfants concernés ont souffert de retard psychomoteur, allant à 8 ans sans autonomie pour s'asseoir, parler, manger, etc. En ce qui concerne les adultes, ce sont des patients qui autour de la quarantaine et sans maladie quelconque ont perdu la motricité des deux membres inférieurs. Les personnes interrogées en appui aux différentes observations que nous avons faites sont les proches des patients (les mères surtout mais aussi les pères ou les grands-parents), les tradithérapeutes, notamment les guérisseurs spiritualistes et les phytothérapeutes connaisseurs de plantes, les agents de santé et les patients eux-mêmes quand il s'agit de personnes âgées. Les résultats montrent une classification parmi les maladies courantes pendant un temps court après le déclenchement et une interprétation non positiviste basée sur l'âge du malade : pour les enfants, il est évoqué l'attaque de génies de la brousse comme conséquence d'une faute des parents, surtout de la mère inobservante des interdits ou du père (ou de la famille) qui a commis le « meurtre » sur un animal sauvage doté d'un grand esprit comme les humains (lion, léopard, éléphant, etc.) et qui n'a pas bien accompli le rituel requis. Pour les adultes, il est évoqué la souillure en conséquence d'une déviance sexuelle qui consiste à avoir les rapports sexuels avec une même femme entre parents ou proches. Le partage sexuel entre proches souillerait et créerait ce type de maladie dès qu'un membre concerné par ce partage, affaibli par une maladie ordinaire ou une morsure à venin, reçoit la visite de l'autre. Le traitement de ces maladies est fonction des représentations faites sur elles, des savoirs populaires et des expériences vécues. Généralement, ce sont les guérisseurs et les phytothérapeutes qui reçoivent les patients pour un modèle thérapeutique soit soustractive, soit additive soit encore exorcistique selon les étiologies en présence.

Mots clés : maladie neuromusculaire, représentations sociales, modèle étiologique, modèle thérapeutique, Bénin

Biographie :

Le Pr Emmanuel N'KOUÉ SAMBIENI (Bénin) est Maître de Conférences des Universités CAMES à l'Université de Parakou au Bénin ; Directeur Délégué LASDEL Bénin et Editeur Associé Global Health Promotion (Université de Montréal)

COI-26- Nouvelle classification et diagnostic des myopathies inflammatoires

Pr Zavier Cossi ZOMALHETO (Bénin)

Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Université d'Abomey-Calavi

Email: cossi.zomalheto@uac.bj

Résumé

Depuis les premières descriptions par Wagner et Potain, les myopathies ont connu une évolution au fil des années. La classification dichotomique un siècle après de Peter et Bohan (1975) en polymyosite et dermatopolymyosite s'est enrichie ces cinq dernières années par l'amélioration des outils diagnostiques notamment la mise en évidence des auto-anticorps musculaires spécifiques de réalisation aisée. Selon les classifications de l'ACR /EULAR 2017 révisées ces dernières années par des groupes d'expert, les myopathies inflammatoires regroupent actuellement 4 groupes de maladies: la dermatomyosite (DM), la myosite à inclusion (MI), la myopathie nécrosante auto-immune (MNAI) et le syndrome de chevauchement comprenant le syndrome des anti-synthétases (SAS), la scléromyosite et parfois la lupomyosite (très peu décrite). Au plan clinique, 2 groupes sont à distinguer : les myopathies avec atteintes purement musculaires associant un déficit musculaire de topographie bien spécifiée associée à une élévation variable du taux de créatine kinase (MNAI et MI). Le second groupe associe aux signes musculaires, des signes extra-musculaires (cutanés, articulaires, pulmonaires, cardiovasculaires). Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques parmi lesquels la biopsie et les auto-anticorps prennent une place importante contrairement à l'IRM. Ce diagnostic pose cependant un véritable problème dans les pays africains en développement où les moyens diagnostics sont quasi-inexistants. Une politique de développement axée sur la mise en place d'un plateau technique suffisamment fourni au service de la population permettra au personnel soignant déjà qualifié de travailler dans de bonnes conditions

Mots clés: myopathies, auto-immunité, classification, diagnostic, Afrique

Biographie :

Le Professeur Zavier ZOMALHETO, est Rhumatologue, professeur Titulaire des universités du CAMES, Chef d'Unité de Rhumatologie de la Faculté des Sciences de la Santé (Bénin) et Chef service de rhumatologie au CNHU-HKM de Cotonou.

COI-27- Le syndrome des anti-synthétases

Pr Kouessi ANTHELME AGBODANDE (Bénin)

Affiliation : FSS_Cotonou/ Service de Médecine Interne CNHU-HKM de Cotonou

Email : agbotem@yahoo.fr

Résumé

Le syndrome des anti synthétases constitue un sous-groupe des myopathies inflammatoires idiopathiques caractérisé par l'expression d'auto-anticorps spécifique que sont les anticorps anti-synthétases. Sur le plan épidémiologique, il s'agit d'une maladie rare, dont la prévalence reste inconnue en Afrique au Sud du Sahara où elle est de plus en plus rapportée ces dernières années. La présentation clinique est polymorphe et peut associer des manifestations musculaires mais aussi, des atteintes d'autres organes que sont les poumons, la peau, les articulations, le cœur et les vaisseaux etc. La triade clinique classique associant pneumopathie interstitielle, arthrite et myosite bien que fortement évocatrice de la maladie, est rarement complète. Sur le plan paraclinique, l'identification des anticorps anti synthétase est spécifique de la maladie. Parmi les huit anticorps anti synthétases identifiés à ce jour, les plus fréquemment retrouvés sont : anti JO1, anti PL7 et anti PL12. Sur le plan thérapeutique, le niveau de preuve des schémas thérapeutiques proposés est assez modeste et la prise en charge reste un défi en Afrique au Sud du Sahara. Cette thérapeutique est basée sur l'association de glucocorticoïdes et d'immunosuppresseurs. La principale cause de décès est la fibrose pulmonaire.

Mots clés : syndrome des anti synthétases, anti JO1, myopathie, glucocorticoïdes

Biographie :

Le Docteur AGBODANDE Kouessi Anthelme est Médecin Interniste, diplômé de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou en 2009. Titulaire, d'une AFS de pneumologie de 2006 à 2008 (Strasbourg France) puis AFSA de pneumologie (2010-2011), il a été Chef service de Médecine Interne à l'Hôpital de Zone de Comè de 2012- 2013, puis Assistant de Médecine Interne en 2014 puis, maitre-assistant en 2017 à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et Praticien dans le service de Médecine Interne du CNHU-HKM de Cotonou de 2014 à ce jour. Depuis Novembre 2020, Maitre de Conférences Agrégé de Médecine Interne des universités du CAMES. Il est par ailleurs Membre Fondateur de Société de Médecine Interne du Bénin (SoBéMI) et de la Société Africaine de Médecine Interne (SAMI), Fondateur de l'Association Béninoise de soins palliatifs, en 2015 et Coordonnateur du Programme National des Soins Palliatifs au Bénin de 2019 à ce jour.

COI-28- Traitement des myopathies inflammatoires idiopathiques en 2023

Pr Kane BAÏDY SY (Sénégal)

Résumé :

Les myopathies inflammatoires idiopathiques ou myosites auto-immunes ont fait l'objet d'avancées récentes dans leur approche diagnostique et de classification. L'analyse de la présentation clinique combinée à l'apport des biomarqueurs histologiques (05 profils histologiques musculaires) et immunologiques (auto-anticorps spécifiques des myosites et associés aux myosites) a permis d'identifier les 04 sous – groupes principaux de MII : la dermatomyosite, la myosite nécrosante auto-immune, les myosites à inclusions (MIc) et les myosites de chevauchement incluant le syndrome des anti-synthétases et la scléromyosite. Les infections, le cancer associé aux myosites, la pneumopathie interstitielle diffuse ont été associés à un pronostic défavorable. L'objectif de la prise en charge est de contrôler l'activité de la maladie, de prévenir les séquelles et de traiter les comorbidités (incluant le cancer). Elle doit être globale reposant sur des mesures non pharmacologiques dont la rééducation musculaire, respiratoire et l'éducation thérapeutique. La prévention du risque infectieux et cardiovasculaire devrait être systématique. Le traitement pharmacologique est décliné sur la base de consensus d'experts avec une phase d'induction puis d'entretien. La corticothérapie est la pierre angulaire en induction (sauf MIc), associée à un traitement immunosuppresseur de première ligne tel que le méthotrexate, l'azathioprine, le mycophénolatemofétil, le cyclophosphamide ou les immunoglobulines intraveineuses, selon le phénotype clinique. En cas de réponse inadéquate, une combinaison thérapeutique, les inhibiteurs de la calcineurine, le Rituximab peuvent être indiqués. La place des JAKi, des antifibrosants (Nintedanib) et des échanges plasmatiques doit être précisée. La réponse thérapeutique doit être évaluée de façon standardisée (critères de réponse thérapeutique ACR-EULAR ; explorations fonctionnelles respiratoires). En entretien, il faut viser le sevrage progressif de la corticothérapie. Un consensus d'experts africains sur la prise en charge des myosites permettrait de mieux adapter les stratégies thérapeutiques, aux phénotypes immuno-cliniques et aux molécules disponibles dans notre contexte.

Biographie :

Le Professeur Agrégé KANE Baïdy SY, est Médecin, ancien interne des hôpitaux de Dakar, avec une double spécialisation médicale en Médecine Interne (Université Cheikh Anta DIOP, Sénégal) et en Rhumatologie (Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire). Il a effectué plusieurs diplômes complémentaires dans le domaine de l'immunologie clinique (études approfondies des polyarthrites et maladies systémiques ; Connective tissue diseases ; Rhumatologie pédiatrique...) et plusieurs stages dans le centre de référence des maladies systémiques de Strasbourg – France. Il est enseignant – chercheur depuis 2015 à l'UCAD et lauréat du concours d'agrégation – CAMES 2020 avec comme principale axe de recherche les maladies systémiques incluant notamment le Lupus systémique, la polyarthrite rhumatoïde et les myosites auto-immunes. Il est coordonnateur d'U.E du Master des maladies systémiques en milieu tropical à l'UCAD, président du réseau collaboratif « AMIS » Auto-immunité Maladies Inflammatoires et Systémiques et secrétaire général de la Société Sénégalaise de Rhumatologie.

COI-29- Actualités thérapeutiques dans la myasthénie auto-immune

Dr Sophie DEMERET (France)

Unité de médecine intensive et réanimation neurologique, Département de neurologie GHU Pitié-Salpêtrière, Paris.

Résumé

La myasthénie auto-immune (MAI) est une maladie neuromusculaire rare (prévalence estimée à 20/100 000), présentant des profils cliniques et immunologiques variés. Le traitement de fond repose sur les anticholinestérasiques, les corticoïdes et les immunosuppresseurs et il permet le contrôle de la maladie chez la majorité des patients. Les poussées de la maladie doivent bénéficier de traitements d'efficacité rapide : IgIV, EP ou cure de corticoïdes.

L'enjeu du traitement au long cours est de maintenir la maladie en rémission (ou paucisymptomatique) tout en évitant les effets néfastes des corticoïdes à fortes doses grâce à l'initiation précoce d'un traitement immunosuppresseur à visée d'épargne cortisonique. L'efficacité des traitements immunosuppresseurs, Azathioprine, MycophénolateMofétil, Rituximab, permet un bon contrôle de la maladie chez la majorité des patients. Cependant, dix pour cent des patients présentent des formes réfractaires au traitement de fond usuel.

L'arrivée de nouvelles immunothérapies va amener à des changements de stratégies thérapeutiques. Les anticorps anti-FcRn et les anti-complément ont obtenu l'AMM en 2022 dans le traitement de fond de la myasthénie auto-immune ; ils sont déjà prescrits aux USA, et disponibles en accès précoce en France ; de nombreuses autres immunothérapies sont en cours d'évaluation dans des essais thérapeutiques. Compte tenu du moindre recul sur l'efficacité, les effets indésirables, en particulier infectieux, et leur coût prohibitif, ces nouvelles immunothérapies sont réservées aux formes réfractaires sévères. L'enjeu des prochaines années sera de déterminer la meilleure stratégie thérapeutique, adaptée à l'anticorps pathogène, la sévérité de l'atteinte, le terrain, le souhait du patient, et ce au moindre coût.

Biographie :

Le Dr Sophie Demeret est neurologue et réanimatrice, responsable de l'unité de médecine intensive et réanimation à orientation neurologique au sein du département de neurologie (Pr Corvol) du GH Pitié-Salpêtrière à Paris. Après une double formation de neurologie et de réanimation, elle travaille depuis 23 ans dans le service de réanimation neurologique médicale qu'elle dirige depuis 2017. Le service a développé des expertises spécifiques dans plusieurs domaines : pathologies neuromusculaires, états de mal épileptiques réfractaires, encéphalites auto-immunes, complications des thérapies anticancéreuses, évaluation neuro-pronostique de la conscience. Dans le domaine de la myasthénie auto-immune, l'équipe prend en charge à la fois les décompensations aiguës en réanimation et le suivi au long cours de patients ambulatoires en consultation, permettant une expertise particulière dans cette pathologie.

COI-30 - Pièges diagnostiques de la myasthénie

Pr Ange-Eric KOUAMÉ-ASSOUAN (Côte d'Ivoire)

Université et CHU de Bouaké – Côte d'Ivoire

Résumé

La myasthénie est une maladie auto-immune qui affecte la transmission neuromusculaire. Elle se manifeste par une faiblesse et une fatigabilité musculaire qui s'aggravent à l'effort et s'améliorent au repos. Elle peut toucher l'ensemble de la musculature squelettique, mais l'atteinte prédomine sur les muscles des yeux, des paupières, de la déglutition, de la parole et de la respiration. Les aspects cliniques sont ainsi multiformes d'où sa qualification de « grande simulatrice ».

Le diagnostic repose ainsi sur l'interrogatoire qui va rechercher la fluctuation des symptômes à l'effort et au repos, aidé par l'examen clinique incluant certains tests de fatigabilité et certaines manœuvres facilitatrices (test du glaçon), les examens biologiques (dosage des anticorps spécifiques) et les tests électrophysiologiques (stimulations répétitives à basse fréquence, fibre unique), voire les tests thérapeutiques.

Les formes trompeuses sont représentées par 1. des affections non myasthéniques : une myopathie oculaire ou un blépharospasme devant une forme oculaire pure, une PRN aigue notamment un syndrome de Miller-Fischer, un AVC du tronc cérébral ou même une SLA, devant une forme bulbaire, un trouble neurologique fonctionnel, une myopathie inflammatoire devant une forme généralisée. Et 2. par les autres syndromes myasthéniques : syndrome myasthéniforme de Lambert-Eaton, botulisme, syndromes myasthéniques congénitaux et les syndromes myasthéniques iatrogènes, mais aussi la myasthénie à anticorps anti MuSK.

Nous présentons ici les éléments-clés du diagnostic différentiel : confirmation du caractère fluctuant du déficit, utilisation de tests de facilitation (Test du glaçon, tests de fatigabilités), répétition du dosage des anticorps qui peuvent être initialement négatifs, tests électroneuromyographiques et tests thérapeutiques.

Biographie :

Le Pr Ange-Eric KOUAME-ASSOUAN, est Professeur de neurologie à l'Université et au CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire), titulaire d'un DES de neurologie à Abidjan, puis du DIU de Pathologie neuro vasculaire et du DIU de Neurophysiologie Clinique option ENMG. Ex FFI à l'hôpital neurologique de Lyon, il est membre actif de plusieurs sociétés scientifiques : Président de la SIN (Société Ivoirienne de Neurologie, ex vice-Président pour l'Afrique de l'Ouest de l'AFAN (AfricanAcademy of Neurology), membre du bureau de la LFACAVC (Ligue Franco-Africaine Contre les AVC). Co-éditeur de la Revue African Journal of Neurological Sciences, journal de la PAANS (Pan-African Association of Neurological Sciences).

COI-31- Prise en charge de la myasthénie en Afrique sub saharienne en 2023

Pr Kossivi APETSE (Togo)

Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé (Togo),

Email : kapetse@univ-lome.tg

Résumé :

La prise en charge de la myasthénie, affection ubiquitaire, rare, potentiellement grave mais traitable, a connu des avancées considérables ces dernières années dans le monde. Plusieurs consensus ont été établis permettant une prise en charge codifiée avec une amélioration du pronostic de la maladie. Cependant dans la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne, ces avancées se heurtent à des réalités socio-économiques. Nous rapportons l'état des lieux sur la prise en charge de la myasthénie en Afrique subsaharienne.

Les principales difficultés diagnostiques sont représentées par l'hétérogénéité clinique de la maladie, le nombre limité de personnel médical qualifié et les considérations culturelles erronées entraînant une errance diagnostique. L'insuffisance du plateau technique et l'insuffisance d'assurance maladie rendent compte d'un accès limité aux moyens diagnostiques. La majorité des patients sont ainsi diagnostiqués avec un retard considérable.

Sur le plan thérapeutique, les traitements de première ligne sont disponibles et accessibles dans la majorité des cas. Les immunoglobulines et les échanges plasmatiques autrefois inexistantes dans la majorité de pays d'Afrique subsaharienne sont de plus en plus disponibles même s'ils restent encore inaccessibles à plusieurs patients. Malgré une éducation thérapeutique systématique, les pertes de vue sont nombreuses avec des ruptures thérapeutiques, sources de complications invalidantes souvent mortelles.

En dépit des difficultés, la prise en charge de la myasthénie progresse en Afrique subsaharienne. La mise en place d'une prise en charge codifiée tenant compte des disponibilités tant sur le plan diagnostique que thérapeutique pourrait améliorer cette prise en charge.

Mots-clés : myasthénie, prise en charge, Afrique subsaharienne

Biographie :

Le Professeur Apetse Kossivi est Neurologue formé au Togo et en Côte d'Ivoire, actuellement chef service de Neurologie au CHR Atakpamé et maître de conférences agrégé en Neurologie à l'Université de Lomé (Togo). Il dispose d'une pratique hospitalière d'une vingtaine d'années avec une expérience en France et aux Antilles. Ses acquis en Neurophysiologie clinique (électroencéphalographie et électroneuromyographie) complètent ses compétences de neurologue en explorations neurofonctionnelles. Ses domaines d'intérêt ayant fait l'objet d'une cinquantaine de publications vont des accidents vasculaires cérébraux à la pathologie neuroimmunologique en passant par les céphalées et le neuroVIH.

Communications Orales Libres

COL-1- Profil évolutif des enfants atteints de dystrophie musculaire de Duchenne traitée par corticoïdes

Y. Kooli, T. BenYounes, H. Klaa, Z. Miladi, A. Zioudi, I. Kraoua, H. BenRhouma, I. Ben Youssef Turki

LR18SP04 et Service de Neurologie Pédiatrique, Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie de Tunis. Tunisie.

Email : ilhem.bytt@fmt.utm.tn

Introduction : La dystrophie musculaire de Duchenne (DMD) est la dystrophie musculaire la plus fréquente chez l'enfant. En l'absence de traitement, cette maladie entraîne une dépendance totale au fauteuil roulant à l'âge de 13 ans. Le ralentissement du déclin moteur est un objectif majeur du traitement par corticothérapie (CTC).

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective longitudinale menée au service de neuropédiatrie de l'institut national de neurologie de Tunis de 2004 à 2022 incluant les patients suivis pour DMD sous CTC, avec un minimum de suivi d'un an. Nous avons recueilli les données cliniques, paracliniques, génétiques et évolutives (indice de progression du Medical Research Council (MRC) à la 1ère, 2ème et 3ème année de suivi).

Résultats : Nous avons colligé 105 patients avec un âge moyen de début de 3.25 ans. Le traitement est basé sur la CTC orale (prednisolone) à la dose de 0.75mg/kg/j (10 jours ON et 10 jours OFF). La date d'initiation du traitement est de 3.6 ans avec une durée moyenne de 4 ans. L'effet de la corticothérapie était noté à partir de la 2ème année du traitement avec une réduction de l'indice de progression. Les effets indésirables les plus fréquents qui ont été notés sont la prise du poids, l'aspect cushingoïde et l'hirsutisme.

Discussion : La CTC dans la DMD ralentit la progression de la maladie à partir de 1 an, avec un effet patent après 02 ans, ce qui rejoint nos données. Il est nécessaire d'identifier et d'évaluer des stratégies pour prévenir les effets indésirables, en particulier la prise de poids excessive, l'ostéoporose et le retard de croissance.

Conclusion : Un diagnostic précoce ainsi qu'un recours rapide à la CTC permet de retarder la progression du déclin moteur dans la DMD et d'améliorer la qualité de vie.

COL-2- HÉMORRAGIE MÉNINGÉE RÉVÉLATRICE D'UN ANÉVRISME DU TRONC BASILAIRE : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE À LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE, DU CNHU-HKM DE COTONOU AU BENIN

MAFO N¹, HOUZE R¹, DJAUGA S¹, AGBETOU-HOUSSOU M², COVI R¹, BALLEY G¹, AVOCE M¹, ADJIEN KC¹

Clinique Universitaire de neurologie CNHU-HKM Cotonou

Service de Neurologie du CHD Parakou

Clinique Universitaire de Médecine interne CNHU-HKM Cotonou

Clinique Universitaire de Rhumatologie CNHU-HKM Cotonou

Présentateur:MAFO Nidelle, **Email :** mafonidelle19966@gmail.com

Introduction : L'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) représente 5% des accidents vasculaires cérébraux avec une morbi-mortalité élevée. Elle touche une population jeune, souvent hypertendue. Le symptôme majeur souvent révélateur est la céphalée. Le scanner cérébral sans injection réalisé en urgence est l'élément diagnostique principal. La rupture d'anévrisme est en cause dans 85 % des HSA c'est une urgence neurovasculaire.

Cas clinique : patient A. G. âgé de 54 ans admis pour céphalées de survenue d'emblée maximale et présentant une diplopie, un ptosis à gauche et un syndrome méningé, une tétraparésie avec des troubles de la déglutition. Un angioscanner a été évocateur d'une HSA montrant un anévrisme sacculaire du tronc basilaire.

Discussion : La plupart des anévrismes du tronc cérébral se trouvent dans la région des bifurcations comme le cas de notre patient dont l'anévrisme se trouve à la bifurcation et l'origine des artères cérébrales postérieures. La prévalence des anévrismes du tronc cérébral varie selon les études et les populations étudiées. La prise en charge de l'hémorragie méningée par rupture d'anévrisme du tronc basilaire peut être complexe et dépend de la gravité de la situation. L'intervention chirurgicale peut être nécessaire pour traiter l'anévrisme. Sur le plan étiologique, les investigations n'ont trouvé aucun facteur favorisant pouvant expliquer la pathologie mais on pourrait poser l'hypothèse d'une hypertension artérielle.

Conclusion : les anévrismes du tronc cérébral sont rares et peuvent être responsables d'hémorragie méningée avec risque élevé de mortalité. Il se pose une problématique de dépistage précoce de l'hypertension artérielle en vue de prévenir les différentes complications liées à l'HTA. Il faudrait mettre un accent particulier sur la prise en charge médicale surtout que la neurochirurgie n'est pas toujours disponible dans nos pays en développement.

Mots clés : HSA - Anévrisme tronc basilaire – Bénin

COL-3- Dystonies généralisées révélatrices d'un trouble de conversion chez une femme suivie à la clinique universitaire de santé mentale du CNHU-HKM : à propos d'un cas

ETOUKE EJ¹⁻², AMONLES Y¹, EOG AC¹, JOGUE F¹, TETANG B¹⁻², EZIN G¹, MBWANG D¹⁻², ANAGONOU L¹.

Email : etoukejonathan1@gmail.com

- 1- Clinique universitaire de Santé Mentale du Centre National Hospitalier Hubert Koutoukou Maga de Cotonou
- 2- Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou Jacquot

Introduction : la dystonie est un type de mouvement anormal particulièrement invalidant et potentiellement douloureux. Elle peut être primaire ou secondaire. Dans de rares cas, elle peut être fonctionnelle, favorisée par des facteurs de stress psychologique.

Matériels et méthodes : Nous rapportons l'observation clinique d'une femme de 30 ans, adressée par le service de neurologie pour mouvements anormaux dystoniques invalidants ne répondant pas au traitement instauré.

Résultats : le diagnostic de trouble de conversion avec mouvements anormaux a été retenu. Des facteurs de stress psychosociaux à type de conjugopathie et conflit familial étaient présents et ont agi à la fois comme facteurs déclencheur et d'entretien du trouble. Des antécédents de troubles neurologiques fonctionnels survenus 07 années auparavant ont été retrouvés. L'analyse psychopathologique a montré une vulnérabilité psychologique avec des traits de personnalité pré-morbide anxieuse à type de tendance à la rumination, catastrophisme et hypersensibilité émotionnelle. On note par ailleurs des interactions précoces dysfonctionnelles avec absence de figure paternelle, séparation précoce avec la mère biologique dès l'âge de 2 ans, puis adoption par une tante célibataire. La prise en charge est en ambulatoire et a utilisé à la fois des approches psychothérapeutiques et psychopharmacologiques.

Conclusion : Les dystonies peuvent avoir une origine psychologique et nécessiter une prise en charge spécialisée en milieu psychiatrique.

Mots clés : Dystonie ; Trouble de conversion ; neurologie

COL-4- Etude comparative des sous-groupes de myasthénie auto-immune au Burkina Faso

LOMPO D L^{1,2}, NACOULMA H¹, ZOUNGRANA A¹, KERE F¹, KYELEM J A M³, DABILGOU A A³, NAPON C⁴, MILLOGO A¹

¹Université Joseph Ki-Zerbo, UFR/SDS, Département de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

²CHU Tengandogo, Service de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

³CHU Yalgado Ouédraogo, Service de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴CHU Bogodogo, Service de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

Email : labodilompo@yahoo.fr Tél : +226 70 23 98 34

Introduction : La présente étude avait pour but de comparer les sous-groupes de myasthénie auto-immune (MAI) au Burkina Faso, selon les profils sociodémographique, clinique, paraclinique et évolutif.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude longitudinale, multicentrique réalisée au Burkina Faso, de mars 2015 à avril 2023, ayant concerné les patients ayant de signes cliniques évocateurs de myasthénie, associée à la présence dans le sérum d'anticorps (Ac) anti-RACH (anti-récepteurs de l'acétyl choline) et/ou d'Ac anti-MuSK (anti-muscles specific kinase) et/ou la présence d'un décrement >10% à l'électroneuromyographie et/ou un test thérapeutique positif aux anticholinesthérasiques oraux. Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques, ont été analysées, grâce au logiciel Epi- info 7.2.5.0. Pour la comparaison des différents sous-groupes de myasthénie, une analyse bivariée avec calcul de la p-value a permis la comparaison des différents sous-groupes de la maladie.

Résultats : En tout, 40 patients ont été colligés avec une prédominance féminine (60%). La moyenne d'âge de début était de 26,6 ans. Le délai moyen de consultation était 22,4 mois. La forme de l'adulte jeune et la forme généralisée avec respectivement 34 cas (85%) et 35 cas (87,5%) étaient les plus fréquentes. Les dosages sériques ont révélé 22 cas séropositifs pour les Ac anti RACH (66,7%) et 4 cas séropositifs (12,1%) pour les Ac anti MuSK, sur 33 cas dosés. Une hyperplasie thymique et un thymome ont été retrouvés respectivement chez 22 patients (57,9%) et 6 patients (15,8%). En tout 16 patients (40%) ont bénéficié d'une thymectomie chirurgicale. Le taux de mortalité a été de 15% (5 patients). Le genre féminin était significativement prédominant dans la MAI du sujet jeune ($p=0,02$) et/ou séropositive à Ac anti RACH ($p=0,01$) et/ou associée à une anomalie du thymus ($p=0,003$) ; le genre masculin était significativement prédominant dans la MAI à début tardif ($p=0,02$). La MAI d'évolution clinique défavorable était significativement associée à un âge moyen de début tardif ($p=0,04$), à un long délai diagnostique ($p=0,017$) et à un diagnostic au stade clinique de forme généralisée sévère ($p=0,02$).

Conclusion : Le genre féminin était significativement prédominant dans la MAI du sujet jeune et/ou séropositive à Ac anti RACH et/ou associée à une augmentation de volume du thymus, tandis que le genre masculin prédominait significativement dans la MAI à début tardif. Un âge de début tardif et/ou associée un long délai diagnostique au stade généralisé sévère de la maladie, étaient significativement associés à une évolution clinique défavorable de la MAI. Des études complémentaires collaboratives dans la région subsaharienne en populations générales sont nécessaires afin de caractériser les différents sous-groupes de MAI.

Mots-clés : Myasthénie auto-immune ; genre féminin ; Ac anti RACH ; Ac anti MuSK ; anomalie du thymus ; MGFA IV ; longs délais diagnostique ; Burkina Faso.

COL-5 Une Polyradiculoneuropathie aigue révélatrice d'un Lupus Erythémateux systémique à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM au Bénin : à propos d'un cas

KAMSU B¹, HOUZE R¹, AGBETOU-HOUSSOU M², DJAOUGA S¹, COVI R¹, DANSOU E³, DJOSSOU J⁴, BALLEY G¹, AVOCE M¹, ADJEN KC¹.

1. Clinique Universitaire de Neurologie CNHU-HKM Cotonou
2. Service de Neurologie du CHD Parakou
3. Clinique Universitaire de Médecine interne CNHU-HKM Cotonou
4. Clinique Universitaire de Rhumatologie CNHU-HKM Cotonou

Présentateur : KAMSU Bertille, **E-mail :** bertillekamsudjou@gmail.com

Introduction : Les Polyradiculoneuropathie aigue (PRNA) lupiques représentent manifestation rare du lupus érythémateux systémique (LES). Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques.

Cas clinique : Patiente âgée de 31ans admise pour tétraparésie relevant d'un syndrome neurogène périphérique, avec des lésions hyperchromiques en aile de papillon en région jugale. Une ponction lombaire et un ENMG ont été évocateurs d'une PRNA sensitivo-motrice axonale sévère. La biologie a retrouvé des anticorps anti DNA à 1987.

Discussion : Les PRNA lupiques peuvent se produire à tout âge et sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le diagnostic des PRNA lupiques est souvent difficile. La symptomatologie a vocation à s'aggraver si la neuropathie n'est pas prise en charge. Sur le plan thérapeutique, le traitement des PRNA lupiques repose sur la prise en charge de la cause sous-jacente, c'est-à-dire le lupus érythémateux systémique.

Conclusion : les PRNA lupiques sont une manifestation rare mais grave du lupus érythémateux systémique. Leur diagnostic est souvent difficile surtout au début et le traitement repose sur la prise en charge du LES. Le pronostic peut être favorable si la neuropathie est traitée rapidement et efficacement.

Mots Clés : Polyradiculoneuropathie – Lupus – Bénin

COL-6- TROUBLES DEPRESSIFS POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022.

HOUENZE Richard G. C.¹⁻³, COVI-ZINSOU Richmine¹, AGBETOU-HOUESSO Mendinatou², ADJIEN K. Constant¹

- 1- Service de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou
- 2- Service de Neurologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Parakou
- 3- Auteur correspondant : houezer3@yahoo.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce travail

Introduction : l'AVC constitue un véritable problème de santé publique à travers le monde. La période post-AVC chez un individu est une expérience douloureuse du fait des différentes conséquences de l'AVC. L'objectif de notre étude était d'étudier les troubles dépressifs post -AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU- HKM en 2022. **Cadre et Méthodes :** il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique qui s'est déroulée du 25 Juillet au 28 Octobre 2022 au CNHU. Nous avons fait un recrutement exhaustif de tous les patients ayant fait un AVC datant d'au moins un mois et qui ont consulté pendant cette période d'étude en neurologie pour suivi post-AVC. **Résultats:** sur 77 patients inclus, 25 avaient une Dépression Post-AVC (DPAVC) soit (32,47%). L'âge moyen était de 61,12 ans unsex ratio de 1,77. Les AVC ischémiques étaient majoritaires (62,34%). La DPAVC était légère chez 16,88% des patients déprimés et modérée chez 15,59%. Aucun patient ne présentait une dépression sévère. Etaient associés significativement à la DPAVC la situation matrimoniale, les antécédents d'AVC, l'insomnie, l'incapacité après l'AVC évaluée par l'échelle de RANKIN, l'anxiété et la fatigue. **Conclusion :** Cette étude a révélé une fréquence élevée des troubles dépressifs post-AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM. Il est donc important d'inclure dans la consultation post-AVC, le dépistage systématique des troubles dépressifs par les échelles adaptées en vue d'améliorer le pronostic fonctionnel des patients.

Mots clés : AVC – Dépression post-AVC- CNHU-HKM.

COL-7- La meralgie paresthésique, errance diagnostique et apport de l'EMG, à propos d'un cas

Herman AZANMASSO, Alexandre FATON, Maurille TOGNON, Didier NIAMA, Etienne ALAGNIDE, Toussaint KPADONOU

Service de médecine physique et de réadaptation CHU-MEL

Service de médecine physique et de réadaptation CNHU-HKM

Introduction

La meralgie paresthésique est une pathologie d'expression clinique importante à type de dysesthésie, douleurs, engourdissement, picotement, fourmillement en raquette de la face latérale de la cuisse.

Nous rapportons ici l'errance diagnostique d'une patiente et l'apport de l'électromyogramme (EMG)

Patient : Il s'agissait d'une patiente de 38 ans, médecin, qui avait pour plainte des douleurs neuropathiques de la face externe cuisse gauche avec hypoesthésie et des fourmillements gênant l'habillement, les ports de pantalon, jupes serrée, les ports de ceinture. Elle consulta plusieurs médecins: généraliste, orthopédistes, neurochirurgien. une IRM réalisée était revenue normale. Elle était peu soulagée par les AINS et antalgiques. C'est la normalité de l'IRM qui amena le neurochirurgien à demander un EMG pour lombosciatalgie tronquée.

Résultat : L'examen physique retrouvait une faiblesse des ROT Achilléens et une hypoesthésie de la face latérale de la cuisse G.

L'EMG était sans appel une atteinte du nerf cutané fémoral latéral gauche, associée à une souffrance radiculaire S1 bilatérale surtout gauche.

Discussion - conclusion

Il faut y penser lorsque le tableau est évocateur et savoir que l'EMG peut aider à confirmer le diagnostic. La dernière étape est le challenge de la prise en charge.

Mots clés : meralgie paresthésique, EMG, errance diagnostique

COL-8-ANALYSE DE LA PRATIQUE DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS UNE REANIMATION AUX RESSOURCES LIMITEES

Ahounou E ; Akodjenou J ; Falade S ; Saizonou ; Zoumènou E

Auteur correspondant : Dr Ahounou Ernest ; ahounousteph@yahoo.fr; CNHU-HKM

Introduction : La ventilation mécanique a permis de sauver des malades de réanimation ayant une détresse respiratoire, neurologique ou hémodynamique. Sa mauvaise pratique est associée à des complications. L'objectif de notre étude était d'analyser la pratique de la ventilation mécanique en réanimation du CNHU-HKM

Matériels et Méthode : Etude transversale, descriptive et analytique, réalisée dans le service de la Réanimation du CNHU-HKM, sur une période de trois mois. Les données étudiées ont concerné les malades qui étaient mis sous ventilation mécanique à un moment donné de leur hospitalisation, pendant la période d'étude. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel R version 3.5

Résultats : La prévalence des malades mis sous ventilation mécanique était de 40,19%. Une prédominance masculine était notée (sex-ratio 1,41). La ventilation non invasive était indiquée chez 4,88% des malades contre 95,12 % pour la ventilation invasive. Les malades ventilés étaient relativement jeunes (âge moyen 35,88± 22,61 ans) et présentaient comme comorbidités HTA (34,15%), le Diabète (17,07%), AVC (8,53%), Insuffisance rénale chronique (7,32%). Les indications à la ventilation mécanique étaient les détresses neurologiques 48%, respiratoires 35% et hémodynamiques 17%. Les modes ventilatoires VAC et VACI ont été les plus utilisés respectivement dans 65,85% et 25,61% des cas. La durée moyenne de ventilation mécanique était de 5 jours avec les extrêmes de [1 et 56 jours]. La pneumopathie acquise sous ventilation mécanique a été la principale complication. Aucun malade n'a bénéficié d'une surveillance de la gazométrie. La mortalité hospitalière des malades ventilés était de 78 %.

Conclusion : La pratique de la ventilation mécanique souffre de beaucoup d'insuffisance en rapport avec le plateau technique et l'insuffisance de ressources humaines qualifiées.

Mots clés : Ventilation-mécanique, Réanimation, pronostic, ressources-limitées

COL-9 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, PARACLINIQUES ET PRONOSTIQUES DES AVC DE LA FOSSE CEREBRALE POSTERIEURE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2023

BALLEY G, HOUEZE R, HOUINATO D

Clinique Universitaire de Neurologie CNHU-HKM Cotonou

Présentateur : BALLEY Gédéon **E-mail:** calsperogedeon@gmail.com

Introduction: les AVC de la fosse cérébrale postérieure sont graves du fait de leur localisation. Peu de données béninoises. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et pronostiques des AVC de la fosse cérébrale postérieure en USINV au Bénin en 2023

Méthode: Il agissait d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} Septembre 2022 au 31 Juillet 2023 et ayant porté sur les sujets hospitalisés en Unité de Soins intensifs Neuro-vasculaire (USINV) pendant la période d'étude, avec une imagerie cérébrale confirmant le diagnostic. Les informations ont été collectées, saisies et analysées grâce aux logiciels Kobocollect, SPSS version 19.

Résultats: Au total, 307 patients étaient admis. 20 patients présentaient un AVC confirmé de la fosse cérébrale postérieure soit une fréquence hospitalière de 8,81%. Le sexe ratio était de 2,33 avec 70 % d'hommes. L'âge moyen était de 51 ans Le délai moyen d'admission des patients à l'USINV après le déficit était de 112,7 heures+/-163. L'HTA était le facteur de risque le plus fréquent à 80%. Le score NIHSS moyen était bas à 4,55. 45% des patients avaient fait un AVC ischémique. On y distinguait 35% d'AVC ischémique du tronc basilaire et 10% d'AVC du cervelet. Les AVC hémorragiques quant à eux prédominaient surtout au niveau du cervelet (45%). Les AVC de la fosse postérieure représentaient ainsi 5,55% de tous les décès survenus en USINV.

Conclusion: les AVC de la fosse cérébrale postérieure ont un pronostic grave avec nécessité de prise en charge précoce en USINV.

Mots clés: AVC, tronc cérébral, cervelet, NIHSS, décès

COL-10- Symptômes neurologiques révélateurs d'un trouble anxiodépressif au CNHU-HKM en 2023

NGOGANG M¹, NDI H², BILIGHA C¹, MAZAMEZA E¹, AZA-GNANDJI G¹, ANAGONOU L¹

1Clinique Universitaire de Santé Mentale, CNHU-HKM, Cotonou

2 Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP), Cotonou

Auteur correspondant:NGOGANG Manette ;**Email :** valesiamanette@yahoo.fr

Introduction : Les symptômes physiques associés aux troubles anxio-dépressifs ont fait l'objet de plusieurs études depuis plusieurs décennies, vu leur fréquence et leurs conséquences. Nombreux et variables, d'ordre cardiopulmonaire, neurologique, digestif, génito-urinaire et général ; ils sont des motifs courants de consultation des services médicaux non psychiatriques. Ils conduisent souvent à une errance diagnostique et par conséquent à une prise en charge inadaptée.

Matériels et méthodes : Nous rapportons la situation clinique d'un patient de 34 ans reçu en consultation psychiatrique à la Clinique Universitaire de Santé Mentale de Cotonou sous orientation par son médecin traitant pour une anxiété, après de multiples investigations médicales spécialisées infructueuses.

Résultats : L'entretien a objectivé une symptomatologie d'évolution progressive sur une période d'un an avec des manifestations physiques multiples et variées, notamment des symptômes neurologiques à type de céphalées, paresthésies et cervicobrachialgies. L'itinéraire thérapeutique du patient a retrouvé une consultation initiale en neurologie où le diagnostic de spasmophilie a été posé. Il présentait également des symptômes cardiopulmonaires à type de palpitations et gêne respiratoire qui ont motivé des consultations cardiologique et ORL n'ayant pas relevé de spécificités pathologiques significatives. L'examen psychiatrique retrouve des manifestations initiales à type d'attaques de paniques, ruminations anxieuses et thymie triste ayant fait suite aux complications obstétricales que présentaient sa compagne, qui portait une grossesse gémellaire. La persistance des symptômes sus décrits chez le patient malgré les traitements reçus a motivé une orientation en psychiatrie par son médecin.

Discussion et conclusion : Les troubles anxio-dépressifs peuvent se traduire par des symptômes physiques divers. Cette situation clinique souligne la nécessité d'une sensibilisation des praticiens généralistes et spécialistes aux différents aspects des troubles anxio-dépressifs, pour permettre un dépistage plus précoce et une prise en charge adaptée rapide et efficace.

Mots Clés : Symptômes neurologiques, Troubles anxieux, Trouble dépressif caractérisé, CNHU-HKM

COL-11 TROUBLES ANXIEUX POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022.

AVOCE M¹, HOUEZE R¹, AGBETOU-HOUSSOU M², AMONLES Yves³, DJAOUGA S¹, COVI R¹, DANSOU E⁴, DJOSSOU J⁵, BALLEY G¹, ADJEN KC¹.

Présentateur : AVOCE S. Romaric Martial

1. Clinique Universitaire de Neurologie CNHU-HKM Cotonou
2. Service de Neurologie du CHD Parakou
3. Clinique Universitaire de Santé mentale du CNHU-HKM Cotonou
4. Clinique Universitaire de Médecine interne CNHU-HKM Cotonou
5. Clinique Universitaire de Rhumatologie CNHU-HKM Cotonou

E-mail : romaricavoce@gmail.com

Introduction : l'AVC constitue un véritable problème de santé publique à travers le monde. La période post-AVC chez un individu est une expérience douloureuse du fait des différentes conséquences de l'AVC. L'objectif de notre étude était d'étudier les troubles anxieux post-AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU- HKM en 2022.

Cadre et Méthodes : il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique qui s'est déroulée du 25 Juillet au 28 Octobre 2022 au CNHU. Nous avons fait un recrutement exhaustif de tous les patients ayant fait un AVC datant d'au moins un mois et qui ont consulté pendant cette période d'étude en neurologie pour suivi post-AVC.

Résultats: sur 77 patients inclus, 31 patients avaient une APAVC (40,26%). L'âge moyen des patients était de 57,74ans avec des extrêmes de 30 et 87 ans. La tranche d'âge des [50-69 ans] était la plus représentée (46%). Le sex-ratio était de 1,49. Les AVC ischémiques étaient majoritaires (62,34%). L'APAVC était légère chez 22,08 % des patients anxieux ; modérée chez 15,58 % et sévères chez 2,60%.Étaient associés significativement à l'APAVC l'entourage familial, les activités de loisirs après l'AVC, les troubles de la déglutition, la dépression et la fatigue.

Conclusion : Cette étude a révélé une fréquence élevée des troubles anxieux post-AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM. Il est donc important d'inclure dans la consultation post-AVC le dépistage systématique des troubles anxieux par les échelles adaptées en vue d'améliorer le pronostic fonctionnel des patients.

Mots clés : AVC - Anxiété - Bénin.

COL-12- MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES REVELATRICES D'UN SCHWANNOME : A PROPOS D'UN CAS AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2023

**JOGUE FA¹, MBENDE AM¹, DJANGNI KKRN¹, DOSSOU MH¹, AZA GNANDJI GG ,
KLIKPO TE¹**

1- Clinique Universitaire de Santé Mentale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou

Auteur correspondant:JOGUE Franck Armel, **Email :** Franckarmeljogue@gmail.com

Introduction : Les tumeurs cérébrales sont généralement associées à des symptômes neurologiques ; dans certains cas elles peuvent provoquer des symptômes d'allure psychotiques à l'origine d'errance diagnostique et de retard thérapeutique.

Matériel et Méthodes : Il s'est agi de l'étude de la situation clinique d'un patient de 46 ans sans antécédent contributif, suivi au CNHU-HKM de Cotonou.

Résultat : Le patient a été adressé par un neurologue pour hallucinations acoustico-verbales. L'entretien, l'examen physique et psychiatrique avaient objectivé un début progressif remontant à une vingtaine d'années avec une évolution intermittente d'un syndrome délirant et des insomnies à caractéristiques multiples. Le diagnostic initial de trouble délirant persistant avait été évoqué et le patient a été mis sous Risperidone et Mexazolam. Sous ce traitement, les symptômes ont régressé partiellement. Il persistait les hallucinations acoustico-verbales et l'insomnie malgré une thérapeutique bien conduite, auxquelles s'est associée un amaigrissement continu. Le scanner cérébral réalisé 11 mois après le début du traitement, a objectivé une volumineuse masse extra-axiale de la fosse postérieure mesurant 35mm*25mm*26mm et comprimant discrètement des structures avoisinantes faisant évoquer un méningiome. L'IRM cérébrale a conclu à une masse de l'angle ponto-cérébelleux gauche infiltrant le méat acoustique interne avec compression du quatrième ventricule et hydrocéphalie tri ventriculaire en faveur d'un schwannome. Des troubles de l'équilibre sont apparus secondairement. L'accompagnement psychothérapeutique se poursuit et une prise en charge neurochirurgicale est prévue.

Discussion et Conclusion : Certains troubles psychiatriques peuvent s'avérer d'origine tumorale ce qui rend indispensable la réalisation d'une imagerie cérébrale au décours des primo-décompensations d'allure psychotique. Une collaboration étroite entre médecins est essentielle pour offrir les meilleurs soins possibles aux patients

Mots clés : Manifestations psychiatriques, tumeur cérébrale, schwannome, CNHU-HKM, Cotonou

COL-13- The landscape of hereditary neuromuscular diseases in Senegal: first insights from the SENEGENE study

Pedro M Rodríguez Cruz ^{*1,2,3}, **Rokhaya Diagne** ^{1,2}, **Alassane Diop** ⁴, **Aloïse Benoît Diouf** ⁵, **Marie Emilie Yandé Ndong** ⁶, **Henriette Senghor** ¹, **Seynabou Dieng** ⁶, **Christelle Rose Oko** ¹, **Marietou Traoré** ⁷, **Maimouna Santos** ⁸, **Khalifa Ababacar Mbaye** ⁹, **Lala Bouna Seck** ¹, **Mamadou Sy** ¹, **Maouly Fall** ⁴, **Adjaratou Sow** ^{1,10}, **Ngor Side Diagne** ¹, **Leslie Matalonga** ³, **Sergi Beltrán Agullo** ³, **Rokhaya Ndiaye** ², **Moustapha Ndiaye** ^{1,2}, **Amadou Gallo Diop** ^{1,2}.

1. Neurology Department, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal ; 2. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar, Sénégal., 3. Centro Nacional de Análisis Genómico (CNAG), Barcelona, Spain, 4. Neurology Department, Centre Hospitalier National de Pikine, Pikine, Sénégal, 5. Centre Talibou Dabo, Dakar, Sénégal, 6. Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, Dakar, Sénégal, 7. Centre Hospitalier Roi Baudouin, Guédiawaye, Sénégal, 8. Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis, Saint Louis, Sénégal, 9. Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor, Ziguinchor, Sénégal, 10. Centre Hospitalier National pour Enfants de Diamniadio, Diamniadio, Sénégal. * *email*: pedro.rodriguez@cnag.eu

Introduction : Neuromuscular disorders (NMDs) are uninvestigated in sub-Saharan Africa, and their underlying genetic causes are predominantly unknown. The underrepresentation of ethnically diverse populations in human genetic studies challenges our ability to understand the genetic architecture of NMDs across populations. We present the results of the first phase of SENEGENE, an exploratory study to characterise the clinical and molecular architecture of NMDs and rare neurogenetic diseases in Senegal.

Materials & methods : Adult and paediatric individuals with suspicion of NMDs and related controls were recruited from October 2021 to May 2023 at the Neurology Department of CHNU de Fann and other associated centres. Individuals were systematically phenotyped with HPO terms and information was recorded into a REDCAP database. Genetic sequencing followed a progressive approach including MLPA, WES & WGS. The bioinformatic analysis used state-of-the-art alignment, variant calling and analysis pipelines for SNVs & indels, mitochondrial variants, CNVs, STRs and other SVs. Annotated variants were evaluated based on phenotype relevance, segregation, frequency and functional consequences.

Results : A total of 623 individuals (338 affected, 285 related controls) from 271 kinships were recruited. Diagnostic categories included dystrophinopathy (32), spinal muscular atrophy (26), limb-girdle muscular dystrophy (36), congenital myopathy/muscular dystrophy (35), inherited neuropathies (43), congenital myasthenic syndrome (4), channelopathies (5), facioscapulohumeral muscular dystrophy (1) and other neurogenetic diseases (156). Genetic diagnosis was solved in ~60% of cases allowing improved medical care and genetic counselling. We report the spectrum of mutations representative of NMDs in Senegal, including novel disease-causing variants, and highlight potential epidemiological differences between West African and European populations.

Discussion : We provide the first description on the clinical and genetic landscape of NMDs in Senegal, increasing diversity and novel pathogenic variant knowledge in neuromuscular genetics. We highlight differences and similarities in the profile of NMDs across populations and the need to persuade further research studies.

Keywords : Senegal, neuromuscular disorders, neuromuscular genetics, rare diseases, novel disease-causing variants

COL-14-DYSFONCTIONS SEXUELLES EN POST-AVC DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2022

**HOUENZE Richard G. C.¹⁻³, COVI-ZINSOU Richmine¹, AGBETOU-HOUESSO Mendinatou²,
ADJIEN K. Constant¹**

- 1- Service de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou
- 2- Service de Neurologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Parakou
- 3- Auteur correspondant : houezer3@yahoo.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce travail

Introduction : L'AVC, première cause de handicap dans le monde, engendre des limitations d'activité dont l'activité sexuelle. L'insatisfaction qu'engendre cette dernière, passe généralement sous silence et n'est pas prise en compte dans la prise en charge des patients ce qui est à l'origine d'une altération de leur qualité de vie notamment en vie de couple.

Objectifs : Étudier les dysfonctions sexuelles en post-AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou en 2022.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique sur trois (03) mois dans la CUN du CNHU-HKM de Cotonou. Les scores MSHQ (Men'sSexualHealth Questionnaire) et FSFI (FemaleSexualFunction Index) ont été utilisés pour évaluer les dysfonctions sexuelles dans les deux sexes.

Résultats : 77 patients ont été inclus avec 62,33% de dysfonction sexuelle post-AVC. L'âgemoyendes patients était de 57,74±12,54 ans et 74% avaient un âge supérieur ou égal à 50 ans. Le sex-ratio étaitde 1,48. Les troubles de l'activité et du désir sexuel (83,9%), l'insatisfaction conjugale (77,4%)et la douleur coïtale (20%) prédominaient chez les femmes alors que les troubles de l'activité et du **désir** sexuel (52,2%), les gênes liés à l'érection (44,4%) ettroubles del'érection (40,7%) étaient plusretrouvés chez les hommes. Les facteurs associés à la dysfonction sexuelle étaient le sexe, la situation matrimoniale, le délai post-AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle, la qualité de vie et le siège de la lésion cérébrale.

Conclusion : La prévalence de la dysfonction sexuelle reste élevée en post-AVC. Elle influe sur la qualité de vie des couples d'où la nécessité que plus d'attentions lui soit accordée en consultations post-AVC.

Mots clés : Dysfonction sexuelle - post-AVC - CNHU-HKM

COL-15- LA MYASTHENIE : EXPERIENCE DE LA CLINIQUE DES NEUROSCIENCES IBRAHIMA PIERRE NDIAYE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN A PROPOS DE 43 CAS.

Fall S.A.A., Diop A.M., Diagne R., Mbodj Bamba., Gaye N.M., Fall Maouly., Sow A.D., Basse A., Diop M.S., Seck L.B., Ndiaye M., DIOP A.G.

Unité de soins intensifs neurologiques, Clinique des Neurosciences, du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann.

Auteur correspondant : Dr Serigne Abdou Aziz FALL, **Email** : docmarafall@gmail.com

Introduction : La myasthénie est une maladie grave touchant la jonction neuromusculaire. Elle est rare et d'origine auto-immune. La prise en charge est complexe du fait de l'évolution imprévisible.

Objectif : Partager l'expérience de la prise en charge des patients myasthéniques à la clinique des neurosciences du CHNU de Fann, en décrivant les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, sur une période de 18 mois, 43 cas ont été colligés.

RESULTATS : Parmi les 43 cas, 48,8% étaient suivis en ambulatoire et 51,2% étaient hospitalisés respectivement pour une crise aiguë myasthénique (37,3%) et une poussée aiguë myasthénique (13,9%). Les femmes étaient plus représentées avec un pourcentage de 74%. La tranche d'âge prédominante était entre 20 à 40 ans. Elle constituait un pic de fréquence. Le délai moyen entre l'apparition des premiers signes et la consultation était de 5 mois. Les antécédents médicaux personnels étaient en rapport avec une maladie de Basedow et une hypothyroïdie chez deux patientes. Les principaux symptômes étaient la fatigabilité musculaire (88%), le ptosis (90%) et la diplopie (93%). Des signes de gravité (bulbaire et respiratoire) étaient retrouvés chez 22 patients. Les anticorps anti-Rach étaient présents chez 81% des patients et les anticorps anti-Musk étaient retrouvés chez 4,6%. Un thymome était retrouvé chez 9,3% des patients et une hyperplasie thymique était présente chez un patient. Le traitement symptomatique reposait essentiellement sur les anti-cholinestératiques. La corticothérapie et les immunosuppresseurs constituaient le traitement de fond et d'attaque. L'évolution était défavorable chez 4 (9,3%) patients hospitalisés pour une crise aiguë myasthénique. Le score d'activité quotidienne était de 3.

CONCLUSION : La myasthénie est une affection grave et mortelle. Cependant nos contextes de prise en charge sont différents du fait de l'inaccessibilité des immunoglobulines et des échanges plasmatiques dans notre pratique.

Mots clés : Myasthénie-jonction neuro-musculaire-Cliniques Neurosciences

COL-16-Facteurs pronostiques des Accidents Vasculaires Cérébraux dans le service de Réanimation du CNHU-HKM de Cotonou

Ahounou E ; Akodjenou J ; Falade S ; Saizonou ; Zoumènou E

Service de Réanimation, CNHU-HKM de Cotonou

Auteur correspondant : Dr Ahounou Ernest ; ahounousteph@yahoo.fr

Introduction : Les AVC constituent la 1^{ère} cause de handicap acquis non traumatique et la 3^{ème} cause de mortalité dans le monde. Touchent de plus en plus les sujets jeunes en Afrique subsaharienne, où l'absence de Stroke Unit explique la prise en charge d'un bon nombre dans les services de réanimations.

L'objectif de notre étude était de rechercher les facteurs pronostiques des AVC hospitalisés en réanimation du CNHU-HKM.

Matériels et méthode

Etude rétrospective descriptive et analytique réalisée en Réanimation du CNHU-HKM. La population d'étude était les cas d'AVC documentés et hospitalisés en Réanimation du 1^{er} Janvier 2021 au 30 Novembre 2022. Les données cliniques thérapeutiques et évolutives des malades ont été étudiées et analysées avec le logiciel Epi-Info 7.2.5.0

Résultats

Cent-deux cas d'AVC ont été hospitalisés en Réanimation pendant la période d'étude. la prévalence était de 6,1%

La moyenne d'âge était 56,6± 15,5 ans avec une prédominance masculine 62%.

L'Hypertension artérielle 76% et l'altération de l'état de conscience 84% ont été respectivement la comorbidité et le motif d'admission les fréquents. L'AVC était hémorragique chez 84% des malades. Les malades ont été mis sous ventilation mécanique (82%), amines vasopressives (40%), hémofiltration (4%) et traités chirurgicalement (10%).

La gravité initiale, la mise sous ventilation mécanique et amine vasopressive ont été les facteurs de mauvais pronostic associés à l'AVC.

La mortalité hospitalière était de 64%

Conclusion

Les AVC étaient fréquemment admis en réanimation du CNHU-HKM en 2021. La mortalité hospitalière était importante. Les facteurs de mauvais pronostic étaient la gravité initiale, la mise sous ventilation mécanique et amine vasopressive.

Mots clés : AVC, Réanimation ; Pronostic

COL-17- COMORBIDITE D'UNE DEPRESSION ET D'UNE EPILEPSIE : A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA EN 2023

EOG AC¹, AZA-GNANDJI G-G¹, ETOUKE J¹, JOGUE F¹, MBENDE M¹, AMONLES Y¹, ANAGONOU L¹

¹Clinique Universitaire de Santé Mentale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

Auteur Correspondant : EOG ALAIN CLAUDE ; **Email** : eaclino2000@gmail.com

Introduction : La dépression est une affection psychiatrique qui se manifeste généralement par une baisse de l'humeur, habituellement accompagnée d'une modification du niveau global d'activité sur au moins 02 semaines. Cette pathologie constitue la comorbidité psychiatrique la plus fréquente chez les patients épileptiques. La relation entre la dépression et l'épilepsie est bidirectionnelle impliquant des mécanismes physiopathogéniques communs.

Méthodes et matériels : Il s'agit d'une patiente de 45 ans, sans antécédents contributifs, adressée par un neurologue dans le service de psychiatrie pour encéphalopathie sous fond névrotique. L'entretien, l'examen physique et l'examen psychiatrique ont permis de noter des facteurs dépressogènes tels que des conflits conjugaux et interfamiliaux et un syndrome dépressif. Notons qu'un électroencéphalogramme avait été réalisé par le neurologue montrant un tracé confirmant la nature convulsive d'épisodes critiques non apparents et étant compatible avec une encéphalopathie résiduelle. Devant ce tableau, il a été retenu le diagnostic de trouble dépressif caractérisé sévère avec détresse anxieuse comorbide à une maladie épileptique électrique. La patiente a été mise sous traitement à base de Fluoxétine, Diazépam et Citicoline et une psychothérapie a été initiée. Sous cette prise en charge a été notée une évolution clinique favorable.

Conclusion : la dépression et l'épilepsie sont des affections ayant des relations bidirectionnelles dont la prise en charge n'est pas aisée, car le traitement de l'une des pathologies pourrait aggraver le pronostic l'autre et vice-versa. La psychothérapie dans la dépression comorbide à l'épilepsie est importante pour un meilleur pronostic du tableau.

Mots clés : Dépression, Epilepsie, Comorbidité, Relation bidirectionnelle

COL-18-REPRESENTATION SOCIO-CULTURELLE DU GARÇON DANS LA FAMILLE AFRICAINE : INFLUENCE SUR LE DEVELOPPEMENT MENTAL

**EWOUNKEM H, NSENGIYUMVA O, TETANG B, NGOGANG M, MBWANG D, AMOLESS Y
NAGONOU L, GANSOU M.**

Centre National Hospitalier Universitaire de psychiatrie de Cotonou

Auteur correspondant : EWOUNKEM NDI Hervé Fernand, Email : ewounkemndih@yahoo.com

INTRODUCTION. L'enfant, plus particulièrement le garçon dans la famille africaine, est perçu comme un don, une bénédiction divine et son identité est plurielle. C'est pourquoi, il est vite perçu comme un être sacré de l'ordre divin. Il symbolise non seulement la continuité de la vie, la perpétuation de l'espèce humaine, mais aussi la continuité du clan ou de la lignée. Cette place du garçon peut conduire à des pratiques maladroites et aboutir à un handicap mental.

MÉTHODE ET RÉSULTATS. Nous rapportons à travers cette situation clinique, l'observation d'un patient de 33 ans présentant un handicap mental. Il a été victime de tentative d'interruption volontaire de grossesse en lien avec le désir d'un garçon dans le couple. Il est suivi depuis l'âge de 08 ans pour des troubles du comportement et des difficultés scolaires. Il a développé des troubles de conduites antisociales : fugues, agressivité physique orientée sur les femmes et animaux, impulsivité sexuelle, vols pathologiques avec incarcérations, mise en danger de soi à répétition. Sa prise en charge a été faite en ambulatoire. Il a bénéficié de traitement antipsychotique et thymorégulateur. Conjointement une psychoéducation centrée sur le handicap mental, la sexualité chez la personne handicapée mental associés à une guidance parentale a été faite.

DISCUSSION ET CONCLUSION. L'enfant garçon dans le contexte africain a une place particulière et représente le relai de pérennisation du patrimoine culturel familial. Cette situation clinique souligne le besoin d'éternité souligné par Freud.

Mots Clés : Garçon ; handicap mental ; culture ; trouble du comportement.

COL-19- Les dystrophies musculaires des ceintures autosomiques récessives : étude épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutive

S. Ben Mammou, T. Ben Younes, H. Klaa, Z. Miladi, A. Zioudi, I. Kraoua, H. Benrhouma, I. Ben Youssef-Turki

LR 18SP04 et Service de Neurologie de l'Enfant et de l'Adolescent. Institut Mongi Ben Hmida de Neurologie. Tunis. Tunisie

Email : ilhem.bytt@fmt.utm.tn

Introduction : Les dystrophies musculaires des ceintures autosomiques récessives (LGMDR) se manifestent par une faiblesse musculaire proximale d'aggravation progressive. Elles sont caractérisées par une grande hétérogénéité clinique et génétique.

Objectif : Rapporter les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques des enfants atteints de LGMDR et étudier le profil évolutif de cette pathologie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Neurologie pédiatrique de l'Institut national de Neurologie de Tunis sur une période de 16 ans (2007-2022). Nous avons inclus les enfants diagnostiqués LGMDR. Les données cliniques, paracliniques et évolutives ont été recueillies.

Résultats : Nous avons inclus 57 enfants dont l'âge moyen était de 9 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 1,11. Une consanguinité était notée dans 83% des cas. L'âge moyen de début des symptômes moteurs était de 6 ans. Le signe révélateur le plus fréquent était une fatigabilité à la montée des escaliers (85,96%). L'examen neurologique initial avait objectivé : un signe du tabouret (91,22%), une abolition de la réponse idiomusculaire (89%), une pseudo hypertrophie des mollets (82%), un signe de Gowers (72%), une rétraction tendon d'Achille (25%), un décollement des omoplates (58%), une hyperlordose lombaire (61%) et une scoliose (5%). Sur le plan biologique : les CPK moyens sont élevés à $52,70 \pm 27,98$ fois la normale. L'ENMG a confirmé l'atteinte myogène dans tous les cas. Les corticoïdes ont été prescrits dans 84% des cas. L'évolution a été marquée par la perte de l'autonomie dans 5% des cas. L'étude génétique a permis de confirmer la LGMDR5 (26,32%), la LGMDR9 (5,26%) et la LGMDR3 (3,51%).

Conclusion : Notre étude témoigne de la fréquence des LGMDR en Tunisie qui s'expliquerait par le taux élevé de consanguinité. La confirmation génétique est cruciale afin d'adapter la prise en charge thérapeutique et d'établir un conseil génétique

COL-20-Les myopathies congénitales : Étude descriptive d'une série pédiatrique

Nadia Sallem, Thouraya Ben Younes, AbirZioudi, HédiaKlaa, ZouhourMiladi, IchrafKraoua, HaneneBenrhouma, Ilhem Ben Youssef-Turki

LR18SP04 et Service de Neurologie Pédiatrique. Institut National Mongi Ben Hmida de Neurologie. Tunis. Tunisie

Email : ilhem.bytt@fmt.utm.tn

Introduction : Les myopathies congénitales (MC) constituent un groupe hétérogène de maladies neuromusculaires rares caractérisées par des anomalies ultra-structurelles des fibres musculaires.

Objectifs : Décrire les particularités épidémiologiques, cliniques et paracliniques des myopathies congénitales chez les enfants.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective menée au service de neurologie pédiatrique à l'institut national de neurologie de Tunis incluant les patients suivis pour MC entre 2004 et 2022.

Les caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques ont été recueillies et analysées.

Résultats : Neuf patients ont été inclus. L'âge moyen de début de la maladie était de 18 mois. Le début était néonatal dans cinq cas marqué par une hypotonie congénitale puis un retard moteur. Les troubles de la marche étaient inauguraux dans les autres cas. L'examen a montré un syndrome myopathique avec un déficit proximal symétrique dans tous les cas, associé à un déficit distal dans trois cas. Une atteinte faciale était notée chez six patients, une atteinte oculomotrice chez deux patients et une dysphonie chez un patient. Aucun patient n'a présenté une cardiomyopathie. Une atteinte respiratoire a été notée chez deux patients au cours du suivi. L'électromyogramme (EMG) a montré un tracé myogène chez six patients et mixte chez trois patients. Le taux de la créatine kinase était normal chez tous les patients. Une myopathie par disproportion de la taille des fibres a été diagnostiquée chez quatre patients, une myopathie à bâtonnets chez deux patients, une myopathie centronucléaire chez deux patients et une myopathie à cores chez un patient.

Conclusion : Les MC restent des maladies rares à révélation souvent précoce néonatale ou dans la petite enfance. La prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire adéquate et précoce pour garantir un meilleur pronostic fonctionnel et éviter les complications et les rétractions tendineuses.

COL-21- Situation topographique des foramina mandibulaires et mentonniers dans une population béninoise : une évaluation par tomodensitométrie

BANCOLE POGNON SA^{1*}, NDIAYE ML², AKANNI D³ TAMBA B², DIA TINE S², YEKPE AHOUANSOU P⁴, ADJIBABI W⁵

Affiliation des auteurs :

¹ Clinique universitaire d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale du CNHU HKM de Cotonou

² Service de chirurgie buccale du Département d'Odonto-Stomatologie de la FMPO/UCAD de Dakar Sénégal

³ Service d'imagerie médicale, Centre hospitalier Universitaire Départemental du Borgou Parakou Bénin

⁴ UFR d'imagerie médicale et de radiodiagnostic FSS/UAC

⁵ UFR d'ORL et de chirurgie cervico-faciale FSS/UAC Bénin

* Courriel de l'auteur correspondant : pobasfr@yahoo.fr; Contact téléphonique : 0022997552580

INTRODUCTION : La bonne connaissance de l'anatomie facilite la réussite des blocs anesthésiques. Les chirurgies au niveau mandibulaires nécessitent des blocs anesthésiques du fait du caractère compact de l'os mandibulaire. Le repérage des foramina mandibulaires et mentonniers permet une bonne anesthésie loco-régionale. La présente étude avait pour objectif de contribuer à une meilleure connaissance de la position des foramina mentonnier et mandibulaire dans une population béninoise en utilisant des images tomodensitométriques (TDM).

MATERIELS ET METHODES : C'était une étude descriptive qui avait porté sur les scanners du massif facial réalisés entre janvier 2020 et janvier 2023 chez des sujets d'au moins 18 ans indemnes de pathologies mandibulaires tumorales ou traumatiques. Les images TDM étaient au format Dicom. Les logiciels Horos, Excel et SPSS avaient été utilisés pour collecter, saisir et analyser les données.

RESULTATS : Sur 255 TDM colligés, 194 TDM avaient été inclus. L'âge moyen des sujets était de $42,80 \pm 17,54$ ans et le sex ratio était de 0,46. Plus d'une fois sur 4, le foramen mandibulaire droit était situé au même niveau ou à 1 cm au-dessus du plan occlusal des molaires mandibulaires. A gauche, il se situait dans 28% des cas à hauteur du collet des molaires maxillaires et dans 27% des cas au niveau du plan occlusal des molaires mandibulaires. Quant au foramen mentonnier, il était majoritairement situé à l'aplomb de l'apex de la seconde prémolaire mandibulaire aussi bien à droite (49%) qu'à gauche (47%).

CONCLUSION : ces divers éclairages sur la situation topographique des foramina mandibulaires et mentonniers seront d'une aide appréciable pour les chirurgiens-dentistes pour les blocs loco-régionaux en vue de réduire les taux d'échec d'anesthésie loco-régionale.

Mots clés : topographie, foramen mandibulaire, foramen mentonnier, TDM du massif facial.

COL-22-A propos d'une famille de dystrophie musculaire de Duchenne au Niger

Fatimata Hassane DJIBO¹, France Leturq⁴, Assadeck Hamid^{1,3}, Soumaila Aphazazi³, Alio Abassi¹, Urtizbera Andoni⁴

1-Service de Neurologie de l'hôpital National de Niamey

2- Centre National de Lutte contre la tuberculose et les Maladies Respiratoires

3-Faculte de sciences de Sante de l'université Abdou Moumouni de Niamey(Niger)

4- Service de Génétique et Biologie Moléculaires, CHU Paris-Hôpital Cochin,

Email :

Introduction:La dystrophie musculaire de Duchenne est une maladie héréditaire qui se caractérise par une dégénérescence musculaire progressive et qui touche généralement les garçons.

Objectifs:Rechercher une dystrophie musculaire chez une famille présentant un déficit musculaire proximal chez les garçons et une cardiopathie chez les mamans.

Méthode:Nous avons reçu une famille dont des garçons présentent un déficit moteur proximal des quatres membres et des mères porteuses d'une cardiomyopathie en consultation au service de neurologie de l'hôpital national de Niamey en mai 2018.

Résultats:Dans la première génération sept garçons et quatre filles sans consanguinité. Trois garçons décédés dans un tableau d'incapacité de la marche et trouble respiratoire et deux de cause inconnue,trois filles porteuse de cardiomyopathie,une décédée de cause inconnue.Dans la deuxième génération trois garçons décédés. Deux vivants âgés de 10 et 14ans avec incapacité de la marche dont les bilans étaient anormaux respectivement CPK,Myoglobine,le test génétique a montré une duplication hors phase des exons 8 à 18.

Discussion : Cette famille présente une dystrophie musculaire de Duchenne dont les femmes présentent une complication cardiaque.

Conclusion : dystrophie musculaire deDuchenne sontdes myopathies liées à l'x, les femmes peuvent ne pas avoir la maladie cliniquement mais présenter des complications cardiaques ou manifester exceptionnellement la maladie cliniquement.

Mots clés :Dystrophie musculaire,Duchenne, famille,Niger

COL-23- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ETIOLOGIQUES, PARACLIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DE LA MYASTHENIE A L'HOPITAL NATIONAL AMIROU BOUBACAR DIALLO DE NIAMEY.

FATIMATA HASSANE DJIBO¹, NOUHOU DIORI ADAM², ADAMOU HASSANE ABOUBACAR¹, DAOUHA HALIDOU ISMAILA¹, MOUDASAIR MHAMAT AHMAT¹, ABDOULAYE DJIBO³, ABD RAMANE NAHANTCHI⁴, SOULEYMANE BRAH⁷, JAMES DIDIER LASSEY⁷, ERIC ADEHOSSI OMAR⁷, AMZA ABDOU^{2,7}.

1-Service de Neurologie de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo,

2-Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo,

3-Service d'Otorhinolaryngologie de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo,

4-Service de Neurologie de l'Hopital General de Maradi

5-Service de Neurologie de l'Hopital National de Niamey

6-Service de Neurologie de l'Hopital General de Reference de Niamey

7-Faculté de Sciences de Sante de l'UAM de Niamey(Niger)

Auteur correspondant : Fatimata Hassane DJIBO, fatimatahassanedjibo@gmail.com,

Tel : 0022790433697 /88939830

Introduction : Les syndromes myasthéniques sont liés à une atteinte de la jonction neuromusculaire pré ou post synaptique. La myasthénie est une maladie neuromusculaire chronique liée à un défaut de transmission entre le nerf et le muscle. L'origine auto-immune est la plus fréquente.

Matériels et méthodes : Evaluer les aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la myasthénie au service de neurologie à L'Hôpital National AMIROU BOUBACAR Diallo. Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de deux ans allant de 18 février 2019 au 18 février 2021.

Résultats : Sur une période de 2 ans douze cas des malades souffrants de la myasthénie ont été diagnostiqués. Le sexe le plus représenté est le sexe féminin avec 75 % des cas. La tranche d'âge la plus affectée est comprise entre 20 et 40 ans est de 58,3%. La majorité des patients venaient des zones urbaines. Les élèves et les étudiants représentaient 91,7% de cas. La fatigabilité fluctuante, le déficit proximo distal des quatre membres à prédominance proximale étaient retrouvés chez tous les patients et un ptosis bilatéral chez 58,3% des patients. Le test à la prostigmine était positif chez tous les patients et aucun des patients n'a réalisé l'ENMG. La recherche d'anticorps anti RACh était réalisée chez 66% des patients, positive chez 25% des patients, une forme familiale était retrouvée à 16,7% avec les anticorps anti musk positifs. Tous les patients étaient sous corticothérapie et 91,7% étaient en association avec un anticholinestérasique, l'évolution était favorable avec une récupération partielle chez 75% des patients et une nette amélioration chez 25% des patients.

Conclusion : Cette étude prospective, descriptive sur la myasthénie sur une période de 2 ans nous a permis de confirmer l'existence de la myasthénie au Niger et aussi de rechercher une cause auto-immune. C'est une pathologie riche en sémiologie avec une prise en charge pluridisciplinaire d'où l'intérêt d'être connue par plusieurs spécialistes.

Mots clés : Myasthénie, test à la prostigmine, auto-immune, Niger

COL-24-Neuropathies diabétiques au CHU Ibn Sina de Rabat : étude de 57 cas

**Fatimata Hassane Djibo^{1,2}, Nazha Birouk¹, Leila Errguig¹, Bouchra Kably¹, Halima Belaïdi¹,
Reda Ouazzani¹**

1 Service de neurophysiologie clinique, hôpital des spécialités, CHU Ibn Sina, université Mohamed V, Rabat, Maroc

2 Service de neurologie, hôpital national Amirou Boubacar Diallo, Niger

Email :

Résumé : Les neuropathies représentent la complication la plus fréquente du diabète. Notre objectif est d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et électrophysiologiques de cette atteinte chez 57 patients.

Patients et méthodes : nous avons colligé rétrospectivement 57 cas de neuropathies diabétiques, de janvier 2015 à janvier 2016, au service de neurophysiologie clinique du CHU Ibn Sina de Rabat.

Résultats : il s'agissait de 43 femmes et de 14 hommes âgés de 27 à 80 ans. Le délai moyen entre le diagnostic de diabète et l'atteinte neurologique était de 16 ans. La présentation clinique était caractérisée par des engourdissements, des picotements, des douleurs et une faiblesse des membres. Trente-sept cas de polyneuropathies ont été diagnostiqués dont 11 étaient isolées, 19 associées à un syndrome du canal carpien, six à une atteinte radiculaire et un à une atteinte du nerf facial. Seize patients avaient un syndrome du canal carpien isolé, trois avaient une atteinte radiculaire isolée et un une atteinte canalaire des nerfs cubitiaux.

Discussion : Les atteintes sensitives prédominaient (46 cas soit 81 %) sur les atteintes sensitivomotrices (11 cas soit 19 %). Les extrêmes d'âges et l'âge moyen de notre série étaient proches des données de la littérature ; l'âge d'apparition des complications neurologiques en était en revanche éloigné.

Conclusion : les complications dépendent de la chronicité du diabète et du déséquilibre glycémique. Ces résultats soulignent l'importance du suivi du patient diabétique.

Mots clés : cliniques, électrophysiologiques, neuropathies diabétiques

COL-25- Profil clinique et paraclinique de la myasthénie auto-immune au Burkina Faso

LOMPO DL^{1,2}, NACOULMA H¹, ZOUNGRANA A¹, KERE F¹, KYELEM J M³, DABILGOU A A³, NAPON C⁴, MILLOGO A¹

¹Université Joseph Ki-Zerbo, UFR/SDS, Département de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

²CHU Tengandogo, Service de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

³CHU Yalgado Ouédraogo, Service de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴CHU Bogodogo, Service de Neurologie, Ouagadougou, Burkina Faso

E-mail : labodilompo@yahoo.fr Tél : +226 70 23 98 34

Introduction : La présente étude avait pour but de caractériser le profil sociodémographique, clinique et paraclinique de la myasthénie auto-immune au Burkina Faso.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude longitudinale, multicentrique réalisée au Burkina Faso, de mars 2015 à avril 2023, ayant concerné les patients ayant de signes cliniques évocateurs de myasthénie, associée à la présence dans le sérum d'anticorps (Ac) anti-RACH (anti-récepteurs de l'acétyl choline) et/ou d'Ac anti-MuSK (anti-muscles specific kinase) et/ou la présence d'un décrétement >10% à l'électroneuromyographie et/ou un test thérapeutique positif aux anticholinesthésiques oraux. Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques, ont été analysées, grâce au logiciel Epi- info 7.2.5.0.

Résultats : En tout, 40 patients ont été colligés, avec une prédominance féminine (60%). La moyenne d'âge de début était de 26,6 ans. Le délai moyen de consultation était 22,4 mois. Lors de l'examen clinique initial, 17 patients (42,5%) avaient une fatigabilité musculaire jugée sévère et 16 patients (40%) étaient au stade de myasthénie généralisée sévère (MGFA). Il y avait 22 cas séropositifs pour les Ac anti RACH (66,7%), 11 cas séronégatifs pour les Ac anti RACH (33,3%) et 4 cas séropositifs (12,1%) pour les Ac anti MuSK. A la TDM thoracique et/ou à l'examen anatomopathologique, une hyperplasie thymique et un thymome ont été retrouvés respectivement chez 22 patients (57,9%) et 6 patients (15,8%).

Conclusion : Le profil de la myasthénie auto-immune au Burkina Faso semble différent de celui des patients d'origine caucasienne. Des études complémentaires collaboratives dans la région subsaharienne en populations générales sont nécessaires.

Mots-clés : Myasthénie auto-immune ; Ac anti RACH ; Ac anti MuSK ; Thymome ; MGFA IV ; Burkina Faso

COL-26-Handicap mental et sexualité paraphilique : à propos d'un cas au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou.

**EWOUNKEM H¹, NGOGANG M², NSENGIYUMVA O², TETANG B², MBWANG D²
AZA-GNANDJI G², KLIKPO E², EZIN J²**

Email : ewounkemndih@yahoo.com

INTRODUCTION : Une paraphilie, est une sexualité ou un acte sexuel différent de l'acte hétérosexuel ou homosexuel classique. Elle correspond à l'ensemble des pratiques sexuelles qui sortent du schéma « traditionnel » ou « normal ». Appelées parfois les « perversions », il s'agit d'un ensemble de dérives sexuelles qui peuvent être dangereuses, hors la loi ou à l'origine de souffrances. Le DSM-5 décrit les paraphilies spécifiques plus observés et les paraphilies non spécifiques moins observés, parmi lesquelles on a la zoophilie. Cette sexualité pose la question de désir sexuelle chez des personnes handicapées mentales.

MÉTHODE ET RÉSULTATS : Nous rapportons à travers ce cas clinique, l'observation d'un patient de 33 ans présentant un handicap mental avec des pratiques sexuelles de zoophilie. Il avait comme antécédents, un suivi à l'âge de 8 ans pour des troubles du comportement et des difficultés scolaires. Il a développé des troubles de conduites antisociales avec : fugues, agressivité physique orienté sur les femmes et animaux, impulsivité sexuelle avec zoophilie, vol pathologique avec incarcération, mise en danger répétitives, fonctionnement social altéré. Il a été vu en consultation psychiatrique, hospitalisé puis mis sous traitement antipsychotique, thymorégulateur, psychoéducation sur la sexualité chez le handicapé mental, puis une guidance du père.

DISCUSSION. La sexualité du patient en situation d'handicap mental non reconnu et non aidé peut aboutir à des pratiques paraphiliques dont le cas échant est la zoophilie.

CONCLUSION. Ce cas clinique souligne l'importance de la reconnaissance du droit de sexualité chez des sujets handicapés mentalement et la place d'une psychoéducation chez les parents ayant un enfant avec handicap mental. La charge des comorbidités est indispensable.

Mots Clés : Sexualité ; Handicap Mental ; Zoophilie, Cotonou

COL-27-HANDICAP PHYSIQUE ET INDEPENDANCE FONCTIONNELLE EN POST-ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE DU CNHU-HKM EN 2022

ZACARI KD¹, HOUEZE R¹

Clinique Universitaire de Neurologie CNHU-HKM Cotonou

Présentateur : ZACARI Kamal Deen, E-mail : zacarideen1@gmail.com

Introduction : L'AVC constitue un véritable problème de santé publique à travers le monde. De par les séquelles physiques et / ou psycho-cognitives qu'entraîne cette pathologie, il s'ensuit un réel bouleversement dans la vie des patients ce qui altère irrémédiablement leur qualité de vie. L'objectif de notre étude était d'évaluer le handicap physique et la qualité de vie en post -AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU- HKM en 2022.

Cadre et Méthodes : il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 25 Juillet au 28 Octobre 2022 au CNHU. Tous les patients ayant fait un AVC datant d'au moins un mois et qui ont consulté pendant cette période d'étude en neurologie pour suivi post-AVC ont été recrutés.

Résultats : Nous avons inclus 77 patients. L'âge moyen des patients était de 57,74 ±12,54 ans. La sex-ratio était de 1,49. Les AVC ischémiques étaient de 62,34%. On notait 84,42% de handicap avec 53,25% de handicap léger et 10,39% de handicap sévère. 55,55% des patients étaient dépendants avec 15,58% de dépendance légère, 32,47% de dépendance modérée et 5,19 % de dépendance sévère. 1,30% des patients étaient totalement dépendants. La reprise des activités socio-professionnelles, l'impact du handicap sur le niveau social, le type d'AVC, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle, la qualité de vie et la dépression étaient associés au handicap ; la reprise des activités socio-professionnelles, la rééducation fonctionnelle, le niveau de sévérité de l'AVC, le handicap, le degré d'autonomie étaient associés significativement à l'indépendance fonctionnelle.

Conclusion : Cette étude a révélé que le handicap, le degré de sévérité de l'AVC sont autant de paramètres mesurables qui altèrent l'indépendance fonctionnelle des survivants d'AVC.

Mots clés : AVC - handicap physique - Indépendance fonctionnelle - CNHU-HKM- Bénin.

**COL-28- COMAS NON TRAUMATIQUES GRAVES A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE
POLYVALENTE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION (CUPAR) DU CNHU-HKM
DE COTONOU AU BENIN**

FASSINOU P, YENLERE B, BORA H, TOUDJA D, ZOUMENOU*E.

Email : ezoumenou@gmail.com

Introduction:Le Coma Non Traumatique Grave (CNTG) est un motif fréquent d'admission en réanimation. Plusieurs étiologies souvent entremêlés sont retrouvées. La prise en charge est complexe et associée à une mortalité très élevée surtout dans les pays à revenu faible.

Objectif : Décrire les aspects étiologiques, thérapeutiques et le devenir des CNTG à la CUPAR du CNHU-HKM.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 1er Janvier au 31 Juin 2023 incluant les patients de tout âge admis pour un CNTG avec un score de Glasgow ≤ 8 ou Blantyre ≤ 3 .

Résultats : Durant la période d'étude, 47 cas de CNTG ont été colligés représentant 13,58% des admissions. Il s'agissait de 28 Femmes et de 19 Hommes (Sexe ratio F/H=1,47) dont l'âge moyen était de 39,5 ans avec des extrêmes de 1 et 85 ans. Le délai moyen d'admission en réanimation était précisé dans 60% des cas (12-24h).L'HTA (38,29%) était l'antécédent le plus retrouvé. Les anomalies pupillaires (40,42%) constituaient le signe neurologique le plus associé au coma.Les groupes étiologiques les plus fréquents étaient les causes vasculaires et infectieuses à pourcentage égale (42,6%).Dans 83% des cas, le coma était associé à une détresse respiratoire.Tous les patients avaient systématiquement eu une ventilation invasive. La durée moyenne de séjour était de 6,34 jours avec des extrêmes de 1 à 27 jours. La mortalité était de 78,7%.

Conclusion : La précocité de la prise en charge des CNTG et l'amélioration du plateau technique contribuerait à une réduction significative du taux de mortalité lié aux CNTG.

Mots clés : Coma –Vasculaire–Infectieuse- Mortalité.

COL-29- Décès par Accidents Vasculaires Cérébraux en Réanimation au CNHU-HKM de Cotonou

DOUMBIA.A, KONATE.M , AKANHO M. M, VILON-GUEZO.R, AHOUNOU.E ,
NEKOUA.D, ZOUMENOU E.*

Email:ezoumenou@gmail.com

Introduction : L'AVC constitue un problème de santé public dans le monde. Il représente une cause majeure d'invalidité chez les adultes en raison des séquelles fonctionnelles avec une mortalité globale élevée. Toutefois en Afrique, la mortalité est de loin supérieure à celle observée dans les pays développés.

Objectif : Étudier les aspects épidémiologiques et pronostics des AVC.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive du 01 Janvier au 31 Décembre 2022. Nous avons recensé 45 patients admis pour AVC à la Clinique universitaire polyvalente d'anesthésie-réanimation, 04 patients ont été exclu pour non réalisation du scanner cérébral. Nous avons recueillis âge ,sexe, diagnostique scannographique, durée d'hospitalisation et évolution.

Résultats : Pendant notre étude 41 patients ont été sélectionnés pour AVC. La sex-ratio était de 1,64 soit 28 hommes et 17 femmes. L'âge moyen était de 58 ans avec des extrêmes de 18 ans - 84 ans. L'HTA a été retrouvée à 35% et le diabète à 18%. L'AVC Hémorragique a été le plus représenté avec 31 cas. Il y avait 10 cas d'AVC Ischémique dont 02 avec transformation hémorragique. Le taux de mortalité était de 64 %. Le groupe AVC hémorragique était constitué de 26 sur 31. Le groupe AVC ischémique était constitué de 8 sur 10.

Conclusion : L'AVC hémorragique est plus fréquente que l'AVC ischémique avec une mortalité élevée et une prédominance masculine. L'HTA et le diabète ont été les comorbidités les plus retrouvés.

COL-30- Pronostic de l'éclampsie en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou (CHU MEL)

Zato M1, Agbévide K1, Tshombe P1, Agossou U1, Akodjenou J2, Zoumenou E1,

Email: ezoumenou@gmail.com

Introduction : L'éclampsie, complication majeure de la pré éclampsie, se caractérise par la manifestation de crises convulsives tonico-cloniques et/ou de troubles de la conscience survenant dans un contexte de syndrome vasculo-rénal du péri partum. Elle est responsable d'une morbidité élevée. L'éclampsie fait partie des complications sévères de l'hypertension artérielle de la grossesse, deuxième cause de décès maternels.

Objectif : étudier les aspects épidémiologiques et pronostiques de l'éclampsie en réanimation

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 03 mois allant du 1^{er} juin 2023 au 31 août 2023, incluant les patientes admises dans le service de réanimation pour éclampsie. Les paramètres recueillis étaient : âge, gestité, parité, mode d'admission, le suivi de la grossesse, les chiffres tensionnels à l'admission, le score de Glasgow, le moment de survenue de la crise convulsive, le mode d'accouchement et l'évolution.

Résultats : Trente-quatre patientes ont été colligées. L'incidence de l'éclampsie dans le service de réanimation du CHU MEL était de 4%. L'âge moyen était de 23 ± 4 ans. La majorité des patientes étaient référées (56%). Dix-huit patientes, soit 53% étaient des primigestes. Six patientes n'avaient pas eu de consultation prénatale. Vingt-unes patientes, soit 62%, avaient une hypertension artérielle sévère à l'admission. Le score de Glasgow à l'admission était en moyenne 12 ± 3 et 35% avaient un score de Glasgow inférieur à 12. La majorité des crises étaient survenues en anténatale dans 56% des cas. Trente-deux patientes, soit 94%, avaient accouché par césarienne. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 3 ± 1 jours. Trois (03) patientes avaient présentées un HELLP syndrome et une patiente avait un œdème pulmonaire aigu. Le taux de mortalité était nul durant cette période.

Conclusion : L'incidence de l'éclampsie en réanimation est non négligeable. Le pronostic a été favorable et ceci est dû à la prise en charge pluridisciplinaire rapide et efficace.

Mots clés : éclampsie, pronostic, décès, CHU MEL

COL-31- Encéphalomyélite aiguë disséminée chez l'enfant : A propos de deux cas dans le service de pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou.

Tohodjèdé Y¹, Badirou F¹, Zannou F¹, Djaouga S², Zohoun L¹, Alihonou F¹, Lalya F¹.

1 Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique Médicale du CNHU-HKM

2 Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM.

Auteur correspondant : TohodjèdéYévèdo, Email : yeredo05@yahoo.fr

Introduction : L'encéphalomyélite aiguë disséminée (EMAD) est une affection inflammatoire démyélinisante multifocale du système nerveux central qui touche surtout l'enfant. Nous rapportons deux cas pris en charge dans le service de pédiatrie du CNHU-HKM de Cotonou.

Patients et Méthodes : il s'est agi de deux cas d'encéphalomyélite aiguë disséminée colligés dans le service sur la période de décembre 2022 à mars 2023.

Résultats : ils étaient âgés respectivement de 17 ans et 9 ans et de sexe masculin et féminin. Une varicelle avait précédé le début des symptômes chez le 1^{er} cas. Une difficulté de la marche de survenue brutale avec installation secondaire d'une paraparésie était présente chez tous les cas. Une tétraparésie a été notée chez un enfant. Les crises convulsives, une atteinte oculaire et des troubles sphinctériens étaient présents chez les deux enfants mais il n'y avait pas d'altération de l'état de conscience. Une pléicytose dans le liquide cébrospinal a été noté chez un seul enfant. L'IRM cérébrale réalisée chez un enfant a confirmé une démyélinisation de la substance blanche périventriculaire. L'évolution a été favorable sous corticothérapie chez les deux enfants dans un premier temps. Les deux enfants ont secondairement rechuté quelques semaines après l'arrêt de la corticothérapie avec une aggravation des symptômes chez le 2^{ème} cas ayant conduit au décès.

Conclusion : L'encéphalomyélite aiguë disséminée est une pathologie grave chez l'enfant. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique basée sur la corticothérapie. Une rechute est souvent fréquente.

Mots Clés : Encéphalomyélite aiguë disséminée, Enfant, Corticothérapie.

COL-32- Les Dystrophies musculaires à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou en 2020 : à propos d'un cas familial

DJAOUGA S¹, DOMINGO R¹, HOUZE R¹, TOHODJEDE Y², BALLEY G¹, ALAGNIDE E³, GNONLONFOUN D¹, ADJIEN KC¹, ALAO MJ⁴

¹Clinique Universitaire de Neurologie, Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga

²Clinique Universitaire de Pédiatrie et Génétique clinique, Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga

³Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation (CUMPR)?Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga

⁴ Service de Pédiatrie et génétique clinique du Centre National Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Lagune (CHU-MEL)

Auteur correspondant: DJAOUGA Salim, djaougasalim@gmail.com

Résumé

Introduction : Les dystrophies musculaires représentent un groupe hétérogène de pathologies encore sous diagnostiquées dans les pays africains. Au Bénin, très peu de données existent jusque-là sur ces pathologies. Cette étude a eu pour objectif de terminer le profil clinique et paraclinique d'un cas familial de myopathie rencontré à la CUN de CNHU-HKM de Cotonou au Bénin.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale et prospective à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 06 mois. La population d'étude était constituée du cas index reçu en consultation et de tous les autres membres de sa famille reconstitués à partir d'un pédigrée prenant en compte 5 générations.

Résultats : Un total de 4 sujets atteints de myopathie a été recensé. Le mode transmission de l'affection dans la fratrie était de type autosomique récessif. Les signes de début étaient comparables chez tous les sujets atteints (chutes, difficultés de la marche). L'âge moyen de début de ces signes dans notre série était de 21,5 ans. On a noté un retard au diagnostic chez tous les patients. L'examen clinique retrouvait toujours un déficit de la ceinture pelvienne mise en évidence par le signe de Gowers. Aucun déficit intellectuel n'était noté chez nos patients. L'examen cardio-respiratoire de nos patients ne notait pas de particularités pathologiques. La perte de la mobilité est survenue chez un seul des sujets inclus vers l'âge de 40 ans. Les taux de CPK étaient élevés chez tous nos patients. La totalité des patients avaient des tracés myogènes à l'EMG. L'Échocardiographie était sans particularité chez tous nos patients. L'IRM musculaire, l'EFR et la biopsie musculaire n'ont pas pu être réalisées à cause de difficultés techniques et infrastructurelles.

Conclusion : Les myopathies restent été sous diagnostiquées du fait de la faiblesse du plateau technique qui repose encore sur des arguments cliniques et paracliniques insuffisants. Une étude d'envergure nationale avec une disponibilité des examens génétiques s'avère nécessaire afin de mieux appréhender ces pathologies dans les pays africains.

Mots clés : dystrophie musculaires, transmission autosomique récessive, CNHU-HKM, Bénin.

COL-33-TETANOS EN REANIMATION : ASPECTS THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIQUE

KOUROUMA A. *, YENE L.B., SOTTIN U., ZOUMENOU E.

CLINIQUE UNIVERSITAIRE POLYVALENTE D'ANESTHESIE-REANIMATION CENTRE NATIONAL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Email: ezoumenou@gmail.com

Introduction. Le tétanos, même s'il est devenu une maladie exceptionnelle, ne devrait plus exister car une vaccination ancienne, bien tolérée, offre une protection efficace. Cependant, dans le contexte africain on observe encore des cas de tétanos.

Objectif. Décrire les aspects thérapeutiques et pronostique du tétanos.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive du 1^{er} janvier 2022 au 31 août 2023. Nous avons répertorié 6 cas de tétanos admis à la Clinique Universitaire Polyvalente d'Anesthésie Réanimation.

Résultats. Six cas de tétanos ont été colligés dans la période, représentant 0,50% des admissions. Il s'agissait de 5 hommes et une femme. L'âge moyen était de 29±19 ans avec des extrêmes de 11 ans et 62 ans. Un seul patient avait eu une vaccination antérieure. Le tétanos était généralisé dans 4 cas. Quatre de nos patients ont présenté une détresse respiratoire ayant nécessité une assistance respiratoire avec intubation et ventilation mécanique. Tous les patients ont été traités par diazépam à une dose moyenne de 131 mg/24h. Trois patients sur les 6 ont nécessité l'association de phénobarbital par voie parentérale à une dose de 200mg/24h. Deux patients ont été mis sous thiopental en perfusion continue après échec de l'association diazépam- phénobarbital. Tous les patients avaient reçu une sérothérapie antitétanique et une antibiothérapie à base de métronidazole. Trois patients ont présenté une instabilité hémodynamique sévère ayant nécessité l'administration de Noradrénaline. Nous avons observé 4 décès sur les 6 patients. Tous les patients décédés avaient le score de Dakar le plus élevé à 4 sur 6.

Conclusion. Des cas de tétanos graves sont encore observés en réanimation. La prise en charge est symptomatique et étiologique. Il est primordial d'inclure dans le programme élargi de vaccination les rappels vaccinaux, la sensibilisation de la population et des praticiens hospitaliers.

Mots clés : tétanos ; vaccination ; métronidazole

COL-34-GESTION DES EFFETS INDESIRABLES DES ANTIPSYCHOTIQUES : CAS D'UNE PATIENTE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2023

JOGUE FA¹, AMONLES Y, DJANGNI KKNR¹, DOSSOU MH¹, EOG AC, MBENDE AM, KLIKPO TE¹

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

Auteur correspondant : JOGUE Franck Armel **Email** : Franckarmeljogue@gmail.com

Introduction : de nombreuses études de cas ont rapporté la présence d'un syndrome extrapyramidal dans les mois qui succèdent le traitement par psychotrope chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. Les antipsychotiques peuvent venir en aide à certaines personnes qui font une psychose ou qui ont un trouble de l'humeur. Toutefois, ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires graves et désagréables.

Matériel et Méthodes : il s'est agi d'une patiente âgée de 37 ans de nationalité Béninoise, d'ethnie fon, résidant à Londres, aux antécédents personnels de trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques.

Résultat : il s'est agi d'une patiente X, âgée de 37 ans, suivie à Londres pour trouble psychotique bref prise en charge avec de fortes doses d'antipsychotique (Rispéridone, Aripiprazole, Quétiapine), amenée en consultation par ses parents pour tremblement chez qui l'entretien, l'examen somatique et psychiatrique ont permis de noter un début remontant à 2 mois environ, un syndrome extrapyramidal (tremblement de repos, akinésie, hypertonie plastique, hypersialorrhée, faciès figé, hypercrinie sébacée, akathisie), une anxiété et une insomnie totale. Le diagnostic de Parkinsonisme induit par des neuroleptiques compliquant un trouble psychotique bref avec facteurs de stress marqué selon le DSM-5. Elle a bénéficié d'une psychothérapie, du diazépam, de la trihexyphenidyle chlorhydrate, et d'une hyperhydratation. L'évolution a été marquée par un amendement progressif des signes extrapyramidaux. Une réintroduction prudente d'une autre classe d'antipsychotique a été instauré et l'accompagnement psychothérapeutique a été poursuivi.

Discussion et conclusion : les antipsychotiques peuvent avoir des effets désagréables surtout lorsque la dose est élevée entraînant parfois des ruptures thérapeutiques.

Mots clés : Psychose, Antipsychotique, Effets indésirables, Syndrome extrapyramidal

COL-35- LES COMAS TRAUMATIQUES EN REANIMATION AU CNHU-HKM DE COTONOU

Balelegue L, Zola S, Fofana A, Quist M, Akodjenou J, Zoumenou E,

Service de réanimation du CNHU de Cotonou

Email:ezoumenou@gmail.com

Introduction : Les comas traumatiques, fréquemment pris en charge dans le service de réanimation . Ce travail vise à analyser leurs aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs, afin d'identifier les contraintes liées à leur prise en charge.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique du 1er janvier au 30 juin 2023. Elle incluait les patients traumatisés crâniens, ayant un score de Glasgow inférieur à 13, admis au service de réanimation du CNHU de Cotonou.

Résultats : Nous avons colligé 23 cas de comas traumatiques dont 52% étaient de sexe masculin et 57% âgés de moins de 18 ans. Les comas étaient graves chez 66% des patients. Ceux avec détresse respiratoire et instabilité hémodynamique représentaient 57%, la tomодensitométrie cérébrale a été réalisé dans 82% des cas et l'hématome sous dural était la lésion la plus retrouvée. Il y avait 9 cas de polytraumatisme. Les comas étaient causés par des accidents de voies publiques chez les motocyclistes non casqués (73,9%), accident domestique (22%) et un cas d'accident de travail. Un taux de 87% des patients provenaient d'autres structures dont 6 ont été transporté par le SAMU. Il s'observe que 65% des patients ont été admis dans un délai de moins de 24h et ce taux correspond à celui des patients ayant bénéficié d'une prise en charge avant admission. Tous les patients ont bénéficié d'oxygénothérapie, 13 d'entre eux ont été intubé et sédaté au midazolam et sufentanil. La moitié des patients avec indication ont été opéré. La durée moyenne du séjour était de 9 jours. La mortalité s'élevait à 57%.

Conclusion : les comas traumatiques pris en charge en réanimation entraînent une forte mortalité et est grave chez les motocyclistes non casqués. Le respect du port de casque par les motocyclistes pourrait réduire considérablement la fréquence des comas traumatiques.

Mots clés : Coma, traumatismes crâniens, casque, prise en charge, décès

COL-36- Aspects cliniques et implications sociales de la myopathie au service de Neurologie du CHU-Bogodogo

Carama EA¹, Dabilgou EA², Ido FB, Kyelem JMA², Lengane YMT⁵, Ouedraogo M⁴, Kapto O⁶, Napon C¹, Millogo A³

1-Service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo

2-Service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire YalgadoOuedraogo

3-Service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire SouroSanou

4-Service de Médecine du Centre Hospitalier Régional de Koudougou

5-Hopital Saint Camille de Ouagadougou

6-Polyclinique Notre Dame de la Paix

Email : dabilgouanselm@yahoo.fr

INTRODUCTION : Les myopathies sont des atteintes du muscle pouvant aboutir à une perte de l'autonomie. La symptomatologie débute souvent dès l'enfance engendrant ainsi de multiples implications sociales. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects cliniques, déterminer les répercussions sociales de la myopathie.

METHODES : Nous avons mené une étude transversale descriptive sur deux années (2021-2022) Les patients ont été recrutés lors des consultations de routine sur la base du diagnostic clinique et biologique.

RESULTATS : 15 patients dont l'âge varie de 05 à 24 ans, dont deux filles, ont été enrôlés. Les troubles de la marche avec des chutes ont été les signes d'appel chez 73% des patients. Une amyotrophie prédominant aux ceintures a été retrouvée chez 47% des patients et 60% présentaient une hypertrophie des mollets, un signe du tabouret et un signe de GOWERS. Des déformations ostéoarticulaires prédominant aux membres inférieurs, une hypotonie axiale et une obésité morbide ont entraîné la perte quasi-totale de l'autonomie chez la cadette des sœurs et un autre jeune patient. 47% des patients poursuivaient leur scolarité mais 40% avaient abandonné du fait du handicap moteur. Les patients étaient de 07 familles différentes. Deux familles étaient régulières aux consultations et 03 ont été perdues de vue. Deux mères sur sept poursuivaient leurs activités professionnelles sans aide à domicile et deux autres avaient abandonné leurs activités. Le coup du suivi médical, la lassitude physique et morale sont les difficultés évoquées par l'ensemble des parents.

CONCLUSION : L'organisation de la vie au autour d'enfants vivant avec une myopathie est un défi quotidien pour leur intégration sociale et une charge pour leurs parents. Les praticiens devraient repenser le suivi des patients et le mode d'accompagnement des familles.

Mots clés : myopathie – scolarisation – famille

COL-37- Amélioration de la prise en charge des comas non traumatiques à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena

Severin KOYONEDE

Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena.

Email : skoyonede@gmail.com

Introduction :

Objectif: Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des comas non traumatiques à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive menée à l'hôpital général de référence nationale de N'Djamena sur une période de 12 mois du 1er Août 2015 au 31 Juillet 2016. Elle a concerné 604 patients admis au service d'accueil des urgences et en réanimation.

Résultats : Les comas non traumatiques de l'adulte représentaient 24,7% des admissions et 50 patients par mois dans le service. L'âge moyen était de 56,42 ans \pm 15,42 avec des extrêmes de 18 et 86 ans. Prédominance masculine avec un sex ratio de 1,22. La majorité de nos patients étaient des sans-emploi fixes (46,19 %) suivis des commerçants (26,32 %). Le moyen de transport le plus utilisé était le taxi. Un antécédent d'hypertension artérielle était noté chez 14,07 % de ces patients. Le score de Glasgow entre 6 et 8 était 64,74 % à l'admission. La plupart des patients (93,52 %) avaient reçu les premiers soins en moins de 30 minutes après l'admission. Le paludisme cérébral a été la première des étiologies infectieuses (19,87%) des comas non traumatiques, suivi du choc septique (15,40 % des cas). Les Accidents Vasculaires Cérébraux ont dominé l'étiologie cardio-vasculaire soit 12,90 %. Ensuite le coma diabétique soit 7,45 % avait dominé l'étiologie métabolique du coma. Le traitement était étiologique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,23 \pm 2 jours avec des extrêmes de 1 et 60 jours. Il y a eu 245 (soit 98,39%) de nos patients décédés qui avaient une durée du coma supérieure à 24 heures avant l'admission. La mortalité était élevée, chiffrée à 78,64% au service d'accueil des urgences et à 69,76 % en Réanimation.

Conclusion : Les comas non traumatiques sont de plus en plus fréquents, dus à la consultation tardive, au transport en détresse vitale et à la diversité étiologique des comas. Des difficultés existent pour déterminer en urgence l'étiologie du coma qui conditionne le pronostic. De manière significative, il faudra améliorer le pronostic en instaurant des mesures supplétives pour une meilleure démarche diagnostique, étiologique et thérapeutique.

Mots clés : coma non traumatique, diagnostic, étiologie, prise en charge, Tchad.

COL-38-SATISFACTION ET OBSERVANCE DE L'APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE CHEZ LES ENFANTS PORTEURS DE PARALYSIE CEREBRALE VUS EN CONSULTATION FORAINE AU BENIN

RAHINI A, AHOUANJINOU H, NAHA N D, KPADONOU G, ALOGNIDE E

Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

Email : anirahimi91@gmail.com

Introduction: La paralysie cérébrale (PC) est la principale cause de handicap moteur de l'enfant. La mise en place des aides techniques et de l'appareillage orthopédique améliorent l'autonomie. Au Bénin, l'accès à ce matériel est assez difficile compte tenu du coût ainsi que de l'absence de couverture sociale. Objectif : évaluer la satisfaction et l'observance de l'appareillage orthopédique et des aides techniques chez les enfants paralysés cérébraux.

Méthode : Il s'est agi d'une étude retro prospective transversale descriptive et analytique. Le recueil des données a été rétrospectif sur la période de janvier à décembre 2022 et prospectif de mars 2023 à avril 2023. La satisfaction a été appréciée suivant le ressenti des patients suivant une échelle de Likert à 5 niveaux. L'observance quant à elle, a été évaluée en tenant compte du temps d'utilisation de l'appareillage et du niveau de satisfaction.

Résultats: 123 enfants paralysés cérébraux ont été recrutés. On notait une prédominance masculine à 65,04%. La quadriplégie était le type d'atteinte motrice le plus fréquent à 47,97% et la spasticité le trouble de motricité le plus fréquent à 55,28%. 89 patients ont reçu une prescription, seuls 32 ont pu l'honorer. 59,37% étaient satisfaits de leur appareillage tandis que 40,63% de patients étaient non observants. Les principales raisons évoquées pour la mauvaise observance étaient l'inconfort et l'aspect encombrant. Un niveau élevé à la GMFCS, le flessum des genoux ainsi que l'équinisme étaient des facteurs liés à la mauvaise observance.

Conclusion: La mauvaise observance était un facteur limitant l'autonomie. Pour améliorer l'observance, un suivi régulier en consultation permettrait une correction ou un réajustement des défaillances techniques.

Mots clés: Paralysie cérébrale, aide technique, appareillage orthopédique, observance.

COL-39- PROFIL CLINIQUE, RADIOLOGIQUE ET FONCTIONNEL DE LA GONARTHROSE EN POPULATION GENERALE A ABOMEY CALAVI

AHOUANDJINOU H, RAHINI A, NAHA N D, KPADONOU G, ALOGNIDE E

Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

Email : senami2006@yahoo.fr

Introduction : La gonarthrose constitue une source de handicap et un problème de santé publique lié à l'âge et au genre. Son diagnostic est radio-clinique. Les données sur la gonarthrose au Bénin, sont inexistantes.

But : Décrire le profil des patients présentant la gonarthrose à Abomey Calavi

Méthodes d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique portant sur un échantillonnage probabiliste à effet de grappe 2, sélectionné sur la base d'un questionnaire de dépistage dans l'arrondissement de Abomey Calavi centre et Godomey. Les sujets de 30 ans et plus, dépistés, qui ont consenti, ont bénéficié de la radiographie des 2 genoux et d'un examen clinique.

Résultats : La prévalence de la gonarthrose était de 36,1%. 57,9% des sujets avaient une gonarthrose au stade 3, et 13,4% au stade 4. Le stade de la gonarthrose était significativement associé à l'âge des sujets ($p=0,001$). Il ne l'était pas pour le sexe. Les sujets avaient une altération des dimensions relatives aux activités sportives et loisirs (42,3) et à leur qualité de vie (56,3) sur la base du KOOS. L'âge, le sexe, le niveau d'étude, l'IMC, l'antécédent de diabète, d'HTA ou de traumatisme du genou sont des facteurs de risque qui étaient significativement associés à la gonarthrose ($p<0,001$).

Conclusion : La prévalence de la gonarthrose à Abomey Calavi était de 36,1%. Le stade radiologique était principalement associé à l'âge des sujets. Le bilan fonctionnel a montré sur l'échelle de KOOS, une altération des dimensions pour ce qui est des activités sportives et loisirs et pour la qualité de vie.

Mots clé : Gonarthrose, stade radiologique, KOOS

COL-40- PARTICIPATION SOCIALE DES SURVIVANTS D'ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX À PARAKOU EN 2022

Bokossa K. CM¹²³, Abohoui F¹, Kossi O¹², Dovoedo E¹², Adoukonou TA¹², Houinato D³⁴

¹*École Nationale de Formation des Techniciens Supérieurs en Santé Publique et en Surveillance Épidémiologique, Université de Parakou, Bénin.*

²*Unité de recherche du Département de Neurologie de l'Université de Parakou*

³*Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou*

⁴*Laboratoire d'Épidémiologie des Maladies Chroniques et Neurologiques*

Auteur Correspondant : BOKOSSA K. CovalicMelic : covalicbokossa@gmail.com

Introduction : La participation sociale est l'implication d'un individu dans des situations de vie. L'Objectif de cette étude était d'étudier le niveau de participation sociale et les facteurs associés chez les survivants-d'AVC à Parakou en 2022.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à visée analytique avec collecte rétrospective des données sur une période de 10ans (2012-2021). Nous avons procédé à un recensement exhaustif des patients ayant eu un AVC à partir des registres d'admission dans le service de neurologie du CHUD/Borgou-Alibori et respectant nos critères d'inclusion. A la fin, notre échantillon était constitué de 117 patients.

Résultats : A l'issue de cette étude, la classe d'âge la plus représentée était celle des patients âgés de 40 à 59 ans (47,86%), avec une moyenne d'âge de 58,89 ± 11,98 ans. Le niveau de participation sociale était élevé chez 80,34% des sujets, avec PM-Scale moyenne de (63,82 +16,33 centiles). Les facteurs associés à la participation sociale des survivants d'AVC à Parakou étaient : la durée post-AVC et la capacité cognitive.

Conclusion : L'accident vasculaire cérébral entraîne une restriction de participation et des mesures s'imposent pour une amélioration de la participation chez ces patients

Mots clés:Participation social, facteurs associés, AVC, Parakou

Profil épidémiologique des méningites et méningo-encéphalites au service de réanimation de l'Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda (HIAA) de janvier 2023 à juin 2023

MANDJI LAWSON Jean Marcel

Affiliation : Hôpital militaire d'instruction des armées d'Akanda

E-mail : mandji@live.fr

RESUME :

Introduction

Les méningites/méningo-encéphalites sont liées à une irritation pathologique issu de germes variés des enveloppes méningées du système nerveux central. Véritable urgence, souvent fatale en cas de retard thérapeutique, son diagnostic direct repose sur l'analyse du liquide céphalo rachidien (LCR), mais reste indirect sur les éléments cliniques et/ou morphologiques. L'objectif de cette étude était d'identifier le profil épidémiologique ainsi que les éléments pouvant influencer la mortalité des méningites/méningo-encéphalites admis en réanimation de l'HIAA.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude analytique descriptive et retrospective réalisée sur une période de 6 mois allant de janvier à juin 2023. La population d'étude était constituée par l'ensemble des patients admis en réanimation à l'HIAA durant la période d'étude. Étaient inclus, tous les patients admis pour suspicion de méningite ou méningo-encéphalite dont les résultats de l'analyse du LCR étaient positif ou ceux présentant des éléments cliniques et/ou paracliniques évocateurs. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, les antécédents, les données cliniques et paracliniques.

Résultats

Douze patients répondaient aux critères d'inclusion soit une fréquence de 10,81%. L'âge moyen était de 45,8 ans avec des extrêmes de 6 et 74 ans, pour un sex-ratio de 0,5. Tous les patients ont été admis en altération de l'état de conscience et 50% d'entre eux avaient un GCS compris entre 8 et 10. Les patients porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) étaient représentés à 25%, l'hypertension artérielle (HTA) à 25%, le diabète à 16,66% et la drepanocytose à 8,33%. Les germes retrouvés étaient le pneumocoque à 25%, suivi du cryptocoque à 16,66% et de Listeria à 8,33%. La PCR n'a pas été réalisée et aucun germe n'a été retrouvé chez la moitié des patients. Le taux de létalité était de 50%. Parmi les patients décédés, le sepsis, la défaillance rénale ainsi qu'une modification pupillaire étaient retrouvés à 66,7% et la moitié d'entre eux était âgé de plus de 50ans.

Conclusion

Taux de mortalité élevé reste lié au sepsis ou état de choc septique chez les patients admis en réanimation. Aussi, une thérapie non ciblée par absence d'identification des germes augmente le risque de décès chez ces patients. Notre petit échantillonnage constitue une grande limite de cette étude. Les virus n'ont pas pu être mis en évidence par impossibilité de réalisation de PCR ce qui limitait notre prise en charge.

Communications Affichées (Posters)

CA-1-Cas de dyskinésie fonctionnelle des doigts chez un enfant de 08 ans au service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Régional Ouahigouya Burkina Faso.

DRAVE Alassane

Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

E-mail : aladraves@yahoo.fr, Tel : 0022670261333

Introduction : La dyskinésie fonctionnelle des doigts est un trouble de contracture des doigts lors de l'exécution de mouvements fins. Elle est rare et plus décrite chez le sujet adulte.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas de dyskinésie fonctionnelle des doigts chez un enfant vu en consultation de neurologie au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya au Burkina Faso.

Résultats : Il s'agit d'un garçonnet de 08 ans, droitier, avec comme seul antécédent le traumatisme psychologique, sans aucun cas similaire dans la famille, reçu en consultation, pour des contractures avec déformations des doigts qui surviennent à l'écriture, entraînant une déformation des mots écrits illisibles. Ces contractures des doigts ont apparus il y a de cela 6 mois, perturbant la scolarité du garçonnet et est confinée qu'à l'écriture. L'électroneuromyogramme est revenu normal. Il a bénéficié d'un port de stylo pour les patients dystoniques et des séances de détente qui ont amélioré son écriture.

Discussion : La dyskinésie fonctionnelle des doigts ou « crampe de l'écrivain simple » est une entité rare avec comme mécanisme de survenue le choc psychologique dans notre cas. Le plus souvent vu chez l'adulte aussi bien chez l'homme que chez la femme. Son traitement est basé sur l'ergothérapie ou l'utilisation des aides ainsi que la pratique régulière de la détente.

Conclusion : Le diagnostic de la dyskinésie fonctionnelle des doigts est porté sur un interrogatoire précis et un examen neurologique complet du sujet. Il est aussi retrouvé chez l'enfant. Son traitement reste personnalisé.

Mots clés : Dyskinésie- Doigts- Enfant- Ouahigouya.

CA-2-UN SYNDROME BULBAIRE RÉVÉLANT UNESCLEROMYOSITE CHEZ UNE FEMME

Fall S.A.A., Diop A.M., Diagne R., Mbodj Bamba., Gaye N.M., Fall Maouly., Sow A.D., Basse A., Diop M.S., Seck L.B., Ndiaye M., DIOP A.G.

Unité de soins intensifs neurologiques, Clinique des Neurosciences, du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann

Auteur correspondant : Dr Serigne Abdou Aziz FALL

Email : docmarafall@gmail.com

Introduction : La scléromyosite est une maladie auto-immune rare. C'est un syndrome de chevauchement incluant deux entités bien distinctes, la sclérodermie systémique (ScS) et, soit la polymyosite (PM), ou la dermatomyosite (DM). Nous vous rapportons un cas colligé à l'unité de soins intensifs de neurologie.

Observation clinique : Il s'agissait d'une femme âgée de 43 ans, mariée monogame, mère de 6 enfants. Elle avait comme antécédents unesub- thyroïdectomie en octobre 2021, qui a nécessité la mise sous Levothyrox 100 µg /jour. Elle présentait depuis 9mois des troubles de l'élocution à type de dysphonie puis aphonie associée à des troubles de la déglutition suivi d'un déficit moteur des 4 membres d'installation progressive. Le tableau évolue dans un contexte de myalgies. L'examen à l'entrée avait mis en évidence un syndrome neurogène périphérique des 4 membres avec un déficit moteur proximo-distale à prédominance proximale, une amyotrophie, une limitation d'ouverture de la bouche, un syndrome bulbaire (aphonie et dysphagie), une diminution de l'ampliation thoracique, des réflexes idiomusculaires présents et normaux, un syndrome d'insuffisance respiratoire aiguë. A la biologie il y avait une élévation de la créatine -phosphokinase (CPK) à 1497 UI/L et des lactatedéshydrogénase

(LDH) à 954 UI/L. L'électro-neuro myogramme (ENMG) montrait un aspect de polyneuropathie sensitive et motrice d'allure axonale associé à des patterns myogènes surtout sur les myotomes proximaux, pouvant faire évoquer une polymyosite. On notait la présence d'un syndrome inflammatoire à l'électrophorèse des protéines sériques. Les gaz du sang avaient retrouvé une hypercapnie à 50 mmHg. Les Ac Anti-PM 75 étaient positifs au dosage des DOT myosites et les anticorps anti nucléaires étaient négatifs. Le scanner thoraco-abdomino-pelvienne et cervicale retrouvait des micronodules et des nodules de taille variable aux bases pulmonaires associés à une adénopathie cervicale droite de 10mm de petit axe. Le diagnostic de scléromyosite a été retenu et le patient a été traité par de l'oxygénothérapie, des séances de ventilation non invasive, par la corticothérapie à 1mg/kg/jr et méthotrexate 10mg/semaine associé au traitement adjuvant. L'évolution était favorable avec une disparition à J45 du syndrome bulbaire avec reprise du langage et ablation de la sonde nasogastrique plus une régression totale du déficit avec un score de Rankin modifié à 0 à 2 mois. Sur le plan biologique on notait au

contrôle une normalisation de la créatine-phosphokinase et des lactates déshydrogénases.

Conclusion : La scléromyosite est une affection grave pouvant engager le pronostic vital surtout en cas d'atteinte diaphragmatique. Le traitement standard reste les immunoglobulines.

Mots-clés : Scléromyosite- Ac Anti-PM 75-Méthotrexate

CA-3- FREQUENCE HOSPITALIERE ET FACTEURS ASSOCIES AUX MALADIES RHUMATISMALES INFLAMMATOIRES DE L'ENFANT AU CNHU-HKM DE COTONOU

Yakoubou A¹, ADOGBO-MEDAGBE E¹, ZOMALHETO ZC²

1-Service de Pédiatrie du CHU-MEL ; 2- Service de Rhumatologie du CNHU-HKM

Auteur correspondant : YAKOUBOU Annatou

Affiliations : Service de pédiatrie du centre hospitalier et universitaire mère enfant lagune de Cotonou ; Unité de formation et de recherche de Pédiatrie et génétique médicale de la Faculté des sciences de la Santé, Université d'Abomey-calavi, BENIN

Email : annatouy@hotmail.com

Introduction: les maladies rhumatismales inflammatoires (MRI) bien que fréquentes ont été longtemps méconnues en Afrique subsaharienne très souvent confondues à la drépanocytose ou au rhumatisme articulaire aigu. Leur prévalence est souvent mal connue. Ce travail permet d'étudier la fréquence hospitalière et les facteurs associés aux MRI de l'enfant

Méthodes: Etude transversale et analytique de 2017 à 2022. Etaient inclus tous les patients de 0 à 18ans avec un diagnostic de MRI depuis au moins trois mois. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies.

Résultats: Pendant la période d'étude, 254 enfants ont été reçus parmi les 4418 consultations et le diagnostic de MRI posé chez 166 soit une fréquence hospitalière de 3,75% des consultations et 65% des maladies rhumatismales de l'enfant. Etaient inclus 105 enfants avec une sex-ratio de 0,75. L'âge moyen était $13,97 \pm 3,04$ ans. Le motif principal de consultation était la douleur (94,29%). La douleur articulaire siégeait aux membres pelviens dans 84,8% (n= 89), asymétrique dans 57,1%(n=60) et polyarticulaire dans 93,6%(n=98). Les manifestations extra articulaires étaient absentes chez 50,5%. Le bilan inflammatoire (VS, CRP et hémogramme) était réalisé chez tous les enfants. Les bilans immunologiques les plus prescrits étaient le FR et l'anticorps anti-CCP dans respectivement 65% et 67%. Les AJI étaient la MRI la plus retrouvée (79,99%). Le traitement administré était dominé par les AINS (n=98), le méthotrexate (n=83) et les corticoïdes (n=74). Le suivi était régulier dans 31,4%(n=33) et l'évolution sous traitement était favorable avec une rémission dans 73,33%(n=77). Les facteurs associés à une mauvaise évolution étaient l'âge supérieur à 12ans(p=0,0014), la non-scolarisation (p= 0,0048), l'absence de couverture sanitaire(p=0,0018) et la longue durée d'évolution supérieure à 18 mois(p=0,0029).

Conclusion: Les MRI sont relativement fréquentes chez l'enfant dans notre pratique pédiatrique. Il faudrait y penser devant des douleurs chroniques et mieux organiser leur suivi.

Mots-clés : maladie rhumatismale inflammatoire, enfant, douleur articulaire

CA-4 - Myopathie inflammatoire type syndrome des antisynthétases : place de la médecine physique et de réadaptation, à propos d'un cas

Abdelghani MILIANI ; Afaf BAHLOUL ; Mahmoud DIB, Kamal BERREHAIL, Ali AMARI, Faycel BARA, Mohamed MEDAOUAR

Faculté de Médecine, Université d'Alger1 Ben youcef Benkhedda, Algérie

Email : abdou-dr@live.fr

Introduction : Le syndrome des anti-synthétases (SAS) est une pathologie auto-immune, hétérogène, rare, classé parmi les myopathies inflammatoires de chevauchement. Il est caractérisé par l'association inconstante d'une ou plusieurs manifestations cliniques à savoir une myosite, une atteinte pulmonaire, des polyarthralgies, un syndrome de Raynaud, une hyperkératose palmaire et d'anticorps dirigés contre les amino-acyl ARN-t synthétases (anticorps antisynthétases). La sévérité de l'atteinte musculaire reste variable selon les formes cliniques. A travers ce cas rapporté, nous mettons l'accent sur l'apport de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge de cette maladie.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une patiente de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisée pour prise en charge d'une myopathie inflammatoire de chevauchement : syndrome des anti-synthétases mis sous traitement. Nous a été adressé pour prise en charge d'un déficit moteur d'installation progressive aux quatre membres. L'examen clinique retrouve une hyperkératose fissuraire palmaire réalisant un aspect de main de mécanicien, un déficit moteur touchant le tronc et les 4 membres prédomine au niveau des ceintures : scapulaire et pelvienne, confinant ainsi la patiente au lit (MIF : 50 /126) .Par ailleurs la patiente présente une dyspnée (stades III de la NYHA). Durant les quatre semaines d'hospitalisation, la patiente a bénéficié d'un protocole de rééducation axé sur : l'entretien articulaire, le renforcement musculaire, travail du schéma de la marche et rééducation du membre supérieur en ergothérapie. En plus de l'éducation thérapeutique.

Résultats : A l'issue de notre prise en charge rééducative intra-hospitalière, nous avons noté une nette amélioration chez la patiente sur le plan : articulaire, neuromusculaire, et surtout fonctionnel évalué par la MIF (ou la mesure d'indépendance fonctionnelle). La patiente a pu récupérer une bonne force musculaire permettant la marche sans aide technique (MIF : 80 /126), cela a permis un retour rapide au domicile.

Discussion & Conclusion : La rééducation, longtemps déconseillée, semble aujourd'hui tenir une place prépondérante au sein de l'arsenal thérapeutique de la myopathie inflammatoire type syndrome des anti-synthétases. Elle permet de pallier aux déficiences et de réussir la réinsertion sociale.

Mots Clés : Myopathies de chevauchement - Maladie neuromusculaire – Rééducation fonctionnelle – Algérie

CA-5 – Lien entre La sclérose latérale amyotrophique (SLA) et le diabète mellitus (DM)

EPHOEVI-GA Adama Mawulikplimi

Affiliation : CHU Campus Lomé Togo BP 1515

E-mail : adama986@yahoo.fr

RESUME

Description : La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une affection neurodégénérative qui se définit par l'existence d'une atteinte du neurone moteur central (NMc) et périphérique (NMP). Nous rapportons un cas de SLA associé au diabète mellitus (DM).

Objectifs : Faire le lien entre SLA et DM.

Observation : Il s'est agi d'un patient de 70 ans, de race noire, ingénieur en génie rurale à la retraite, diabétique de type 2 depuis 13 ans, bien équilibré, reçu en juin 2023 en exploration électromyographique (ENMG) pour une suspicion de neuropathie diabétique. Il a présenté depuis trois mois environ, des paresthésies à type de crampes et de fourmillement aux 4 membres et des difficultés de préhension des objets de la main droite. Depuis un mois, il a présenté des troubles de la déglutition à l'eau plate. L'examen clinique a retrouvé une parésie du membre supérieur droit en distalité, une vivacité du réflexe ostéo-tendineux rotulien droit, une amyotrophie diffuse prédominant aux interosseux, aux éminences thénar et hypothénar, des fasciculations aux 2 deltoïdes. L'ENMG a conclu à un pattern neurophysiologique d'un syndrome neurogène suggestif d'un syndrome cordonal antérieur. L'IRM encéphalique et médullaire étaient normales.

Conclusion : Le lien entre SLA et diabète n'est pas encore clairement établi.

Mots-clés : SLA, diabète mellitus, Togo.