

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2021 – 2022

Mémoire N° _____/Med

MEMOIRE DE DES EN MEDECINE INTERNE

**ETUDE DU SYNDROME METABOLIQUE CHEZ LES
PATIENTS SUIVIS DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CHU DU POINT G.**

Présentée et soutenue publiquement, le 29 /07 / 2022
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

Dr JOSEPH KONE

Pour l'obtention du grade de Spécialiste en Médecine Interne (Diplôme
d'état)

JURY

Président : Pr GUINTO Cheick Oumar

Co-directeur : Dr TRAORE Joseph

Directeur : Pr SOUKHO Assétou KAYA

Dédicaces et remerciements

DEDICACES

A ma mère, Rachel Diassana

Chers mère trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon amour inconditionnel pour tout ce que tu as fait pour nous tes enfants. Puisse Dieu le tout puissant te bénisse abondamment et te donne la bonne santé et la longue vie à nos côtés.

J'espère seulement que tu trouveras dans ce modeste travail, un réel motif de satisfaction.

A mon père, Feu Georges Koné

Tu as su m'inculquer le sens du devoir, de la responsabilité, de l'honneur et de l'humilité. Je ne pourrai jamais te rendre ce que tu as fait pour moi.

A mon épouse et à mes enfants

Merci pour les efforts et les sacrifices consentis à mon égard.

A ma sœur, Rosalie Théra et à mon frère, Louis Koné pour votre soutiens et attachements très affectueux. Soyez assuré de mon admiration sans fin. Chers frère et sœur, que Dieu vous donne la chance de réussir vos entreprises dans la santé et la tranquillité.

A l'ensemble de mes frères, sœurs, cousins et cousines

Merci pour vos conseils et soutiens indéfectibles. C'est avec vous que je partage la réussite de ce travail. Veuillez croire à mon attachement fraternel très profond. Puisse Dieu nous accorder la bonne santé et la longue vie pour vivre ensemble dans l'entente et la cohésion.

A mes oncles et tantes :

Merci de vos efforts constants et la patience dont vous faites preuve pour le renforcement des liens familiaux. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement aux valeurs que vous cultivez. Ce travail est le vôtre.

Remerciements

A ma promotion

J'ai appris de chacun de vous. Merci pour tous les moments passés en votre compagnie et courage pour la suite.

A Dr Djenebou TRAORE Epouse Menta

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance car vous avez été un exemple pour moi. Vous serez toujours pour moi une source d'inspiration. Merci pour l'amour, l'encouragement et les soutiens inestimables et combien précieux que vous m'avez toujours témoigné. Considérez ce travail comme le vôtre.

A Dr Romuald Nyanké

Le plaisir et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous aider, nous a profondément marqué, Votre disponibilité, votre courtoisie, votre simplicité et l'ambiance cordiale dans laquelle nous avons travaillé constituent sans doute une infime partie de vos nombreuses qualités. Considérez ce travail comme le fruit de votre labeur.

A tout le personnel du Service de Médecine Interne

Mes remerciements les plus sincères.

A tout le corps professoral de la FMOS

Pour leur disponibilité et la qualité de l'encadrement que vous nous avez prodigué tout au long de notre formation.

Au service du laboratoire du CHU du Point G

Nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de faire les analyses sanguines des patients de notre étude. Singulièrement au chef de service le Dr Mimi pour son soutien et accompagnement tout au long de cette étude.

A mes amis

Vincent Théra, Souleymane Traoré, Diakaridia Ballo, Bakary Dao, Dr Barry Boubacar Oumar Sangare, Dr Sekou Landoure, Dr Attaher Boubacar Maiga, Dr Moussa N Diassana, Dr Oumar A Cissé, Dr Moussa Sangaré, Dr Boubacar Z Ouattara, Dr Adama K Sidibé, Dr Nouhoun Koné, et ceux dont je n'ai pas pu mentionner qui sauront se reconnaître. Que chacun trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président de jury

Pr Cheick Oumar Guinto

Professeur titulaire de Neurologie
Ancien chef de service de la neurologie du CHU du Point G
Ancien coordinateur du DES de neurologie à la FMOS
Membre fondateur de la société de neurologie du Mali
Membre fondateur de la société Malienne des Neurosciences
Membre du consortium Human Heredity and Health in Africa

Cher Maître

Cher maître,

Nous avons découvert en vous un homme de grande droiture et plein d'humanisme. Votre simplicité, votre désir de transmettre le savoir, votre rigueur dans la démarche scientifique votre modestie et votre disponibilité font de vous un maître de référence. Vos qualités humaines et intellectuelles font de vous le maître que tout élève aimerait avoir. Nous vous prions de trouver ici cher maître le témoignage de notre profonde gratitude et nous espérons être à la hauteur de vos attentes. Que Dieu vous bénisse.

.

A notre Maître et co-directeur de mémoire :

Dr Joseph TRAORE

Spécialiste en Psychiatrie

Spécialiste en Géro-nto-Gériatrie

Spécialiste en Psycho-traumatologie

Praticien hospitalier au CHU du Point G

Membre de la société Malienne de santé mentale

Membre de la société Malienne des Neurosciences

Membre de la société Africaine de santé mentale.

Cher Maître

Cher Maître,

Homme de principe, modeste, pédagogue.

Nous sommes honorés que vous ayez bien voulu accepter de co-diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et votre constante disponibilité nous ont beaucoup impressionnés. Nous vous prions de trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre maître et Directrice de mémoire:

Pr KAYA Assétou SOUKHO

Professeur titulaire en Médecine interne

Première femme Professeur titulaire de Médecine Interne du Mali

Praticienne hospitalière au CHU du Point G

Coordinatrice du DES de Médecine Interne à la FMOS

Membre de la société Africaine de Médecine Interne (SAMI)

Membre de la société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA)

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la direction de ce mémoire. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et surtout humaines seront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie. Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect. Que le tout Puissant vous garde sous sa protection.

Liste des Figures

Liste des Figures

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.....	33
Figure 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge	35
Figure 3 : Répartition des patients selon les ATCD personnels.....	36
Figure 4 : Répartition des patients selon l'IMC.....	37
Figure 5 : Répartition des patients selon le risque de maladie cardiovasculaire et diabète en fonction du tour de taille selon l'ASD.....	38
Figure 6 : Répartition des patients selon le résultat de la mesure de la pression artérielle.....	39
Figure 7 : Répartition des patients selon la présence du syndrome métabolique.....	42

Liste des tableaux

Liste des tableaux

Tableau I : signification de la mesure du tour de taille de l'ASD.....	26
Tableau II : Recommandations de la surveillance clinique et paraclinique sous traitement antipsychotique.....	30
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.....	34
Tableau IV : Répartition des patients selon les ATCD de familiaux	35
Tableau V : Répartition des patients selon leur mode de vie.....	37
Tableau VI : Répartition des patients selon le résultat de la mesure de la glycémie à jeun.....	39
Tableau VII : Répartition des patients selon le résultat de la mesure de la glycémie aléatoire.....	40
Tableau VIII : Répartition des patients selon le taux de HDLc.....	40
Tableau IX : Répartition des patients selon le taux de triglycérides.....	41
Tableau X : Répartition des patients selon le taux de LDLc.....	41
Tableau XI : Répartition des patients selon le taux de cholestérol total.....	42
Tableau XII : Répartition des patients selon les pathologies psychiatriques.....	43
Tableau XIII : Répartition des patients selon les traitements psychiatriques.....	44
Tableau XIV : Répartition des patients selon si des psychotropes étaient associés.....	44
Tableau XV : Relation entre le syndrome métabolique et les caractéristiques sociodémographiques et les ATCD personnels.....	45
Tableau XVI : Relation entre le syndrome métabolique et les pathologies psychiatriques.....	46
Tableau XVII : Relation entre le syndrome métabolique et les différentes classes de psychotropes.....	47

LISTE DES ABREVIATIONS

Liste des abréviations

ADT : Anti Dépresseur Tricyclique

AHA : American Heart Association

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATCD : Antécédent

ATP III : Adult Treatment Panel III

ASD : Association Suisse de Diabète

BDA : Bouffé Délirante Aigue

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FDA : Food and Drug Administration

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HbA1C : Hemoglobine Glyquée

HDL-c : Hight Density Lipoprotein Cholesterol

HTA : Hypertension Artérielle

IDF : International Diabetes Federation

IMC : Indice de Masse Corporelle

Kg : Kilogramme

LDL-c : Low Density Lipoprotein Cholesterol

LED : Lupus Erythémateux Disséminé

mmHG : millimetre de Mercure

NCEP : National Cholesterol Education Program's

NESDA : Netherlands Study of Depression and Anxiety

NHANES : National Health and Nutrition Examination Survey

NHLBI : National Heart Lung and Blood Institute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAS : Pression Arterielle Systolique

PAD : Pression Arterielle Diastolique

SM : Syndrome Métabolique

SPSS : Statistical Package for the Social Science

WHO : World Health Organization

Table des matières

SOMMAIRE

Introduction.....	20
Objectifs.....	23
Méthodologie.....	25
Résultats.....	32
Discussion.....	48
Conclusion.....	54
Recommandations.....	55
Bibliographie.....	56
Annexes.....	61

INTRODUCTION

Introduction

Les anomalies caractéristiques du syndrome métabolique sont fréquentes chez les patients psychiatriques, particulièrement chez les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles sévères de l'humeur [1]

Le syndrome métabolique constitue une entité qui regroupe chez le même individu plusieurs anomalies métaboliques qui prédisposent chacune au risque cardio-vasculaire. [2]

Le diagnostic selon la définition de l'ATPIII (adult treatment panel III), requiert l'association d'au moins trois des critères suivants: [2]

- Obésité centrale (viscérale) : tour de taille supérieur à 102 cm chez l'homme) ou supérieur à 88 cm chez la femme;
- hypertriglycéridémie : triglycérides supérieurs ou égaux à 1,7 mmol/l (1,50 g/l) ;
- HDL cholestérol bas : inférieure à 1,03 mmol/l (0,40 g/l) chez l'homme ou inférieure à 1,29 mmol/l (0,50 g/l) chez la femme;
- Elévation de la pression artérielle : pression artérielle supérieure ou égale à 135/85 mm Hg ou traitement d'une hypertension artérielle connue;
- Glycémie à jeun supérieure ou égale à 6,1 mmol/l (1,10 g/l).

La prévalence des troubles métaboliques est en moyenne 2 fois plus importante chez les malades mentaux que dans la population générale. [3, 21] En l'absence de traitement neuroleptique, la population psychotique est particulièrement vulnérable au surpoids et aux désordres métaboliques. [4] Ces facteurs de risque sont en partie liés à une alimentation déséquilibrée, à un mode de vie sédentaire et à un accès aux soins souvent plus limité que pour la population générale. D'autres facteurs interviennent également, tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels [5, 10] et aussi les perturbations métaboliques, qui sont fréquemment associées à la prise de médicaments psychotropes (antipsychotiques atypiques, stabilisateurs de l'humeur et antidépresseurs). [6]

Ces constats sont préoccupants compte tenu des nombreuses complications médicales qui sont associées à l'obésité telles que les maladies

cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'arthrose, l'apnée du sommeil, certains types de cancers et le diabète de type 2. [7]

Plusieurs auteurs ont cherché à démontrer l'influence des troubles métabolique sur la qualité de vie des personnes souffrant de problème de santé mentale. La littérature scientifique a permis de voir l'association entre la schizophrénie, les troubles de l'humeur et la présence du syndrome métabolique.

Aux **Etats-Unis**, Fagiolini en 2005 [8] a rapporté un taux d'obésité abdominale de 49 % chez 171 patients qui ont un trouble bipolaire. Chez les personnes qui souffrent de schizophrénie, le taux d'obésité serait estimé entre 40 et 60 % pour ceux qui prennent une médication, cela représente un taux au moins deux fois plus élevé que dans la population générale.

En **France**, la prévalence du syndrome métabolique est de 25% pour les hommes et 19% pour les femmes ; elle augmente entre la quarantaine et la soixantaine pour concerner 30% des hommes et 26% des femmes de 55 à 65 ans. [9]

L'absence de données sur la prévalence du syndrome métabolique chez les patients suivis en Psychiatrie dans notre contexte nous a amenés à initier ce travail.

Objectifs

Objectifs

❖ Objectif général

Etudier le syndrome métabolique chez les patients suivis depuis au moins 3 mois dans le service de psychiatrie du CHU Point G (Bamako).

❖ Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence du syndrome métabolique chez les patients suivis en psychiatrie
2. Décrire les paramètres sociodémographiques des patients suivis en psychiatrie
3. Décrire les paramètres cliniques et Biologiques du syndrome métabolique.
4. Déterminer les facteurs de risque du syndrome métabolique en psychiatrie.

Méthodologie

1. Méthodologie

1.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale, descriptive et analytique.

1.2. Période d'étude :

Cette étude s'est réalisée sur une période de 5 mois, allant de Décembre 2021 à Avril 2022.

1.3. Lieu d'étude

Cette étude s'est déroulée dans le service de Psychiatrie du CHU Point G (Bamako/Mali).

1.4. Population d'étude

Les patients adultes suivis depuis au moins 3 mois dans le service Psychiatrie, ayant un diagnostic psychiatrique et atteint du syndrome métabolique vu dans le cadre d'une consultation de routine ou d'une hospitalisation

1.4.1. Echantillonnage

L'échantillonnage a été exhaustif

➤ Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude tous les patients adultes âgés de plus de 18 ans suivis depuis au moins 3 mois dans le service Psychiatrie ayant accepté de participer à l'étude.

➤ Critères de non inclusion :

- Les patients suivis depuis moins de 3 mois dans le service Psychiatrie.
- Les patients suivis depuis plus de 3 mois dans le service Psychiatrie dont l'âge est inférieur à 18 ans.

1.4.2. Variables étudiés

- **Variables sociodémographiques :** Age, sexe, profession,
- **Variables cliniques :** ATCD personnels et familiaux, mode de vie, IMC, Risque de maladies cardiovasculaires et diabète en fonction du tour de taille, PA, pathologies psychiatrique, Psychotropes.
- **Variables biologiques :** Glycémie, HDLc, Triglycérides.

1.5. Définitions opérationnelles

La mesure de la taille et la prise du poids a permis de déduire l'Indice de QUETELET ou indice de masse corporelle (**IMC**) qui était défini par le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètre.

Cinq types sont définis en fonction de l'IMC:

- Poids normal : 18 et 24,9
- Surpoids : 25 et 29,9
- Obésité 30 et 34,9 Classe I
- Obésité massive : 35 et 39,9 Classe II
- Obésité morbide Supérieur à 40 Classe III

Nous avons choisi de représenté le Tour de Taille selon le critère de l'Association Suis de Diabète (**ASD**) [11]

Tableau I : signification de la mesure du tour de taille de l'ASD

Suis-je à risque de maladie cardiovasculaire, d'attaque cérébrale ou de diabète		
	Homme	Femme
Risque élevé	Tour de taille plus de 102 cm	Tour de taille plus de 88 cm
Risque modéré	Tour de taille entre 94 et 102 cm	Tour de taille entre 80 et 88 cm
Risque faible	Tour de taille moins 94cm	Tour de taille moins de 80 cm

- La mesure du **tour de taille** a été effectuée à l'aide d'un mètre ruban. Le tour de taille a été mesuré sur le patient debout à mi-distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le rebord costal sur la ligne médio axillaire.
- La mesure de la **pression artérielle** (PA) a été réalisée par méthode auscultatoire avec un respect strict des règles de mesure de la PA. Ainsi les patients étaient classés selon différents grades à savoir :
 - PA normale pour une pression inférieure à 130/85 mmHg
 - HTA grade I pour une pression $\geq 130/85$ mmHg mais $\leq 160/99$ mmHg
 - HTA grade II pour une pression $>160/100$ mais $\leq 180/110$ mmHg
 - HTA grade III pour une pression $> 180/110$ mmHg

- Le dosage de la **glycémie**: deux niveaux de glycémie ont été considérés, la glycémie $< 1\text{g/l}$ et la glycémie $\geq 1\text{g/l}$.
 - Le dosage des **triglycérides**: le taux était normal entre 0,3 et 1,5 g/l, on parlait d'hyper triglycéridémie lorsque le taux était $\geq 1,5\text{g/l}$.
 - Le dosage du **cholestérol total**: le taux était normal lorsqu'il était compris entre 1,5 -2 g/l, on parlait d'hypercholestérolémie lorsque le taux était $> 2\text{g/l}$.
 - Le dosage du **HDL cholestérol**: le taux était bas pour des valeurs $< 0,4\text{g/l}$ pour l'homme et $< 0,5\text{g/l}$ pour la femme.
 - Le dosage du **LDL cholestérol**: le taux était normal lorsqu'il était $< 1,6\text{g/l}$, on parlait d'élévation lorsque le taux était $> 1,6\text{g/l}$
 - Le syndrome métabolique était retenu devant les critères de ceux de l'Adult treatment panel III (l'ATPIII) où le tour de taille n'est pas une composante obligatoire du syndrome métabolique mais il reste néanmoins un outil de dépistage non négligeable.
- Une obésité abdominale avec un tour de taille $\geq 94\text{ cm}$ chez l'homme, et $\geq 80\text{ cm}$ chez la femme.
 - Une pression artérielle systolique $\geq 130\text{ mm Hg}$ et une pression artérielle diastolique $\geq 85\text{ mm Hg}$ ou une hypertension artérielle connue ou méconnue.
 - Une glycémie à jeun $\geq 5,6\text{ mmol/l}$ ou un diabète de type 2 avéré.
 - Un taux de triglycérides $\geq 1,7\text{mmol/l}$ ou un traitement spécifique de l'anomalie lipidique.
 - La lipoprotéine du cholestérol de haute densité (HDL-C) basse avec un taux $< 1,03\text{ mmol/l}$ chez l'homme) et $< 1,3\text{ mmol/l}$ chez la femme ou un traitement spécifique de l'anomalie lipidique. [2]

La présence de 3 des 5 critères chez tous patients sans distinction de sexe dans notre étude permettait de poser le diagnostic de syndrome métabolique.

1.6. Collecte des données

Les données collectées ont été reportées sur une fiche d'enquête individuelle qui figure en annexes. Elle comportait

- Un numéro d'enregistrement
- Les caractéristiques du patient : âge, sexe, résidence, profession.

- Les données de l'interrogatoire : les antécédents familiaux et personnels de diabète, d'obésité d'HTA et d'accident vasculaire, la notion de tabagisme actuelle ou sevrée.
- Les signes physiques retrouvés
- Les signes biologiques retrouvés
- Le diagnostic psychiatrique
- Le traitement Psychotrope

1.7. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 22.0

Les graphiques ont été créé à partir du logiciel Excel version 2010.

1.8. Considérations éthiques :

Après information du patient et de son accompagnateur et obtention de leur consentement éclairé, nous avons procédé à la prise des paramètres cliniques et les prélèvements sanguins pour notre échantillonnage

1.9. La surveillance des traitements antipsychotiques atypiques

Il a été développé des stratégies de surveillance afin de prévenir le syndrome métabolique chez les patients sous antipsychotiques atypiques.

Les recommandations de l'Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé [12]

Avant la mise sous traitement :

- Interroger le patient sur ses **antécédents médicaux personnels et familiaux** (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, décès précoce d'origine cardiovasculaire dans la famille), sur les traitements en cours, particulièrement ceux pouvant interférer avec les métabolismes glucidiques et lipidiques ;
- Interroger le patient sur son **hygiène de vie** : habitudes alimentaires, activité physique, consommation d'alcool, toxicomanie, tabagisme ;
- Pratiquer des **bilans cliniques et biologiques** :

Pesée, calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC), mesure du périmètre ombilical, mesure de la pression artérielle ;

Dosages à jeun du cholestérol (total, LDL, HDL), des triglycérides, et de la glycémie ;

- **Informers les patients et leur entourage** sur le risque de survenue de troubles métaboliques est indispensable.

Il doit être recommandé aux patients d'adopter un régime alimentaire équilibré, de pratiquer une activité physique régulière et, s'il y a lieu, de diminuer la consommation d'alcool et/ou de tabac.

Pendant le traitement :

La stratégie de la surveillance dépend à la fois des facteurs de risque retrouvés avant l'instauration du traitement, des signes cliniques apparaissant pendant le traitement et du médicament antipsychotique instauré.

- **Prise pondérale** : Il est recommandé de contrôler le poids **après 1 mois et 3 mois de traitement, puis trimestriellement**. Cette surveillance pourra être plus fréquente si la prise de poids est rapide et importante. Une prise de poids de plus de 7%, surtout si elle est rapide, doit alerter le prescripteur. Elle doit le conduire à vérifier l'absence d'un diabète.

- **Glycémie** : Il est recommandé de doser la glycémie **après 3 mois et 12 mois de traitement, puis annuellement**. Le prescripteur est invité à interroger, dans l'intervalle, le patient sur la survenue éventuelle de symptômes évocateurs d'un diabète. Des dosages plus fréquents peuvent être nécessaires en fonction des données cliniques, des antécédents familiaux ou de la glycémie initiale.

- **Bilan lipidique** : La pratique d'un bilan lipidique (cholestérol total, cholestérol LDL, HDL, triglycérides) est recommandée **3 mois après l'instauration du traitement, puis après 5 ans en cas de bilan normal**, ou plus fréquemment selon les données cliniques (prise de poids, diabète).

- **Pression artérielle** : Il est recommandé de contrôler la **pression artérielle après 3 mois de traitement puis une fois par an**. La fréquence peut être plus importante si cliniquement il y a une indication.

Tableau II : Recommandations de surveillance clinique et paraclinique sous traitement antipsychotique

	T0	M1	M3	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

T0 : avant le traitement ; M1 : 1 mois après le début du traitement ; M3 : 3 mois après le début du traitement

D'une manière générale, en cas d'anomalies détectées pendant le traitement, il est recommandé de rappeler aux patients l'importance du suivi des règles hygiéno-diététiques et, s'il y a lieu, la nécessité d'une diminution de la consommation d'alcool et/ou de tabac. La prise en charge thérapeutique doit faire intervenir médecin traitant et psychiatre et peut amener, dans certains cas, à orienter le patient vers un autre spécialiste.

Résultats

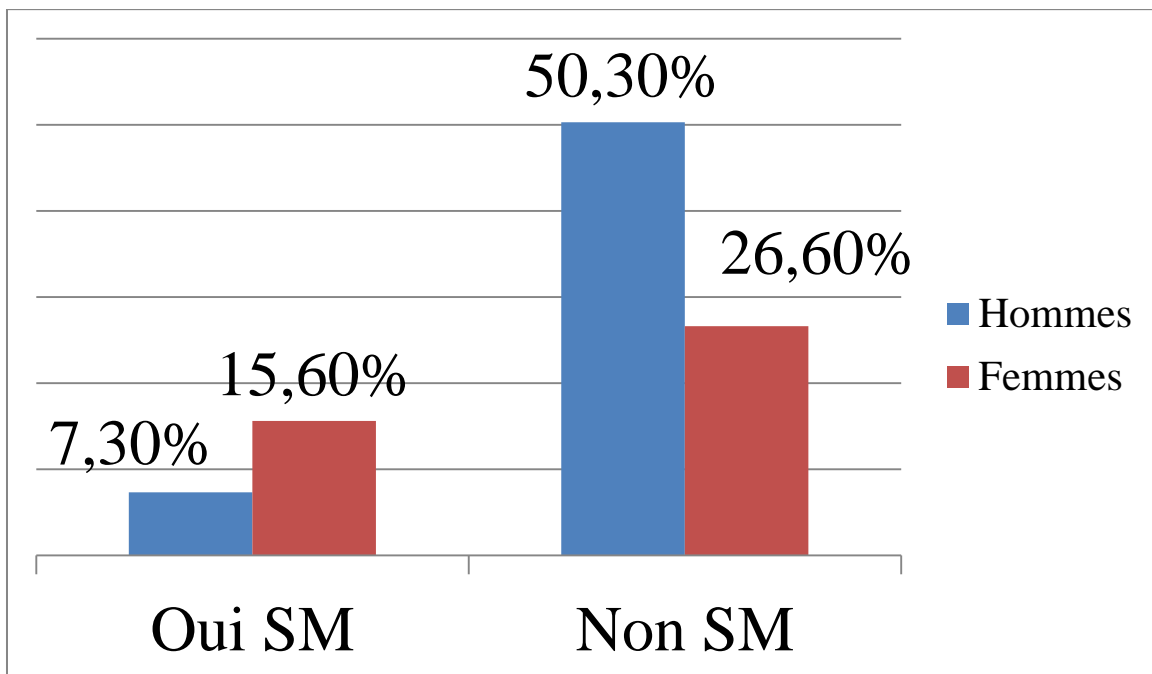
2. Résultats

2.1. Résultats globaux

Durant notre enquête nous avons colligé **109** patients qui répondaient à nos critères d'inclusion parmi eux 25% étaient porteurs du syndrome métabolique, soit une fréquence hospitalière de 22,9%.

2.2. Caractéristiques sociodémographique :

Sexe



Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe en fonction de la présence du syndrome métabolique

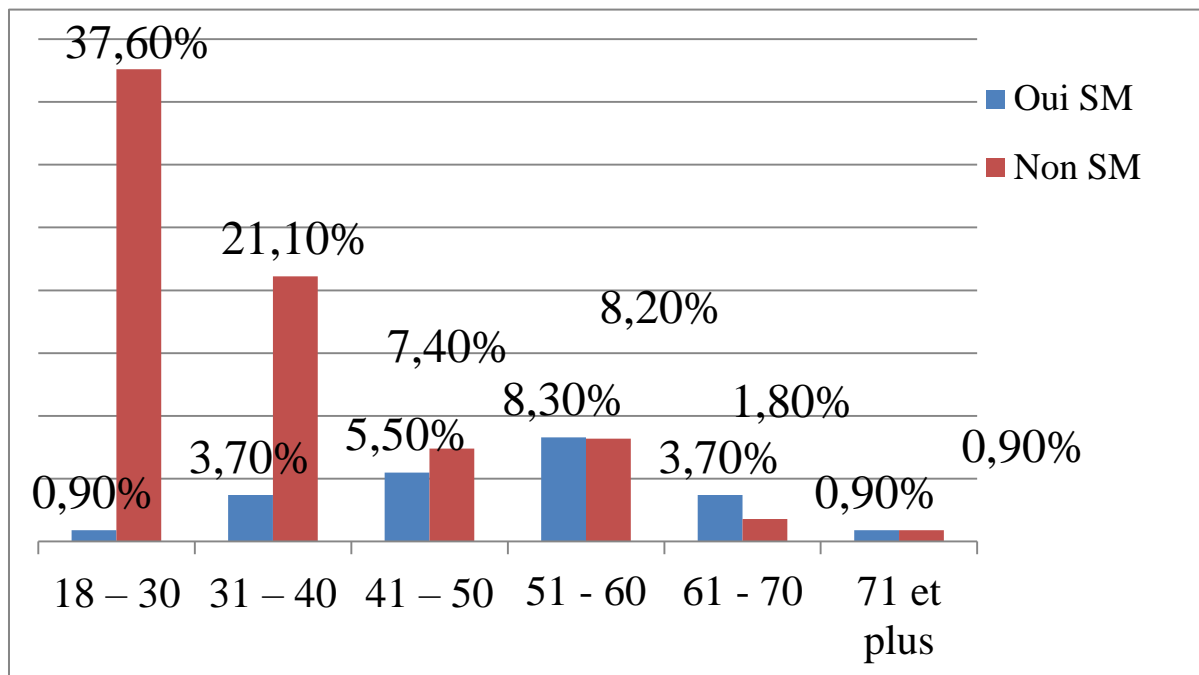
Le sexe masculin représentait 57,8% des cas soit un sex ratio de 1,37

Parmi ceux ayant le syndrome métabolique 7,3% étaient de sexe masculin.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	syndrome métabolique		Total
	oui (%)	non (%)	
Femme au foyer	10 (9,2)	20 (18,3)	30 (27,5)
Commerçant	6 (5,5)	14 (12 ;3)	20 (18,3)
Cultivateur	0	1 (0,9)	1 (0,9)
fonctionnaire	2 (1,8)	10 (9,2)	12 (11)
Ouvrier	2 (1,8)	16 (14,7)	18 (16,5)
élève, étudiant	1 (0,9)	9 (8,3)	10 (9,2)
Agent de Sécurité	0	2 (1,8)	2 (1,8)
sans emploi	4 (3,7)	5 (4,6)	9 (8,3)
Entrepreneur	0	3 (2,8)	3 (2,8)
aide-soignant	0	2 (1,8)	2 (1,8)
Non précisé	0	2 (1,8)	2 (1,8)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100)

Les femmes au foyer et les commerçants représentaient respectivement 27% et 18%



Graphique 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

La classe d'âge de 18 à 30 ans représentait 38,5% des cas.

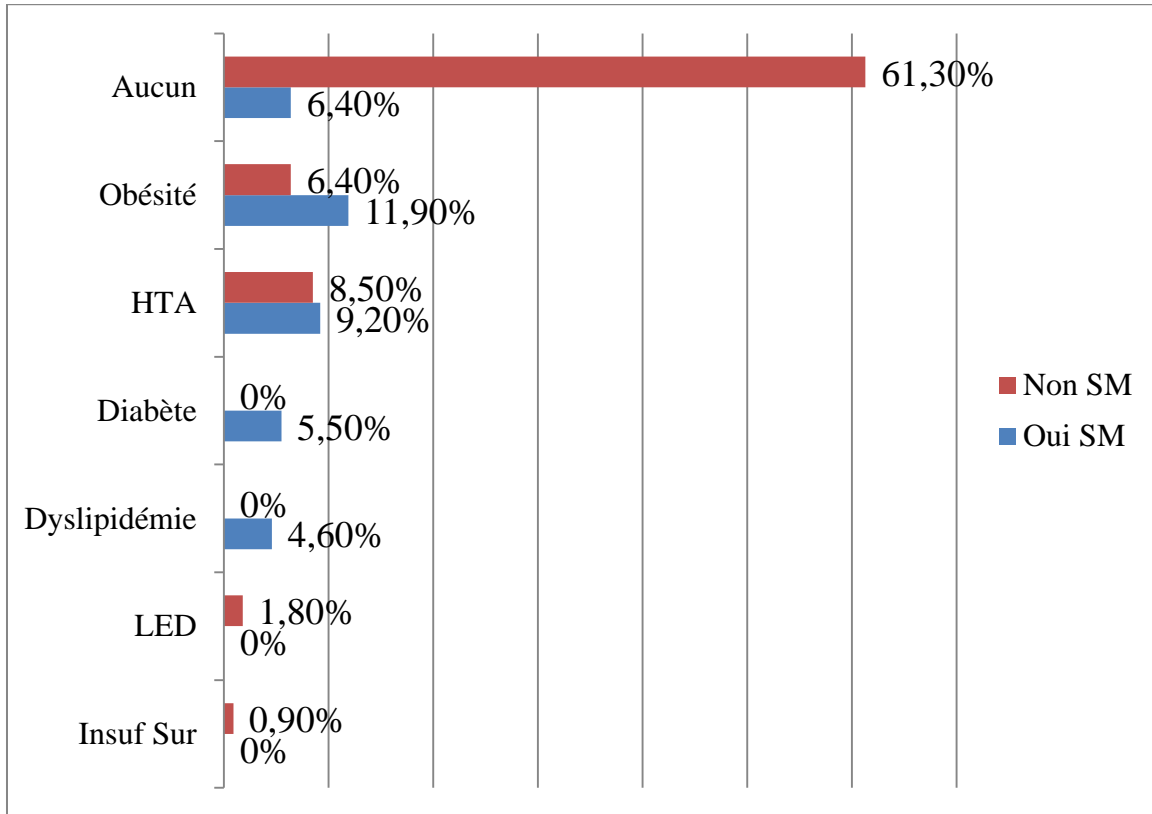
La classe d'âge 51-60 ans représentait 8,3% de patients avec le syndrome métabolique.

Tableau IV : Répartition des patients selon les ATCD de familiaux

ATCD familiaux	Syndrome métabolique	
	Oui (%)	Non (%)
Obésité	7 (6,4)	18 (16,5)
HTA	14 (12,8) 36	22 (20,2)
Diabète	8 (7,3) 30	22 (20,2)
Asthme	3 (2,8)	0
Aucun	7 (6,4) 48	41 (37,6)

Dans notre série, 37,6% des patients n'avaient pas d'antécédents familiaux.

Parmi les patients avec le syndrome métabolique 6,8% étaient sans ATCD familiaux.



Graphique 3 : Répartition des patients selon les ATCD personnels

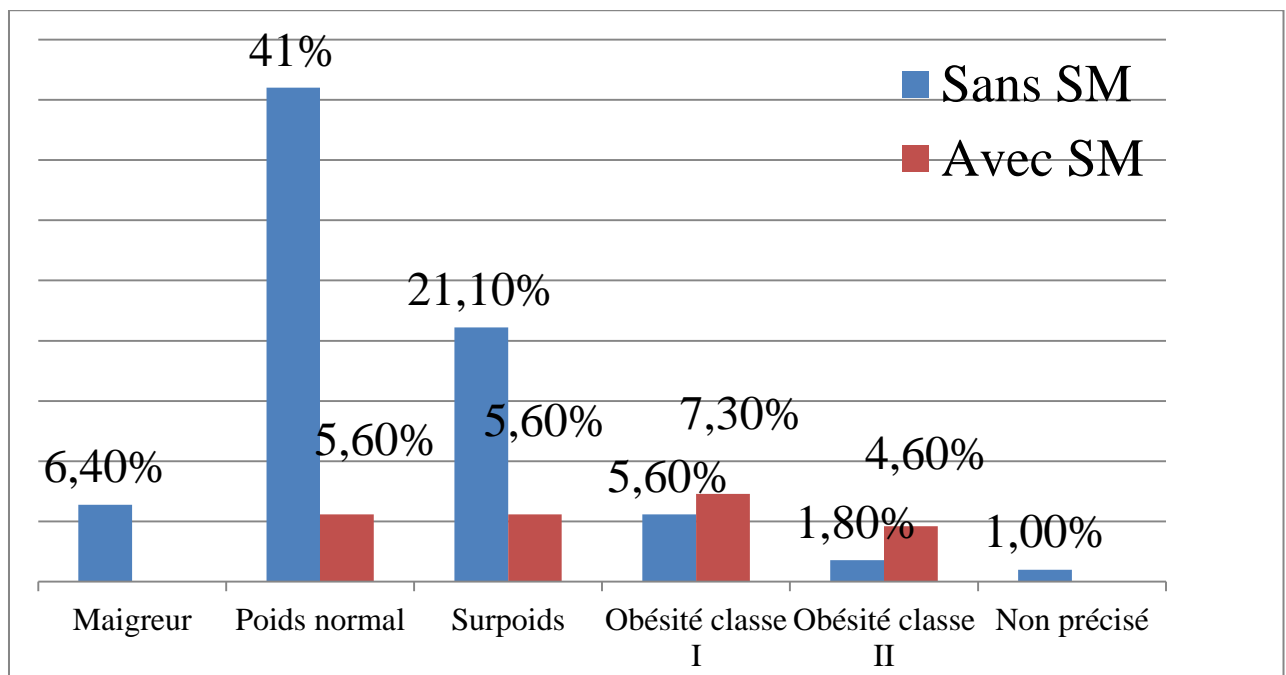
L'obésité était présente chez 18,3% des patients.

L'hypertension artérielle était présente chez 8,5% des patients avec le syndrome métabolique.

Tableau V : Répartition des patients selon leur mode de vie

Conduite addictive	Fréquence	Pourcentage
Tabac	30	27,5
Alcool	10	9,2
Thé	68	62,4
Café	17	15,6
Cannabis	2	1,8
Cola	3	2,8
Tramadol	1	0,9
Diazépam	1	0,9
Aucun	32	29,4

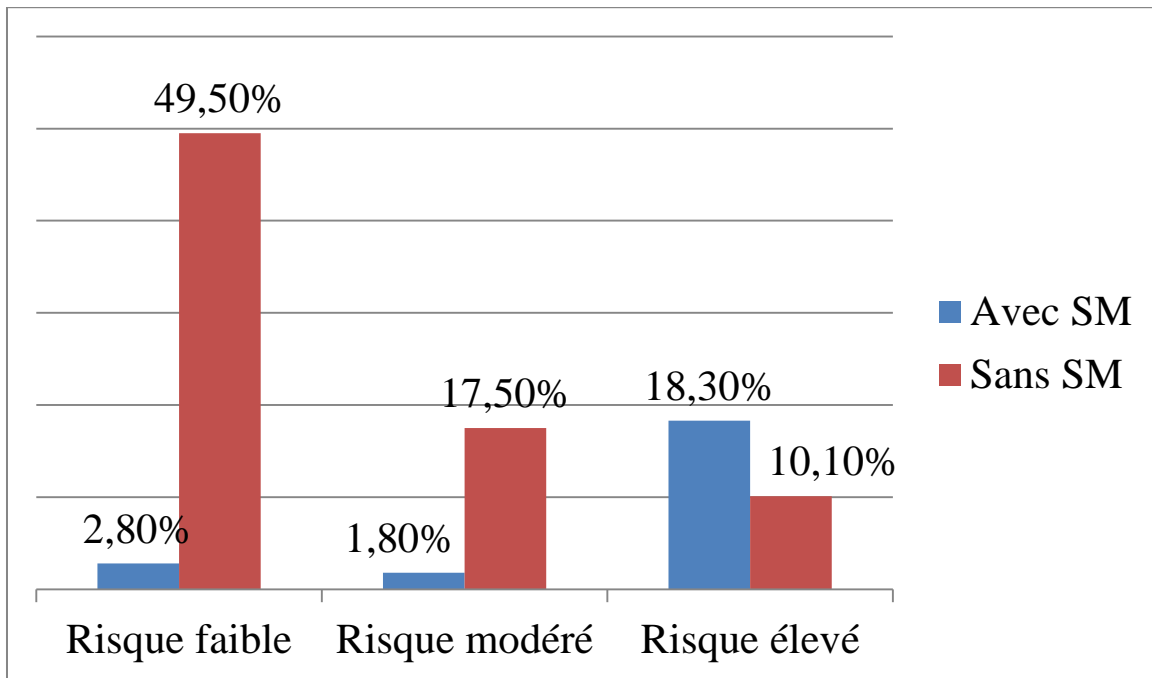
La consommation de thé était effective chez 62,4% des patients.



Graphique 4 : Répartition des patients selon l'IMC

Les patients avec un IMC entre normal représentaient 46,8% des cas.

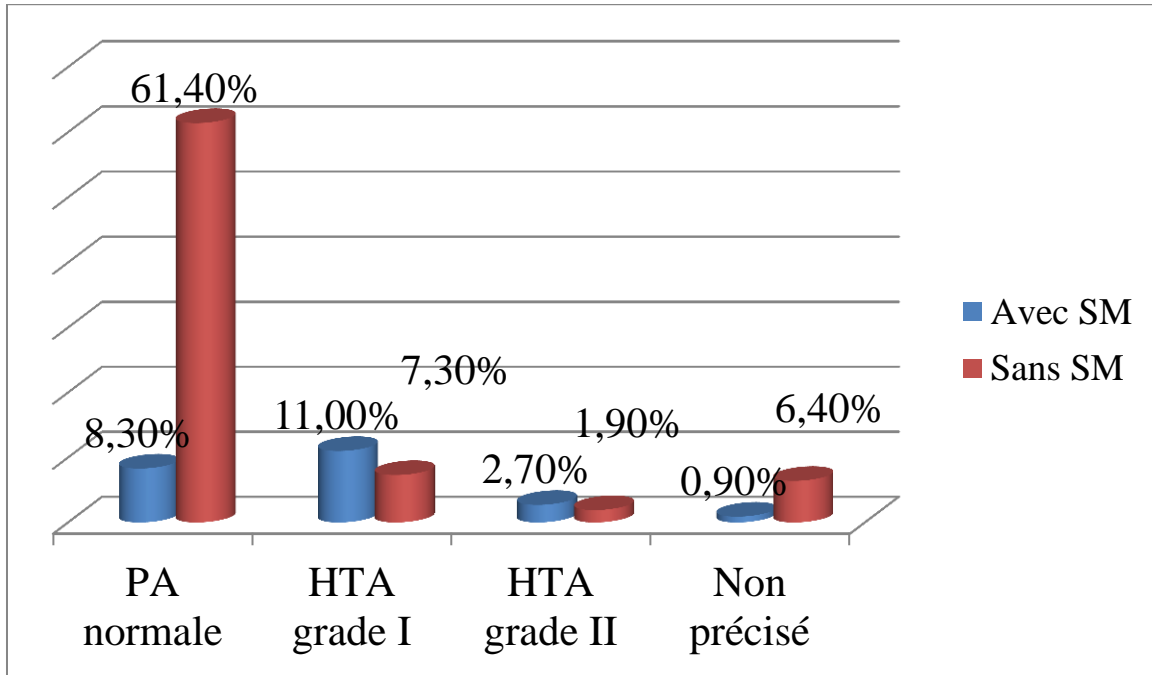
L'obésité de classe I était retrouvée chez 7,3% des patients avec le syndrome métabolique.



Graphique 5 : Répartition des patients selon le risque de maladie cardiovasculaire et diabète en fonction du tour de taille selon l'ASD

Les patients avec un risque élevé de maladies cardiovasculaires et diabète en fonction du tour de taille représentaient 28,40% des cas.

Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 17,5% avaient un risque modéré de maladies cardiovasculaires et diabète en fonction du tour de taille.



Graphique 6 : Répartition des patients selon le résultat de la mesure de la pression artérielle

Les patients atteints d'HTA grade 1 représentaient 17,3% des cas.

Parmi les patients avec le syndrome métabolique 7,3% avaient une HTA grade I.

Tableau VI : Répartition des patients selon le résultat de la mesure de la glycémie à jeun (n = 52)

Syndrome métabolique Glycémie à jeun	Oui (%)	Non (%)	Total (n = 52)
< 0,70g/l	2 (3,8)	3 (5,8)	5 (9,6)
Entre 0,70 – 1,10 g/l	6 (11,5)	33 (63,5)	39 (75)
1,11 - 1,25 g/l	3 (5,8)	3 (5,8)	6 (11,6)
≥ 1,26g/l	2 (3,8)	0 (0)	2 (3,8)

Parmi ceux ayant les glycémies à jeun, 11,6% avaient une glycémie comprise entre 1,11 et 1,26 g/l et 3,8% avaient une glycémie \geq 1,26g/l.

Tableau VII : Répartition des patients selon le résultat de la mesure de la glycémie aléatoire (n = 57)

Syndrome métabolique Glycémie aléatoire	Oui (%)	Non (%)	Total (n = 57)
< 0,70 g/l	0 (0)	1 (1,7)	1 (1,7)
Entre 0,70 – 2 g/l	9 (15,8)	45 (79)	54 (94,8)
≥ 2 g/l	2 (3,5)	0 (0)	2 (3,5)

Parmi ceux ayant les glycémies aléatoires, 3,5% des patients ont une glycémie supérieure ou égale à 2g/l.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le taux de HDLc

Syndrome métabolique Niveau HDLc	Oui (%)	Non (%)	Total
Inférieur 0,4 g/l	23 (21,1)	80 (73,4)	103 (94,5)
Supérieur 0,4 g/l	1 (0,9)	4 (3,7)	5 (4,6)
Non précisé	1 (0,9)	0 (0)	1 (0,9)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100,0)

Les patients avec un niveau de HDLc inférieur à 0,4g/l représentaient 94,5% des cas.

Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 21,1% avaient un niveau de HDLc inférieur à 0,4g/l.

Tableau IX : Répartition des patients selon le taux de triglycérides

Syndrome métabolique Taux de triglycérides	Oui (%)	Non (%)	Total
Inférieur à 1,5 g/l	13 (11,9)	79 (72,5)	92 (84,4)
1,5 – 3,4 g/l	11 (10,1)	5 (4,6)	16 (14,7)
Non précisé	1 (0,9)	0	1 (0,9)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100,0)

Les patients avec un taux de triglycéride compris entre 1,5- 3,4g/l représentaient 14,7%.

Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 10,1% avaient un taux de triglycéride compris entre 1,5- 3,4g/l

Tableau X : Répartition des patients selon le taux de LDLc

Syndrome métabolique Taux de LDLc	Oui (%)	Non (%)	Total
Inférieur à 1,6 g/l	12 (11,0)	65 (59,6)	77 (70,6)
Supérieur 1,6 g/l	12 (11,0)	19 (17,4)	31 (28,4)
Non précisé	1 (0,9)	0	1 (0,9)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100,0)

Les patients avec un taux LDLc supérieur à 1,6g/l représentaient 31%.

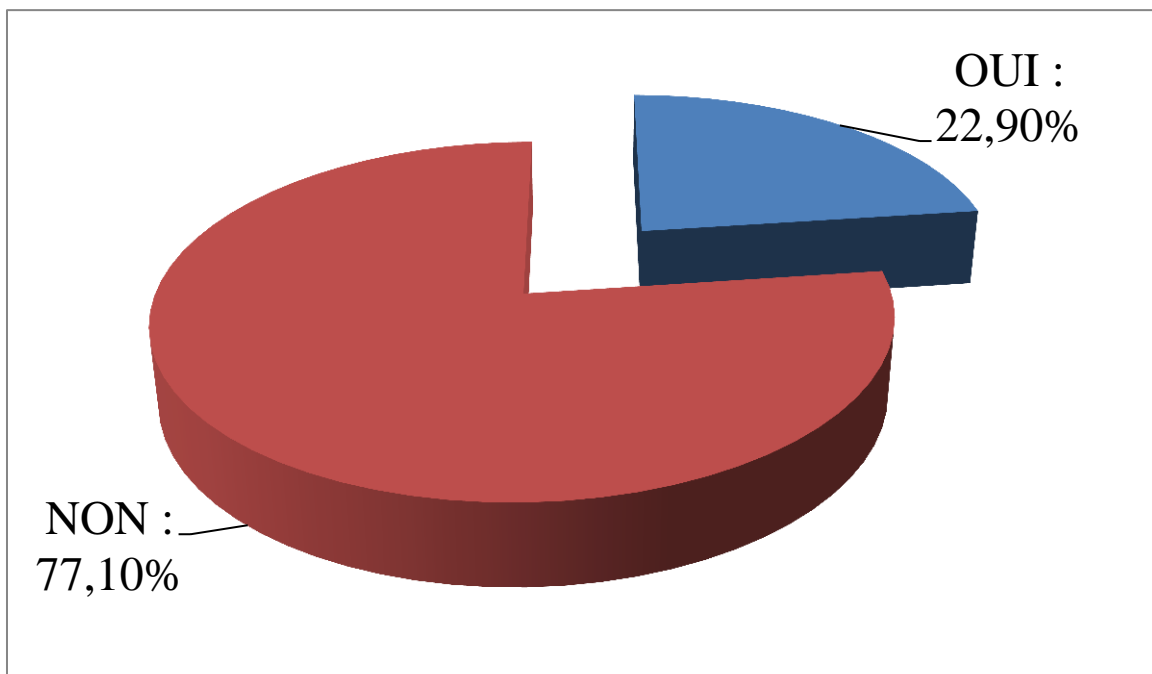
Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 11% avaient un taux de LDLc supérieur à 1,6g/l.

Tableau XI : Répartition des patients selon le taux de cholestérol total

Syndrome métabolique Taux Cholestérol total	Oui (%)	Non (%)	Total
Inférieur à 2 g/l	11 (10,1)	65 (59,6)	76 (69,7)
Supérieur 2 g/l	13 (12)	19 (17,4)	32 (29,4)
Non précisé	1 (0,9)	0	1 (0,9)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100,0)

Les patients avec un taux de cholestérol total supérieur à 2g/l représentaient 32%.

Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 12% avaient un taux de cholestérol total supérieur à 2g/l.



Graphique 7 : Répartition des patients selon la présence du syndrome métabolique

Le syndrome métabolique est retrouvé chez 22,9% des patients

Tableau XII : Répartition des patients selon les pathologies psychiatriques

Pathologies psychiatriques	Syndrome métabolique		Total
	Oui (%)	Non (%)	
Addiction	1 (0,9)	1 (0,9)	2 (1,8)
BDA	0	5 (4,6)	5 (4,6)
Catatonie	0	1 (0,9)	1 (0,9)
Comitialité	1 (0,9)	6 (5,5)	7 (6,4)
Psychose chronique non schizophrénique	9 (8,2)	16 (14,7)	25 (22,9)
Schizophrénie	4 (3,7)	27 (24,8)	31 (28,5)
Troubles de l'humeur	8 (7,4)	26 (23,8)	34 (31,2)
Troubles schizo-affectifs	2 (1,85)	2 (1,85)	4 (3,7)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100,0)

Les troubles de l'humeur étaient la pathologie psychiatrique majoritaire avec 31,2%.

La Psychose chronique non schizophrénique était retrouvée chez 8,2% des patients avec le syndrome métabolique.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les traitements psychiatriques

Syndrome métabolique Classe de psychotropes	Oui (%)	Non (%)	Total
Neuroleptiques	16 (14,7)	70 (64,2)	86 (78,9)
Thymorégulateurs	7 (6,4)	29 (26,6)	36 (33)
Antidépresseurs	7 (6,4)	12 (11)	19 (17,4)
Anticonvulsivants	1 (0,9)	0	1 (0,9)
Anxiolytiques	1 (0,9)	6 (5,5)	7 (6,4)

Les neuroleptiques étaient utilisés dans 78,9% des cas

Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 14,7% prenaient des neuroleptiques.

Tableau XIV : Répartition des patients selon si des psychotropes étaient associés

Syndrome métabolique Psychotropes associés	Oui (%)	Non (%)	Total
Oui	6 (5,5)	31 (28,5)	37 (34)
Non	19 (17,4)	53 (48,6)	72 (66)
Total	25 (22,9)	84 (77,1)	109 (100)

Les classes des psychotropes étaient associées dans 66% des cas.

Parmi les patients atteints du syndrome métabolique 5,5% prenaient des psychotropes associés.

2.2. Analyse bivariée

Tableau XV : Relation entre le syndrome métabolique et les caractéristiques sociodémographiques et les ATCD personnels

Caractéristiques		Syndrome métabolique		p
		Oui	Non	
Sexe	Masculin	8	55	0,003
Âge	31 – 40	4	23	0,000
ATCD personnel diabète	Oui	6	0	0,000
ATCD personnel HTA	Oui	10	6	0,000
ATCD de dyslipidémie	Oui	5	0	0,000
ATCD personnel d'obésité	Oui	13	7	0,000
Consommation de tabac	Oui	4	22	0,332
Consommation d'alcool	Oui	0	7	0,067
Profession	Ménagère	10	20	0,489

Le syndrome métabolique avait un lien statistiquement significatif avec le sexe, l'âge l'antécédent de diabète, d'HTA, de dyslipidémie et d'obésité

Tableau XVI : Relation entre le syndrome métabolique et les pathologies psychiatriques

Pathologies	Syndrome métabolique		P
	Oui	Non	
Addiction	1	1	0,408
BDA	0	5	0,587
Catatonie	1	1	0,271
Comitialité	1	6	1
Psychose chronique non schizophrénique	9	16	0,169
Schizophrénie	4	28	0,133
Trouble de l'humeur	8	26	0,921
Trouble Schizo- affectif	2	2	0,405

P = 0,271

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le syndrome métabolique et les pathologies psychiatriques

Tableau XVII : Relation entre le syndrome métabolique et les différentes classes de psychotropes

Classes des psychotropes	Syndrome métabolique		P
	Oui	Non	
Neuroleptiques	16	70	0,038
Antidépresseurs	7	12	0,136
Anticonvulsivants	1	0	0,229
Anxiolytiques	1	6	0,689
Thymorégulateurs	7	29	0,543
Association de classes	6	31	0,118

P = 0,053

Il y'avait un lien statistiquement significatif avec la prise de neuroleptiques soit un $p = 0,038$

Discussions

3. Discussions

3.1. Les limites de l'étude

Bien que nous ayons eu des résultats que nous allons commenter, nous avons rencontré quelques difficultés telles que :

- La non coopération de certains malades car acceptent l'examen physique mais refusent les prélèvements sanguins.

3.2. Fréquence globale

Au cours de notre étude 109 patients vus dans le cadre de la consultation externe ou d'une hospitalisation dans le service de Psychiatrie ont été colligés. Parmi eux, 25/109 patients soit **22,9%** présentaient un syndrome métabolique. Dans la littérature la prévalence du syndrome métabolique varie selon les définitions, les pays et les ethnies. En France, la fréquence du syndrome métabolique défini par les critères NCEPATP III est de 25% pour les hommes et 19% pour les femmes [13]. Aux États-Unis entre 25 et 40% des individus âgés de plus de 20 ans présentent un syndrome métabolique. Sa prévalence augmente avec l'âge : elle est à 30 à 50% après 60ans [13].

Selon la littérature le syndrome métabolique est deux à trois fois plus fréquent chez les patients psychiatriques que dans la population générale [14].

Nous n'avons pas trouvé de données sur le syndrome métabolique dans la population générale du Mali. Toutefois, des études hospitalières faites dans certains services, telles que celle faite en Médecine Interne en 2020 montrait une fréquence du syndrome métabolique de 1.43% [15] et celle faite à l'Hôpital du Mali en 2018 retrouvait une fréquence de 11,23% [16]. Ceci serait lié au mode de vie des patients atteints de troubles mentaux avec réduction de l'hygiène alimentaire et de sédentarité.

3.3. Caractéristiques sociodémographiques

3.3.1. Age

Les patients de la classe d'âge 18 à 30 ans ont été majoritaires avec 41 sur 109 patients soit 37,6%. La moyenne d'âges $38,08 \pm 13,69$ ans. Coulibaly et al [17] retrouvaient un âge moyen de $32,2 \pm 10,7$ ans. Un âge moyen comparable au nôtre. Ceci témoigne de l'âge jeune des patients en psychiatrie. On notait l'existence d'un lien statistiquement significatif avec l'âge $p = 0,000$.

3.3.2. Sexe

Le sexe masculin représentait 57,8%, soit un sex ratio (H/F) de 1,36. Coulibaly et al [17] retrouvaient dans leur étude une prédominance du sexe masculin à 83,8%. Ceci pourrait refléter les réalités communautaires mais aussi témoigner le faible accès des soins en santé mentale pour les femmes au Mali. Dans notre étude on retrouvait un lien statistiquement significatif avec le sexe $p = 0,003$.

3.4. Caractéristiques cliniques

3.4.1. Mode de vie

La notion consommation de drogue telle que le tabac, l'alcool, le cannabis, le tramadol et le diazépam était présente chez 40,3% des patients. Coulibaly et al Le retrouvaient dans 42,9% des cas [17]. Un résultat comparable au nôtre. Suivant les drogues c'était le tabac à 27,5%, l'alcool à 9,2%, le cannabis à 1,8%, le tramadol à 0,9% et le Diazépam à 0,9%. Nous n'avons pas trouvé de lien statistique entre le syndrome métabolique et le mode de vie.

3.4.2. Critères du syndrome métabolique

➤ Pression artérielle

Dans notre étude, les patients avec une pression artérielle supérieure ou égale à 130/85 mmHg représentaient 22,9% des cas et 14,7% étaient déjà hypertendus. Il existait un lien statistiquement significatif entre le syndrome métabolique et l'ATCD d'HTA avec $p = 0,000$.

➤ Glycémie

Les glycémies à jeun étaient réalisées chez 47,7% et les glycémies aléatoires chez 52,3%. Ceci est dû au fait que les patients n'ont pas été préparé à l'avance. Parmi ceux ayant réalisé la glycémie à jeun, 15,3% étaient en état de pré-diabète avec une glycémie supérieure à 1,10g/l et 5,5% étaient déjà diabétiques. Et parmi ceux qui avaient réalisés la glycémie aléatoire 3,5% avaient une glycémie supérieure à 2g/l. Dans la littérature, les anomalies de la glycémie (pré-diabète et diabète) sont estimées à 30% chez les patients présentant une symptomatologie psychiatrique sévère. [18]. Il existait un lien statistiquement significatif entre le syndrome métabolique et l'ATCD de diabète soit $p = 0,000$.

➤ Tour de taille

Concernant le tour de taille, nous avons choisi de le rapporté selon le risque de développer une maladie cardiovasculaire, d'attaque cérébrale ou de diabète [11]. Ainsi 19,3% des patients avaient un risque modéré et 28,4% avaient un risque élevé. A noter que 18,3% étaient déjà obèses. Concernant la psychiatrie les études que nous avons retrouvées concernent certaines pathologies psychiatriques notamment la schizophrénie chez qui le risque d'obésité serait multiplié par un facteur de 2,8 à 3,5 mais aussi les troubles de l'humeur d'un facteur de 1,2 à 1,5. Les troubles bipolaires et la dépression étaient associés à l'obésité dans respectivement 20 à 50% et 58%. [18]. Il existait un lien statistiquement significatif entre le syndrome métabolique et l'ATCD d'obésité soit $p = 0,000$.

➤ Dyslipidémie

Les patients qui avaient déjà des dyslipidémies représentaient 4,6%. Au cours de notre étude, après réalisation du lipidogramme ceux avec un taux de HDLc inférieur à 0,4g/l représentaient **94,5%** des cas et ceux avec les triglycérides entre 1,5 – 3,4 g/l représentaient 14,7% des cas. Les études dans la littérature

concernent surtout certaines pathologies telles que la schizophrénie traitée par les antipsychotiques où la fréquence est de 35,6 – 80% pour les hypertriglycéridémies et de 20 – 50% pour les hypoHDLc. Dans la dépression on voit surtout une hypoHDLc dans 36,6% des cas et chez les patients bipolaires après 5 ans de traitement plus d'un tiers des patients présentent une dyslipidémie [18]. Il existait un lien statistiquement significatif entre le syndrome métabolique et l'ATCD de dyslipidémie soit $p = 0,000$.

3.4.3. Pathologies psychiatriques

Les patients présentaient surtout les pathologies psychiatriques telles que les troubles de l'humeur (31,2%), la schizophrénie (28,5%) et les psychoses chroniques non schizophréniques (25%). Coulibaly et al retrouvaient la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants dans 67,8% des cas et les troubles de l'humeur dans 18,2% des cas. En tenant compte des BDA (4,6%) et des troubles schizo-affectifs (3,7%), nous avons une fréquence comparable à celle de Coulibaly [17]. Précisons que nous n'avons trouvé aucun lien statistiquement significatif entre les différentes pathologies psychiatriques et le syndrome métabolique. Dans l'étude CATIE La prévalence du syndrome métabolique était de 40,9% selon les critères NCEP ATP III dans un échantillon de 689 patients souffrant de schizophrénie [19]. Une étude méta-analytique, qui rassemblait 5531 patients âgés de 47 ans en moyenne et issus de 18 études transversales menées en population générale confirme l'association du syndrome métabolique et la dépression dans 23,8% des cas contre et 16,7% pour les sujets non-déprimés [20].

Les traitements étaient surtout à base de neuroleptiques dans 78,9% des cas, les thymorégulateurs dans 33% des cas et les antidépresseurs dans 17,4%. Ceci du fait des pathologies les plus représentées. On retrouvait un lien statistiquement significatif entre le syndrome métabolique et la prise des neuroleptiques avec un $p = 0,038$. Une étude réalisée par Chisten. I, et collaborateur sur 50 patients qui

bénéficiaient de neuroleptique à action prolongée ont trouvé 56,1% et 36% de syndrome métabolique respectivement chez la femme et chez l'homme. [21]

Conclusion

Conclusion

Les anomalies métaboliques sont fréquentes chez les patients présentant des pathologies psychiatriques. Ces anomalies métaboliques semblent s'intensifier avec l'ancienneté de la pathologie psychiatrique suggérant un effet direct de l'évolution de la pathologie psychiatrique et/ou des traitements psychotiques.

Le syndrome métabolique était présent chez presque un tiers des patients en psychiatrie. Il était lié à l'âge, le sexe, les ATCD métaboliques et la prise des neuroleptiques.

Certains de ces troubles métaboliques semblent être présents dès la découverte des pathologies psychiatriques et seraient aggravés par la prise des neuroleptiques. De plus il pourrait compromettre le pronostic de ces patients psychiatriques car augmenterait leur risque cardiovasculaire. Ainsi d'autres études sont nécessaires pour une meilleure compréhension du syndrome métabolique en psychiatrie.

Recommandations

Recommandations

Aux autorités sanitaires

- Sensibiliser et former les professionnels de santé à la recherche et la prise en charge du syndrome métabolique.
- Mise en place d'un programme d'amélioration de l'hygiène de vie des patients suivis en psychiatrie.

Aux praticiens hospitaliers :

- Informer les patients et leurs accompagnateurs des risque de survenu du syndrome métabolique
- Communiquer sur des mesures individuelles et collectives à prendre pour réduire le risque de survenu du syndrome métabolique.

Aux patients et accompagnants :

- Respecter les règles hygiéno-diététiques et, s'il y a lieu, la nécessité d'une diminution ou de l'arrêt de la consommation d'alcool et/ou de tabac.
- Agir sue la consommation des drogues non nécessaire a la santé des malade.
- Etre réceptif à l'éducation thérapeutique.

Bibliographie

Bibliographie

1. Tschoner. A. et coll. 2008. Metabolic side effects of antipsychotic medication. *International Journal Clinical Practice*, 2008 ; 61,(8) : 1356-70.
2. National Cholesterol Education Program Coordinating Committee. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation. JAMA*, Mai 2001,285, (19) : 2486-94
3. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. Mai 2006, 23, (5):469–80.
4. Guillouzic. D : Le syndrome métabolique chez les patients traités par antipsychotiques. *Lettre du Psychiatre*, 2010, 6 : 189-94.
5. Bottai T, Quintin. P, Perrin. E. Antipsychotics and the risk of diabetes : a general data review. *European psychiatry* 2005; 20:349-57.
6. Bélanger. M E, Provencher. M D, Shriqui. C : Efficacité des programmes de modifications des habitudes de vie pour la gestion de poids des personnes avec des troubles psychiatriques. *La Lettre du Psychiatre*, novembre-décembre 2010 ; 6, (6) :103-13.
7. Dallongeville J. Épidémiologie du syndrome métabolique en France. *Lettre Cardiol*, 2004, 379 : 25–8.
8. Fagiolini. A, Frank. E, Scott. J. A, Turkin. S, Kupfer. D. J. Metabolic syndrome in bipolar disorder : Findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians, *Bipolar Disorders*. 2005 ; 7 (5) : 424-30.
9. <https://www.sphere-sante.com/blog-incontinence/les-10-maladies-associees-a-lobesite-qui-inquietent-loms>. Consulté le 15-05-2022 à 22h15min
10. Poulin. M J, Cortese. L, Williams. R, Nina. W, McIntyre. R S. Atypical antipsychotics in psychiatric practice: practical implications for clinical monitoring. *Can J Psychiatry* 2005; 50 (9) :555-62.

11. ASD. Tour de taille et indice de masse corporelle- la formule de votre bien être. PC, Juillet 2013 ; 80 : 9730-7
12. Deleau. N, Ferard. C, Castot. A, Deguines. C, Kreft-Jais, Mendoza. L, Monzon. E. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. Afssaps Mise au point Mars 2010.
13. Dallongeville J. Épidémiologie du syndrome métabolique en France. *Lettre Cardiol* 2004; **379**:25–8.
14. Duval.F. Affections métaboliques et psychiatrie. EMC-Psychiatrie. Volume 10 n°2 avril 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(13\)60022-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(13)60022-X)
15. Edem. A. Etude du syndrome métabolique dans le service de Medecine Interne du CHU-POINT G. Thèse, médecine, FMOS, Bamako, 2020 ; 20M312.
16. Togo. S. O. Etude du syndrome métabolique en Médecine Interne et endocrinologie de l'hôpital du Mali. Thèse, médecine, FMOS, Bamako, 2018 ; 18M260.
17. Coulibaly. S, Dolo. H, Notue. C. A. M , Sangaré. M, Mounkoro. P. P, Alhousseini. A et col. Epidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. PAMJ, 2022 ; 41, (160) : 30663.
18. Duval.F. Affections métaboliques et psychiatrie. EMC-Psychiatrie. Volume 10 n°2 avril 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(13\)60022-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(13)60022-X)
19. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among us adults: Findings from the third national health and nutrition examination survey. JAMA. 2002 Jan 16;287(3):356–9
20. Lieberman JA, Stroup TS, Mcevoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, *et al.* Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005;353(12):1209-23.
21. Vancampfort. D, Correll. C. U, Wampers. M, Sienaert. P, Mitchell. A. J, De Herdt. A, et al. Metabolic. syndrome and metabolic abnormalities in patients with major depressive disorder: a metaanalysis of prevalences and moderating variables. Psychol Med. Nov 2013, 21, 1–12.

22. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *Lancet* 2005, 366 : 1059–62.
23. Delarue. J, Allain. G, Guillermin S. Le syndrome métabolique. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2006, 20 : 114-17
24. Ford E S. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the United States. *Diabetes Care* 2005, 28 : 2745–9.
25. Scheen. A. J, Winker. R V, Heart De M A. Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques. *Médecine des maladies Métaboliques*, Décembre 2008, 2, (6) : 593-8.
26. Mise au point et messages clés de l’Afssaps (ANSM) sur le “Suivi cardiométabolique des patients traités par antipsychotiques”. 2010.
27. Choong. E, Solida. A, Lzchaire. C, Conus. P, Eap. C. B. Suivi du syndrome métabolique induit par les antipsychotiques atypiques : recommandations et perspectives pharmacogénétiques. *Rev Med Suisse* 2008; 4 : 1994-9.
28. Roux. P. R. Etude des relations entre syndrome métabolique, maladies psychiatriques et psychotropes : revue de la littérature. *Médecine humaine et pathologie*. 2016. dumas-01298226.
29. Simard. A : Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteints de problèmes de santé mentale. *le partenaire*, 201;19, (4) : 9-12.
30. Zarate CA, Jr. Antipsychotic Drug Side Effect Issues in Bipolar Manic Patients. *J Clin Psychiatry*. 30 mai 2000;61(suppl 8):52-61.
31. Vetter. L, Wadden. T. A, Faulconbridge. L. F : Behavioral and pharmacologic therapies for obesity. *Nat Rev Endo*, 2010 ; 6 : 578-88.

Annexes

Fiche d'enquête

1. Etat civil :

N° d'enregistrement :..... Sexe :
Profession :..... Age :
Nationalité :..... Résidence :.....

2. Antécédents

Antécédents familiaux :

Obésité :..... Diabète :.....
HTA :..... Asthme :.....
AVC :..... Dyslipidémie :.....
IDM :..... Mort subite :.....

Antécédents personnels :

Diabète
Non :..... Oui :.....

HTA
Non :..... Oui :.....

Dyslipidémie
Non :..... Oui :.....

Obésité
Non :..... Oui :.....

Traitement en cours :.....
.....

Mode de Vie :

Tabac
Non :..... Oui :..... Sevré :.....

Alcool

Non :.....

Oui :.....

Sevré :.....

Autres

Non :.....

Oui :.....

Quoi :.....

3. Signes

Clinique :

Poids (kg) :

Taille :

IMC :.....

Tour de taille :

PA :

Biologique :

Glycémie à jeun :.....

Glycémie aléatoire :.....

HDLc :

TG :.....

4. Diagnostic Psychiatrique selon DSM-IV :

.....

5. Traitements Psychotropes :

.....
.....
.....
.....
.....

6. Syndrome métabolique

Oui :.....

Non :.....

Fiche signalétique :

Nom : KONE

Prénom : Joseph

Titre du Mémoire : Etude du syndrome métabolique chez les patients suivis dans le service de Psychiatrie du CHU Point G

Année de soutenance : 2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Psychiatrie et Endocrinologie

Directrice de Mémoire : Pr Kaya Assétou SOUKHO

Résumé :

Notre étude avait pour but d'étudier le syndrome métabolique et de déterminer la fréquence, de décrire les facteurs sociodémographique et les aspects clinique et biologique du syndrome métabolique chez les patients suivis en Psychiatrie.

Au terme de notre étude 109 patients ont été colligé parmi lesquels 25 patients soit 22,90% étaient porteurs du syndrome métabolique selon la définition de l'ATP III.

Le sexe masculin était prédominant avec 57,8%

La tranche d'âge comprise entre 18-35 ans représentait 38,50%

L'obèse était retrouvé chez 18,3 % des patients

L'hypertension artérielle était retrouvée chez 30% des patients

Les patients qui étaient dans un état de pré-diabète représentaient 15,3%

Une hypoHDLdémie était retrouvé chez 94,5% des patients

Patients avec triglycérides entre 1,5- 3,4g/l = 14,7%

Le syndrome métabolique était associé au sexe, l'âge, l'antécédent de diabète, d'HTA, de dyslipidémie l'obésité et la avec la prise de neuroleptiques.

Tous ces paramètres étant chacun un facteur de risque de maladie cardiovasculaire et de diabète bien identifié, une éducation des patients psychiatrique et leur entourage est un bon moyen qui permet de réduire de façon significative le risque survenu de ces complications.