

MINISTRE DE L'ÉDUCATION  
NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPÉRIEURE ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

République du MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



# Faculté de Médecine

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018-2019

THESE

N° \_\_\_\_\_

## DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL DU MALI DE BAMAKO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement le 28/10/2020

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par : M. Alou COULIBALY**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

### **JURY**

**PRESIDENTE** : Professeur SIDIBE Assa TRAORE

**MEMBRE** : Docteur Zoumana TRAORE

**CO-DIRECTRICE** : Docteur SOW Djénéba SYLLA

**DIRECTEUR** : Professeur Youssoufa Mamadou MAIGA

## **DEDICACES**

### **Je rends grâce à ALLAH :**

Le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux Qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour me permettre de mener à bien mes quotidiennes.

### **Je dédie ce modeste travail**

#### **A mon père Mory Coulibaly**

Trouve dans ce travail qui est aussi le tien le témoignage de mon amour et de ma reconnaissance infinie. Ton amour bienveillant, ton dévouement, ta rigueur et ta persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité, la dignité. Tu as toujours souhaité pour tes enfants les meilleures études et les meilleures conditions de vie.

Que Dieu te garde encore longtemps auprès de tes chers enfants afin que tu puisses goûter aux fruits de ton dur labeur !

#### **A ma mère Missiry Soucko**

Tu es le prototype même de la femme africaine, celle qui accepte de tout donner dans son foyer pour le bonheur de ses enfants, tu n'as ménagé aucun effort pour le bien-être, le confort et la réussite de tes enfants. Infatigable et compréhensive tu as toujours été présente lors de mes moments de peine et de joie.

Ce modeste travail ne suffit certes pas à effacer tant de souffrances endurées ; mais j'espère qu'il te donnera réconfort et fierté. Trouve ici l'expression de mon amour et sois assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

#### **A mes frères et sœurs**

**Baba ; Boukou; Makan, Mami, Mamadou, Sékou, Maman, Djoura, Yoh, Fabou, Moussa, Bagnini, Binta, Meya, Amadou, Madouni, Youssouf.**

Puisse ALLAH renforcer les liens sacrés qui nous unissent, ce travail est le résultat de votre précieux soutien.

Il est un devoir pour nous dans l'honneur, la dignité, et le respect d'être à la hauteur de nos admirables parents.

Que ce travail soit le gage de mon amour et de mon affection indéfectible, qu'il  
Puisse vous encourager à vous entraider les uns les autres pour consolider l'unité  
familiale si indispensable.

## **REMERCIEMENTS**

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail et dont j'ai oublié ici de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer, mais sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

### **Au personnel du service de médecine et endocrinologie**

Dr Samaké Awa Traoré, Dr Modibo Bouran Diallo ; Dr Modibo Mariko, Dr Bah Traoré, Dr Amadou Koné, Dr Djibril Traoré, Dr Massama Konaté, Dr Nouhoum Ouologuem, Dr Moctar Bah ; Dr Yacouba Diallo ; Dr Zoumana Traoré ; Dr Sow Djénéba Sylla merci à vous tous pour l'enseignement donné

### **Aux internes du service de médecine et d'endocrinologie :**

Moussa Coulibaly ; Moussa Tangara ; Alassane Kane ; Ismaël Samaké ; Modibo Diarra ; Dramane Traore ; Fatoumata Séméga ; Yaya Ganamé ; Morfing Kanté ; Mamadou Kaba Sissoko ; Mamoudou Touré ; Seydou Dembélé ; Amadou Riad ; Lamine Koita ; Bachaka Diarra ; Awa Bazzi.

Merci infiniment pour votre contribution

### **Au collectif du personnel infirmier de médecine et d'endocrinologie**

Merci de votre collaboration dans le service et ça été un plaisir pour moi de travailler avec vos côtés trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **Aux D.E.S de médecine et endocrinologie :**

Dr Seriba Fofana ; Dr Issa Guindo ; Dr Ousmane Sidibé ; Dr Dorine ; Dr Fanta Kanté ; Dr Wangara Aboubacrine Boubeye ; Dr Aboubacar Traoré ; Dr Mamadou Salif Diarra ; Dr Balla Grace ; Dr Mamadou Keita ; Dr Nimaga Mariam Maiga ; Dr Derrick Atieken

Vous avez été toujours présent pour nous guider sur le bon chemin. Vous avez fait de notre formation un de vos combats quotidiens. Recevez ici grand frère, le fruit de vos efforts bien mérités. Que Dieu vous donne de vivre le plus grand bonheur qui puisse exister sur terre !

**A tous mes enseignants** depuis l'école primaire, le Lycée jusqu'à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie pour l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié auprès de vous.

**A toute la 9ème promotion du numerus clausus.**

**A tous les étudiants de la FMOS et de pharmacie**

**A mes camarades de l'école fondamentale** et du Lycée jusqu'à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, pour le bon moment passé ensemble.

**A tous les patients** victimes d'AVC au monde, en particulier ceux du Mali et surtout ceux de l'hôpital du Mali, pour leur franche collaboration.

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

#### **Professeur SIDIBE Assa TRAORE**

- **Professeur titulaire en Endocrinologie, Maladies Métaboliques et nutrition à la FMOS ;**
- **Coordinatrice du DES d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition à la FMOS ;**
- **Première femme Maître de conférences Agrégée en Médecine au Mali,**
- **Présidente et membre fondatrice de la Société Malienne d'Endocrinologie et de Diabétologie SOMED ;**
- **Lauréate de la meilleure performance prescription à Alger en 2002 ;**
- **Présidente et membre fondatrice de la société malienne de pathologie SOMAPATH ;**
- **Membre titulaire de la Société Francophone Africaine du Diabète SFADE, de la Société Française d'Endocrinologie SFE, de la Société Française de Diabétologie SFDE ;**
- **Women of excellence de l'ambassade des Etats-Unis d'Amérique en 2012 ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

#### **Cher Maître,**

Nous n'avons pas eu le privilège de rester longtemps à vos côtés, mais nous avons été très touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous avez reçus à chaque fois que nous sollicitons votre service. Votre rigueur ; votre sens du travail bien accompli, mais surtout votre grand sens d'écoute et de sagesse, font de vous un scientifique de premier rang. Nous tenons à vous dire Merci. Veuillez cher maître croire, en l'expression de notre profonde gratitude et de tout notre respect.

### **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Dr Zoumana TRAORE**

- **Neurologue praticien hospitalier à l'hôpital du Mali**
- **Membre de la Société de Neurologie du Mali (SNM)**

**Cher Maître,**

Votre rigueur scientifique, vos éminentes qualités de pédagogue, votre souci constant de transmettre le savoir faire mais aussi le savoir être font de vous un excellent maître. Nous sommes fiers d'être énumérés parmi vos élèves. Pour tout le savoir que vous nous avez transmis à l'hôpital, chaque jour sans ménager votre santé, nous vous prions cher maître de croire à notre très sincère gratitude, et à notre fidélité. Que Dieu vous accorde une longue vie !!!

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE :**

**Docteur SOW Djénéba SYLLA**

- **Maitre assistante en endocrinologie, maladie métaboliques et nutrition à la FMOS ;**
- **Premier médecin référent en diabétologie au CS Réf commune I ;**
- **Praticienne hospitalière à l'Hôpital du Mali ;**
- **Consultante au CDC Atlanta ;**
- **Consultante au médecin du monde Belge ;**
- **DU en ETP du patient atteint de maladie chronique ;**
- **Membre fondateur de la SOMED ;**
- **Membre de la SFADE ;**
- **Membre de la société francophone de diabétologie et d'endocrinologie (SFDE) ;**
- **Chef de service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali**

**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant spontanément de codiriger cette thèse malgré vos nombreuses occupations.

Votre disponibilité, votre grande simplicité, votre abnégation pour la réussite de ce travail, vos brillantes qualités professionnelles et humaines, font de vous un maître admiré et respecté.

Veillez trouver ici, l'expression de notre vive reconnaissance et notre haute estime.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Pr Youssoufa Mamadou MAIGA**

- **Professeur titulaire des universités ;**
- **Formateur à l'académie Européenne de l'Epilepsie ;**
- **Membre de l'Académie Africaine de Neurologie ;**
- **Secrétaire général de la Ligue Malienne Contre l'Epilepsie (LMCE) ;**
- **Membre de l'Académie des 1000 de la Ligue Internationale de Lutte Contre l'Epilepsie ;**
- **Membre de la Société de Neurologie du Mali ;**
- **Membre de la Société Française de Neurologie ;**
- **Chef de service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE**

Cher maître,

C'est un grand plaisir et un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le faire malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité.

Les mots nous manquent pour exprimer l'admiration que nous éprouvons à votre égard. Nous garderons de vous l'image d'un maître Rigoureux, Scientifique et surtout d'une grande simplicité.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de nos sentiments les plus distingués. C'est avec un grand honneur et un immense plaisir que vous avez dirigé ce travail, malgré vos multiples préoccupations.

Votre immense expérience, l'entendue de votre savoir, votre esprit de méthode, votre rigueur scientifique, vos qualités de pédagogue, et votre dynamisme font de vous un maître accompli, admirable et respectée.

Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif nous ont conquis.

Emu par l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail, nous vous assurons, professeur de notre vive reconnaissance et notre gratitude.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**AVC** : Accident vasculaire cérébral

**AIT** : Accident ischémique transitoire

**AIC** : Accident ischémique constitué  
**ACA** : Artère cérébrale antérieure  
**ACM**: Artère Cérébral Moyen  
**AVK** : Anti Vitamine K  
**CIVD** : Coagulation intraveineuse disséminée  
**CHU**: Centre Hospitalo-Universitaire  
**DSC** : Débit Sanguin Cérébral  
**ECG**: Electrocardiographie  
**ETO**: Echographie Trans-OEsophagienne  
**FA** : Fibrillation auriculaire  
**FOP** : foramen ovale perméable  
**HIP** : Hémorragie intra parenchymateuse  
**HTA** : Hypertension artérielle  
**HLH** : Hémianopsie latérale homonyme  
**HSA**: Hémorragie Sous Arachnoïdienne  
**HTA**: Hypertension Artérielle  
**HIC**: Hémorragie Intra Cérébrale  
**HTIC**: Hypertension Intracrânienne  
**HLM**: hémianopsie latérale homonyme  
**IC** : Infarctus Cérébral  
**IRM**: Imagerie par résonance magnétique  
**MAV**: Malformation Arterio Vasculaire  
**MAV** : Malformation artérioveineuse  
**NIHSS**: National Institute of Health Stroke Score  
**NGC**: Noyaux Gris Centraux  
**OMS** : Organisation mondiale pour la santé  
**PAS**: Pression Artérielle Systolique  
**PAD**: Pression Artérielle Diastolique  
**PPC** : Pression de perfusion cérébrale

**PVC** : Pression veineuse cérébrale

**PIC** : Pression intracrâniennes

**PEC** : Prise en charge

**SFNV** : Société Française de Neuro Vasculaire

**TVC** : Thrombose Veineuse Cérébrale

**TVC** : Thrombose veineuse cérébrale

**TEO** : Taux d'extraction d'oxygène

**TSA**: Tronc Supra Aortique

**TDM**: Tomodensitométrie

**VSC**: Volume sanguin cérébral

## **SOMMAIRE**

INTRODUCTION.....1

OBJECTIF.....2

DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL  
DU MALI DE BAMAKO : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE

GENERALITE.....	3
METHODOLOGIE.....	27
RESULTATS.....	32
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	40
CONCLUSION.....	43
RECOMMANDATIONS.....	44
REFERENCES.....	45
ANNEXES.....	50

## INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'accident vasculaire cérébral (AVC) comme étant « le développement rapide des signes cliniques localisés ou globaux de dysfonctionnement cérébral avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » (WHO, 1989).

La dépression peut être définie comme une pathologie mentale caractérisée par une altération pathologique, profonde et prolongée de l'humeur, orientée dans le sens de la tristesse, une souffrance morale et un ralentissement psychomoteur.

Manifestation psychiatrique la plus fréquente après un accident vasculaire cérébral (AVC), la dépression post AVC (DPAVC) affecte un tiers des survivants [1] et pourtant elle a demeuré longtemps non explorée comparativement à la démence vasculaire. C'est dans les années 70 que Robinson et al. [2] avaient mis en évidence des liens entre la dépression et les lésions cérébraux vasculaires au cours de leur étude expérimentale chez le rat. En ce moment est né le concept organique, défendu plus tard par Alexopoulos [3] et Krishnan [4] dans leurs études simultanées en 1997. Ce courant est renforcé par le fait que, la dépression majeure est beaucoup plus fréquente après un AVC qu'après d'autres événements entraînant le même degré de handicap chronique [5]. Par contre, les partisans du concept psychosocial soutiennent que la DPAVC est déterminée par les difficultés à gérer les conséquences physiques et psychologiques de l'AVC [6].

En Afrique, les études concernant la DPAVC ne sont pas nombreuses. Il existe néanmoins une étude cas-témoins et multicentrique qui a révélé une prévalence de 88,04% chez les cas contre 27,71% chez les témoins. La dépression était modérée en post AVC mais mineure chez les témoins [7]. Malgré ces données, la DPAVC reste méconnue sur le continent et par conséquent sous diagnostiquée. Sachant qu'elle a un impact négatif sur la récupération fonctionnelle, nous avons mené ce travail pour déterminer les aspects

épidémiologiques, cliniques les liens psychosociaux et ou\_organiques de la DPAVC à l'hôpital du Mali à Bamako.

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression chez les patients victimes d'AVC dans le service de médecine de l'hôpital du Mali.

### **2. Objectifs spécifiques**

- ❖ Déterminer la prévalence de la DPAVC dans le service de médecine de l'hôpital du Mali.
- ❖ Décrire le profil sociodémographique des patients victimes de DPAVC dans le service de médecine de l'hôpital du Mali
- ❖ Décrire les aspects cliniques de la DPAVC dans le service de médecine de l'hôpital du Mali.
- ❖ Déterminer l'influence des facteurs psychosociaux et ou organiques (dépendant du siège des lésions vasculaires) sur la DPAVC.

## **GENERALITES**

## **A. Généralités des accidents vasculaires cérébraux :**

### **1. DEFINITION ET DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX [8]**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) se définit comme étant « le développement rapide de signes cliniques localisés (ou globaux) de déficit ou de dysfonction cérébrale durant plus de 24 heures ou conduisant à la mort, sans cause apparente autre qu'une origine vasculaire »

Un AVC est un processus dynamique qui implique une atteinte organique ou fonctionnelle du parenchyme cérébral consécutif à une lésion vasculaire.

#### **2. La classification des accidents vasculaires cérébraux :**

Les AVC peuvent être d'origine ischémique ou hémorragique.

Les AVC hémorragiques regroupent les hémorragies primitivement intracérébrales ou intra-parenchymateuses (environ 15% des AVC), les hémorragies sous-arachnoïdiennes ou méningées (non traumatiques) et les hémorragies cérébro-méningées (environ 5% des AVC).

Les AVC ischémiques (AVCI) sont les plus fréquents (80 à 85% des AVC). Le terme « Accident Ischémique Cérébral » (AIC) regroupe les infarctus cérébraux et les accidents ischémiques transitoires (AIT).

Un AIT est défini comme la survenue d'un épisode de dysfonctionnement neurologique par ischémie cérébrale focalisée ou d'un épisode d'ischémie rétinienne, durant moins d'une heure et sans signe d'infarctus cérébral à l'imagerie cérébrale.

Un accident déficitaire est constitué lorsque le déficit neurologique atteint rapidement son maximum et dure plus de 24 h. Le qualificatif constitué se réfère à la stabilité du déficit et non pas à sa sévérité ou à son évolution secondaire

Les thrombophlébites cérébrales rares, représentent 0,1 à 9% des décès par AVC [9].

### **3. Diagnostic clinique de l'AVC**

#### **3.1. Diagnostic**

Un AVC doit être évoqué devant un déficit neurologique focal d'installation brutale ou d'évolution rapidement progressive.

La nature ischémique ou hémorragique d'un AVC peut être évoquée en fonction des données épidémiologiques (fréquence plus importante des infarctus cérébraux), du contexte et des signes cliniques [10].

En l'occurrence, les AVC I étant plus fréquents, surviennent le plus souvent chez des patients souffrant de maladie athéroscléreuse ou d'affection cardiaque emboligène.

Or les AVC H sont moins fréquents que les AVC I et ont une cinétique d'installation moins rapide, associés le plus souvent à des signes d'hypertension intracrânienne.

Cependant le diagnostic de l'AVC, le type et la topographie de la lésion relève de l'imagerie médicale notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et à défaut la Tomodensitométrie cérébrale.

#### **3.2. Diagnostic positif de l'Accident vasculaire cérébral ischémique [11].**

##### **3.2.1. Signes cliniques**

Ils sont fonction du territoire artériel concerné et de la latéralité du patient. On distingue ainsi les infarctus carotidiens (territoires de la cérébrale antérieure, de la cérébrale moyenne ou sylvienne et de la choroïdienne antérieure) des infarctus vertébrobasilaire (de la cérébrale postérieure, du tronc cérébral, du cervelet).

L'infarctus cérébral antérieur se manifeste par une hémiparésie à prédominance crurale avec signes sensitifs controlatéraux à la lésion (atteinte du lobule para centrale), une apraxie idéomotrice de la main et un syndrome frontal. En cas d'atteinte bilatérale et complète, un mutisme akinétique est observé.

Infarctus vertébrobasilaire

L'infarctus de l'artère cérébrale postérieure peut être superficielle ou profond. L'infarctus superficiel se manifeste par une hémianopsie latérale homonyme souvent isolée, parfois associée à une alexie, une agnosie visuelle (hémisphère majeur), des troubles de la représentation spatiale et prosopagnosie (hémisphère mineur).

L'infarctus du territoire profond se traduit par un syndrome thalamique caractérisé par des troubles sensitifs à tous les modes de l'hémicorps controlatéral, avec parfois apparition différée de douleurs intenses (jusqu'à l'hyperpathie), rarement mouvements anormaux de la main.

En cas d'infarctus bilatéral, possibilité de cécité corticale et de troubles mnésiques

(Syndrome de Korsakoff par atteinte bilatérale de la face interne des lobes temporaux).

L'infarctus du tronc cérébral peut être responsable de syndromes alternes (atteinte d'une paire crânienne du côté de la lésion et de la voie longue, sensitive ou motrice controlatérale). Par exemple : le syndrome de Millard-Gubler associe une atteinte du nerf facial (VII) et une hémiparésie controlatérale épargnant la face par infarctus protubérantiel. Ils peuvent être étagés et s'associer à des infarctus hémisphériques d'aval (artère cérébrale postérieure). Le plus fréquent de ces syndromes est le syndrome de Wallenberg qui associe : du côté de la lésion :

Atteinte des nerfs mixtes (IX et X): troubles de phonation et de déglutition (qui imposent un arrêt de l'alimentation orale), paralysie de l'hémi-voile et de l'hémi-pharynx (signe du rideau);

Hémi-syndrome cérébelleux (atteinte du pédoncule cérébelleux inférieur) ;

Atteinte vestibulaire avec nystagmus rotatoire (atteinte du noyau du VIII) ;

Atteinte du V : anesthésie de l'hémiface (racine descendante du trijumeau) ;

Syndrome de Claude-Bernard-Horner (CBH) (atteinte de la voie sympathique).

Du côté opposé : atteinte du faisceau spinothalamique avec anesthésie thermoalgique de l'hémicorps épargnant la face (réalisant avec l'atteinte du V un syndrome alterne sensitif) [25].

Petits infarctus profonds ou lacunes

Conséquence de l'occlusion d'une artériole perforante (diamètre 200 à 400 µm), ces infarctus sont dus le plus souvent à une artériopathie locale, la lipohyalinose.

Ces petits infarctus donnent lieu à des tableaux cliniques évocateurs, parmi lesquels quatre sont fréquents : hémiplégie motrice pure (localisation capsulaire interne) ; hémianesthésie pure, touchant un hémicorps ou à prédominance chéiro-orale (localisation thalamique) ;

dysarthrie + main malhabile (pied de la protubérance) ;

hémiparésie + ataxie (protubérance ou couronne rayonnante, c'est-à-dire substance blanche hémisphérique).

### **3.2.2 Signes para cliniques [12]**

La TDM cérébrale : elle peut être normale au début ou montrer une zone hypodense. Elle peut néanmoins identifier des signes précoces d'ischémie cérébrale tels qu'un effacement du noyau lenticulaire ou de la capsule externe par dédifférenciation substance blanche/substance grise, un effacement des sillons corticaux, une hypodensité systématisée au territoire artériel ou une hyperdensité au sein de l'artère occluse témoignant de la présence du thrombus (sylvienne blanche).

L'IRM cérébrale : elle permet d'identifier les infarctus de petite taille, y compris dans la fosse postérieure (où le scanner est limité), l'œdème cytotoxique de distinguer lésion récente et lésion ancienne, de délimiter la zone de pénombre ischémique.



**FIGURE1** : l'accident vasculaire cérébral ischémique

### **3.2.4 Diagnostic positif de l'accident vasculaire cérébral hémorragique**

#### **a. Signes cliniques**

Les signes cliniques sont d'installation brutale avec des signes déficitaires dépendant du volume et de la localisation de l'hématome. Les céphalées sont classiquement plus sévères qu'en cas d'infarctus et les troubles de la conscience plus précoces.

Les hémorragies hémisphériques sont les plus fréquentes et touchent les noyaux gris centraux (NGC).

L'hématome capsulo-lenticulaire se manifeste par une hémiplégié controlatérale proportionnelle avec des signes pyramidaux, une hémianesthésie d'intensité variable, une déviation de la tête et du regard vers la lésion en cas d'hématome volumineux, des troubles de la vigilance d'intensité variable.

L'hématome thalamique se traduit par une hémianesthésie ou hypoesthésie controlatérale, des troubles de la vigilance et un déficit moteur rapidement régressif.

L'hématome cérébelleux associe des céphalées, vomissements, une ataxie  
Cérébelleuse sans déficit sensitif ou moteur.

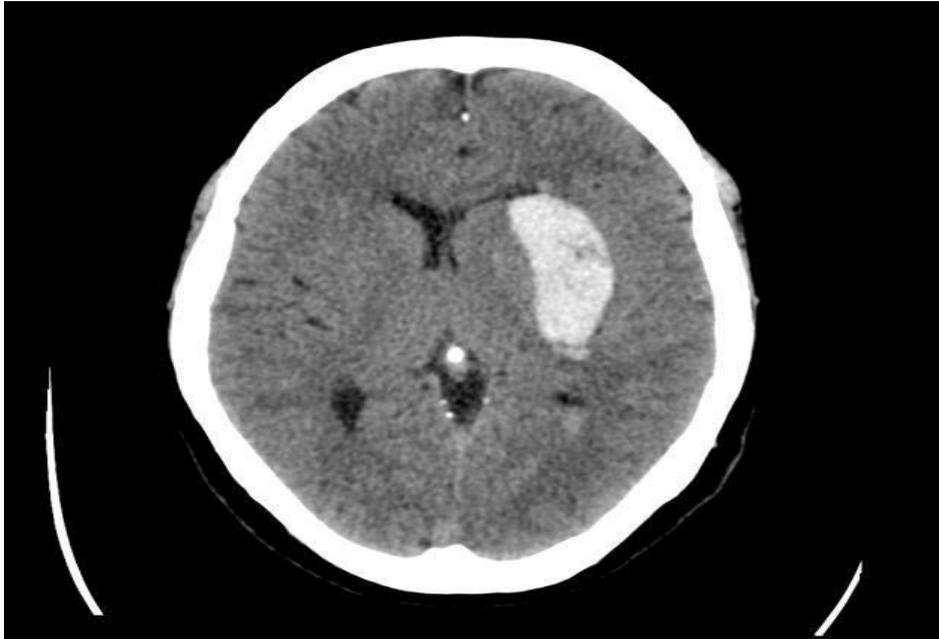


FIGURE2 : l'accident vasculaire cérébral hémorragique

### **3.2 .5. Signes para cliniques [13]**

La TDM cérébrale : elle peut être normale au début ou montrer une zone hypodense

Elle peut néanmoins identifier des signes précoces d'ischémie cérébrale tels qu'un effacement du noyau lenticulaire ou de la capsule externe par dédifférenciation substance blanche/substance grise, un effacement des sillons corticaux, une hypodensité systématisée au territoire artériel ou une hyperdensité au sein de l'artère occluse témoignant de la présence du thrombus (sylvienne blanche).

Le scanner cérébral sans injection de produit de contraste réalisé en urgence reconnaît la lésion hémorragique sous forme d'une zone spontanément hyperdense.

### **3.2.6. Diagnostic différentiel**

Devant les signes déficitaires, le diagnostic différentiel se fera avec les tumeurs cérébrales, l'abcès cérébral, les méningo-encéphalites et les déficits postcritiques. Devant les troubles de la conscience, on discutera une cause

métabolique, notamment l'hypoglycémie prolongée, l'acidocétose, les troubles hydro-électrolytiques.

### **3.2.7. Diagnostic étiologique [14]**

Le diagnostic étiologique repose à la fois sur l'examen clinique, biologique et radiologique de même que les explorations électrocardiographiques (ECG). Les causes des AVC sont multiples et de fréquence variée. Plusieurs causes peuvent être retrouvées chez un patient.

#### **a. Les causes des AVCI**

La macro angiopathie : athérosclérose (sténose, thrombose ou embolie à partir d'une plaque d'athérome),

L'embolie d'origine cardiaque (cardiopathie fonctionnelle type fibrillation auriculaire ou morphologique type endocardite valvulopathies, cardiopathie ischémique),

La maladie des petites artères (micro angiopathie ou lacune).

D'autres causes sont les coagulopathies acquises ou congénitales, les dissections artérielles, les maladies métaboliques (mitochondriopathie), les affections hématologiques (polyglobulie, thrombocytémie essentielle, drépanocytose), le spasme artériel post-rupture d'anévrisme.

AVC idiopathique ou AVC de cause indéterminée.

#### **b. Les causes des AVCH**

HTA chronique.

Malformations vasculaires (malformations artério-veineuses, anévrismes),

Tumeurs cérébrales Traitement anti-thrombotique.

D'autres causes, telles que les anomalies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase, l'angiopathie amyloïde cérébrale du sujet âgé, les endocardites sont rares. Cependant 10 à 15 % des AVC hémorragiques restent inexplicables.

### **4. Evolution et pronostic**

L'évolution et le pronostic de l'AVC varient en fonction d'un certain nombre de paramètres : la nature, le siège, la taille de l'AVC, l'intensité du déficit initial,

l'âge et la précocité de la rééducation la mortalité après un AVC est de 20 % à 1 mois et de 40 % à 1 an.

La surmortalité à distance est surtout liée à l'augmentation du risque coronarien (40 % des décès à distance d'un AVC). En cas de sténose carotidienne asymptomatique, ce risque coronarien est plus élevé que le risque d'infarctus, quel que soit le degré de sténose sur le plan fonctionnel, on note qu'à distance d'un AVC,

- 1/3 des survivants sont dépendants ;
- 1/3 gardent des séquelles tout en étant indépendants ;
- 1/3 retrouvent leur état antérieur.

L'essentiel de la récupération se fait dans les trois premiers mois, mais elle se poursuit jusqu'à 6 mois [15].

Enfin la récurrence est l'une des complications majeures de l'AVC car environ 20% des survivants courent le risque d'une récurrence dans les 5 ans sous la forme d'un autre AVC ou d'un infarctus du myocarde [16].

## **5. Conduite à tenir**

L'AVC constitue une urgence diagnostique et thérapeutique dont la prise en charge doit débuter en milieu pré-hospitalier suivie d'un transfert du patient le plus tôt possible dans un centre hospitalier idéalement dans un centre neuro-vasculaire.

## **5.1. But**

En milieu pré-hospitalier, le but du traitement est d'organiser le transfert à l'hôpital tout en assurant les fonctions vitales du patient

En milieu hospitalier, il s'agira de préserver les fonctions vitales, récupérer la zone de pénombre ischémique, rechercher et traiter la cause et les facteurs d'aggravation. La prise en charge vise également à la récupération fonctionnelle, à la prévention des complications et des récives.

## **5.2 Prise en charge hospitalière [17].**

### **5.2. a. Mesures générales**

Il faut hospitaliser le patient en unité de soins intensifs neuro-vasculaire et administrer des mesures neuro-protectrices. Il s'agit de mesures de réanimation : La liberté des voies aériennes supérieures doit être assurée, l'encombrement bronchique et les pneumopathies d'inhalation prévenus.

Lutter contre l'hypoxie avec l'oxygénothérapie.

L'équilibre hydro-électrolytique doit être surveillé et les anomalies corrigées. Si une perfusion IV est nécessaire, il est recommandé d'utiliser du sérum physiologique plutôt que du glucosé.

Les troubles de la déglutition, exposant au risque de pneumopathie d'inhalation, doivent être recherchés systématiquement. En cas de troubles de la déglutition l'alimentation orale doit être interrompue et remplacée par une alimentation par sonde naso-gastrique adaptée à l'état nutritionnel.

Lutter contre l'hyperthermie avec un antipyrétique si la température est supérieure à 37,5°C ;

Lutter contre l'hyperglycémie : perfusion de soluté de Na Cl, insuline si glycémie supérieure à 10mmol/L ;

Lutter contre l'hypertension intracrânienne : position proclive à 30° par rapport à l'horizontale si AVCH ; perfusion de mannitol ;

Lutter contre l'hypo-perfusion cérébrale : décubitus dorsal si AVCI, respect de l'hypertension artérielle sauf si : tension artérielle > 220/120 mm Hg ; tension

artérielle >185/110 et traitement fibrinolytique ; complication menaçante de l'HTA telle qu'une dissection artérielle.

Il faut de préférence utiliser des antihypertenseurs en perfusion intraveineuse continue (l'urapidil, le labétalol ou la nicardipine), en évitant les doses de charge [18].

Les paramètres vitaux doivent être régulièrement surveillés, en particulier la pression artérielle. Un ECG est réalisé dès le début.

### **5.2. b. Traitement médical ou chirurgical**

IL est fonction de la nature ischémique ou hémorragique de l'AVC.

Traitement de l'AVCI le rt-PA (Altéplase<sup>o</sup>) par voie IV est recommandé en cas d'AVC ischémique de moins de 4heures 30 minutes, dont l'heure de début peut être précisée avec certitude, en l'absence de contre-indication.

Il est recommandé d'utiliser le rt-PA dans une structure spécialisée dans la prise en charge des AVC, la décision de thrombolyse doit être prise par un neurologue vasculaire.

Un traitement antiplaquettaire par aspirine (160 à 300 mg/j) est recommandé dès que possible après un AVC ischémique artériel, sauf si un traitement fibrinolytique est envisagé et en tout cas avant 48 heures.

Le clopidogrel peut être utilisé en cas de contre-indication à l'aspirine.

L'utilisation systématique d'héparine (héparine non fractionnée, HBPM ou héparinoïdes) à dose curative n'est pas recommandée à la phase aiguë de l'AVC ischémique, y compris dans la fibrillation auriculaire non valvulaire. Elle peut être utilisée dans des indications sélectives, présumées à haut risque de récurrence ou d'extension des phénomènes thromboemboliques.

Traitement de l'AVCH : une craniectomie se discute dans des cas particuliers d'hémorragie cérébrale.

### **5.3. Autres mesures :**

Prévention des complications de décubitus notamment les complications thromboemboliques, les escarres et les infections.

Les mesures de rééducation et de réadaptation comme la kinésithérapie, la rééducation orthophonique, la massothérapie [19].

La prévention des récurrences à travers une prise en charge étiologique correcte et un suivi régulier.

#### **5.4. Prévention des AVC.**

Prévention primaire : La prévention primaire des accidents vasculaires cérébraux concerne les personnes n'ayant jamais été victimes d'accident vasculaire transitoire ou constitué auparavant. Les mesures les plus efficaces dans ce contexte sont un bon contrôle de la pression artérielle, l'arrêt de consommation de cigarettes et l'emploi d'anticoagulants chez les patients porteurs de fibrillation auriculaire et considérés à haut risque.

L'endartériectomie carotidienne rotidienne peut être bénéfique chez certains patients (sténose carotidienne asymptomatique supérieure à 60%, survie du patient supérieure à 5 ans). Les autres mesures comme le strict contrôle du diabète, de l'hypercholestérolémie, l'activité physique et le régime alimentaire, bien qu'ayant des effets bénéfiques sur la santé en général, n'ont pas un effet spécifique majeur sur la prévention primaire des AVC. L'aspirine ne semble pas non plus être très efficace dans cette prévention primaire alors que certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine comme le ramipril, ou des bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine comme le losartan ou les statines pourraient avoir un effet bénéfique qui va au-delà de leur effet antihypertenseur ou hypolipémiant [20].

Prévention secondaire : elle consiste à éviter les récurrences chez les patients ayant déjà été victimes d'un accident ischémique transitoire ou d'un AVC. Agir sur les facteurs de risque est probablement aussi efficace que dans la prévention primaire. L'endartériectomie carotidienne dans les sténoses > 70% et l'anticoagulation chez les patients porteurs de fibrillation auriculaire sont de loin les mesures les plus efficaces. Les antiagrégants plaquettaires diminuent significativement la récurrence des AVC. Des études récentes suggèrent que le

perindopril, l'eprosartan et certaines statines ont aussi un effet préventif qui va au-delà de leurs effets antihypertenseur ou hypocholestérolémique [21].

## **B. Généralités sur la dépression**

### **1. Définition et caractéristiques**

La dépression peut être définie comme une pathologie mentale caractérisée par une altération pathologique, profonde et prolongée de l'humeur, orientée dans le sens de la tristesse, une souffrance morale et un ralentissement psychomoteur. L'humeur (ou thymie) est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme, une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur [22]. La dépression entraîne une sensation douloureuse d'impuissance, de nullité, de délire à thèmes de culpabilité, d'indignité, d'auto dépréciation. Elle est très souvent associée à une anxiété, le tout pouvant conduire à des actes de suicide.

Le trouble dépressif majeur consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. La différence entre un trouble dépressif majeur isolé et un trouble dépressif majeur récurrent est fondée sur le nombre d'épisodes dépressifs majeurs observés chez une même personne. Le trouble dépressif majeur récurrent peut revêtir un caractère saisonnier.

Le concept de dépression majeure permet de différencier les troubles dépressifs ayant des spécificités symptomatiques plus sévères que les autres.

Le trouble dysthymique se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Les symptômes y sont moins sévères que ceux du trouble dépressif majeur. La distinction entre trouble dysthymique et trouble dépressif majeur est fondée sur la sévérité et la persistance. Cependant il est difficile de différencier ces deux troubles car les symptômes observés sont similaires et les différences qu'ils présentent dans leur déclenchement, leur durée et leur sévérité ne sont pas faciles à évaluer rétrospectivement.

En général, le trouble dysthymique existe depuis si longtemps au moment du diagnostic que les patients eux-mêmes en parlent comme faisant partie de leur

fonctionnement habituel, d'où la confusion entre trait (de personnalité) et état dépressif. La notion de trouble dépressif non spécifié a été introduite afin de pouvoir coder les troubles ayant des caractères dépressifs mais ne remplissant pas les critères d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble dysthymique ou d'un trouble de l'adaptation (par exemple, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif mineur...). Le terme de trouble dépressif mineur qui est souvent diagnostiqué dans les études portant sur la dépression est utilisé pour décrire les syndromes qui se situent en dessous du seuil de sévérité retenu pour la dépression majeure.

## **2. Epidémiologie**

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues dans le monde. En France, selon une enquête réalisée par l'INPES (Baromètre Santé 2010) la prévalence annuelle des épisodes dépressifs est estimée à 8 % chez les personnes de 18 à 75 ans.

Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Le risque suicidaire est fortement présent et 15 à 20% des patients dépressifs vont jusqu'à mettre fin à leur vie. La dépression post-AVC touche 30 à 50 % des patients hémiplésiques dans les deux ans suivant l'AVC, avec un retentissement physique et social majeur [23].

## **3. Mécanismes physiopathologiques [24]**

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs (également appelés neurotransmetteurs). Il est difficile de savoir à l'heure actuelle si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression. Les neurotransmetteurs impliqués dans la

physiopathologie des épisodes dépressifs majeurs sont principalement la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Deux constats permettent de mettre en évidence leur implication :

d'une part on a constaté que les produits agissant sur les systèmes de la sérotonine et de la dopamine avaient un effet antidépresseur.

D'autre part, l'arrêt de l'administration de produits sérotoninergique et dopaminergique entraîne une dépressivité chez les personnes concernées.

Plusieurs syndromes psychiatriques sont à un degré croissant associés à une déficience ou un déséquilibre de la sérotonine : troubles affectifs, schizophrénie, alcoolisme, troubles de personnalité et conditions de l'hyper-agressivité. Dans les états de dépression sévère et les états suicidaires, le système de sérotonine fonctionne de façon insuffisante.

#### **4. Signes cliniques [25]**

La dépression entraîne un « ralentissement » dans tous les registres de la vie quotidienne : vie affective, fonctionnement intellectuel, forme physique, mécanismes vitaux et corporels.

Ce « ralentissement » se décline en multiples symptômes qui persistent pendant une longue durée (au-delà de quinze jours).

#### **5. Troubles de l'humeur**

Les états dépressifs se manifestent par une altération profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse dont l'intensité est variable, pouvant aller de la morosité à la douleur morale la plus profonde. Cette tristesse est accompagnée d'une vision pessimiste de l'avenir, qui n'est le plus souvent conçu que comme ne pouvant apporter que soucis supplémentaires et souffrances, d'une représentation péjorative du présent et du passé, d'un sentiment d'incapacité et de dévalorisation de soi, d'un désintérêt global et de désir de mort.

La tristesse dépressive est souvent verbalisée par un discours pessimiste centré sur des ruminations morbides, des regrets et des remords, concernant des fautes

réelles ou supposées commises par le passé, les difficultés du présent et celles à venir.

L'anticipation est toujours altérée avec péjoration plus ou moins marquée de l'avenir. Dans les cas les plus sévères, toute anticipation est devenue impossible, le temps vécu du sujet est devenu comme suspendu entre un passé source de remords ou de regrets, un présent fait d'une souffrance indicible et un avenir disparu. L'altération de l'humeur s'accompagne de perturbations des fonctions supérieures, décrites sous le terme de distorsion cognitive. Il existe ainsi un ensemble de jugement pessimiste sur soi, le monde extérieur et le futur (triade cognitive de Beck) alimentant, dans certains cas, l'hostilité et les récriminations envers l'entourage, notamment lorsque les mécanismes de projection prédominent. La tristesse de l'humeur est également exprimée sur un mode non verbal avec expression triste du visage, attitude abattue et pleurs faciles.

## **6. Ralentissement psychomoteur ou Inhibition psychomotrice**

Fatigue : même sans avoir fait d'efforts particuliers, la personne éprouve en permanence une sensation de manque d'énergie. Cette sensation omniprésente vient s'ajouter au découragement et à la douleur physique et morale. Une des caractéristiques de cette fatigue dépressive est que ni le repos ni le sommeil ne l'atténuent.

La présentation du déprimé témoigne de ce ralentissement : le maintien est abattu, les traits du visage tombants reflètent tout à la fois la fatigue et la tristesse, les gestes sont lents et parcimonieux. La parole est également atteinte par ce ralentissement : le débit verbal est réduit de même que son intensité, le ton est monotone, les échanges tendent à devenir laconiques.

Le fonctionnement psychique est également le siège d'une inhibition plus ou moins intense décrite sous le terme de bradypsychie. Tous les registres de l'activité mentale (capacité d'idéation, d'évocation, d'association et de synthèse) peuvent être atteints plus ou moins profondément. Ralentissement intellectuel : en cas de dépression, il devient difficile de réfléchir, de trouver les mots, de

parler avec fluidité. On a l'impression d'avoir la tête vide, que le monde est devenu trop compliqué, qu'on ne saura pas s'y adapter, y faire face. Il faut faire un effort très important pour accomplir des tâches qui, jusqu'alors, s'effectuaient naturellement, sans y penser.

Incapacité à éprouver du plaisir : chez les personnes souffrant de dépression, les petits plaisirs de la vie (écouter de la musique, voir ses amis, lire son journal...) disparaissent. Tout paraît égal, terne, sans intérêt. La vie a perdu tout sens, tout goût, toute couleur.

### **7. Symptômes somatiques**

Dégradation du sommeil : le sommeil est souvent mauvais, moins profond, très court et peu réparateur. Le petit matin est souvent marqué par un réveil précoce, avec impossibilité de se rendormir et une grande souffrance morale. Dans d'autres cas, le sommeil est en excès ; on parle de « sommeil refuge », comme si celui-ci correspondait un besoin de « fuir ». Mais ce trop-plein de sommeil est insatisfaisant et plutôt abrutissant.

Altération de l'appétit : l'appétit est le plus souvent diminué (les aliments semblent sans goût, l'assiette paraît trop remplie). La préparation des repas devient une corvée, leurs horaires se font irréguliers, leur composition déséquilibrée.

La perte de poids est souvent un signe important pour établir le diagnostic de dépression. À l'inverse, on observe parfois une augmentation de la prise d'aliments (surtout sucrés) pouvant conduire à une prise de poids. Problèmes sexuels : la sexualité est une fonction à la fois très biologique et très relationnelle. Ces deux dimensions étant très perturbées dans la dépression, il est logique que la vie sexuelle soit affectée. Le désir sexuel de la personne peut disparaître, son plaisir s'estomper. La réalisation de l'acte sexuel devient alors difficile. En conséquence, le conjoint a parfois l'impression d'être délaissé, ce qui accentue la tension dans la vie de couple.

### **8. Diagnostic**

### **8.1. Diagnostic positif**

Le diagnostic de la dépression est essentiellement clinique et est basé sur la présence d'une symptomatologie dépressive notamment l'humeur dépressive, le ralentissement psychomoteur et les symptômes somatiques. La recherche de facteurs étiologiques de même que le risque suicidaire est impérative. La symptomatologie dépressive peut être quantifiée par un instrument de mesure développé à cet effet. Une grande variété d'instruments de mesure ont été développés. Ils se basent sur les classifications déterminant les critères des problèmes de santé mentale et de la dépression plus précisément. Les échelles psychiatriques se présentent généralement sous la forme d'un questionnaire composé de questions courtes (auto-administrées ou non). Pour la dépression, ces échelles se réfèrent aux symptômes observés.

On attribue aux réponses des valeurs numériques, qui additionnées permettent de calculer un score. Chaque échelle a une étendue de valeur pour le score, ainsi que des valeurs seuil permettant de faire la distinction entre les cas ayant un problème psychiatrique et les autres (ou selon la gravité) [26]. Ces outils possèdent des sensibilités et des spécificités variables. La performance des outils diagnostics sera appréciée différemment par un clinicien et par un épidémiologiste.

Le choix de ces instruments pour évaluer la dépression est relatif au design de l'étude ainsi qu'à la disponibilité des ressources. Les interviews diagnostiques sont les instruments de référence, mais dans la plupart des cas sont coûteux en temps et demande des enquêteurs ayant des compétences cliniques.

Les échelles psychiatriques utilisées fréquemment dans les études présentent l'avantage d'être facile à administrer et peu coûteuses [27].

### **8.2. Diagnostic différentiel**

La dépression peut prêter confusion avec un certain nombre de pathologies.

Le deuil qui se distingue de la dépression par la notion de perte déclenchant justifiant une tristesse estimée normale par tous ; la rareté de l'idéation

suicidaire qui au maximum se limite à un regret de survivre au défunt, de ne pas le rejoindre dans la mort et enfin une absence de ralentissement psychomoteur.

La tristesse normale qui se rapporte généralement à un contexte, un objet précis, auxquels elle demeure circonscrite alors que la tristesse pathologique accompagne tous les actes et envahit toutes les pensées possibles de l'individu. Enfin les autres symptômes du syndrome dépressif sont absents de la tristesse normale.

L'anxiété qui s'accompagne de manifestations physiques telles que la pâleur, les tremblements, les palpitations, l'insomnie, l'anorexie et une absence de ralentissement psychomoteur et d'idéation suicidaire.

Les troubles schizoaffectifs ou existent de façon simultanée des troubles thymiques et des troubles schizophréniques.

### **8. 3. Diagnostic étiologique**

La dépression est une affection résultant de l'interaction de plusieurs facteurs sociaux, environnementaux, psychologiques et biologiques. Ces facteurs sont regroupés en deux grands groupes : facteurs endogènes et exogènes.

#### **8. 3.1. Facteurs endogènes**

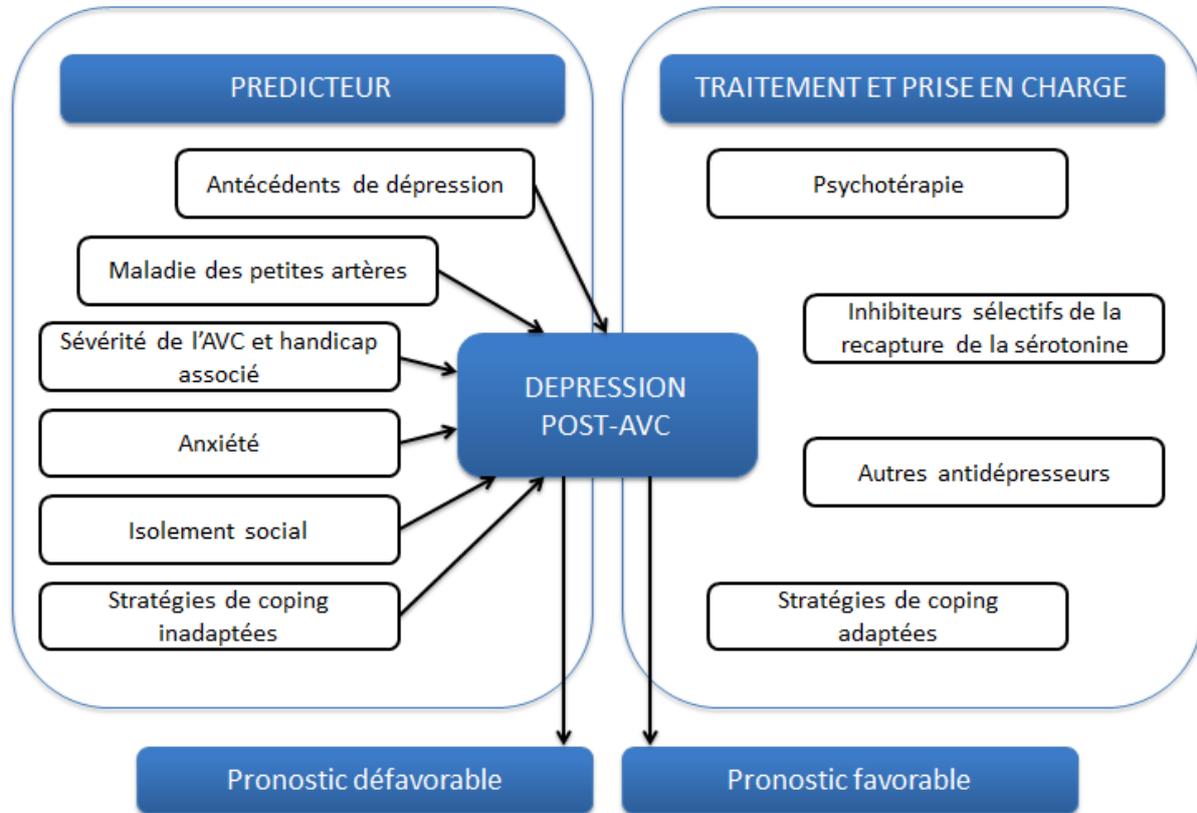
- **Facteurs génétiques et biologiques**

Lorsqu'on étudie le caractère héréditaire et familial de la dépression, il semblerait que chez les parents biologiques du premier degré de sujets dépressifs, le trouble dépressif majeur est 1,5 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale, tenant en compte les autres facteurs. Cependant l'environnement dans lequel évolue l'enfant peut aussi influencer la dépressivité.

En ce qui concerne les autres causes biologiques, plusieurs travaux ont mis en évidence un dérèglement du fonctionnement des systèmes de sérotonine et de dopamine [27].

- **Facteurs psychologiques.**

Dans une dépression, la personne malade a tendance à voir la réalité de façon plus négative. En retour, cette interprétation négative amplifie les émotions dépressives, et l'ensemble de ces changements influence les comportements.



**FIGURE 3: Principaux prédicteurs neurovasculaires et psychosociaux de la DPAVC (d'après Ferro, 2016)**

Par ailleurs les tous premiers épisodes de dépression se développent souvent en réaction un stresser : les événements de la vie, la maladie (facteurs sociaux et environnementaux).

Les évènements stressants de l'existence, comme le divorce, le décès d'un être cher, la perte d'un emploi sont des facteurs étiologiques de dysfonctionnements psychologiques. Cependant selon la façon de percevoir les choses, les individus ne présentent pas tous la même vulnérabilité face à ces stressers.

Certaines personnes disposent de ressources (psychologiques, sociales, environnementales, matérielles) qui les aident à faire face et surmonter plus facilement les aléas de leur existence [27].

- **Age et dépression.**

Le trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge, l'âge moyen de début se situant autour de 35 ans [27].

Il existe plusieurs hypothèses pour expliquer les différentes évolutions dans la survenue de la dépression en fonction de l'âge. Au cours de la vie, divers facteurs externes (l'environnement, le support social, le statut économique et marital...) sont susceptibles de favoriser ou de protéger de la survenue d'une dépression. Néanmoins il y aurait également des facteurs internes (déclin physiologique, facteurs psychologiques...) qui influenceraient le risque de survenue de dépression [28].

- **Différence entre les sexes.**

La différence entre les sexes pour la dépression a été bien étudiée. La dépression affecte en moyenne deux fois plus les femmes que les hommes.

Plusieurs facteurs spécifiques à la vie des femmes semblent jouer un rôle dans le développement d'une dépression : facteurs hormonaux, d'autres facteurs biologiques et caractéristiques psychologiques. Pour l'instant, les causes spécifiques de la dépression chez les femmes restent incertaines.

Il est admis que les hormones ont un effet sur le contrôle des émotions et de l'humeur. Les événements reproductifs chez la femme incluent le cycle menstruel, la grossesse, la période post-partum, l'infertilité, la ménopause et parfois la décision de ne pas avoir d'enfants. Ces événements entraînent des fluctuations de l'humeur qui chez certaines femmes peuvent provoquer des dépressions.

### **8.3 .2. Facteurs exogènes**

Plusieurs études soulignent le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue et le développement des dépressions.

La relation entre dépression et facteurs socio-économiques s'expliquerait par un ensemble de situations : stress lié à la position sociale désavantagée (chômage) ou manque de ressources.

- **L'emploi, le statut professionnel**

L'emploi a plusieurs fonctions ; d'une part il fournit à l'individu les moyens financiers nécessaires à son autosuffisance, d'autre part, il lui permet d'acquérir une identité sociale reconnue.

L'emploi fournit également l'opportunité d'une interaction entre travailleurs. L'acquisition d'un emploi est importante pour le développement de la personne et permet l'intégration sociale.

Lorsque les opportunités en termes d'emploi sont limitées, la progression normale du développement de l'individu est perturbée, augmentant ainsi le risque de développer des symptômes dépressifs durant cette période.

Le chômage dans la population des adolescents et jeunes adultes peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs à cause des difficultés financières engendrées, l'impression d'isolement par les pairs, une perte de la reconnaissance personnelle ou en ayant du mal à accepter l'activité professionnelle de l'entourage.

- **Le stress**

Les évènements de la vie peuvent être définis comme des expériences cognitives et émotionnelles qui perturbent le cours de la vie et demandent à la personne un réajustement de ses habitudes, comportements et de ses représentations.

Ces processus sont considérés comme stressants et peuvent être responsables d'un début de dysfonctionnement psychologique.

Le fait d'avoir vécu une expérience stressante dans les 6 à 12 derniers mois, augmente fortement le risque de survenue d'une dépression aiguë. Le risque de la dépression est environ 6 fois plus élevé chez une personne subissant une situation stressante que chez une personne ne connaissant pas une telle situation.

Le risque de faire une dépression augmente avec l'intensité du stress vécu.

### **La saisonnalité**

On parle de dépression saisonnière pour les dépressions ayant un aspect saisonnier : elles sont plus fréquentes en automne et en hiver.

L'étiologie de ce type de dépression serait à caractère biologique. Les personnes qui ont un épisode dépressif de type saisonnier pourraient produire une hormone en excès, la mélatonine, qui est liée au cycle du sommeil et à l'horloge biologique.

## **9. Evolution et complications**

### **a. Evolution**

La durée d'un épisode dépressif est variable. Elle peut aller de quelques semaines à plusieurs mois, voire plusieurs années. Selon le DSM-IV un épisode non traité dure habituellement six mois ou plus, sans relation avec l'âge du début [37]. Une guérison totale (disparition de tous les symptômes) et durable est possible. Mais le risque de réapparition de la maladie après guérison totale est très important (dans plus de 50 % des cas). Environ 50% des gens ayant vécu un épisode dépressif, vont présenter un deuxième épisode. Les sujets ayant présenté deux épisodes ont un risque de 70% d'en présenter un troisième, et ceux ayant eu trois épisodes, un risque de 90% d'en présenter un quatrième.

## **b. Complications**

La dépression est une affection grave ayant de multiples conséquences sur la santé de façon générale mais aussi sur la vie sociale et l'environnement professionnel.

### **Tentatives de suicide, suicides**

L'évaluation quantitative des liens existant entre dépression et suicide est approximative.

Néanmoins divers travaux ont pu montrer que le suicide était étroitement lié aux maladies psychiatriques et notamment à la dépression. La dépression est le chemin final commun vers le suicide. Globalement l'incidence annuelle de suicide chez les personnes dépressives est de 1% et 15% des décès de patients dépressifs seraient dus au suicide. Les personnes qui développent une dépression tardivement au cours de la vie sont à plus haut risque de faire un suicide. Les tentatives de suicide sont plus nombreuses que les suicides et concernent d'avantage les femmes que les hommes. Le suicide constitue sans aucun doute la complication la plus grave de la dépression.

Bien que le suicide soit considéré comme un acte multi-déterminé, le groupe à plus haut risque reste celui des patients déprimés.

La prévention du suicide passe par le traitement efficace des troubles mentaux et le contrôle des facteurs de risque environnementaux.

### **Influence sur la survie**

L'association entre la dépression et la mortalité (autre que celle due aux suicides) dans la population générale a été établie dans plusieurs travaux.

La dépression réduirait significativement la survie: deux études de cohorte réalisées aux Etats-Unis ont montré que les personnes dépressives majeures avaient un taux de mortalité significativement plus élevé que les autres.

Le risque de mortalité est de 2 à 4 fois plus importante lorsqu'on ajuste sur les autres facteurs comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'existence d'une maladie chronique, les indicateurs de santé générale.

L'association entre symptômes dépressifs et mortalité a été étudiée lors d'un suivi de 7 ans dans un échantillon de femmes âgées de plus de 66 ans sélectionné à Baltimore [29].

Durant le suivi, la mortalité variait de 7% chez les femmes ne présentant aucun symptôme dépressif à 17% chez les femmes ayant 3 à 5 symptômes dépressifs et à 24% chez les femmes présentant 6 ou plus de symptômes dépressifs.

## **10. Comorbidités**

La comorbidité est définie comme l'association d'une maladie à une autre maladie, qu'elle soit de nature somatique ou psychiatrique.

## **11. AVC et dépression**

Il faut aussi noter la fréquence de la dépression majeure post-accident vasculaire cérébral (AVC). Elle varie, selon les auteurs, de 8 à 27% des AVC. Elle survient généralement au cours de la phase de rééducation, mais peut parfois apparaître à la fin de la phase aiguë de l'AVC. Elle serait plus fréquente lorsque la localisation est antérieure gauche. L'existence d'une dépression post-AVC est un facteur de moins bonne récupération fonctionnelle et, de façon intéressante, le traitement de la dépression améliore la récupération fonctionnelle de l'AVC.

Les modalités de traitement de la dépression post-AVC sont semblables à celles des autres formes de dépression.

De plus en plus d'auteurs soulignent l'importance des lésions cérébrales dans certaines formes de dépression tardive. C'est la localisation de ces lésions, notamment sous-corticale, et non leur étiologie, qui serait liée à l'apparition de la dépression. Cela expliquerait la fréquence des dépressions dans des pathologies aussi différentes que les AVC, la démence vasculaire, les autres pathologies vasculaires cérébrales, la maladie de Parkinson ou la chorée de Huntington [30].

## **12. La coexistence des troubles anxieux**

L'association de la dépression et des maladies anxieuses (troubles paniques, phobie sociale, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif), bien

qu'elle demeure mal comprise, est fréquente : plus de 50% des dépressifs présentent un trouble anxieux concomitant.

D'après la plupart des études, cette comorbidité serait responsable d'une symptomatologie sévère et d'un pronostic à long terme moins bon que celui que connaîtraient ces troubles de manière isolée [31].

## **METHODOLOGIE**

### **1. CADRE D'ETUDE :**

L'étude s'est déroulée à l'hôpital du Mali et les données ont été recueillies auprès des patients admis et le service de médecine, d'endocrinologie des maladies métaboliques et nutrition.

C'est un hôpital de 3ème référence, don de la République Populaire de Chine à la République du Mali, situé sur la rive droite du fleuve Niger dans le quartier de Missabougou en Commune VI du district de Bamako.

Il a été inauguré en septembre 2011 et comprend essentiellement :

Un bloc administratif comprenant les bureaux de la direction, les consultations externes, le bureau des entrées ;

Un bloc technique qui comprend la pharmacie hospitalière, le laboratoire, l'imagerie médicale, l'exploration fonctionnelle et le bloc opératoire ;

Un bloc d'hospitalisation qui comprend les urgences et la réanimation, la chirurgie (neurochirurgie, chirurgie thoracique et gynécologie), la médecine et l'endocrinologie et la pédiatrie.

Le service de médecine et d'endocrinologie composés de :

- ❖ Six (6) salles (3 salles femmes et 3 salles hommes) à 4 lit chacune ;
- ❖ Une salle à 2 lits ;
- ❖ Une salle VIP ;
- ❖ Un bureau du chef de service ;
- ❖ Un bureau du major ;
- ❖ Une salle des médecins ;
- ❖ Une salle des infirmiers.

Ce service est animé par :

Deux cardiologues ;

Un neurologue ;

Un interniste ;

Un infectiologue ;

Six (6) endocrinologues ;

Un hématologue ;

Des D.E.S. et des thésards ;

Des infirmiers.

**2. Période d'étude :** Il s'agit d'une étude rétrospective pendant le mois janvier 2019 et prospective allant de février 2019 à juillet 2019

**3. Population d'étude :** Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 102 cas d'AVC ischémique et hémorragique

**4. Echantillon :**

**A. Critères d'inclusion :** ont été inclus dans l'étude tous les patients victimes d'AVC présentant des symptômes dépressifs diagnostiqués par l'échelle de MADRS hospitalisé et ou suivi pour la première fois pour un épisode dépressif accordé selon l'âge et le sexe.

**B. Critères non inclusion :**

**5. Critère non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude : les patients âgés de moins de 20 ans, les patients en dehors de notre période d'étude, les patients ayant un trouble cognitif sévère tel qu'une aphasie sensitive, les patients ayant des antécédents psychiatriques antérieurs et les patients non consentants.

**6. Aspects éthiques :** Les données ont été recueillies dans l'anonymat total avec le consentement oral des patients ou de leur famille (en cas de handicap majeur), sans compensation. Le principal bénéfice pour les patients sera l'amélioration de leur prise en charge.

**7. Variables étudiées :** Les variables suivantes ont été étudiées

**Variables sociodémographiques**

Age : nombre d'années révolues à l'admission Sexe : masculin ou féminin

Lieu de résidence : il s'agit de la résidence habituelle du patient

Profession, statut matrimonial, niveau d'étude...

**Variables épidémiologiques**

- Antécédent déclaré d'HTA : présence connue d'hypertension artérielle chez le patient, antérieure à la symptomatologie actuelle.
- Antécédent déclaré de diabète : présence connue de diabète chez le patient, antérieure à la symptomatologie actuelle.
- Tabagisme actif : consommation de tabac quelle qu'en soit la forme, par le patient lui-même.
- Consommation d'alcool : notion de prise d'alcool sans présager du degré d'alcoolisme.

**Variables cliniques**

La latéralité : droitier ou gaucher

La topographie du déficit moteur : hémiplégie ou hémiparésie, une monoplégie ou une mono-parésie droite ou gauche. Paralyse faciale : paralysie faciale centrale survenue dans le cadre de l'AVC

Le diagnostic de la dépression a été posé en utilisant l'échelle de dépression madrs de s. Montgomery et m.

Qui comporte dix questions cotées chacune de 0 à 3 points

- (1) Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.
- (2) Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e).
- (3) Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop.
- (4) Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie.
- (5) Avoir peu d'appétit ou manger trop.
- (6) Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même.
- (7) Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision.
- (8) Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude.

(9) Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre.

(10) Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Le score total varie de 0 à 34 points.

Le seuil diagnostique concernant la sévérité de la dépression est la suivante :

Absence de dépression : 0-8 points

Dépression légère : 9-17 points

Dépression modérée : 18-26 points

Dépression sévère à modérée : 26 -34 points

Dépression sévère :> 34 points.

**Variables para cliniques** : constituées essentiellement les aspects scannographique de la lésion cérébrale notamment le type d'AVC et la localisation de la lésion par rapport aux deux hémisphères cérébraux.

Le score de beck depression inventaire

Chaque question possède quatre réponses selon leur intensité ;

(0) Je ne me sens pas triste

(1) Je me sens triste

(2) Je suis tout le temps triste et j'ai du mal à supporter

(3) Je suis tellement triste et malheureux que je n'arrive plus à supporter

Ce score est effectué par décomptage pour déterminer la sévérité de la dépression.

Les résultats sont les suivants :

- 0-9 : indique une dépression mineure
- 10-18 : indique une dépression légère
- 19-29 : indique une dépression modérée
- 30-63: indique une dépression sévère

La gravité de la dépression a été évaluée par le score de Rankin corrigé

<b>0</b>	Aucun symptôme
<b>1</b>	Pas d'incapacité en, dehors des symptômes : activités et autonomies conservées
<b>2</b>	Handicap faible : incapacité d'assurer les activités habituelles mais autonomes
<b>3</b>	Handicap modéré : besoin d'aide, mais marche possible sans assistance
<b>4</b>	Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidien impossible sans aide
<b>5</b>	Handicap majeur : alitement permanent incontinence et soins de nursing permanent
<b>6</b>	Décès

## **RESULTATS**

### 4.1 : Globaux

Données socio démographiques

Tableau I : La répartition selon la fréquence de la dépression

Dépression	Effectifs	Fréquences
Patient déprimé	102	54,83
Patient non déprimé	84	45,17
Total	186	100,0

La dépression était présente dans 54,83% des cas.

Tableau II : La répartition selon le sexe

Sexe	Effectifs	Fréquences
Masculin	49	48,0
Féminin	53	52,0
Total	102	100,0

Parmi les 102 patients on dénombrait 53 femmes (52%) et 49 hommes (48%) soit un sexe ratio de 0,92.

Tableau III : La répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Fréquences
15-29	8	7,6

DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL  
DU MALI DE BAMAKO : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE

30-44	11	10,5
45-59	17	16,2
60-74	51	49,6
75-89	12	12,4
90-104	3	2,9
TOTAL	102	100,0

La Tranches d'âges de 60-74 représente 49,6%

Tableau IV. La répartition selon l'activité socio- professionnelle

Activité professionnelle	Socio-	Effectifs	Fréquences
Ménagère		33	31,4
Fonctionnaire		14	13,3
Profession libérale		35	33,3
Retraite		14	13,3
Etudiant		6	5,7
Total		102	100,0

Parmi les 102 patients ceux exerçant une profession libérale représentait 33.3%

Tableau V. La répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquences
Célibataire	6	5,7

DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL  
DU MALI DE BAMAKO : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Fiance	4	3,8
Marié	86	81,9
Divorce	1	1,0
Veuf (Ve)	5	4,8
Total	102	97,1

Les mariés représentaient 81,9%

Tableau VI : La répartition selon le niveau scolaire

Diplôme obtenu	Effectifs	Fréquences
Aucun	59	57,8
Primaire	10	9,9
Secondaire	16	15,7
Supérieure	15	14,7
Plus	1	1,0
Total	102	

Les patients non scolarisés représentaient 57,8%

Tableau VII : Répartition selon mode d'addiction

Mode d'addiction	Effectifs	Fréquences
Aucun	62	59,0

DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL  
DU MALI DE BAMAKO : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Toxicomanie	2	1,9
Alcool	8	8,16
Tabac	27	25,7
Autre	3	2,9
Total	102	100,0

Autre: chicha

La majorité des patients n'avait pas d'habitude toxique soit 59 %.

Tableau VIII : Répartition selon la localisation AVC hémorragique

AVC hémorragique localisation	Effectifs	Fréquences
Noyau lenticulaire	10	9,8
Thalamus	6	5,9
Lobe frontal	3	2,9
Tronc cérébral	3	2,9
Total	22	100,0

Le noyau lenticulaire était la localisation fréquente dans notre contente avec 9,8% des cas.

Tableau IX : Répartition selon le type d'AVC

Nature de la lésion	Effectifs	Fréquences
Ischémique	83	78,4

Hémorragique	19	17.6
Total	102	100,0

L'AVC ischémique était le plus représenté soit 78.4 % des cas.

Tableau X. La répartition selon la sévérité de la dépression avec l'échelle MADRS

Score total de la dépression	Effectifs	Fréquences
> 32 Sévère	5	4,9
19-32 Modérée	56	54,9
8-19 Légères	30	29,4
Total	102	100,0

Parmi les 102 patients 30 patients (29,4%) présentaient une dépression légère 56 patients (54,9%) avaient une dépression modérée et 5 patients (4,9%) avaient une dépression sévère.

Tableau XI : répartition de la gravité selon le score de Rankin

Score de Rankin	Effectifs	Fréquences
pas incapacité	6	5,9
Handicap faible : diminution des	15	14,7

activités habituelles		
Handicap modéré: marche possible mais avec difficulté	9	8,8
Handicap sévère: marche et gestes impossible	40	39,2
Handicap majeur : alitement permanent	32	32,64

Handicap sévère à la marche et des gestes quotidiens sans aide représentait 39,2%

#### 4.2 RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau XII : Répartition selon l'âge et la DPAVC

Age	Score totale de la depression				Total
	0-8 Normale	8-19 Légère	19-32 Modérée	> 32 Sévère	
15-29	1	3	1	2	7
30-44	3	3	5	1	12
45-59	3	2	11	0	16
60-74	3	18	32	1	54
75-89	1	4	5	0	10
90-104	0	0	2	1	3
Total	11	30	56	5	102

La dépression était présente dans toute la tranche d'âge avec une prédominance entre 60-74 ans et un âge moyen de 67ans. . Il n'y avait pas d'association significative entre l'âge et la DPAVC ( $\chi^2 = 3.2522$ .  $p = 0.354$ ).

Tableau XIII : Répartition selon le statut matrimonial et la DPAVC

Statut matrimonial	Score total de la depression				Total
	0-8 Normale	8-10 Légère	19-32 Modérée	> 32 Sévère	
Célibataire	1	3	1	1	6

DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE L'HOPITAL  
DU MALI DE BAMAKO : ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Fiancé	0	1	3	0	4
Marié	10	22	50	4	86
Divorce	3	1	0	0	3
Veuf(Ve)	0	3	2	0	5
Autre	0	0	0	0	0
Total	11	30	56	5	102

Autre: Cohabitant

Les patients mariés étaient déprimés dans 86% des cas.

On n'observait pas de lien statistique entre le statut matrimonial et la DPAVC  
(chi<sup>2</sup>= 7.0463 p = 0.133)

Tableau XIV : Répartition selon le type d'AVC et la DPAVC avec l'échelle  
MADRS

Types AVC	Score total de la depression				Total
	0-8 Normale	8-19 Légère	19 -34 Modérée	> 32 Sévère	
AVC ischémique	8	24	45	5	82
AVC hémorragique	2	6	11	0	19
Total	11	30	56	5	102

Les patients victimes d'AVC ischémique représentaient 83,64% dans notre cas.

Cette différence n'est pas statistiquement significative (chi<sup>2</sup>=0.0537 p = 0.  
817)

Tableau XV : Répartition selon le statut matrimonial et la sévérité de la  
dépression avec l'échelle Beck dépression inventorie (BDI)

Statut matrimonial	Beck dépression inventorie				Total
	0-9 Depression	10-18 Depression	19-29 Depression	30-63 Depression	

	mineure	légère	modérée	sévère	
Célibataire	1	3	1	1	6
Fiancé	0	1	3	0	4
Marié	10	22	50	4	86
Divorce	3	1	0	0	3
Veuf(Ve)	0	3	2	0	5
Autre	0	0	0	0	0
Total	11	30	56	5	102

Autre : Cohabitant

Le score BDI était élevé chez les patients mariés jusqu'à 86 points.

Tableau XVI. Répartition selon la localisation des lésions et la DPAVC

Localisation	Nombre de patients	Présence de dépression	p
Hémisphère droit	60	61,20%	
Hémisphère gauche		38,8%	0,181
Total	102	100%	

L'hémisphère droit a été plus affecté chez nos patients présentant des symptômes dépressifs avec un pourcentage de 61,20% contre 38,8% pour l'hémisphère gauche mais cette différence n'était pas significative sur le plan statistique ( $\chi^2=1.7876$   $p = 0.181$ ).

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### Selon les données sociodémographiques

**1. L'âge :** L'âge moyen était de 67 ans avec des extrêmes de 15 et 88 ans.

Ce résultat concorde avec celui de l'étude réalisée au Burkina Faso [32].

En raison de la diminution de la capacité mentale et de la récupération plus lente qui réduisent la qualité de vie et l'augmentation de la pression mentale, la survenue de dépression peut être plus fréquente chez les patients d'âge moyen que chez les personnes âgées > 70 ans

**2. Le sexe :**

Notre étude a également mis en évidence une prédominance féminine avec 52%. Cela a été souligné dans d'autres études antérieures comme (Poynter et al 2009) [33] 53%.

Par contre (Rajashekar et al en Inde 2013) [34] ont rapporté une prédominance masculine 56% dans la population des patients ayant fait une DPAVC.

Le sexe féminin était un facteur de risque important de la dépression aux stades aigu et subaigu, ce qui a été confirmé par Paolucci et al [35].

Certaines études ont considéré que les changements hormonaux jouent peut-être un rôle dans l'apparition de la DPAV en raison de leurs effets sur l'humeur des patientes.

Les méthodes d'adaptation des femmes face à cette situation sont relativement inadéquates et leur qualité psychologique est également médiocre [Berg et al. 2003](#) [36].

**3. Le niveau d'instruction :**

La majorité des patients déprimés dans notre étude était non scolarisée soit 59 patients ce qui concorde avec le résultat de Napon [37] qui dans son étude soulignait une prédominance des analphabètes (46,15%) parmi les patients déprimés.

Par contre Gyagenda [38] en Ouganda observait 47,8% des patients déprimés avec un niveau d'étude supérieur. Cette différence pourrait résulter au niveau du taux de scolarisation qui diffère selon le pays.

#### **4. Statut marital :**

Nous avons trouvé une incidence élevée de la dépression post AVC chez les mariés (81,9%) ce résultat ne concorde pas avec l'étude de Wade et al 1987[39], le célibataire est un facteur prédisposant à la DPAVC.

#### **5. La profession**

Nous avons mis en évidence une incidence élevée de la DPAVC chez les professions libérales (33,3%), contrairement à Robinson RG, Price TR. [40] qui avait montré une forte incidence de la DPAVC chez les fonctionnaires soit 59,9%

#### **6. Le type de l'AVC**

Notre étude a mis en évidence une incidence élevée de la DPAVC chez les patients faisant un AVC ischémique (83,64%), et la localisation de la lésion au niveau de l'hémisphère droite 61,20%. Ces résultats sont semblables au résultat Nurfimi et al [41].

#### **7. Localisation de la lésion cérébrale et dépression**

L'hémisphère cérébral droit était le plus touché parmi les patients déprimés dans notre étude avec une fréquence de 61,20% et l'hémisphère cérébral gauche 42,84%.

Nos résultats sont semblables avec ceux retrouvés par Ching-Shu en Taiwan avec 52,5% de localisation dans l'hémisphère cérébral droit contre 47,5% à gauche [42].

Par contre, nos résultats ne corroborent pas les données de certains auteurs qui ont retrouvé une prédominance de l'atteinte de l'hémisphère cérébral gauche. C'est le cas de. Santos et al [43] qui montre l'atteinte de l'hémisphère cérébral gauche surtout dans sa région frontale et Sam Chidi [44] ont aussi retrouvé

prédominance de l'atteinte de l'hémisphère cérébral gauche survenue de la DPAV.

### **8. Prévalence de la dépression**

Dans notre étude, la dépression était présente chez 33,33% de nos patients. Notre prévalence est concordante avec les données de la littérature. En effet selon une méta-analyse réalisée par Madjlessi [45].

La prévalence de la DPAVC varie de 11 à 50%. Cette grande variabilité s'expliquerait par l'utilisation de différentes échelles pour évaluer la dépression. Notre résultat est supérieur à celle Harris [46] aux Etats-Unis qui a retrouvé une prévalence de 15,4% de DPAVC dans la population noire américaine.

Au Pays-Bas une prévalence de 14,1% a été trouvée par De Man-van Ginkel [47], une valeur qui est deux fois plus basse que la nôtre.

La prévalence de la dépression dans notre étude était de 33,33% dont 29,4% de dépression légère, 54,9% de dépression modérée et 4,9% de dépression modérément sévère.

## **CONCLUSION**

Les accidents vasculaires cérébraux constituent une affection grave dont les conséquences psychosociale et comportementale restent lourdes malgré les progrès de l'imagerie médicale. Nous avons effectué une étude descriptive a recueil prospective sur l'évaluation psychosociale et comportementale de 102 personnes de tranche d'âge comprise entre 15 ans à 104 ans victimes d'accident vasculaire cérébral dans le district de Bamako et environ.

La DPAVC est une complication neuropsychiatrique la plus fréquente au cours des AVC.

Cette étude au service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali nous a permis d'identifier les aspects épidémiocliniques de la DPAVC.

Elle affecte l'adolescent aussi bien que le sujet âgé, l'âge elle a une influence négative sur la récupération physique, la réinsertion sociale, ainsi que la qualité de vie.

Il en ressort que la majorité des patients avait un âge compris entre 65 et 74 ans et il y avait plus d'hommes que de femmes. Le handicap physique était modérément sévère dans plus de 60% des cas avec un score de rankin modifié entre 4 et 5.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude, nous faisons les recommandations suivantes

**Aux autorités, sanitaires, politiques, et administratives :**

- Approfondir la recherche sur la physiopathologie de la DPAVC ;
- Formations des neurologues, des psychologues et des kinésithérapeutes afin d'améliorer la prise en charge des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux.
- Améliorer la prise en charge de l'AVC pouvant réduire la fréquence de la DPAVC.
- Création des centres de kinésithérapie et psychothérapie gratuits aux personnes âgées victimes d'AVC.

**A la société malienne de Neurologie :**

- Elaborer les critères diagnostics consensuels de la DPAVC qui a été signalé dans beaucoup d'études faites sur la DPAVC ;
- Sensibilisé l'entourage du patient sur l'influence de cette DPAVC sur la récupération physique, la réinsertion sociale, ainsi que la qualité de vie.
- Mettre au point des outils permettant de diagnostiquer de façon précoce la dépression post- AVC et faire leur prise en charge

**Aux personnels médicaux et paramédicaux :**

- Impliquer le psychiatre pour faire le diagnostic et la prise en charge de la DPAVC
- Faire les soins des patients de façon rigoureuse pour obtenir un bon résultat.

**A l'entourage.**

Plus de patience, de tolérance et beaucoup d'amour aux patients victimes d'AVC

Intégrer les personnes victimes d'AVC dans les activités sociales en dépit de leur impuissance pour briser l'isolement.

**REFERENCES**

1. Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al. Frequency of depression after stroke: A systematic review of observational studies. Stroke 2005;36:1330-40.

2. Robinson RG, Shoemaker WJ, Schlumpf M, Valk T, Bloom FE. Effect of experimental cerebral infarction in rat brain on catecholamines and behaviour. *Nature* 1975; 255:332-4.
3. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. Vascular depression hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-22.
4. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154:497-501
5. Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR. Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1977; 40:1018-20.
6. Santos M, Kövari E, Gold G, et al. The neuroanatomical model of post-stroke depression: Towards a change of focus? *J Neurol Sci* 2009;283:158-62.
7. Mbelesso P, Tabo A, Seboulo PC, et al. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux à Bangui en Centrafrique. *Le Bénin Médical* 2007 ; 37: 44–46.
8. Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. *Med Trop* 2007 ; 67(6) : 596-600
9. Sekera E, Archinard M, Stalder H. La dépression. HUG 2002. [En Ligne] Disponible sur <http://www.hug-ge.ch>
10. Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et Chirurgie vasculaire : Accident Vasculaire Cérébraux(AVC), Item 133. 2011 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.cen-neurologie.fr>
11. Brugerolle B. Les accidents vasculaires cérébraux. [En ligne]. [cité 7 nov 2015]. Disponible sur:  
[http://moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/avc\\_BB\\_170-175.pdf](http://moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/avc_BB_170-175.pdf)
12. Souirti Z, Chtaou N, Messouak O, Belahsen F. Les signes scannographiques précoces de l'accident vasculaire cérébral ischémique. *AMETHER* 2009; 1(1): 35.

13. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : imagerie de l'accident vasculaire cérébral aiguë, juin 2002.
14. Samadoulougou S. Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso, de 2009 à 2013 .Thèse de médecine N°52 INSSA/UPB, Bobo-Dioulasso 2013-118.
15. Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et Chirurgie vasculaire. (page consultée le 12/05 2020). Accident Vasculaire Cérébraux(AVC), [En ligne]. Disponible sur : <http://www.cen-neurologie.fr>
16. Demis=N. Récidives d'AVC : des traitements existent. Lancet 2001, 358 : 1033-41.
17. NICE clinical guideline 68. Stroke: diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). [En ligne] Disponible sur [www.nice.org.uk/CG068](http://www.nice.org.uk/CG068)
18. Mignonsin D, Tetchi Y, Kane M, Amonkou A, Bondurand A. Prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux en réanimation. Méd Afr Noir 1992 ; 39 (12) :823-6
19. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 13/03/2020) .Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte - Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». [En ligne]. Disponible sur : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)>.
20. Awada A. Prévention primaire et secondaire des accidents vasculaires ischémiques cérébraux. J Med Liban 2011 ; 59 (4) : 213-219.
21. Société suisse de l'accident vasculaire cérébral : la prévention primaire de l'accident vasculaire cérébral. Forum Med Suisse 2013;13(49):999–1002
22. Jollant F: MID – Psychiatrie. (page consultée le 10/05/2020). Les troubles de l'humeur. [En Ligne] Disponible sur <http://www.med.univ-montp1.fr>
23. Wiart L, Petit H, Joseph P, et al. Fluoxetine in early poststroke depression. Stroke 2000 ; 31(8) :1829-1832.

24. Zeitter C. Syndrome dépressif. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris),  
Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0080, 1998, 7 p
25. De Carvalho W, Cohen D. (page consultée le 08/02/2020). Etat dépressif  
chez l'adulte : aspects sémiologiques. [En ligne]. Disponible sur  
[www.clinique-bellevue.com](http://www.clinique-bellevue.com)
26. Raskind MA. Diagnosis and treatment of depression comorbid with  
neurologic disorders. *The American Journal of Medicine* 121 : S28-S37.
27. Bayingana K. La dépression : Etat des connaissances en Belgique et  
données disponibles pour le développement d'une politique de santé en  
Belgique. Bruxelles : service d'épidémiologie, 2002 :106-16.
28. Zeitter C. Syndrome dépressif. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris),  
Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0080, 1998, 7 p
29. Whooley MA, Browner WS. Association between depressive symptoms  
and mortality in older women. Study of osteoporotic fractures research  
group. *Arch Intern Med* 1998; 158(19):2129-2135.
30. Frémont P, Belmin J. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé.  
*Psychol neuropsychiatr vieill* 2004; 2 (1) : 19-27
31. Jaafari N, Serra W, Cormier C, et al. Dépression et maladies  
coronariennes. *Médecine Thérapeutique* 2006 ; 12(2) :192-8.
32. Napon C, Kabore A, Kabore J, et al. La dépression post-accident  
vasculaire cérébral au Burkina Faso. *Pan Afr Med J* 2012, 13(3).
33. Poynter B, Hon M S, Diaz-Granados N, et al. Sex differences in the  
prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics*  
2009; 50(6): 563–569.
34. Rajashekar B; Pai P ; Thunga K ; et al. Poststroke depression and  
lesion location: A hospital based cross-sectional study-Indian journal of  
psychiatry 2013, 55(4) : 343–348.
35. Paolucci. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a  
systematic review *psychosomatic* 2009 ; 563(6) –9.

36. BERG A, PALOMAKI H, LEHTIHALMES M. Poststroke depression-an 18 month follow up. *Stroke* 2003; 34:138-43.
37. C. Napon, A. Kabore, and J. Kabore, "Post stroke depression in Burkina Faso," *The Pan African Medical Journal* 2012 ; 13- 3.
38. Gyagenda JO, Ddumba E, Odokonyero R, Kaddumukasa M, Sajatovic M, Smyth K et al. Post-stroke depression among stroke survivors attending two hospitals in Kampala Uganda, *African Health Sciences* 2015 ; 15(4) :1220–1231.
39. WADE DT. Depressed mood after stroke - community study of its frequency. *Br J Psychiatry* 1987;151:200-5.
40. -Robinson RG, Price TR, Starkstein SE, et al. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke* 1982; 13(5): 635-41.
41. .Norifumi M, Norio S, Joji H, et al. Relationship between the lesion location of acute ischemic stroke and early depressive symptoms in Japanese patients. *AN Gen Psychiatry* 2016; 15:12
42. Ching-Shu T, Chen-Long W, Tai-Hsin H, et al. Incidence and risk factors of post stroke depression in patients with acute ischemic stroke: A 1-year prospective study in Taiwan. *Biomedical Journal* 2016; 39: 195-200.
43. Santus G, Ranzenigo A, Caregnato R, et al. Social and family integration of hemiplegic elderly patients 1 year after stroke. *Stroke* 1990; 21(7):1019-22.
44. .Sam Chidi I, Canice C, Akachukwu N; et al. Symptoms of post stroke depression among stroke survivors: an appraisal of psychiatry needs and care during physiotherapy rehabilitation. Hindawi publishing corporation scientifica 2016, Article ID 5646052: 6p.
45. Madjlessi PS, Pouillon M, Robcis I, et al. La dépression : une complication méconnue de l'accident vasculaire cérébral chez les sujets âgés, *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2005 ; 3 (1) : 7-16.

46. Harris G, Collins-McNeil J, Yang Q, et *al.* Depression and functional status among African American stroke survivors in inpatient rehabilitation. ELSEVIER Inc 2016, 1016(10) :8-39
47. De Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir T, Lindeman E, et al. An efficient way to detect poststroke depression by subsequent administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. *Stroke* 2012;43:85856.doi:10.1161/STROKEAHA.111.64026

## **ANNEXES**

### **LA DEPRESSION POST ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRALE A L'HOPITAL DU MALI**

Consultant:.....

Hôpital:.....

Date:.....

## I. Identité

Nom:.....

Prénom:.....

Sexe : M  F

Age .....

Profession:.....

Domicile :.....

Téléphone : .....

Statut matrimonial

Célibataire  Fiancé  Marié  Divorcé

Ethnie.....

Religion.....

Diplôme obtenu (cocher la case correspondante)

Aucun  Primaire          Secondaire           Licence  Plus

## II. Antécédents médico-chirurgicaux

### *Personnels Psychiatriques*

1. 1. Psychose maniaco-dépressive          Oui           Non

2. 2. Schizophrénie:                                  Oui           Non

3. 3. Dépression:    Oui           Non

Si oui, nombre d'épisodes :

Temps écoulé depuis l'épisode le plus récent : mois

### *Familiaux Psychiatriques*

1. 1. Psychose maniaco-dépressive:          Oui           Non

2. 2. Schizophrénie:    Oui           Non

3. 3. Dépression:    Oui           Non

4. Autre.....

### *Médico-chirurgicaux*

1. 1. HTA:    Oui           Non

2. 2. Cardiopathie: Oui  Non
3. Si oui laquelle :
4. 3. AVC: Oui  Non
5. 4. Trauma crânien: Oui  Non
6. 5. Epilepsie: Oui  Non
7. 6. Diabète: Oui  Non
8. 7. Intervention chirurgicale: Oui  Non
9. Si oui laquelle:.....
10. Autre.....

### III Habitudes toxiques

1. Toxicomanie Oui  Non
- Si oui quelle drogue :.....
- Fréquence et quantité : .....
2. Alcool : Oui  Non
- Si oui préciser la nature :.....
- Fréquence et quantité : .....
3. Tabac : Oui  Non
- Si oui préciser fréquence et  
quantité.....
5. Autre.....

### IV. Date de survenue de l'AVC

1. Heure :.....
2. Jour :.....
3. Mois : .....

### V. Circonstance de survenu

1. Repos
2. Sommeil
3. Rechute
4. Autres

#### VI. Symptômes révélateurs :

1. Céphalée:            Oui     Non
2. Hémiplégie            Oui     Non
3. Vertiges :            Oui     Non
4. Apraxie :            Oui     Non
5. Dysarthrie :            Oui     Non
6. Compulsive :            Oui     Non
7. Crise comitial :            Oui     Non
8. Confusion :            Oui     Non
9. BAV :            Oui     Non

#### VII. Types d'AVC sur TDM

1. Accident Vasculaire Cérébral Ischémique :

➤ Territoire vasculaire de cerveau

- Artère Cérébral Antérieure
- Artère Cérébral Moyenne
- Artère Cérébral Postérieure
- Artère Choroïdienne Antérieure

2. Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique

➤ Localisation

- Noyau caudé
- Noyau lenticulaire
- Thalamus
- Lobaire
- Tronc cérébral (pont)
- Cervelet

**IX. ECHELLE DE DEPRESSION MADRS de S. MONTGOMERY et M. ASBERG, 197.** Traduction française : T. LEMPERIERE

**CONSIGNES**

La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).

Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations.

D'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.

Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.

tristesse apparente correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.	<b>0</b>	Pas de tristesse.
	1	
	2	Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
	3	
	4	Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
	5	
tristesse exprimée correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. inclut-le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.	0	Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
	1	
	2	Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
	3	
	4	Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les Circonstances extérieures
	5	
tension intérieure correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le	0	Calme. Tension intérieure seulement passagère.
	1	
	2	Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
	3	
	4	Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut Maîtriser qu'avec difficulté.

degré de réassurance nécessaire.	5	
	6	Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.
réduction de sommeil correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.	0	Dort comme d'habitude.
	1	
	2	Légères difficultés à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
	3	
	4	Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
	5	
	6	Moins de deux ou trois heures de sommeil.
réduction de l'appétit correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.	0	Appétit normal ou augmenté.
	1	
	2	Appétit légèrement réduit.
	3	
	4	Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
	5	
	6	Ne mange que si on le persuade.
difficultés de concentration correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.	0	Pas de difficultés de concentration.
	1	
	2	Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
	3	
	4	Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à Soutenir une conversation.
	5	
	6	Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté
lassitude correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.	0	Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur
	1	
	2	Difficultés à commencer des activités
	3	
	4	Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
	5	
	6	Grandes lassitudes. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

incapacité à ressentir correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. la capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.	0	Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
	1	
	2	Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
	3	
	4	Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les Connaissances.
	5	
	6	Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les Proches parents et amis.
pensées pessimistes correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine	0	Pas de pensée pessimiste.
	1	
	2	Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'autodépréciation.
	3	
	4	Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore Rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
	5	
	6	Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou Inébranlables.
idées de suicide correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.	0	Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
	1	
	2	Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
	3	
	4	Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré Comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
	5	
	6	Projets explicites de suicide si l'occasion se

présente. Préparatifs de suicide.

### X. Score de RANKIN :

0	Aucun symptôme
1	Pas d'incapacité en, dehors des symptômes : activités et autonomies conservées
2	Handicap faible : incapacité d'assurer les activités habituelles mais autonomes
3	Handicap modéré : besoin d'aide, mais marche possible sans assistance
4	Handicap modérément sévère : marche et gestes quotidien impossible sans aide
5	Handicap majeur : alitement permanent incontinence et soins de nursing permanent
6	Décès

### XI. Sexualité après AVC :

➤ Troubles sexuel :

Léger

Modéré

Sévère

### Fiche signalétique

**Nom :** Coulibaly      **Prénom :** Alou

**Adresse :** tel : 63661921 75496380

Email : [aloucouloubaly463@gmail.com](mailto:aloucouloubaly463@gmail.com)

**Nationalité :** Malienne

**Titre de la thèse :** depression post accident vasculaire cérébral dans le service de médecine de l'hôpital du mali de Bamako : aspect épidémiologique et clinique

**Année académique :** 2019-2020

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'université de Bamako.

**Secteur d'intérêt :** DEPRESSION POST AVC.

### **RESUME**

**Titre :** Dépression post accident vasculaire cérébral (DPAVC) : aspects épidémiologiques et cliniques au Centre Hospitalier Universitaire de l'hôpital du Mali

**Introduction :** Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un problème majeur de santé publique dans les pays en développement à travers leurs ampleurs et leur mortalité. La dépression est l'une des complications psychiatriques les plus fréquentes après un AVC. Sa prévalence et ses caractéristiques épidémiologiques demeurent toujours des aspects peu documentés dans notre contexte notamment à Bamako –Mali

**Objectif :** Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques de la dépression post AVC dans le service de médecine de l'hôpital du Mali de Bamako.

**Méthodologie :** Il s'est agi d'une étude d'observation, de type transversale descriptive, collecte prospective, couvrant la période de 8 mois. Elle a concerné tous les patients admis dans le service pour AVC avec confirmation scannographique. Les patients présentant des troubles de la conscience et du langage n'ont pas été inclus.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 186 patients victimes d'AVC et remplissant les critères d'inclusion ont été inclus. Parmi eux, 102 patients ont présenté une DPAVC soit une prévalence de 54,3%. L'âge moyen des patients était de 59,5 ans avec des extrêmes de 14 à 104 ans. Les femmes ont représenté 52,02% de notre échantillon avec une sex-ratio de 0.92 Sur les 102 cas des

patients, 53 (52,0%) étaient des femmes et 49 (48,0%) du sexe masculin. Les patients ayant un âge compris entre 60 et 74 ans étaient les plus déprimés avec une fréquence de 59,5%. Concernant le statut matrimonial de nos patients, 86(81,9%) étaient mariés, 1(1,0%) divorcés, 5(4,5%) veufs (ves) et 6 (5,7%) célibataires. Sur le plan éducatif, 42 cas de DPAVC étaient non scolarisés. A la tomodensitométrie (TDM) cérébrale, 82 (82,64%) des 102 patients avaient un accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) et 19 (19,38%) un accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH). La lésion était localisée dans l'hémisphère droit dans 53,7% et l'hémisphère gauche dans 46,3%. 30 sur 102 avaient une dépression légère, 56 sur 102 avaient une dépression modérée et 5 sur 102 avaient une dépression sévère.

**Conclusion :** Cette étude confirme la présence de la dépression chez les patients souffrant d'AVC. Elle est de nature légère dans la majorité des cas. Cette DPAVC qui pourrait avoir une influence négative sur le pronostic vital et fonctionnel, devrait être recherchée chez tout patient ayant un AVC.

**Mots clés :** Dépression post accidents vasculaires cérébraux, épidémiologie, clinique, Bamako Mali.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette faculté ; de nos chers condisciples ;*

*Devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure ; au nom de l'être 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 s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, 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 leurs promesses.*

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

***JE LE JURE***