

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de La Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Université du Mali
Année 1997

N°...410...

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

TITRE :

**LES ETATS CONFUSIONNELS EN MEDECINE INTERNE ET EN
PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL NATIONAL DU POINT « G »
BAMAKO : A PROPOS DE 36 CAS**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement leJuillet 1997 devant la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali .

Par Monsieur

BOUBACAR MOROU DICKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY :

Président :

Professeur BABA KOUMARE

Membres :

Docteur ABDEL KADER TRAORE

Docteur BAKOROBA COULIBALY

Directeur de thèse :

Professeur HAMAR ALASSANE TRAORE

FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996--1997

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohàmed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Anesth.-Réanimation
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yéniomégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA
Mr Benoît KOUMARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie, Chef de D E R
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Physsiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita.KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA	Radiologie
------------------	------------

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I.MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Bakary I.SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souléymanne GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Nyamanto DIARRA
Mr Moussa I.DIARRA
Mr Mamadou Bakary DIARRA
Mme SIDIBE Aissata TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Physiologie
Biologie
Botanique
Bactériologie
Physique
Biochimie
Bibliographie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Mathématiques
Biophysique
Cardiologie
Endocrinologie
Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACE

DEDICACE

Je dedie ce travail

Au Tout Puissant de m'avoir permis d'accomplir ce travail jusqu'au bout .

Aux victimes d'états confusionnels .

A la mémoire de mon père Feu Oumarou Adama DICKO :

Vos sages conseils m'ont orienté vers ce noble métier de médecin . Puisse ALLAH vous accorder Sa grâce et Son paradis . Que ton âme repose en paix .

A ma mère Adizatou ACKOU :

Pour ton dévouement , ton amour , ton esprit de sacrifice , le Tout Puissant a enfin exaucé tes prières . Puisse t'il encore te prêter longue vie pour goûter le fruit de ce travail .

A mon frère aîné Houna Oumarou DICKO :

Vous avez été plus qu'un frère pour moi . Que le Tout Puissant renforce nos liens d'avantage . Ce travail est le tien . Votre sagesse , votre patience , votre esprit de sacrifice font de vous un exemple à envier et à suivre . Puisse ce modeste travail représenter une récompense pour tes sacrifices .

A mes Oncles Ahmadou A. DICKO et Hamidou IBRAHIM :

Vous n'avez ménagé aucun effort pour mon instruction et ma réussite dans les études . Puisse ce modeste travail représenter une récompense pour tous vos sacrifices . Je vous resterai reconnaissant .

A la mémoire de ma grand mère Feue Mariama HAFIZOU :

Votre souhait constant était ma réussite . Que le tout Puissant vous accorde Son Paradis . Que votre âme repose en paix .

Aux mémoires de ma soeur aînée Feue Mariama Oumarou , et de mon frère aîné Feu Ousmane Oumarou : vous nous avez quitté très tôt . Que vos âmes reposent en paix .

A mes Frères et Soeurs :

Restons unis et solidaires . Amour fraternel .

A ma belle soeur Adizatou Ahmadou DICKO :

Tu as été une soeur pour moi . Je te resterai reconnaissant .

A ma nièce Safiatou Bazi DICKO :

Pour ton aide et ton amitié sans taille .

A mes cousines , nièces , cousins , et neveux :

Restons unis et solidaires .

A Monsieur Mahamadou Alassane MAIGA :

Pour ton soutien matériel constant . Je vous resterai reconnaissant .

A Mahamadou Mohamed BELLO , Abdou Samad DICKO , Alassane A. DICKO :
Toute ma reconnaissance et mon profond attachement .

A mes amis :

Abdoulaye Y. SIDIBE , Ousmane AA. DICKO , Boucary BARRY , Modibo G. DICKO,
Harouna ZOULADENY , Haladou ABDOU, Ibrahima HAIDARA , Mahamadou
HAMIDOU, THIMMY, Mahamar HALLASSI, Mohamed Attaher DICKO , Boubacar
CISSE, Soumana HAMIDA , Aboubacar A. DICKO , Habiboulaye SIDIBE , Seydou MAIGA
Pour vos aides mutuelles .

Aux Familles :

SIDIBE (Lafiabougou Bamako)
DIAKITE (Banankabougou Bamako)
DICKO (Darsalam Segou)
BARRY (Wayerema Sikasso)
KAMPO (Wayerema Sikasso)

A mon Maître Professeur Hamar Alassane TRAORE

Pour tous vos sacrifices à mon égard , je serai toujours reconnaissant .

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je remercie très sincèrement ...

Monsieur Mohamed Amara DICKO

Pour ton aide sans taille

Mes grands frères Chouaibou BONKANE et Mohamed G. DICKO

Pour vos sages conseils et votre aide

Mes oncles Abdoul Aziz DICKO , Adama DIAWARA , et Fousseny DIAKITE

Pour vos sages conseils

Tous mes ami(es)

Je me réserve de citer des noms par crainte d'en oublier certains

Trouvez ici l'expression de ma profonde amitié

Monsieur Abdou Abdoulaye SIDIBE et Madame

Pour leur soutien constant

Docteur Ibrahim I. MAIGA

Pour vos sages conseils

Mme DIALLO Anne ROCHEREAU

Votre soutien moral et votre aide matérielle n'ont jamais fait défaut . Recevez ici toute ma reconnaissance et mon profond attachement .

Mes collègues de promotion

Courage et bonne chance

Mes amis collègues de Médecine Interne

Ousmane DICKO , Modibo DICKO , Ibrahim HAIDARA , Fatou SYLLA , Bernard CHETCHA

Pour l'aide mutuelle et les échanges de connaissance

Mes aînés Docteurs :

Idrissa CISSE , Halidou SIDIBE , Alassane A. DICKO , Aliou SYLLA , Alhassane B. DICKO , Amadou B. MAIGA , Hamsatou A. TOURE , Adama A. DICKO , Amadou BOCOUM , Bourama KANE , Chouaibou KEITA , Oumar MAGASSOUBA , Baba SIDIBE

Mes cadets de Médecine Interne :

Honoré COULIBALY , Ali Ibrahim TOURE , Mourtallah Ibrahim, Gilles KOUPO, Didier un peu d'effort vous êtes presque arrivés.

Mes voisines et amies : Aminata DIAKITE, Mariama HAMA, Souraya ZAKARIA,
Pour votre amitié sans taille.

Mes amis de la villa Abedi PELE

Pour votre solidarité et votre amitié

Mes cadets : Safi B. DICKO, Abdramane DICKO, Seydou A. DICKO, Alassane M. DIALLO, Aïchatou ZOUBER, Abdoulahi CHOUAIBOU, Moussa Idrissa DICKO, Zeïnabou SIDIBE, Sagadatou MAIGA, Abdramane I. MAIGA, Khalil TOURE, Albar Ould CHEICK, Demba TRAORE, Daouda S. DICKO, Nana ASCOFARE

Courage et bonne chance.

Tout les membres du " Sphinx club "

Amitié sincère.

Mon major Amadou COULIBALY

Tout le personnel de la médecine interne de l'hôpital du point G

Je vous remercie pour votre constante amitié et votre dévouement.

Le personnel du laboratoire de l'hôpital du point G

Le personnel du CESAC

Le personnel de psychiatrie de l'hôpital du point G

Le personnel de l'ASACOB

Le surveillant général de l'hôpital du point G

Pour leur constante amitié et leur collaboration

Tout le corps professoral de FMPOS.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Mes chers Maîtres :

Professeur Ali Nouhoum DIALLO, professeur agrégé de médecine interne,

Professeur Dapa DIALLO, praticien hospitalier en médecine A & B,

Professeur agrégé d'hématologie,

Professeur Hamar A. TRAORE, professeur agrégé de médecine interne,

Docteur Mamadou DEMBELE spécialiste en médecine interne,

Docteur SIDIBE Assan TRAORE spécialiste en endocrinologie,

Vous nous avez appris à être ce que nous sommes aujourd'hui.

Nous ferons tout pour être à la hauteur de vos espérances.

Aux Membres du Jury

A notre Maître et Président du Jury

Le Professeur Baba KOUMARE

Professeur Agrégé de Psychiatrie , Chef de Service de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point « G »

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury
Votre rigueur dans la démarche scientifique , votre esprit d'ouverture , et votre amour du travail bien fait , font de vous un exemple à envier et à suivre .

Veillez accepter cher Maître , toute notre reconnaissance .

A notre Maître et juge

Docteur Abdel Kader TRAORE

Chef de Clinique Assistant en Médecine Interne , Chef de Service de Gastro-entérologie de l'Hôpital National du Point « G » , Éditeur Principal de DIGEST SANTE MALI ;

C'est avec un grand plaisir que vous avez accepté de faire parti de ce Jury
Vos qualités intellectuelles et humaines , votre disponibilité constante , font de vous un Maître exemplaire .

Veillez trouver ici l'expression de notre admiration et de notre profond respect .

A notre Maître et juge

Docteur Bakoroba COULIBALY

Chef de Clinique Assistant en Psychiatrie , Chef de Service Adjoint de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point « G »

Pour votre simplicité , votre accueil chaleureux , vos sages conseils , et votre constante disponibilité à parfaire notre formation .

Veillez accepter cher Maître toute notre reconnaissance .

A notre Maître et Directeur de Thèse

Le Professeur HAMAR ALASSANE TRAORE

Maître de Conférence Agrégé de Médecine Interne , Chef de Service de la Médecine Interne « C&D » de l'Hôpital National du Point « G »

Nous avons reçu de vous un excellent encadrement . Nous avons pu apprécier au cours de ce travail , vos immenses qualités de Professeur méthodique , et d'homme de science connu pour sa rigueur scientifique .

Trouvez ici , l'expression de notre grande reconnaissance et notre fidèle attachement .

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	1
Objectifs	2
1- Généralités	
1-1 Historique	3
1-2 Définition	3
1-3 Épidémiologie	5
1-4 Diagnostic	6
1-4-1 Diagnostic positif	6
1-4-2 Stades de déstructuration de la conscience	7
1-4-3 Diagnostic différentiel	8
1-4-4 Diagnostic étiologique	9
1-5 Évolution et Pronostic	13
1-6 Traitement	14
2 Méthodologie	16
2-1 Patients étudiés	16
2-2 Méthodes	16
2-2-1 Lieu d'étude	16
2-2-2 Période d'étude	17
2-2-3 Type d'étude	17
2-2-4 L'interrogatoire	17
2-2-5 L'examen clinique	17
2-2-6 Échelle des signes d'examen	18
2-2-7 Examens complémentaires	20
3- Résultats	
3-1 Résultats globaux	21
3-1-1 Fréquence des états confusionnels	21
3-1-2 Répartition des états confusionnels	21
3-1-3 Répartition socio-démographique de l'échantillon	23
3-1-4 Les aspects cliniques	25
3-1-5 Les aspects biologiques	30
3-1-6 Autre examen	33
3-1-7 Traitement	33
3-1-8 Évolution	34
3-2 Résultats analytiques	35
3-2-1 Répartition des malades selon l'âge et le sexe	35
3-2-2 Répartition des malades selon l'âge le sexe et les signes de déstructuration de la conscience	35
3-2-3 Répartition des malades selon l'âge et les signes généraux	36

3-2-4 Répartition des malades selon l'âge le sexe et les stades de déstructuration de la conscience	37
3-2-5 Répartition des malades selon l'âge le sexe et les signes généraux	37
3-2-6 Répartition des malades selon les tranches d'âge et les étiologies	38
3-2-7 Répartition des malades selon l'âge le sexe et l'étiologie	39
3-2-8 Répartition des malades selon l'âge et l'évolution	39
3-2-9 Répartition des malades selon l'âge le sexe et l'évolution	40
3-2-10 Répartition des malades selon l'évolution et l'étiologie	40
3-2-11 Répartition des malades selon l'évolution et les stades de déstructuration de la conscience	41
3-2-12 Répartition des malades selon les stades de déstructuration de la conscience et l'étiologie	41
4- Commentaires et discussions	
4-1 Aspects épidémiologiques	42
4-2 Aspects cliniques	44
4-3 Aspects biologiques	49
4-4 Aspects pronostiques et évolutifs	50
5- Conclusion et Recommandations	51
. Résumé	53
. Bibliographie	54
. Annexe : abréviations, fiche d'enquête , serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION

Les états confusionnels , ou désordres cognitifs d'apparition récente , étiologiquement liés à un facteur organique spécifique sont regroupés par la classification internationale des maladies psychiatriques (DSM-III), sous le terme de << delirium >> . Le delirium correspond généralement à ce que l'on nomme ailleurs syndrome confusionnel , état confusionnel aigu ou insuffisance cérébrale aiguë , termes qui ne sont pas clairement définis et qui n'indiquent pas suffisamment la nature organique du problème (1) .

Ces états entraînent une perturbation aiguë et généralement transitoire des capacités d'éveil et d'attention secondaire à une atteinte habituellement diffuse et réversible de l'encéphale . Ils se traduisent cliniquement par un désordre global mais variable des aptitudes cognitives avec fluctuation du niveau de vigilance auxquels s'associent de façon diverse des troubles de la perception pouvant aller jusqu'à l'onirisme , des altérations du cycle veille-sommeil et des anomalies de l'équilibre émotionnel et du comportement .

Sa fréquence est estimée à environ 10 à 15% des patients hospitalisés dans des services de Médecine ou de chirurgie (2) . Ils peuvent survenir à tout âge , mais les enfants et les sujets âgés constituent cependant des populations à risque . L'absence de diagnostic et de traitement précoces pouvant avoir des conséquences graves , voire létales , la connaissance et la compréhension des divers tableaux cliniques et de leur thérapeutique s'avèrent donc essentielles .

En Afrique peu d'études sont faites sur ces syndromes . Au Cameroun DONGMO.L et CAMARA.P ont rapporté en 1990 deux cas de Confusion aiguë du Sujet âgé dus à l'hématome sous-dural chronique .

L'incidence des états confusionnels varie selon le milieu où les études ont été faites : entre 5 et 10% chez les patients hospitalisés pour des conditions aiguës

en Médecine et en Chirurgie ; 40% chez les patients gériatriques et 10 à 50% chez les patients de certaines unités psychiatriques(20) .

Au Mali aucune étude n'a été faite sur ces états . Les aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs des états confusionnels méritent donc d'être mieux étudiés dans le but d'identifier les facteurs particuliers pouvant aider à une bonne prise en charge de ces états .

OBJECTIFS

Objectif général :

Étude des états confusionnels dans les services de Médecine Interne et de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point "G" .

Objectifs spécifiques :

- Évaluer la fréquence des états confusionnels en Médecine Interne et en Psychiatrie ;
- Décrire les différents aspects symptomatiques des états confusionnels ;
- Déterminer les causes des états confusionnels .

1 - GENERALITES

1.1 HISTORIQUE:

Ces états ont été signalés et conceptualisés par l'école française dès les premières années du XIXème siècle .Tandis que PINEL rattachait ces états à l'< idiotisme >, ESQUIROL y voyait quelques années plus tard une sorte de démence aiguë . Cette <autonomisation> des états confusionnels devait cesser avec BAILLARGER en 1843, lorsqu'il postule que la confusion n'était qu'une disposition mentale extrême, caractéristique de la mélancolie avec stupeur.

Il fallut attendre DELASIAUVE (1851) pour voir apparaître la première fois le terme de confusion mentale dans son acceptation moderne. CHASLIN (1895), reprenant les conceptions de la psychiatrie allemande qui distingue radicalement la mélancolie avec stupeur et la confusion(amencia) ,étaya définitivement les conceptions de DELASIAUVE , confortées ultérieurement par les travaux de SEGLAS et surtout de REGIS qui en 1894, donna , le nom de délire onirique au symptôme positif , caractéristique des états confusionnels en insistant sur son caractère pathologique, distinct du rêve ,s'écartant par là radicalement du paradoxe provoquant de LASEGUE(1881):< le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve >. L'école de REGIS à Bordeaux s'attacha alors à préciser les étiologies du syndrome qui représentait à l'évidence un modèle somato-dépendant séduisant, tandis qu'ultérieurement H.EY l'intégrait dans son vaste système des désorganisations de la conscience inspiré d'H.JACKSON(28) .

1.2. DEFINITION:

L'état confusionnel se définit comme suit selon le DSM III R, c'est à dire le *diagnostic and statistical manual of mental disorders, III revised*(American Psychiatric Association, 1987), qui représente la référence contemporaine en nosologie psychiatrique:

A. Diminution de la capacité de maintenir l'attention envers les stimulations externes et de s'intéresser de façon appropriée à de nouvelles stimulations externes

B. Désorganisation de la pensée (propos décousus, inappropriés ou incohérents)

C. Au moins deux des manifestations suivantes :

1) obnubilation de la conscience ;

2) anomalies de la perception : erreurs d'interprétation, illusions ou hallucinations;

3) perturbation du rythme veille/sommeil, avec insomnie ou somnolence diurne ;

4) augmentation ou diminution de l'activité psychomotrice;

5) désorientation temporelle et spatiale ,non reconnaissance des personnes de l'entourage ;

6) troubles mnésiques

D) Evolution sur une courte période (de quelques heures à quelques jours) et fluctuations tout au long de la journée.

E). L'une ou l'autre des manifestations suivantes :

1) mise en évidence d'un ou de plusieurs facteurs organiques spécifiques, jugés étiologiquement liés à la perturbation;

2) en l'absence de cette mise en évidence, présomption de l'existence d'un facteur organique si les troubles ne sont pas explicables par un trouble mental non organique.

On trouve dans la littérature médicale de nombreux synonymes de ce syndrome : le delirium, la psychose toxique, l'encéphalopathie métabolique. Il correspond à une insuffisance cérébrale aiguë potentiellement réversible, où la conscience se trouve dans un état intermédiaire entre la lucidité et le coma(20).

1.3. EPIDEMIOLOGIE :

Peu de recherches ont porté sur ce syndrome ,tout comme la plupart des autres syndromes cérébraux organiques , quoique ce soit l'un des plus fréquents.

L'incidence varie selon le milieu où les études ont été faites :

Entre 5 et 10% chez les patients hospitalisés pour des conditions aiguës en médecine et chirurgie ; 10 à 50% chez les patients de certaines unités psychiatriques et 40% chez des patients gériatriques (20) . LIPOWSKI (1990) estime que parmi les patients âgés hospitalisés 15% pressentent un syndrome confusionnel aigu lors de l'admission ,et qu'entre 15% et 20% de ceux qui ne sont pas confus au moment de l'admission le deviennent pendant le séjour à l'hôpital (32) .

Au point de vue étiologique ;on trouve la cause dans 80 à 90% des cas (20).

Le taux de mortalité hospitalière s'élève jusqu'à 30% chez les malades atteints de delirium et motive 25 à 33% des admissions (1).

1.4 DIAGNOSTIC :

1.4.1 DIAGNOSTIC POSITIF :

Il est en général aisé à partir de l'anamnèse ,de l'évolution des troubles et d'un examen clinique qui pourra s'aider de procédures d'évaluation neuropsychologique simples (échelle des états confusionnels) .

L'orientation peut être appréciée en demandant la date et le lieu ;

la mémoire en sollicitant la restitution de trois mots après cinq minutes ;

l'attention en faisant compter ou épeler un mot à l'envers ;

la pensée abstraite en demandant ce qu'il y a de commun entre une banane et une orange ;

la vitesse et la dynamique de la pensée par le test de fluence verbale qui consiste à évaluer le nombre de mots que le patient est capable de dire en une minute (normalement trente) .

la vigilance s'explore en faisant les tests de perceptivité et de réactivité :

la perceptivité est appréciée en demandant au patient :

- la réponse verbale simple à une question simple : nom, prénom , âge ;
- l'exécution d'un ordre verbal simple : tirer la langue , fermer les yeux ;
- la recherche d'un clignement palpébral à la menace

la réactivité est appréciée par la recherche de la réactivité non spécifique et la réactivité à la douleur :

- **la réactivité non spécifique** comprend :

- la réaction d'orientation : se recherche chez le sujet les yeux ouverts , un stimulus sonore entraîne une rotation des yeux vers le côté d'où vient le bruit ;
- la réaction d'éveil : se recherche chez le patient les yeux fermés , le stimulus sonore doit entraîner l'ouverture des yeux avec réaction d'orientation ;

- la réactivité à la douleur : le pincement du trapèze ou du mamelon entraîne une réaction à la douleur qui est faite de trois composantes dont l'absence est de gravité croissante :

- réaction par une mimique (grimace) avec ou sans réaction vocale ;
- réaction d'éveil : ouverture des yeux avec réaction motrice qui peut être coordonnée (retrait du membre stimulé) ou non coordonnée .

Le diagnostic est fortement évoqué ,devant un trouble cognitif global de début brutal comprenant une atteinte de la mémoire de fixation , de l'orientation ,et de la pensée abstraite auxquelles s'associent des perturbations de la perception ,de l'attention ,du comportement psychomoteur et du cycle veille /sommeil.

L'impression clinique se confirme en présence de fluctuations diurnes du niveau de vigilance et d'une exacerbation nocturne des symptômes .

Dans les cas difficiles L'É.E.G pourrait être un élément d'appoint en montrant un ralentissement global de l'activité électrique en rapport avec la sévérité des troubles .

Quant aux échelles de confusion récemment proposées ,aucune étude de validation n'a encore testé leur capacité diagnostique potentielle .

1.4.2 LES STADES DE DESTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE :

- **L'OBNUBILATION DE LA CONSCIENCE :** état de simple obscurcissement de la conscience . Le patient présente un regard orienté , un langage spontané , des réponses verbales se faisant après un temps de latence , une réaction d'éveil spontané , et une exécution des ordres .
- **LA STUPEUR :** état d'altération de la conscience où l'activité physique et psychique sont très réduites . Le patient répond aux excitations extérieures en ouvrant les yeux , mais ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit . Il desorienté dans le temps et l'espace , avec un langage mal articulé .

La stupeur s'observe principalement dans les états confusionnels d'origine infectieuse ou toxique (5).

- **LA CONFUSION MENTALE**: c'est un état dans lequel le sujet est incapable d'opérer une synthèse et une différenciation suffisantes des contenus psychiques qui se confondent et s'agglutinent d'où le manque de clarté et de lucidité dans le champ de la conscience. Sa pensée est lente et incohérente, et ne dit que quelques mots ou phrases. Le sujet ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'état confusionnel.

Le trepied de la confusion mentale selon H. EY associe :

- une atteinte de la vigilance ;
- une désorientation temporospatiale
- et une amnésie
- associé à une agitation et des troubles du comportement.

14.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

1.4.3.1 LES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES QUI SIMULENT UN SYNDROME CONFUSIONNEL:

Le syndrome de KORSAKOFF: est une amnésie antérograde isolée avec oubli au fur et à mesure, fabulations, fausses reconnaissances, mais sans trouble du jugement et sans trouble de vigilance.

L'ictus annésique: est une amnésie antérograde portant uniquement sur le temps et non sur l'espace, de survenue brutale et de disparition spontanée en moins de vingt quatre heures, chez un patient qui par ailleurs garde toute sa lucidité, son jugement et sa vigilance.

L'aphasie de WERNICKE: est de diagnostic plus difficile, chez un patient qui a des réponses erronées, semble désorienté dans le temps, dans l'espace, mais chez qui l'examen attentif montre de gros troubles de la compréhension du langage, contrastant avec un langage fluide, mais très riche en néologismes et en jargon;

Le syndrome démentiel : est de diagnostic difficile , lorsqu'il est de survenue rapide, car les troubles de la mémoire et la désorientation temporo spatiale peuvent être les signes initiaux . cependant l'évolution va vite s'enrichir du noyau aphasico-apraxis-agnosique.

1.4.3.2. LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES :

Il est classique de dire que toute confusion mentale est organique . Cependant ,certaines affections psychiatriques peuvent débiter par une bouffée confusionnelle comme les bouffées délirantes ,les états maniaques,et la mélancolie.

1.4.4. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Il comprend : l'examen clinique complet du patient , un interrogatoire minutieux de l'entourage à la recherche d'antécédents morbides ,de prise de toxiques ou de médicaments, d'un traumatisme récent de tares physiologiques ou d'exposition à un risque professionnel .

Il s'appuiera sur un certain nombre d'examens complémentaires de base qui doivent être pratiqués immédiatement : glycémie , urée , créatine, natrémie , calcémie , gaz du sang , transaminases , alcoolémie , hémogramme ,VS.

D'autres examens seront indiqués secondairement en fonction du contexte clinique: biologie hépatique complète , dosage de médicaments ou de toxiques , scanner cérébral, ponction lombaire , hémoculture, examen des urines , EEG .Ces examens permettront d'orienter l'enquête étiologique.

L'état confusionnel est une condition passagère attribuable au dérangement temporaire du fonctionnement des cellules cérébrales .Ainsi toute atteinte cérébrale anoxique ou métabolique peut engendrer un état confusionnel. Une vaste gamme de facteurs organiques , agissant seuls ou en synergie ,peuvent provoquer un syndrome confusionnel.

1.4.4.1. ETIOLOGIES INFECTIEUSES :

La physiopathologie de l'état confusionnel due à une infection est encore inconnue. La fièvre a été impliquée mais son rôle n'est pas clairement établi. On a évoqué le déterminisme d'une atteinte directe du système nerveux ,d'une inflammation non spécifique ,d'une atteinte toxique, et des troubles neurovégétatifs et métaboliques .L'hypoxie cérébrale ,les troubles hydroélectrolytiques et acido-basiques apparaissent comme des facteurs majeurs aggravant la confusion

Parmi ces causes nous pouvons citer :

*** LES INFECTIONS BACTERIENNES :**

La tuberculose , la fièvre typhoïde , les méningites , les septicémies , les infections urinaires , les pneumopathies bactériennes et la neurosyphilis .

*** LES INFECTIONS VIRALES :**

Les encéphalites virales (herpès SIDA), les hépatites et la mononucléose infectieuse.

*** LES INFECTIONS PARASITAIRES:**

Le neuroaludisme , la toxoplasmose et la trypanosomiase

1 .4. 4. 2 . LES ENCEPHALOPATHIES METABOLIQUES :

Elles constituent une des variétés étiologiques le plus souvent rencontrées. Le rôle et la fréquence des troubles hydroélectrolytiques doivent être particulièrement soulignés. On peut citer :

Les insuffisances hépatique, pulmonaire ,rénale et pancréatique .

Les troubles hydroélectrolytiques: la déshydratation , le déséquilibre acido-basique ,les troubles de la natrémie,de la kaliémie ,de la calcémie ,et de la magnesémie .

Les désordres endocriniens: les troubles du métabolisme glucidique ,les anomalies thyroïdiennes, la maladie d'ADDISON ,le syndrome de CUSHING et le panhypopituitarisme.

Les déficits en vitamines : thiamine (B1) ,acide nicotinique (PP), acide folique ,cyanocobalamine (B12).

Les erreurs du métabolisme : syndrome carcinoïde , porphyrie , maladie de Wilson.

1.4.4.3 LES CAUSES NEUROLOGIQUES :

La plupart des atteintes du système nerveux central peuvent s'accompagner d'un syndrome confusionnel transitoire ou durable.

*** L'EPILEPSIE :**

Le syndrome confusionnel dans le cadre de l'épilepsie peut se voir soit en phase post critique (il succède alors à la phase de coma) , soit dans le cadre des états de mal non convulsifs .Il faut donc insister sur la nécessité d'effectuer un E.E.G ,dès les premiers signes cliniques d'un état confusionnel survenant brutalement chez tout sujet épileptique ou non.

*** LES TRAUMATISMES CRÂNIENS :**

Le syndrome confusionnel peut se voir d'emblée après le traumatisme ,ou après la phase de coma : hématome sous dural aigu ou hématome extra dural.

*** LES TUMEURS CEREBRALES :**

Le syndrome confusionnel est fréquent dans les tumeurs fronto calleuses , les tumeurs temporales (surtout du système limbique) ,et les tumeurs des noyaux gris centraux.

1.4.4 .4 LES MALADIES VASCULAIRES.:

Le syndrome confusionnel peut se voir dans les atteintes cardio-vasculaires telles que l'encéphalopathie hypertensive, l'infarctus du myocarde , les troubles du rythme ,et de la conduction et l'insuffisance cardiaque. Le mécanisme retenu dans ces affections est un mécanisme d'hypodebit et de phénomène anoxique

Il peut se voir aussi dans les affections cérébro-vasculaires emboliques ,hémorragiques , par thrombose , les vascularites ,les thrombophlébites cérébrales, les sections des artères à destinée céphalique.

1.4.4 .5 LES CAUSES TOXIQUES ET MEDICAMENTEUSES :

De très nombreuses substances peuvent induire des états confusionnels:

*** LES MEDICAMENTS:**

Les agents anticholinergiques: le tableau clinique est marqué par la nervosité , l'excitation , les illusions , les hallucinations et les troubles neurologiques.

Les antibiotiques :les antituberculeux ,les antifongiques,et les antipaludéens ,ont été rapportés comme étiologie des états confusionnels.

Les médicaments cardio-vasculaires :le propranolol ,les digitaliques ,la clonidine ,et l'alpha-methyldopa ont été très souvent mis en cause .

Les antimétabolites :on peut citer l'asparaginase ,le methotrexate et le 5.fluouracile.

La cimetidine qui est un antagoniste des récepteurs histaminiques H2 peut induire ,surtout en cas de dysfonctionnement rénal ou hépatique associé un état confusionnel.

Les antiparkinsoniens: la L-dopa ,la bromocriptine et l'amantadine sont en cause .

les opiacés: la morphine et la codéine sont rarement en cause .La pentazocine(fortal) est fortement impliquée dans l'apparition des états confusionnels

Les psychotropes : peuvent entraîner des états confusionnels :

les psychodysléptiques : les hypnotiques (barbituriques) , les tranquillisants (benzodiazepines à demie vie longue) , les neuroleptiques ;

les psychoanaleptiques : les antidépresseurs (stimulants de l'humeur)

les psychodysléptiques : les hallucinogènes et onirogènes (mescaline) et les stupéfiants .

Les sels de lithium : sont souvent responsables d'états confusionnels .

Récemment des cas de confusion mentale ont été décrits avec la carbamazépine (tegretol) , notamment en association avec le lithium(2).

*** LES TOXIQUES:**

L'alcool: l'intoxication ,mais surtout le sevrage sont responsables de confusion ,réalisant surtout le tableau clinique de delirium tremens .

Le monoxyde de carbone : son intoxication entraîne des états confusionnels

1.4.4. 6 LES CAUSES PSYCHIATRIQUES :

*** LES PSYCHOSES DU POST PARTUM :**elles peuvent se manifester par des états confuso-oniriques.

*** Un processus schizophrénique** peut être inaugurer, ou émailler par des accès confuso-oniriques ou confuso-délirants .

*** Les situations de stress** particulièrement intenses (guerres catastrophes) peuvent induire un état confusionnel (confusions émotionnelles).

*** La privation sensorielle** a été mise en cause dans les unités de soins intensifs.

1.4 4.7 AUTRES ETIOLOGIES :

Des états confusionnels ont été décrits en relation avec des facteurs physiques: coups de chaleur ,hypothermie ; les affections hématologiques ;les cancers généraux. Certains états confusionnels ont été décrits chez des patients après avoir subi une intervention chirurgicale au niveau de la tête et du cou(31) .Certains types d'intervention chirurgicale (cardiaques , oculaires) entraînent plus frequemment des syndromes confusionnels (2) .

1.4. 4 .8 AUCUNE ETIOLOGIE :

Dans 10 à 20% des cas aucune étiologie n'est retrouvée (20).

1.5 EVOLUTION ET PRONOSTIC :

L'état confusionnel constitue un trouble transitoire mais , comme le soulignait EY, c'est la bénignité ou la malignité du processus causal qui va décider de l'exigence évolutive.

En règle générale ,un syndrome confusionnel évolue favorablement en une semaine ,parfois en plusieurs semaines , et rarement en quelques mois .

Le pronostic global est lié à l'étiologie organique ;en Médecine Interne , environ 12% des patients répondant au diagnostic de syndrome organique ont une issue fatale (2) . Il est évident que la survenue d'un syndrome confusionnel au cours d'une affection chirurgicale ou médicale constitue un critère de gravité et un indice de complication de la maladie initiale.

1.6. TRAITEMENT

Tout patient présentant un état confusionnel nécessite en général un traitement en milieu hospitalier . Ce traitement devra être à la fois étiologique et symptomatique .

1.6.1. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE :

Un traitement médical et ou chirurgical sera effectué en fonction de la cause retrouvée. Une étiologie toxique doit être recherchée.

1.6.2. TRAITEMENT GENERAL ET SYMPTOMATIQUE :

_ Maintien de l'équilibre hydroélectrolytique et apports nutritionnels: l'équilibre hydroélectrolytique sera maintenu de façon préférentielle par une hydratation orale

(3 à 6 litres par jour) , sous différentes formes (eau, jus de fruits , bouillons de légumes) . Dans les cas sévères l'hydratation et l'alimentation pourront être réalisées par une sonde gastrique , ou par voie parentérale . Chez le patient éthylique un traitement polyvitaminique devra être instauré .

_ Maintien d'un environnement favorable : le patient devra être installé dans une chambre calme , bien éclairée ,et devra bénéficier d'une stimulation sensorielle appropriée et des repères temporels (calendrier, horloge) qui éviteront le repli sur soi et les déformations perceptives .

_ Soins de nursing ,et kinésithérapie seront d'un grand appoint .

-Psychothérapie de soutien pratiquée au lit du malade peut avoir un effet sécurisant, et aider le patient dans ses tentatives de contrôle cognitif, et faciliter sa réorientation.

-Sommeil et Sédation : une sédation sera effectuée en cas d'agitation et de trouble du sommeil. Un consensus semble se faire à l'heure actuelle, en particulier dans les pays anglo-saxons sur l'utilisation de l'halopéridol (haldol) à des doses initiales de 5 à 10mg le soir. Les doses peuvent être répétées jusqu'à l'obtention d'une sédation sans dépasser une dose quotidienne de 60 mg. Dans la confusion du sevrage alcoolique, les benzodiazépines sont les drogues de choix.

Autant le diagnostic d'état confusionnel est facile, autant l'enquête étiologique peut être difficile et parfois décevante. Quoi qu'il en soit, il est utile d'effectuer systématiquement, lors de la prise en charge initiale d'un malade confus, un examen neurologique à la recherche de signes de localisation, un examen général à la recherche d'une insuffisance polyviscérale, un dosage de glycémie, alcoolémie, de calcémie, des gaz du sang, un bilan hépatique (transaminases), un bilan rénal.

En l'absence de cause décelable par ces examens, il devient nécessaire de réaliser un scanner cérébral, une ponction lombaire, puis un EEG.

2-METHODOLOGIE

2.1 PATIENTS ÉTUDIÉS:

Tous les patients admis dans les dits services pour syndrome confusionnel ont été retenus pour l'enquête .

2.1.1 CRITÈRE D'INCLUSION :

Nous avons retenu comme critère d'inclusion :

Tous les patients présentant les troubles associés ci dessous cités :

-Des troubles de la conscience et de l'attention avec :

* Désorientation temporo spatiale

* Obnubilation voire Stupeur , avec onirisme et hallucinations visuelles .

- Des troubles de la mémoire .

- Et une évolution de cette symptomatologie sur une courte période de quelques heures à quelques jours avec une tendance à la fluctuation

2.1.2 CRITÈRE DE NON INCLUSION :

Ont été exclus de cette étude tous les malades lucides et ou comateux , la démence et affections psychiatriques chroniques .

2.2 METHODES :

Tous les malades ont été explorés de la même manière selon un protocole standardisé par nous mêmes (voir fiche d'enquête en annexe)

2. 2.1 LIEU D'ÉTUDE :

Notre étude a porté sur les états confusionnels . Les observations ont concerné les sujets des deux sexes . Ces malades provenaient des différentes formations sanitaires du district de Bamako et de l'intérieur du pays .

L'échantillonnage systématique a eu lieu dans les Services de Médecine Interne et de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point G .

2.2 2 PÉRIODE D'ÉTUDE :

Les Malades ont été recrutés de Juillet 1995 à Octobre 1996 .

2.2.3 TYPE D'ÉTUDE :

. Il s'agit d'une étude prospective systématique portant sur les malades hospitalisés pour état confusionnel

2.2.4 L'INTERROGATOIRE

Il a permis de préciser les circonstances précises d'installation du syndrome confusionnel , les antécédents du patient , la notion de prise médicamenteuse notamment les psychotropes ,les hypnotiques , les hypotenseurs centraux , les diurétiques , la prise de toxiques notamment l'alcool ou les produits toxicomanogènes .L'interrogatoire a permis également de rechercher les antécédents de traumatisme crânien , d'épilepsie , de troubles métaboliques , de tumeurs cérébrales .

2.2 5 L'EXAMEN CLINIQUE

Sur le plan clinique nous avons procédé à :

-Un examen somatique général ;

La recherche de signes généraux d'accompagnement telles une fièvre , une déshydratation , et une hyper ou hypotension ;

- Un examen neurologique à la recherche d'un signe de focalisation , d'un syndrome méningé , ou d'un processus expansif cérébral ;

- Un examen psychiatrique qui a consisté à noter la présentation du malade (aspect contact) , et de procéder à la recherche d'un stade de déstructuration de la conscience ,et des différents signes cliniques observés à l'aide d'une échelle d'évaluation , élaborée par nous mêmes.L'echelle est cotée de 0 à 3 .

2.2.3 ÉCHELLE DES SIGNES OBSERVÉS AU COURS DES DIFFÉRENTS STADES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

Cotation de l'échelle=0-1-2-3

Entourer la réponse correspondante au stade observé et les différents signes d'examen du malade .

0= trouble absent

1= trouble léger

2= trouble moyen

3= trouble important

Stade de déstructuration de la conscience - Lucidité - Obnubilation - Stupeur - Confusion mentale	0	1	2	3
1 - Orientation - Bien orienté - Troubles légers - Désorienté dans le temps et l'espace - Perte totale de tous les repères	0	1	2	3
2-Langage - Langage spontané - Langage mal articulé - Langage décousu - Langage incompréhensible	0	1	2	3
3 Réponses verbales - Réponse correcte - Réponse se faisant avec un temps de latence - Réponse inappropriée - Réponse incompréhensible	0	1	2	3
4 Réactivité - Réaction d'éveil spontanée - Réaction aux excitations extérieures par stimulation verbale - Incoordination des sensations perçues	0	1	2	3
5 Perception - Perception correcte - Perception troublée avec exécution des ordres simples - Perception confuse - Hallucinations visuelles	0	1	2	3
6 Pensée - Pensée cohérente - Pensée ralentie dans son cours - Pensée ralentie et incohérente	0	1	2	3
7 Mémoire - Mémoire immédiate troublée - Mémoire à court terme troublée - Lacune amnésique	0	1	2	3
8 Humeur - Humeur normale (normothymie) - Euphorie - Apathie - Tristesse	0	1	2	3
9 Délire - Absent - Présent - Associé à un onirisme	0	1	2	3
10 Signes d'accompagnement - Fièvre ■ Déshydratation ■ - Hypertension ou hypotension	0	1	2	3

TOTAL DES POINTS :

ÉTAT CONFUSIONNEL LÉGER = 9-15 points

ÉTAT CONFUSIONNEL MOYEN = 16-25 points

ÉTAT CONFUSIONNEL PROFOND =26-33 points

L'état confusionnel profond se distingue du coma léger par :

l'altération de la vigilance au niveau de la perceptivité du patient . Dans le coma léger le patient est incapable d'exécuter un ordre simple (tirer la langue , fermer les yeux) , ou de répondre à une question simple (nom, prénom, âge) , mais le clignement palpébral persiste .

2.2.4 LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Nous avons retenu systématiquement certains examens telles la NFS,VS,la Goutte épaisse , la Glycémie ,la Creatininemie, l'Urée ,une étude du LCR , une Sérologie VIH , et un Ionogramme Sanguin .Les autres examens complémentaires ont été demandés en fonction du contexte clinique évocateur tels l'EEG , le bilan hépatique .

L'analyse informatique des données a été faite sur logiciel d'analyse statistique EPI INFO version 6.0 sur micro-ordinateur .

Le test statistique utilisé est le KI CARRE avec une probabilité $P < 0,05$.

3- RESULTATS

- **LE NEUROPALUDISME** :(11,11%) quatre (4) cas d'états confusionnels ont été observés dont 3 cas dus au Plasmodium falciparum , et 1 cas du à l'association Plasmodium falciparum et Plasmodium malariae .

- **LE DIABÈTE** :(11,11%) quatre (4) cas d'états confusionnels ont été diagnostiqués dont 3 cas après une hypoglycémie et 1 cas chez une diabétique en acidocétose .

- **LES INFECTIONS URINAIRES** :(8,34%) 3 cas d'états confusionnels ont été observés dont :

-1 cas d'infection urinaire à Klebsiella pneumoniae ;

-1 cas d'infection urinaire à Klebsiella pneumoniae avec une hyponatremie associée ;

-1 cas d'infection urinaire du au Streptocoque D et au Proteus avec une hyponatremie associée .

- **L'ÉPILEPSIE** : (5,55%) 2 cas d'états confusionnels qui étaient observés en post critique . L'EEG réalisé dans ces deux cas était compatible avec des crises généralisées dans un cas et avec un foyer irritatif postérieur dans l'autre cas .

- **LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES** :(5,55%) 2 cas dont :

Un cas d'état confusionnel au décours d'un AVC chez une hypertendue connue depuis 5 ans ;

Un cas observé au cours d'une cardiomyopathie probablement emboligène .

- **LES AUTRES ETIOLOGIES** :(11,11%) elles sont constituées par :

-Pneumopathie non spécifique : 1 cas;

-Traumatisme crânien : 1 cas

-Étiologie indéterminée: 2 cas .

3.1.3.3 RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA PROFESSION :

TABLEAU IV : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA PROFESSION:

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Artisan	6	16,67
Commerçant	2	5,55
Cultivateur	2	5,55
Élève	2	5,55
Fonctionnaire	10	27,78
Ménagère	9	25
Ouvrier	5	13,89
TOTAL :	36	100

Les fonctionnaires sont dominants dans notre échantillon , suivis par les ménagères .

3.1.3.4 RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ETHNIE :

TABLEAU V : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ETHNIE :

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bambara	16	44,44
Bobo	3	8,33
Dogon	1	2,78
Maure	1	2,78
Peulh	7	19,44
Sarakolé	1	2,78
Somono	1	2,78
Sonrhai	6	16,67
TOTAL :	36	100

L'ethnie Bambara est la plus représentée .

3.1.3.4 RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA PROVENANCE

TABLEAU VI :: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA PROVENANCE

PROVENANCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bamako	28	77,78
Segou	1	2,78
Gao	1	2,78
Kayes	3	8,33
Koutiala	1	2,78
Autres*	2	5,55
TOTAL :	36	100

* Autres:(Abidjan , Siby)

La plupart de nos patients viennent de Bamako .

3.1.4 ASPECTS CLINIQUES :

3.1.4.1 SIGNES GÉNÉRAUX :

TABLEAU VII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DES SIGNES GÉNÉRAUX :

SIGNES GÉNÉRAUX		EFFECTIF	POURCENTAGE
Fièvre	Présente	14	38,89
	Absente	22	61,11
	Total :	36	100
A.E.G	Présente	35	97,22
	Absente	1	2,78
	Total :	36	100
Déshydratation	Présente	13	36,11
	Absente	23	63,89
	Total :	36	100
Hypotension	Présente	9	25
	Absente	27	75
	Total :	36	100
Hypertension	Présente	3	8,33
	Absente	33	91,67
	Total :	36	100

97,22% de nos patients avait un état général altéré.

3.1.4.2 PRÉSENTATION DU MALADE :

TABLEAU VIII: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA PRÉSENTATION DU MALADE

PRÉSENTATION DU MALADE		EFFECTIF	POURCENTAGE
Regard	Flou	2	5,55
	Lointain	34	94,45
	Total:	36	100
Mimique	Inexpressive	0	00
	Inadaptée	36	100
	Total :	36	100
Tenue	Négligée	30	83,33
	Correcte	6	16,67
	Total :	36	100
Attitude	Coopérative	18	50
	Hostile	18	50
	Total :	36	100

✓ Au total nos patients ont présenté un regard lointain ,une mimique inadaptée, une tenue négligée, et une attitude tantôt hostile , tantôt coopérative .

3.1.4.3. STADES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE :

TABLEAU VIII: RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LES STADES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

STADES DE DÉSTRUCTURATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Obnubilation	15	41,67
Stupeur	5	13,89
Confusion Mentale	16	44,44
Total :	36	100

44,44% de nos patients avaient une confusion mentale au moment de l'examen .

3.1.4.4 SIGNES D'EXAMEN DE L'ÉCHELLE :

TABLEAU IX : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LES SIGNES D'EXAMEN DE L'ÉCHELLE :

SIGNES D'EXAMEN		EFFECTIF	POURCENTAGE
ORIENTATION DU MALADE	Troubles légers	6	16,67
	Desor. Temp.Spatiale	27	75
	Perte tot. de tous les Repères	3	8,33
	Total:	36	100
LANGAGE	Lang. mal articulé	14	38,89
	Langage Décousu	16	44,44
	Langage incomprehens.	6	16,67
	Total :	36	100
RÉPONSES VERBALES	Rep. verb.se faisant après temps de latence	22	61,11
	Rep. verb. Inapprop.	10	27,78
	Rep. verb. Incomp.	4	11,11
	Total :	36	100
RÉACTIVITÉ	Réaction excit. ext. par stimul.verb.	35	97,22
	Incoordination des sensations perçues	1	2,78
	Total :	36	100
PERCEPTION	Percep. troublée avec execut. ordres simples	2	5,55
	Percep. Confuse	25	69,45
	Hallucin. visuelles	9	25
	Total :	36	100
PENSÉE	Ralentie dans son cours	22	61,11
	Ralentie et incohérente	14	38,89
	Total :	36	100
MÉMOIRE	Immédiate troublée	7	19,45
	A court terme troublée	8	22,22
	Lacune amnésique	21	58,33
	Total :	36	100
HUMEUR	Euphorie	3	8,33
	Apathie	22	61,11
	Tristesse	11	30,56
	Total :	36	100
DÉLIRE	Présent	22	61,11
	Absent	14	38,89
	Total :	36	100
	Associé à un onirisme	3	8,33

3.1.4.5 LES SIGNES NEUROLOGIQUES :

3.1.4.5.1-COORDINATION MOTRICE ET ÉQUILIBRE :

TABLEAU X : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LES SIGNES D'EXAMEN DE LA COORDINATION MOTRICE ET DE ÉQUILIBRE

COORDINATION MOTRICE ET ÉQUILIBRE		EFFECTIF	POURCENTAGE
DÉMARCHE	Présente	3	8,33
	Absente	33	91,67
	Total :	36	100
ÉPREUVE DOIGT-NEZ	Présente	1	2,78
	Absente	35	97,22
	Total :	36	100
ÉPREUVE TALON-GENOU	Présente	2	5,55
	Absente	34	94,45
	Total :	36	100
SIGNE DE ROMBERG	Présente	2	5,55
	Absente	34	94,45
	Total :	36	100

Il ressort de ce tableau que plus de la moitié de nos patients avaient des troubles de la coordination motrice et de l'équilibre au moment de l'examen .

3.1.4.5.2-EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ : la sensibilité superficielle (thermique algique et tactile) a été conservée chez tous nos patients , tandis que la sensibilité profonde (épreuve de l'orientation des orteils , et la graphestésie) a été perturbée chez tous nos patients au moment de l'examen . Cette perturbation de la sensibilité profonde peut s'expliquer par l'état du patient au moment de l'examen (apathique et non coopérant) .

3.1.4.5.3-EXAMEN DES RÉFLEXES : les réflexes osteo-tendineux (rotuliens achilliens et bicipitaux) et superficiels (abdominal et cutaneo-plantaire) ont été présents chez tous nos patients au moment de l'examen . Il a été observé un signe de BABINSKI chez quatre de nos patients soit 11,11% , au moment de l'examen .

3.1.4.5.4- EXAMEN DE LA MOTRICITÉ :

TABLEAU XI : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DES SIGNES D'EXAMEN DE LA MOTRICITÉ

MOTRICITÉ		EFFECTIF	POURCENTAGE
FORCE MUSCULAIRE	Présente	33	91,67
	Absente	3	8,33
	Total :	36	100
TONUS MUSCULAIRE	Présente	30	83,33
	absente	6	16,67
	Total :	36	100

Les troubles de la motricité ont été rarement observés chez nos patients au moment de l'examen .

3.1.5 LES ASPECTS BIOLOGIQUES :

3.1.5.1 L'HÉMOGRAMME 22 (61,11%) de nos patients avaient bénéficié d'une Numération Formule Sanguine

TABLEAU XII : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DES DONNÉES DE L'HÉMOGRAMME :

PARAMÈTRES MESURES	LIMITES	EFFECTIF	POURCENTAGE
TAUX d'HB g/ dl	3-5,9	2	9,10
	6-9,9	9	40,90
	10-et plus	11	50
	Total :	22	100
TAUX DE GB /MM3	< 4000	2	9,10
	4000-10000	12	54,54
	10000-et plus	8	36,36
	Total :	22	100
TAUX DE PLAQUETTES /MM3	< ou = 149000	6	28,57
	150000-499000	15	71,43
	500000-et plus	0	0
	Total :	21	100

HB: hémoglobine GB :globules blancs

LE TAUX DE HÉMOGLOBINE : le taux moyen était de 9,96 g/dl avec un écart type de 3,13 et des extrêmes de 3,90 –15 g/dl .Nous avons observé 4 cas de microcytose et 4 cas de macrocytose associée .L'anémie microcytaire a été observée chez 3 cas d'infection VIH et un cas de neuropaludisme . L'anémie macrocytaire a été observée chez :

- un cas d'encéphalopathie hépatique ;
- un cas de pneumopathie non spécifique ;
- un cas de diabète ;
- et un cas d'infection VIH .

LE TAUX DE GLOBULES BLANCS : le taux moyen était de 6653,05 avec un écart type de 5739,52 et des extrêmes de 3900–22000 .

Deux cas d' hyperleucocytose ont été observés .

L'hyperleucocytose a été associée à un cas de pneumopathie non spécifique d'une part et d'autre part à un cas d'encéphalopathie hépatique .

LE TAUX DE PLAQUETTES : 21(58,33%) de nos patients avaient bénéficié d'une demande de plaquettes . Le taux moyen était 79155,45 avec un écart type de 97280,35 et des extrêmes de 53000–299000 /mm³ . Deux cas de thrombopénies ont été observés chez les malades atteints de : pneumopathie non spécifique et d'encéphalopathie hépatique .

3.1.5.2 LA GOUTTE ÉPAISSE : elle a été réalisée chez 8 patients (22,22%) . Nous avons observé 4 cas négatifs et 4 cas positifs . les cas positifs se repartissent de la manière suivante : 3 cas de goutte épaisse positive au *Plasmodium falciparum* :

cas 1 = 225 trophozoites + 27 gametocytes de *Plasmodium falciparum*/mm³.

cas2 :30075 trophozoites de *Plasmodium falciparum* /mm³ de sang .

cas 3 : 52350 trophozoites de *Plasmodium falciparum*/mm³ de sang.

Et un cas positif à 350 trophozoites de *Plasmodium falciparum* + 75 trophozoites et schizontes de *Plasmodium malariae* .

4.1.5.3. LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN :il a été examiné chez 4 (11,11%) de nos patients où aucune anomalie n'a a été mise en évidence à la cytologie à la chimie et à la bactériologie .

3.1.5.4. LES EXAMENS BIOCHIMIQUES :la glycémie et la creatininemie ont été demandées chez 25 (69,44%) de nos patients , tandis-que l'urée a été demandée chez 21(58,33%).

TABLEAU XIII:REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION EN FONCTION DES DONNÉES BIOCHIMIQUES :

EXAMENS BIOCHIMIQUES		EFFECTIF	POURCENTAGE
GLYCÉMIE mmol/l	< ou = 4	18	72
	4,1--6,99	4	16
	7--et plus	3	12
	Total :	25	100
CREATININEMIE μ mol/l	< ou = 60	1	4
	61--120	18	72
	120--et plus	6	24
	Total :	25	100
URÉMIE mmol/l	< ou = 3	4	19,05
	3,1--7,5	16	76,19
	8--et plus	1	4,76
	Total :	21	100

LA GLYCEMIE: 18 patients (72%) des 25 ayant bénéficié d'une glycémie ont un taux inférieur ou égal à 4 mmol/l. Le taux moyen était de 3,67 avec un écart type de 1,80 et des extrêmes entre 1,42 et 7,45 .

LA CREATININEMIE :plus de la moitié de nos patients (72%) ont un taux normal .Le taux moyen était de 151,88 μ mol/l avec un écart type de 8,71 et des extrêmes entre 53 et 831 .

L'URÉE :16 patients (76,19%) des 21 ayant bénéficié ont un taux normal . Le taux moyen était de 7,15 mmol/l avec un écart type de 8,71 et des extrêmes entre 2,35 et 34,21 .

3.1.5.5. L'IONOGRAMME SANGUIN : 6 patients (16,66%) de nos 36 avaient bénéficié d'un ionogramme sanguin comportant le taux de sodium et de potassium .

TABLEAU XIV : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LES DONNÉES DE L'IONOGRAMME SANGUIN

IONOGRAMME		EFFECTIF	POURCENTAGE
TAUX DE Na mmol/l	< ou = 135	4	66,67
	136--144	2	33,33
	144--et plus	0	0
	Total :	6	100
TAUX DE K mmol/l	< ou = 3,5	1	16,67
	3,6--5	5	83,33
	5,1-- et plus	0	0
	Total :	6	100

LE SODIUM (Na) : 4 patients des 6 ayant bénéficié ont présenté une hyponatremie .Le taux moyen était de 124,53 mmol/l avec un écart type de 20,95 et des extrêmes entre 84 et 144,20 . Cette hyponatremie a été observée chez 2 cas d'infection urinaire , un cas de d'infection VIH , et un cas de d'encéphalopathie hépatique .

LE POTASSIUM (K) :le taux était normal chez tous les patients qui en ont bénéficié . Le taux moyen était de 3,96 avec un écart type de 0,28 et des extrêmes entre 3,49 et 4,26 mmol/l .

4.1.4.6 LA SÉROLOGIE HIV : elle a été faite chez 10 (27,78) de nos patients dont 3 résultats négatifs et 7 résultats positifs . Les cas positifs se répartissent de la manière suivante :

- 5 cas positifs au HIV1
- 1 cas positif au HIV2
- 1 cas positif au HIV1+2

3.1.6 AUTRE EXAMEN

L'ELECTROENCEPHALOGRAMME (EEG) :il a été réalisé chez deux patients (5,55%) . L'un était compatible avec des crises généralisées ,et l'autre avec un foyer irritatif postérieur .

3.1.7 LE TRAITEMENT :dans notre série le traitement avait consisté en un traitement étiologique dans 80,55%(29 patients) des cas et symptomatique dans 19,45%(7 patients) .Nous avons pratiqué une réhydratation (orale ou parentérale) dans 58,33% des cas (21 patients) .

3.1.8 ÉVOLUTION :

TABLEAU XV : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÉVOLUTION

ÉVOLUTION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Favorable	26	72,22
Défavorable	10	27,78
Total :	36	100

Plus de la moitié de nos patients (72,22%) ont eu une évolution favorable . Nous avons déploré 10 décès (27,78%) dont les motifs seraient une complication de leur pathologie initiale chez les patients atteints de VIH.

Les causes des décès ont été la cachexie, l'insuffisance respiratoire , et l'encéphalopathie hépatique .

3.2 RÉSULTATS ANALYTIQUES

Pour des raisons d'effectifs nous avons regroupé les malades selon 3 tranches d'âge : 0-29 ans ; 30-59 ans ; 60 ans et plus .

3.2.1 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE ET LE SEXE :

TABLEAU XVI : Répartition des malades selon l'âge et le sexe

ÂGE	0--29 ans	30--59 ans	> ou =60 ans	TOTAL
SEXE				
Masculin	4	19	2	25
Féminin	4	2	5	11
Total :	8	21	7	36

Chi 2= 28,93 d.d.1 = 24 p= 0,22

Quelque soit l'âge les hommes sont atteints autant que les femmes .

3.2.2 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE ET LES SIGNES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE :

TABLEAU XVII : Répartition des malades selon l'âge et les signes de déstructuration de la conscience

ÂGE	0--29 ans	30--59 ans	> ou = 60 ans	TOTAL
SIGNES DE D.C				
Obnubilation	1	12	2	15
Stupeur	2	2	1	5
Confusion mentale	5	7	4	16
Total :	8	21	7	36

D.C : déstructuration de la conscience

Les différents signes de déstructuration de la conscience ont été fréquemment observés dans la tranche d'âge 30--59 ans .

3.2.3 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE ET LES SIGNES GÉNÉRAUX :

TABLEAU XVIII : Répartition des malades selon l'âge et les signes généraux

ÂGE		0--29ans	30--59 ans	> ou = 60 ans	TOTAL
S.GENERAUX					
Fièvre	absente	3	13	6	22
	présente	5	8	1	14
	total	8	21	7	36
A.E.G	absente	1	0	0	35
	présente	7	21	7	1
	total	8	21	7	36
Déshydratation	absente	7	12	4	23
	présente	1	9	3	13
	total	8	21	7	36
Hypotension	absente	6	16	4	27
	présente	2	5	3	9
	total	8	21	7	36
Hypertension	absente	8	19	6	33
	présente	0	2	1	3
	total	8	21	7	36

A.E.G : altération de l'état général

L'altération de l'état général est le signe le plus fréquemment observé. Elle n'est pas plus fréquente après 30 ans qu'avant 30 ans . Chi 2 = 36 d.d.l.= 24 p= 0,05

La fièvre est plus fréquemment observée dans la tranche d'âge de 30 - 59 ans .

Chi 2=24,08 d.d.l= 24 p= 0,45 . Cette différence n'est pas statistiquement significative .

La déshydratation (Chi 2= 19,38 d.d.l = 24 p= 0,73) et l'hypotension (Chi 2= 20,89 d.d.l=24 p= 0,64) sont plus fréquemment observées dans la tranche d'âge de 30 - 59 ans , mais la différence n'est pas statistiquement significative . Ces deux signes sont observés à tous les âges .

L'hypertension était moins fréquente (Chi 2 = 27,27 d.d.l = 24 p= 0,29) .

3.2.4 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE LE SEXE ET LES SIGNES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

TABLEAU XIX : Répartition des malades selon l'âge le sexe et les signes de déstructuration de la conscience

AGE-SEXE	0--29 ans		30--59 ans		> ou =60 ans		Total M+F
STADES DE D.C	M	F	M	F	M	F	
Obnubilation	0	1	11	1	1	1	15
Stupeur	1	1	1	1	1	0	5
Confusion mentale	3	2	7	0	0	4	16
Total	4	4	19	2	2	5	36

Les hommes semblent être plus atteints que les femmes dans la tranche d'âge de 30--59 ans ; par contre les femmes l'étaient plus que les hommes dans la tranche d'âge de 60 ans et plus (Tableau XIX) .

3.2.5 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE LE SEXE ET LES SIGNES GÉNÉRAUX

TABLEAU XX : Répartition des malades selon l'âge le sexe et les signes généraux

AGE-SEXE		0--29 ans		30--59 ans		> ou = 60 ans		Total M+F
S.G		M	F	M	F	M	F	
Fièvre	absente	2	1	11	2	2	4	22
	présente	2	3	8	0	0	1	14
	total	4	4	19	2	2	5	36
A.E.G	absente	1	0	0	0	0	0	1
	présente	3	4	19	2	2	5	35
	total	4	4	19	2	2	5	36
Déshydratation	absente	3	4	10	2	2	2	23
	présente	1	0	9	0	0	3	13
	total	4	4	19	2	2	5	36
Hypotension	absente	4	2	15	1	2	3	27
	présente	0	2	4	1	0	2	9
	total	4	4	19	2	2	5	36
Hypertension	absente	4	4	17	1	2	5	33
	présente	0	0	2	1	0	0	3
	total	4	4	19	2	2	5	36

S.G : signes généraux

Lorsqu'on a considéré les tranches d'âge constituées il semble que les hommes étaient plus atteints que les femmes dans la tranche d'âge de 30--59 ans . Par contre les femmes l'étaient plus que les hommes dans la tranche d'âge de 60 ans et plus .

3.2.6 RÉPARTITION DES MALADES SELON LES TRANCHES D'ÂGE ET LES ÉTIOLOGIES

TABLEAU XXI : Répartition des malades selon les tranches d'âge et l'étiologie

ÂGE	0--29 ans	30--39 ans	> ou = 60 ans	Total
ÉTIOLOGIE				
Encéphalopathie hépatique	0	8	2	10
Infection VIH	1	6	0	7
Neuropaludisme	4	0	0	4
Diabète	0	3	1	4
Infection urinaire	0	1	2	3
Épilepsie	1	1	0	2
Affection cardio-vasculaire	0	0	2	2
Pneumopathie non spécifique	0	1	0	1
Traumatisme crânien	1	0	0	1
Étiologie Indéterminée	1	1	0	1
Total	8	21	7	36

$\chi^2=217,26$ d.d.l= 216 $p= 0,00000$

L'étiologie diffère selon les tranches d'âge constituées . Certaines étiologie ont été fréquemment observées dans la tranche d'âge de 0--29 ans tels que : le neuropaludisme et le traumatisme crânien . L'encéphalopathie hépatique et l'infection VIH ont été fréquemment observées dans la tranche d'âge de

30--59 ans , par contre l'infection urinaire et les affections cardio-vasculaires l'ont été dans la tranche d'âge de 60 ans et plus .

3.2.7 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE LE SEXE ET L'ÉTILOGIE

TABLEAU XXII : Répartition des malades selon l'âge le sexe et l'étiologie

Age-Sexe	0--29 ans		30--39 ans		> ou = 60 ans		Total
Étiologie	M	F	M	F	M	F	M+F
Encéphalopathie hépatique	0	0	7	1	1	1	10
Infection VIH	0	1	6	0	0	0	7
Neuropaludisme	2	2	0	0	0	0	4
Diabète	0	0	2	1	0	1	4
Infection urinaire	0	0	1	0	0	2	3
Épilepsie	1	0	1	0	0	0	2
Affection cardio-vasculaire	0	0	0	0	1	1	2
Pneumopathie non spécifique	0	0	1	0	0	0	1
Traumatisme crânien	1	0	0	0	0	0	1
Étiologie	0	1	1	0	0	0	2
Total	4	4	19	2	2	5	36

Dans la tranche d'âge constituée 0--29 ans les deux sexes ont été atteints de façon égale .Par contre dans la tranche d'âge constituée 30--59 ans les hommes plus atteints que les femmes , contrairement à la tranche d'âge de 60 ans et plus (Tableau XXII) .

3.2.8 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÂGE ET L'ÉVOLUTION

TABLEAU XXIII : Répartition des malades selon l'âge et l'évolution

Âge	0--29 ans	30--59 ans	> ou = 60 ans	Total
Évolution				
Favorable (décès)	8	13	5	26
Défavorable	0	8	2	10
Total	8	21	7	36

Chi²= 22,71 d.d.l= 24 p=0,53

Dans la tranche d'âge constituée 0--29 ans aucun décès n'a été observé .Quelque soit l'âge l'évolution peut être favorable ou défavorable .

3.2.9 RÉPARTITION DES MALADES SELON LA TRANCHE D'ÂGE LE SEXE ET L'ÉVOLUTION

TABLEAU XXIX: Répartition des malades selon l'âge le sexe et l'évolution

Age-Sexe Évolution	0--29 ans		30--39 ans		> ou = 60 ans		Total M+F
	M	F	M	F	M	F	
Favorable	4	4	10	2	1	4	26
Défavorable (décès)	0	0	9	0	1	1	10
Total	4	4	19	2	2	5	36

Le taux de décès élevé a été observé chez les hommes dans la tranche d'âge de 30--59 ans .

3.2.10 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÉVOLUTION ET L'ÉTIOLOGIE

TABLEAU XXX : Répartition des malades selon l'étiologie et l'évolution

Évolution Étiologie	Favorable	Défavorable (décès)	Total
Affection cardio-vasculaire	2	0	2
Diabète	3	1(25%)	4
Encéphalopathie Hépatique	6	4(40%)	10
Épilepsie	2	0	2
Étiologie Indéterminée	1	1(50%)	2
Infection Urinaire	1	2(66,66%)	3
Infection VIH	6	1(14,28)	7
Neuropaludisme	4	0	4
Pneumopathie non spécifique	0	1(100%)	1
Traumatisme Crânien	1	0	1
Total	26	10	36

$\text{Chi}^2=10,21$ d.d.l= 10,21 $p=0,3337$

L'évolution a été favorable pour tous les cas de neuropaludisme , d'épilepsie , et pour le traumatisé crânien .Le plus grand taux de létalité a été observé chez les patients souffrant d'encéphalopathie hépatique .

3.2.11 RÉPARTITION DES MALADES SELON L'ÉVOLUTION ET LES STADES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE

TABLEAU XXXI : Répartition des malades selon l'évolution et les stades de déstructuration de la conscience

Évolution	Favorable	Défavorable	Total
Stades de D.C			
Obnubilation	8	7	15
Stupeur	4	1	5
Confusion mentale	14	2	16
Total	26	10	36

D.C : Déstructuration de la Conscience

Chi²= 4,57 OR=5,25 p=0,032

46,67% de nos patients ayant présenté une obnubilation de la conscience sont décédés. Cette différence est statistiquement significative .

3.2.12 RÉPARTITION DES MALADES SELON LES STADES DE DÉSTRUCTURATION DE LA CONSCIENCE ET L'ÉTILOGIE

TABLEAU XXXII : Répartition des malades selon les stades de déstructuration de la conscience et l'étiologie

Stades de D.C	Obnubilation	Stupeur	Confusion mentale	Total
Étiologie				
Affection cardio-vasculaire	0	1	1	2
Diabète	1	0	3	4
Encéphalopathie hépatique	8	1	1	10
Épilepsie	0	0	2	2
Étiologie indéterminée	0	0	2	2
Infection Urinaire	1	1	1	3
Infection VIH	3	1	3	7
Neuropaludisme	1	1	2	4
Pneumopathie non spécifique	1	0	0	1
Traumatisme crânien	0	0	1	1
Total	15	5	16	36

80% des malades atteints d'encéphalopathie hépatique ont présenté une obnubilation de la conscience .

4- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1 ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Notre étude est une étude hospitalière , menée dans deux services à recrutement adulte . Elle analyse des données relatives chez des malades suivis par nous même sur une période de 16 mois . Elle a été entièrement prospective en Médecine Interne et en Psychiatrie .

Elle permet de constater que l'état confusionnel est fréquent en Médecine Interne de l'hôpital du point G avec une incidence estimée à 2 nouveaux cas /mois/67 malades hospitalisés . En psychiatrie , l'incidence est estimée à 3 nouveaux cas /an/372 malades hospitalisés . En effet THALASSINOS.M et collaborateurs , dans une étude épidémiologique faite dans un service de Médecine Interne sur les troubles mentaux chez les sujets âgés hospitalisés trouvent que le delirium représente 3% de ces affections (30) . Le taux obtenu en Psychiatrie est inférieur à celui retrouvé par COULIBALY B et Collaborateurs (8) en 1983 dans une étude faite dans le service de Psychiatrie où ils ont enregistré 10 cas d'états confusionnel et confuso-onirique sur une période de 6 mois .

Il serait hasardeux d'extrapoler les cas observés à l'échelle de la population en raison du caractère hospitalier de notre travail . Mais certains arguments permettent de penser que la prévalence des états confusionnels est élevée au Mali :

- 1) les malades ne consultent que très tardivement, et seulement après échec des thérapeutiques traditionnelles multiples et répétées. On peut donc penser que certains malades décèdent sans recourir aux prestations hospitalières ;
- 2) notre étude n'a concerné que le seul hôpital du Point G et uniquement les services de Médecine Interne et Psychiatrie ;
- 3) la fréquence des étiologies organiques parasitaires et infectieuses ;
- 4) la négligence voire la banalisation du syndrome confusionnel ;
- 5) enfin notre recrutement ne tient pas compte des états comateux ,ou déments, et des affections psychiatriques chroniques .

Notre étude étant la première au Mali dans ce domaine, nous ne pouvons pas faire une comparaison entre l'incidence antérieure et actuelle .

L'âge moyen de notre population est de 43,5 ans . Cette moyenne d'âge est inférieure à celle rapportée par les autres auteurs (1,2,7,10,11, 20,30 ,31) , qui trouvent que l'âge supérieur à 60 ans est un facteur prédisposant . LALLONDE ,GRUMBERG et collaborateurs retiennent que l'incidence du delirium est 2 fois plus élevée chez les gens âgés de 75 ans et plus que chez ceux de 65 à 74 ans (20) . Cette différence s'explique probablement par une espérance de vie plus courte au Mali . La Banque Mondiale rapportait en 1994 que seulement 3,4 à 6% des populations du Sud du Sahara avaient plus de 60 ans . Dans notre recrutement seulement 19,44% de nos malades avaient 60 ans et plus .

La répartition de nos malades en fonction du sexe montre une prédominance masculine . Cependant certains auteurs trouvent une prédominance féminine (30) , mais sur un échantillon plus réduit de 17 malades (13 femmes , 4 hommes) en 1992 .

La répartition ethnique de nos malades permet de constater que les trois ethnies prédominantes sont les Bambara, les Peulhs et les Sonrhais . Cela reflète la distribution ethnique de la population du Mali .

Lorsqu'on analyse les catégories professionnelles , les Fonctionnaires et les ménagères sont les plus fréquemment touchés par la maladie.

Cette fréquence élevée des ménagères dans notre échantillon peut se comprendre par une proportion plus importante des ménagères parmi la population de Bamako d'où viennent la majorité de nos malades , celui des fonctionnaires peut s'expliquer par le fait qu'ils consultent plus à l'hôpital que les autres (cultivateurs, artisans) .

La répartition de nos malades selon la provenance montre que la majorité de nos patients viennent de Bamako . Cela s'explique par le fait que l'hôpital du Point G est situé à Bamako .

4.2 ASPECTS CLINIQUES

L'analyse des aspects cliniques des états confusionnels de notre recrutement permet de constater que la conscience était déstructurée suivant les stades suivants : la confusion mentale , l'obnubilation , et la stupeur . Ces différents stades étaient associés aux signes suivants : un langage décousu , des réponses verbales se produisant après un temps de latence , une réaction aux excitations externes par stimulation verbale , une perception confuse , une pensée ralentie dans son cours , une amnésie lacunaire , une apathie , et un délire rarement associé à un onirisme . Ces différents signes se retrouvent dans la définition du delirium selon le DSM III_ : une détérioration cognitive globale de début récent associée à des perturbations de la capacité d'attention , du cycle veille/sommeil et de l'activité psychomotrice (1).

CLEMENT.J.P décrit en 1994 le syndrome confusionnel comme étant classiquement l'association d'une obnubilation de la conscience , d'une désorientation temporo-spatiale , d'un onirisme, et des signes généraux (7) .

Il trouve que le bouleversement de la conscience , marqué par une atteinte de la vigilance est d'installation plus progressive chez l'adulte , et que l'intensité atteint rarement le niveau stuporeux . Cela est conforme à nos résultats où seulement 13,8% de nos patients ont présenté un état stuporeux .

Dans notre série 5 cas de stupeur ont été observés chez patients présentant :

2 cas d'infections urinaire et VIH , un cas de neuropaludisme , un cas d'encéphalopathie hépatique , et un cas d'affection cardio-vasculaire . En effet BENEZECH.M en 1994 trouvait que la stupeur s'observait principalement dans les états confusionnels d'origine infectieuse ou toxique (5) .

Le désordre cognitif global avec altération perceptive , désorientation temporo-spatiale , dysmnésie , pensée désorganisée , propos décousus, apathie , et délire onirique a été retrouvé par beaucoup d'auteurs (1,6,7,12,13,26).

Dans notre série nos patients ont présenté un regard lointain , une mimique inadaptée, une tenue négligée , une attitude tantôt hostile ,tantôt coopérative . Ces aspects rappellent ceux rapportés par certains auteurs (1,7).

Les signes généraux observés ont été l'altération de l'état général, la fièvre, la déshydratation, et la fluctuation tensionnelle . Ces signes ont été décrits par CLEMENT.J.P, qui trouve que ces signes généraux dépendent de la cause déclenchante qui, lorsqu'elle est somatique les aggrave nettement . La prédominance de altération de l'état général observée dans notre série s'explique probablement par la fréquence des étiologie somatiques .

Les étiologies des états confusionnels de notre série se répartissent de la manière suivante :

- étiologies infectieuse et parasitaire : infection VIH, infection urinaire, et pulmonaire , neuropaludisme . Ces étiologies ont constitué 41,67%, soit 15 cas;
- étiologies endocrino-metaboliques : diabète , encéphalopathie hépatique . Elles ont constitué 38,89% soit 14 cas ;
- affections cérébrales : épilepsie , traumatisme crânien , 3 cas soit 8,33% ;
- affections cardio-vasculaires : un cas d'AVC hypertensif, un cas de cardiomyopathie , soit 5,55% ;
- étiologies non connues : 2 cas soit 5,55% .

Nos étiologies sont conformes à celles décrites dans la littérature par certains auteurs (1,7) . Nous n'avons pas retrouvé de cause médicamenteuse chez nos patients , cela s'explique par le fait que nous ne pouvons pas doser les taux sanguins des médicaments dans notre recherche étiologique .

La fréquence des étiologies endocrino-métaboliques dans notre série peut s'expliquer par le lieu de l'étude (Médecine Interne) . KREMPF.M rapporte en 1991 que l'état confusionnel chez le diabétique serait lié à une souffrance des cellules corticales consécutive à une hypoglycémie (18) .

Les états confusionnels survenus chez nos patients souffrant d'encéphalopathie hépatique ont été observés aux stades II et III de l'encéphalopathie clinique décrits par PETER .F (27) .

En effet SEPTIEN .L et GIROUD .M trouvent que les intoxications et les affections métaboliques sont fréquemment responsables des syndromes confusionnels (29) .

Les causes infectieuses sont prédominantes dans notre série , notamment l'infection VIH . DEBRIONNE et Collaborateurs (9) en FRANCE rapportent que l'infection VIH serait responsable d'encéphalopathie virale chez 36% des patients infectés , soit par l'action directe du VIH , soit par une infection par des virus ou des germes opportunistes , ou à des lésions néoplasiques (lymphomes ou métastases de sarcome de Kaposi) .

CASTRENA et Collaborateurs en FRANCE dans une étude rétrospective réalisée en 1994 rapportent que 39 patients sur 65 séropositifs avaient présenté une confusion mentale associée le plus souvent à une hyperthermie , à des troubles de la vigilance et de l'humeur (6) .

Le neuropaludisme a été responsable d'états confusionnels dans notre série dans 11,11% des cas . Cela est conforme aux données de la littérature , NEUMAN et Collaborateurs ont rapporté en 1992 un cas de neuropaludisme responsable d'un état confusionnel observé chez un patient Comorien de 30 ans (25) . Cette étiologie peut être fréquemment rapporté dans les études africaines .

Les autres étiologies cérébrales et cardio-vasculaires ont été décrites par beaucoup d'auteurs (1,10,11,15,19,20,27) .

Dans notre série 2 cas de syndromes confusionnels restent sans étiologie malgré nos investigations réalisées , cela reste conforme aux données de la littérature rapportées par LALLONDE , GRUMBERG et Collaborateurs qui trouvent que les causes restent inconnues dans 5 à 20% des cas (20) .

En fonction de l'âge nous avons observé des variations étiologiques dans notre série : le neuropaludisme , le traumatisme crânien , l'infection VIH , et l'encéphalopathie hépatique ont été observé chez nos patients de moins de 60 ans , par contre les infections urinaires et les affections cardiovasculaires ont été dominantes chez les patients de 60 ans et plus . Cela est conforme aux données de la littérature rapportées par certains auteurs (4, 14, 7, 29) , mais d'autres trouvent que chez les personnes âgées la prise de médicaments constitue l'une des principales causes de delirium (20, 32) .

Le tableau ci dessous illustre la répartition des étiologies des états confusionnels selon les auteurs .

Tableau comparatif des étiologies des états confusionnels de notre série avec les autres auteurs (1, 7) : XXXIII

Étiologies (1)	des états (7)	confusionnels notre série
Infections : pneumonie, infection urinaire, septicémie, méningite, encéphalite, tuberculose ,ulcérations cutanées infectées, diverticulite	Infections: urinaires, respiratoires, septicémiques	Infections: VIH, urinaires, pulmonaire , parasitaire (neuropaludisme)
Maladies cardiaques : ischémie, infarctus du myocarde, dysrythmies, endocardite bactérienne subaiguë	affections cardio-vasculaires: insuffisance cardiaque, troubles du rythme, infarctus du myocarde, hypertension et hypotension artérielles	Affections cardio-vasculaires : accident vasculaire cérébral d'origine hypertensive , cardiomyopathie
Traumatismes: hématome sous dural, fracture (particulièrement du fémur)	Ateintes cérébrales: tumeurs, accidents vasculaires cérébraux, hématomes sous duraux ,état de mal non convulsif, méningites , et hémorragies méningées	Affections cérébrales: traumatisme crânien , épilepsie
Neoplasies: tumeur cérébrale, métastase cérébrale , syndrome paranéoplasique	Interventions chirurgicales: surtout s'il y a eu anesthésie générale et réanimation	
Troubles métaboliques: hyponatremie, hypokaliémie, hypo ou hypercalcémie, hypoglycémie , ou acidocétose, insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique , hyper ou hypothyroïdie , anémie	Troubles endocrino-métaboliques: diabète , hypo- ou hyperthyroïdie, hypercalcémie, malnutrition et avitaminose(B12, folates), encéphalopathie, hépatique, ou respiratoire, hyperazotémie, anémies	Troubles endocrino-métaboliques : diabète(hypoglycémie, acidocétose) , encéphalopathie hépatique
Médicaments: antidépresseurs, anticholinergiques, diphenylhydantoïne, barbituriques, digoxine, levodopa, bromures	Médicaments: anticholinergiques (antidépresseurs , correcteurs antiparkinsonniens), traitements cardio-vasculaires(diurétiques, methyl dopa propanolol, digitaliques), benzodiazépines(surtout à demi-vie longue), cimetidine, antispasmodiques atropiniques, antalgiques centraux , dopathérapie, antimétaboliques	
Post chirurgie Divers: constipation, fécalome, rétention urinaire, artérite, infarctus mésentérique	Déshydratation , hypo- ou hypernatremie , Rétention urinaire, iléus, fécalome, diarrhées	Hyponatremie, déshydratation

4.3 LES ASPECTS BIOLOGIQUES

L'analyse du taux d'hémoglobine permet de constater que 36% de nos malades ayant bénéficié d'un hémogramme sont anémiques . Cette anémie a été microcytaire et macrocytaire dans les mêmes proportions (11%) . L'anémie microcytaire a été associée à des étiologies infectieuse (infection VIH) et parasitaire (neuropaludisme) , tandis que l'anémie macrocytaire a été associée à des étiologies métabolique (encéphalopathie hépatique , diabète) et infectieuse (infection VIH) . En effet des syndromes confusionnels associés à des anémies ont été décrits dans la littérature (2) . Cela est conforme à la nature étiologique de ces syndromes . Cette étude ne permet pas d'affirmer la nature étiologique de ces anémies , faute d'explorations appropriées .

Deux cas d'hyperleucocytose ont été observés associés à des étiologies infectieuse (pneumopathie) et métabolique (encéphalopathie hépatique) . L'hyperleucocytose dans le premier cas peut s'expliquer par l'infection pulmonaire , et dans le deuxième cas il peut y avoir une association morbide que nous n'avons pas pu mettre en évidence . Ces mêmes malades ont présenté une thrombopénie dont l'explication est probablement une association morbide . Ces deux patients ont eu tous une évolution défavorable. L'hypoglycémie observée chez nos patients peut s'expliquer par l'étiologie de l'état confusionnel à laquelle elle était associée (diabète encéphalopathie hépatique) (18, 23) .

Parmi les 6 patients ayant bénéficié d'un ionogramme sanguin 66,67% (n=4) présentaient une hyponatrémie qui était associée à des étiologies infectieuse (infections urinaire et VIH) et métabolique (encéphalopathie hépatique) . Cette hyponatremie a été retrouvé par certains auteurs (1,2,7,20) .

L'EEG a été réalisée seulement chez deux de nos patients . Nous n'avons pas pu le réaliser chez tous les patients pour des conditions technique et financière . La plupart des auteurs ont cité l'EEG parmi les examens systématiques devant tout syndrome confusionnel (1,2,6,20), contrairement à SEPTIEN.L et GIROUD .M qui le recommandent en l'absence de cause décelable par les examens biologiques (29) .

4.4 LES ASPECTS ÉVOLUTIFS ET PRONOSTIQUES

Les études internationales portées sur ces états font ressortir le rôle défavorable de certains paramètres au moment du diagnostic . Ce sont l'âge avancé , l'étiologie somatique , la polyopathie , la polypharmacie , la malnutrition , l'éthylisme , les lésions cérébrales préexistantes , les épisodes de delirium antérieur , les privations sensorielles et les troubles du sommeil (1,2,7,20) . Dans notre étude nous n'avons pas trouvé globalement de différence pronostique en fonction de l'âge et du sexe . Toutefois la déstructuration de la conscience n'est pas un facteur de gravité pour le pronostic . La proportion des sujets âgés de notre échantillon est trop petite pour en déduire une conclusion formelle . Il semble cependant que le pronostic dépend surtout de l'étiologie de l'état confusionnel dans notre série . Un état confusionnel survenu chez un patient atteint de SIDA ou de cirrhose hépatique est un critère de gravité et un indice de complication initiale (2) . Il nous semble devoir souligner enfin le rôle favorable de la prise en charge précoce et du diagnostic étiologique . Tous les cas d'états confusionnels liés à des étiologies curables sont favorablement résolus , une fois la cause traitée . AZORIN.M et Collaborateurs rapportent qu'en Médecine Interne , environ 12% des patients répondant au diagnostic de syndrome cérébral organique aigu ont une issue fatale , et que le pronostic dépend de l'étiologie organique (2) .

Nous n'avons pas observé des séquelles psychiques chez nos patients . Ceci s'explique probablement par une déperdition importante des malades et par le diagnostic étiologique . Cependant un cas d'amnésie sequellaire a été observée chez une de nos patientes âgée de 17 ans revue en consultation externe 3 mois après son épisode confusionnel dont l'étiologie était un neuropaludisme .

**5- CONCLUSION
&
RECOMMENDATIONS**

Les données obtenues au terme de cette étude permettent de conclure que les états confusionnels présentent au Mali des aspects épidémiologiques particuliers à cause de sa fréquence , de sa survenue à un âge jeune , avec une prédominance pour les professions de femmes au foyer et des fonctionnaires .

Les troubles de la conscience sont la confusion mentale , l'obnubilation , et la stupeur constamment associés à une désorientation temporospatiale.

Les étiologies infectieuse et métabolique sont prédominantes . L'étiologie parasitaire est particulière .

Le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et son aspect péjoratif dépend de l'étiologie de l'état confusionnel .

Certaines approches permettent de mieux faciliter la prise en charge :

- la recherche étiologique par l'amélioration des techniques du laboratoire dans le domaine des examens systématiques (hémogramme, glycémie , azotémie, calcémie, gaz du sang , bilan hépatique, goutte épaisse , sérologie HIV) ;

- la pratique systématique lors de la prise en charge d'un malade confus d'un examen neurologique à la recherche de signes de localisation , un examen général à la recherche d'une insuffisance polyviscérale , et un examen psychiatrique à l'aide d'une échelle d'état confusionnel .

- la pratique systématique d'un EEG ou d'un scanner chez tout malade confus , en multipliant les centres dotés d'electroencephalographe , et de scanner ;

- la formation continue des médecins praticiens

Aux praticiens :

Ces phrases de NAKAB GILLES :< l'aspect essentiellement médical de cette entité , à priori polymorphe qu'est l'état confusionnel , et d'en rappeler la cohérence clinique ce qui devrait participer à une prise en charge plus précoce , plus adaptée et donc meilleure . Nous espérons ainsi que l'étiquette <<psy>> impliquant une mise en attente du passage du psychiatre soit remplacée par celle d'un patient en souffrance cérébrale dont les causes sont avant tout médicales et iatrogènes (24) >.

Au delà du traitement spécifique de la cause et de son retentissement , les qualités primordiales des soignants que sont la disponibilité , l'écoute attentive , et la présence humaine sont certainement les garanties de bons soins et d'une évolution favorable au moment de l'épisode confusionnel et post confusionnel .

RESUME

RESUME

L'objet de notre travail était de décrire les aspects cliniques , étiologiques ,et épidémiologiques des états confusionnels dans le service de Médecine Interne ,et de Psychiatrie de l'HÔPITAL National du Point « G » .

A l'issue de cette étude il apparaît que les états confusionnels représentent 3% des affections en Médecine Interne , et 0,8% des affections en Psychiatrie chez les malades hospitalisés .

Ils s'observent chez l'adulte jeune , avec une prédominance pour les professions de fonctionnaires et de femmes au foyer .

Les troubles de la conscience sont la confusion mentale , l'obnubilation de la conscience et rarement la stupeur , fréquemment associés à une désorientation temporospatiale . Les étiologies infectieuse et métaboliques sont prédominantes et représentent 80,56% . L'étiologie organique est retrouvée dans 94,45% des cas.

La pratique systématique d'un examen somatique général , d'un examen neurologique , et d'un examen psychiatrique associés à des examens complémentaires (glycémie , créatinémie, azotémie , ionogramme sanguin , hémogramme , bilan hépatique , sérologie HIV , EEG) sont nécessaires .

Le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et son aspect péjoratif dépend de l'étiologie en cause .

BIBLIOGRAPHIE

1- ARCAND M , HEBERT R .

Delirium in Précis Pratique de Gériatrie Edisem St Hyacinthe ,(Québec Canada), 1 ere édition 1987, P 125 131 ; 629 pages.

2- AZORIN J M , DASSA D , TRAMONI V , PERETTI P , DONNET A .

Confusion mentale Editions techniques Encycl Med Chir (Paris France) psychiatrie, 37124A10,1992 ,9p

3-BASSETI C , REGLI F .

Les états confusionnels aigus . Analyse de 64 cas observés en milieu neurologique . Schweizersche Rundschau fur Medizin Praxis .1994 ; 83(8) : 226-31

4- BECKER H , AUTRET A .

Syndrome confusionnel . Orientation diagnostique , Revue du Praticien (Paris) 1995 (45) 255-60 .

5- BENEZECH M .

Stupeurs de l'angoisse à l'extase PRATICIEN du SUD OUEST (BORDEAUX) 1989 ;fev. : 5-6

6- CASTRESANA A , NKANGA N , ROUHANI S , MANICOM R , POENARU S .

Etude électroencéphalographique des atteintes encéphaliques dans soixante - cinq cas de SIDA . Sem Hop (Paris) 70 ème année N° 27/28 , 22 , 29 ,Septembre 1994 801-807

7- CLEMENT J P .

Etats Confusionnels et Délirants Orientations Diagnostiques et Therapeutiques . Rev .Prat.(Paris) .1991 , 44, 11 1443-1446

8- COULIBALY B , KOUMARE B , COUDRAY J P .

La demande de soins psychiatriques au Mali . Psychopathologie Africaine ; 1983, XIX, 3, 261-286

9- DEBRIOME M H , TORRENTE J , RAFFAITIN F .

Actualités des Troubles Neuropsychiatriques du SIDA . Synapse 1992 ; 88 :58-69

10 - DONGMO L, CAMARA P .

La Confusion Aigue du Sujet Agé : Penser à l'hématome sous dural chronique
Revue de Med de Tours .1990 ; 24 (5,6) :151-153 .

11- DUCHE B, LOISEAU P .

L'état de mal non convulsif : une origine des Confusions du Sujet âgé.Praticien
du Sud Ouest 20 Novembre 1988 (Bordeaux) P 10

12 - EDANG G .

Un Syndrome Confusionnel Rev. Prat.(Paris) 1992 P 42-3

13 - EY H .

Les Psychoses Confusionnelles in Manuel de Psychiatrie 310-328 , 5ème
édition Masson Paris New York Barcelone Milan 1978 1252 Pages

14 - HAIDARO S A, DOUMBO O, TRAORE A H, KOITA O , DEMBELE M, DOLO A , PICHARD E, DIALLO A N .

La Place du Paludisme dans les Syndromes febriles en Médecine Interne à
L'hôpital du Point G. Médecine d'Afrique Noire ; 1991 ; 38 (2) 110-7.

15 - HANUS M .

Les états d'agitation .Progr.Méd, 1968 ; 96 : 15-24

16 - HAMILTON M (HAMA) .

Échelle d'appréciation de l'anxiété

17- KORALNIK I J, HIRSCHEL B .

Complications Neurologiques de l'infection par le VIH . La Presse Médicale ,
1991 ; 20 (24) : 1129-1135 .

18 - KREMPF M .

Troubles de la Conscience chez un Diabétique : Orientation Diagnostique .
Rev. Prat .(Paris) , 1991 ; 41(24) : 2517-2523.

19 - LABOUCARIE J .

Conduites Therapeutiques d'urgence en Psychiatrie . Les Etats d'Agitation
Aigus. Concours Médical 9-111-1968 , 90-10 , 2011-18

20- LALONDE,GRUNBERG et collaborateurs .

Syndromes Cérébraux Organiques in Psychiatrie Clinique approche bio-
psycho-sociale , gaetan morin éditeur , Boucherville , Quebec , Canada ,1988 ,
P 427-431 , 2 eme édition 1348 pages

21- LINARD F, BEAU P, SILVESTRE D .

Psychiatrie et Infections VIH chez l'adulte Editions Techniques. Encycl. Med. Chir.(Paris) Psychiatrie , 37-550 A 20, 1995,11p

22 - LOTSTRA F, FRANCOIS A .

Delirium ou état confusionnel aigu chez la personne âgée , Revue medicale de Bruxelles . 15(4): 274-6, 1994 Jul-Aug.

23 - MONFORT J C .

Troubles organiques liés à certaines affections psychiatriques Diagnostic et Traitement Rev. Prat (Paris) 1990 P 30-40 .

24- NAKAB G.

La Confusion Mentale SOINS 1993 Mars (570)P 23-5.

25 - NEUMAN E, ALLILAINE J F, SIGNORET J L .

Le Neuropaludisme est -il un Thrombophlebite cérébrale Semaine des Hopitaux 69 ème année N° 8 . 25 Fevrier 1993 229-235 .

26 -PELICIER Y .

Troubles Mentaux Secondaires à une Affection Somatique Générale in Guide Pratique Pour le Praticien 158- 169 3ème édition Masson et Cie Editeurs , Paris ,1975 , 215 Pages

27 - PETER F .

Encephalopathie hépatique in Hépatologie clinique , page 473 --483, Flammarion et Cie Editeurs ,1993 , Paris France , 1642 pages .

28- PETIT M et EDOU D .

Troubles de la Conscience (vigilance) Encycl. Méd Chir(Paris France) Psychiatrie 37124A10 ,2 1985 8P.

29- SEPTIEN L GIROUD M .

Conduite à tenir devant une confusion mentale aiguë Concours Médical ,1993 ;115 (24) : 2055 - 2058 .

30- THALASSINOS M, MASSON C , ROUILLON F , VINCENEUX P , LEMPERIERE T.

Troubles Mentaux chez les Sujets âgés Hospitalisés . Etude Epidemilogique dans un Service de Medecine Interne . La Presse Med , 1992 ; 21 (20) : 929-333 .

31-WEED H G, LUTMAN C V, YOUNG D C, SCHULLER D E .

Preoperative identification of Patients at risk for Delirium after major Head and neck Cancer Surgery . Laryngoscope 105 (10) : 1066-8 , 1995 oct.

32- VEZINA J, CAPPELIEZ P, LANDREVILLE P.

Désordres Cérébraux Organiques in Psychologie Gerontologique gaetan morin éditeur P 373-376 Quebec Canada .

ANNEXE

ABBREVIATIONS :

AEG =	Altération de l'Etat Général
BDC =	Bruits du Cœur
CCMH =	Concentration Corpusculaire Moyenne en hemoglobine
DCI =	Denomination Commune Internationale
EEG =	Electroencephalogramme
EPU =	Enseignement Post Universitaire
GB =	Globules Blancs
GR =	Globules Rouges
HTE =	Hematocrite
HB =	Hemoglobine
HIV =	Virus de l'Immuno-deficience
K+ =	Potassium
L =	Lymphocytes
LCR =	Liquide Cephalo Rachidien
M =	Monocytes
Na + =	Sodium
NFS =	Numeration Formule Sanguine
OGE =	Organes Genitiaux Externes
PB =	Polynucleaires Basophiles
PE =	Polynucleaires Eosinophiles
PN =	Polynucleaires Neutrophiles
Reticulo =	Reticulocytes
TGMH =	Teneur Globulaire Moyenne en Hemoglobine
T° =	Temperature
TA =	Tension Arterielle
TR =	Toucher Rectal
TV =	Toucher Vaginal
VS =	Vitesse de Sedimentation

IV SIGNES PHYSIQUES

A - EXAMEN SOMATIQUE GENERAL :

Etat général :

Poids :

Taille :

T° :

1- Abdomen :

Foie :

rate :

2 - Yeux :

3 - Thyroïde :

4 - Cœur et vaisseaux :

T.A :

Pouls :

B.D.C :

5 - Poumons :

6- Ganglions :

7- Appareil Génital :

OGE :

TR :

TV :

Dernières règles :

8- Peau :

B - EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

Présentation du malade :

Aspect : habillement :

cheveux :

propreté :

teint :

regard :

mimique :

Attitude (contact) : coopérative : oui non
hostile : oui non

Echelle des signes observés au cours des différents stades de déstructuration de la conscience :

Cotation de l'échelle = 0-1-2-3

Entourer la réponse correspondante au stade observé et les différents signes d'examen du malade .

0 = trouble absent

1 = trouble léger

2 = trouble moyen

3 = trouble important

■ **Etat confusionnel léger = 9-15 points**

■ **Etat confusionnel moyen = 16-25 points**

■ **Etat confusionnel profond = 26-33 points**

Stade de déstructuration de la conscience - Lucidité - Obnubilation - Stupeur - Confusion mentale	0	1	2	3
1 - Orientation - Bien orienté - Troubles légers - Désorienté dans le temps et l'espace - Perte totale de tous les repères	0	1	2	3
2-Langage - Langage spontané - Langage mal articulé - Langage décousu - Langage incompréhensible	0	1	2	3
3 Réponses verbales - Réponse correcte - Réponse se faisant avec un temps de latence - Réponse inappropriée - Réponse incompréhensible	0	1	2	3
4 Réactivité - Réaction d'éveil spontanée - Réaction aux excitations extérieures par stimulation verbale - Incoordination des sensations perçues	0	1	2	3
5 Perception - Perception correcte - Perception troublée avec exécution des ordres simples - Perception confuse - Hallucinations visuelles	0	1	2	3
6 Pensée - Pensée cohérente - Pensée ralentie dans son cours - Pensée ralentie et incohérente	0	1	2	3
7 Mémoire - Mémoire immédiate troublée - Mémoire à court terme troublée - Lacune amnésique	0	1	2	3
8 Humeur - Humeur normale (normothymie) - Euphorie - Apathie - Tristesse	0	1	2	3
9 Délire - Absent - Présent - Associé à un onirisme	0	1	2	3
10 Signes d'accompagnement - Fièvre ■ Déshydratation ■ - Hypertension ou hypotension	0	1	2	3

C EXAMEN NEUROLOGIQUE

1 - Examen de la coordination motrice et de l'équilibre :

Présent

Absent

- démarche
- épreuve doigt nez
- épreuve talon genou
- signe du ROMBERG

2- Examen de la sensibilité :

a- sensibilité superficielle

- tactile
- algique
- thermique

b- sensibilité profonde

- épreuve au diapason
- orientation des orteils
- graphesthésie

3- Examen des réflexes :

a- tendineux :

- rotuliens
- bicipitaux
- achilliens

b- superficiels :

- abdominaux
- cutaneo-plantaire
- Babinski

4- Examen de la motricité :

- force musculaire des deux côtés
- tonus musculaire par flexion et extension passives
- mouvements involontaires
- tremblements
- tics
- myoclonies

5- Paires crâniennes :

6- Champ visuel :

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- NFS :

- GR =

- HB =

- Hte =

- VGM=

- CCMH =

- TGMH =

- GB =

- PN =

- PE =

- PB=

- M =

- L =

Plaquettes =

Reticulocytes =

- VS :

- 1 ère heure

- 2 ème heure

- Goutte épaisse + frottis mince :

- LCR :

- cytologie

- chimie

- bactériologie

- Biochimie :

- glycémie

- créatinémie

- azotémie

- ionogramme sanguin :

- Na +

- K+

- Sérologie HIV :

- Autres examens :

V- TRAITEMENT RECU :

VI EVOLUTION :

VII CONCLUSION :

NOM : DICKO

PRENOM : Boubacar Morou

TITRE DE LA THESE : Les États confusionnels en Médecine Interne et en Psychiatrie de l'Hôpital National du Point « G » BAMAKO : A propos de 36 cas

ANNEE : 1996-1997

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DÉPÔT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali .

SECTEUR D'INTÉRÊT : Médecine Interne, Psychiatrie

RESUME : Les états confusionnels ou delirium est une affection qui présente , des étiologies essentiellement organiques dans les Services de Médecine Interne et de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point « G » .

C'est une affection de l'adulte jeune . Elle concerne autant les femmes que les hommes .

Elle associe cliniquement une déstructuration de la conscience à une désorientation temporo-spatiale et à des signes généraux .

Le pronostic de la maladie dépend de l'étiologie et de la prise en charge précoce.

MOTS CLES : État Confusionnel
Médecine Interne
Psychiatrie
Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté , de mes condisciples , devant l'effigie d'HIPPOCRATE , je promets et je jure , au nom de l'Etre Suprême , d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine .

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail , je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires .

Admis à l'intérieur des maisons , mes yeux ne verront pas ce qui se passe , ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs , ni à favoriser le crime .

Je ne permettrai pas que des considérations de religion , de nation , de race , de parti , ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient .

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception .

Même sous la menace , je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité .

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres , je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père .

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses .

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque .