

ISSN 1727 – 8651

JOURNAL
de la
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
de
L'UNIVERSITÉ DE LOMÉ



LOME - TOGO

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est
référéncé dans African Journal on Line (AJOL) [www.inasp.org/ajol]

VOLUME 26
(2024)

Numéro 1

Instructions aux auteurs (Directives aux auteurs)

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est un journal international et pluridisciplinaire qui publie des travaux de recherche rédigés en français ou en anglais. Les domaines couverts par le journal sont trois définis par le Réseau pour l'excellence de l'enseignement supérieur en Afrique de l'Ouest (REESAO) :

- *Lettres, Langues et Humanités ;*
- *Sciences, Technologies et Agronomies;*
- *Sciences de la Santé.*

Le journal reçoit des articles originaux, des revues de la littérature, des petites communications, des commentaires et critiques d'articles et des études de cas. Les articles soumis ne doivent pas avoir été publiés antérieurement, ni être actuellement soumis au processus d'évaluation dans une autre revue scientifique.

Le journal s'engage à ce qu'il n'y ait pas de retard dans la procédure d'évaluation, et réduire considérablement le délai pour émettre l'avis final : (au plus tard huit (8) semaines après la soumission). Les articles soumis doivent impérativement suivre le format de l'article type (l'exemplaire).

Périodicité

Chaque volume du journal paraît en quatre numéros par an (mars, juin, septembre et décembre).

Pour les éditions spéciales, le comité de rédaction fixe le délai des appels à contributions.

Processus de soumission

Les auteurs doivent lire attentivement les instructions aux auteurs avant d'entamer le processus de soumission.

La soumission d'articles est acceptée exclusivement via la page de soumission sur le site du journal. En cas de difficultés, les manuscrits seront soumis par voie électronique à l'adresse suivante : jrsultg@gmail.com ou jrsultg@univ-lome.tg.

Le manuscrit doit être accompagné d'une lettre d'engagement (exemplaire disponible) signée par l'auteur correspondant. La Lettre d'engagement, datée et

signée à l'encre bleue, doit être soumise en tant que fichier supplémentaire pendant la procédure de soumission du manuscrit (en format pdf). Les manuscrits qui ne sont pas accompagnés d'une lettre d'engagement seront automatiquement rejetés.

Présentation du manuscrit

Le manuscrit, saisi en format A4, colonne double avec 2,0 cm de marges et (Word : Times New Roman, 12, interligne simple), doit comprendre les parties suivantes :

- **Titre de l'article** : En majuscule, il doit être court et très explicite, en français et en anglais
- **Les auteurs** : Les noms et prénoms des auteurs (les initiales du nom et prénoms en majuscule, ex : Koledzi KE, les affiliations (noms et adresse des institutions) ainsi que leurs adresses email. Le nom de l'auteur correspondant doit être identifié par un astérisque (*) et son adresse électronique doit être fournie.
- **Un résumé (français) et un abstract (anglais)** : le résumé doit indiquer brièvement les objectifs de l'étude, l'approche méthodologique suivie et les matériels, les principaux résultats obtenus (résultats qualitatifs et quantitatifs) et la conclusion. Il doit être court et précis. Le résumé est un bloc de 250 mots au maximum. Un résumé doit pouvoir présenter le travail de recherche indépendamment de l'article. Les références doivent être évitées dans le résumé. Ne pas utiliser d'abréviations, des caractères spéciaux et des formules mathématiques dans le résumé.
- **Les mots clés en français et keywords en anglais** : au maximum six (6). Les mots-clés ne doivent pas répéter les termes du titre.
- **Introduction** : elle fait le point de la revue de la littérature récente sur le sujet (justification du sujet), soulève de façon précise la problématique de la présente étude, les hypothèses ou objectifs scientifiques, les approches et énonce le plan du manuscrit.
- **Matériel et méthodes** : on y décrit clairement l'approche méthodologique utilisée. Les références des méthodes d'analyse, des équipements et des produits chimiques doivent être fournies.
- **Résultats** : cette section renferme les principaux résultats obtenus. Les résultats peuvent être présentés sous forme de figure ou de tableau dans la mesure du possible. Toutes les illustrations doivent être claires et faciles à reproduire. Elles seront insérées dans le texte et à la bonne place. On évitera les couleurs dans les tableaux. Pour les équations, il est recommandé d'utiliser un éditeur d'équations compatible en traitement de texte word. Les tableaux et les figures doivent être numérotés en chiffres arabes et doivent comporter une légende courte et

explicite en français. Les unités doivent être choisies dans le Système International. Il est souhaitable d'utiliser les puissances négatives à la place des barres (mg l^{-1} et non mg/l). Pour les noms scientifiques dans les systématiques, utiliser l'italique plutôt que souligner.

- **Discussion** : il est souhaitable de séparer la discussion des résultats. Dans la discussion, on apportera des interprétations approfondies des résultats, on montrera les liens de l'étude avec les travaux récents de la littérature et on mettra en évidence l'apport de la contribution. La discussion peut être associée directement au résultat.
- **Conclusion** : une conclusion retrace les principaux résultats et leurs contributions.
- **Remerciements** : les remerciements suivent directement la section de la conclusion. Cette section non numérotée est utilisée pour identifier les personnes qui ont aidé les auteurs dans l'accomplissement du travail présenté et de reconnaître les sources de financement. (Remerciements des contributions techniques importantes et des sources de financement de l'étude)
- **Références** (Cette section ne doit pas être numérotée.)
 - ✓ Essayez de s'assurer que toutes les références citées dans le texte sont également présentées dans la liste des références (et vice versa).
 - ✓ Évitez d'inclure des citations dans le résumé.
 - ✓ Le fait de citer une référence en tant que 'in press' signifie qu'elle fait référence à un article accepté pour publication.
 - ✓ Les citations dans le texte doivent être marquées consécutivement par des nombres arabes entre crochets (par exemple [1]).
 - ✓ Lorsque vous faites référence à un élément de référence, s'il vous plaît utilisez simplement le numéro de référence, comme dans [2].
 - ✓ Ne pas utiliser « Réf. [3] » ou « de référence [3] », sauf au début d'une phrase, par exemple, « La référence [3] montre ... ».
 - ✓ Plusieurs références sont numérotées avec des crochets distincts (par exemple [2], [6], [7], [8], [9]) Et non [2,6,7,8,9].
 - ✓ Les résultats non publiés ne doivent pas figurer dans la liste des références, mais ils peuvent être mentionnés dans le texte.
 - ✓ Les références doivent être présentées dans un ordre consécutif (dans l'ordre de leur apparition dans le texte).
 - ✓ Pour la présentation des références on distinguera les cas suivants :

Des articles de revues :

[1] Srivastava SK and Kaur K, "Stability of Impulsive Differential Equation with any Time Delay," International Journal of Innovation and Applied Studies, vol. 2, no. 3, pp. 280–286, 2013.

[2] ADEOLUWA OV, ABODERIN OS, and OMODARA OD, "An Appraisal of Educational Technology Usage in Secondary Schools in Ondo State (Nigeria)," International Journal of Innovation and Applied Studies, vol. 2, no. 3, pp. 265–271, 2013.

Des livres:

[11] Tichi C, Electronic Hearth: Creating an American Television Culture. Oxford University Press, 1991.

[12] Jennings AR, Financial Accounting. Cengage Learning EMEA, 2001.

Un chapitre dans un livre :

[7] Mettam GR, and Adams LB, How to prepare an electronic version of your article, In: Jones BS, and Smith RZ (Eds.), Introduction to the electronic age, New York: E-Publishing Inc, pp. 281-304, 1994.

[8] O'Neil JM., and Egan J, Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation, In: Wainrib BR (Ed.), Gender issues across the life cycle, New York, NY: Springer, pp. 107-123, 1992.

Sites Internet : A n'utiliser que dans des cas exceptionnels ; préciser si possible les noms des auteurs et la date de consultation

[5] Smith, Joe, One of Volvo's core values, 1999. [Online] Available: <http://www.volvo.com/environment/index.htm> (July 7, 1999).

Comité du Journal

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est cogéré par trois comités, à savoir un Comité scientifique, un Comité de rédaction et un Comité de lecture.

COMITE SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE LECTURE

Pr. KPODAR Adama, Université de Lomé ;
Pr. KOKOROKO Komla Dodzi, Université de Lomé ;
Pr. WATEBA Majesté Ihou Nazoba, Université de Lomé ;
Pr. KOKOU Kouami, Université de Lomé ;
Pr. BOKO Essohanam, Université de Lomé ;
Pr. AGBONON Amégnona, Université de Lomé ;
Pr. TSIGBE Koffi Nutefé Joseph, Université de Lomé ;
Pr. BATCHANA Essohanam, Université de Lomé ;
Pr. KETOH Koffivi Guillaume, Université de Lomé ;
Pr. BALOGOU K. Agnon, Université de Lomé,
Pr. SALOU Mounerou, Université de Lomé ;
Pr. AKAKPO-NUMADO Cyriaque, Université de Lomé ;
Pr. GANGUE Martin, Université de Lomé ;
Pr. GNON Baba, Université de Lomé ;
Pr. COUCHORO Mawuli, Université de Lomé ;
Pr. AKUE ADOTEVI Mawusse Kpakpo, Université de Lomé ;
Pr. DOSSEH Ekoué David, Université de Lomé ;
Pr. KOBÀ Koffi, Université de Lomé ;
Pr. YIGBE Dotsè, Université de Lomé ;
Pr. GBENOUGA Dossou, Université de Lomé ;
Pr. ANATE Koumealo Germaine, Université de Lomé ;
Pr. KOLA Edinam, Université de Lomé ;
Pr. AMEYAPOH Yaovi, Université de Lomé ;
Pr. AGBODJI Ega, Université de Lomé ;
Pr. PALI Tchaa, Université de Kara, membre ;
Pr. EGBENDEWE Aklesso, Université de Lomé ;
Pr. WALA Atchi, Université de Lomé ;
Pr. HETCHELI Follygan, Université de Lomé ;
Pr. WALA Kpèrkouma, Université de Lomé ;
Pr. GASSOU Amivi Kafui, épouse TETE-BENISSAN, Université de Lomé ;
Pr. OWAYE Jean-François, Université Omar Bongo, Libreville ;
Pr. BAMBA Mamadou, Université Alassane Ouattara ;
Pr. AMOUZOUVI Dodji, Université d'Abomey Calavi ;
Pr. MENSAH-NYAGAN Guy, Université de Strasbourg ;
Pr. GOERG Odile, Universités de Paris ;
Pr. FERRÉOL Gilles, Université de Franche-Comté ;
Pr. AGBOBLI Christian, Université de Montréal ;
Pr. SINSIN Brice, Université d'Abomey Calavi ;
Pr. SAKA Bayaki, Université de Lomé ;
Pr. BOUKPESSI Tchaa, Université de Lomé ;
Dr. AYEWOUDAN Akodah, MCA, Université de Lomé ;
Dr. SEGNIAGBETO Hoinsoudé, MC, Université de Lomé ;
Dr. LARE Yendoubé, MC, Université de Lomé ;
Dr. HOUNAKE Kossivi, Université de Lomé ;
Dr. DZAGLI Milohum Mikesokpo, MC, Université de Lomé.

Comité de Rédaction

Le comité de rédaction participe à la mise en œuvre de la politique éditoriale. Il est dirigé par un Directeur de Publication qui est le Directeur de la Recherche et de l'Innovation et un rédacteur en Chef.

Directeur de publication : Professeur BOKO Essohanam

Rédacteur en Chef : Professeur KOLEDZI K. Edem.

Membres :

- Professeur AGBONON Amegnona ;
- Professeur NAPO Gbati ;
- Dr. ADJONOU Kossi, MC (Maître de Conférences).

Secrétariat

Mlle. LAWSON-HELOU Nadou Cécilia

M. KUWONU Tata Koffi

M. ATCHOTIN Kossi Mawulé

Frais d'évaluation pour chaque article soumis: 60 000 F CFA

Toute correspondance relative à la publication de l'article doit parvenir à l'adresse mail de la Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI), Université de Lomé, 01 B.P. 1515 Lomé 01 (TOGO) : jrsultg@gmail.com ou jrsultg@univ-lome.tg.

**JOURNAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
DE L'UNIVERSITE DE LOME (TOGO)**

VOLUME 26, Numéro 1, (2024)

SOMMAIRE

Sciences de la Santé

1. Sake K & al., (Bénin)
Épidémiologie actuelle des ulcères gastriques et duodénaux à Parakou en République du Bénin.....1
2. Foadey MKS & al., (Togo)
Invagination intestinale colo-colique chez l'adulte sur lipome du colon.....9
3. Lamboni D & al., (Togo)
Drainage des épanchements pleuraux dans un hôpital à ressources limitées du Togo15
4. Gnaba LA & al., (Côte d'Ivoire)
Tolérance biologique des diurétiques dans les bithérapies fixes chez le sujet noir hypertendu au service de cardiologie de Bouaké (Côte d'Ivoire)25
5. Tsevi YM & al., (Togo)
Profil épidémiologique de l'insuffisance rénale aiguë au cours de la prééclampsie sévère au Togo.....35
6. Botcho G & al., (Togo)
Fibrothecome testiculaire chez un adulte : une entité pathologique rare45
7. Agbessi N & al, (Bénin)
Tatouages et piercings : aspects épidémiologiques et motivations à Parakou (Bénin).....51
8. Kombate NK & al., (Togo)
Attitudes et facteurs associés aux accidents de la voie publique chez les étudiants de la Faculté Des Sciences de la santé de Lomé.....59
9. Towoezim TH & al., (Togo)
Fatal road traffic accident and medico-legal aspects in Lomé (Togo).....69
10. Yayehd K & al., (Togo)
Profil du patient africain porteur d'une cardiomyopathie dilatée dans un hôpital universitaire de Lomé.....81

11. Efalou P & al., (Togo) Profils cliniques et étiologiques des pleurésies exsudatives non purulentes dans le service de pneumologie du centre hospitalier universitaire de Kara	91
12. Amouzou KS & al., (Togo) Blood and body fluids exposure (BBFE): knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers involved in plastic and reconstructive surgery in Togo.	99
13. Nana B & al., (Burkina Faso) Prévention du stress professionnel perçu par l'exercice physique chez les tisseuses de pagnes traditionnels à Ouagadougou.....	109
14. Kombate NK & al., (Togo) Ostéogénèse imparfaite : résultat anatomique et fonctionnel à propos d' un cas dans un pays à faible revenu.....	121
15. Damien BG & al., (Bénin) Facteurs associés aux recours tardifs aux soins chez les enfants de moins de cinq ans dans la commune de Lokossa, sud-Benin, 2022.....	129
16. Garanet F & al., (Burkina Faso) Gestion du syndrome drépanocytaire majeur au Centre Hospitalier Régional de Kaya Burkina Faso de 2016 à 2018.....	147
17. Yayehd K & al., (Togo) Evaluation du suivi à un an des insuffisants cardiaques au Centre Hospitalier Universitaire Campus de Lomé.....	157
18. Cisse AR & al., (Burkina Faso) Connaissances et attitudes pratiques des étudiants en sport devant la crise d'asthme.....	169
19. Oumara M & al., (Niger) Epidémiologie et génotypage du papillomavirus humain au Niger : A propos de 30 cas au Centre National Santé de la Reproduction de Niamey.....	177
20. Talboussouma SM & al., (Togo) Utilisation de l'érythropoïétine dans les anémies hémolytiques : expérience du CHU Kara.....	187
21. Tonouhéoua AGO & al., (Guinée-Conakry) Efficacité de la trabeculoplastie sélective au laser dans le traitement du glaucome primitif à angle ouvert : notre expérience au CHU-Donka Guinée-Conakry.....	193
22. Agbessi N & al., (Bénin) Profil épidémiologique et clinique des patients pratiquant l'automédication en dermatologie au CHU Départemental Borgou/Alibori (Bénin) en 2022.....	205

23. Djalogue L & al., (Togo) Morsures de serpent au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dapaong au Togo.....	213
24. Agbeille MF & al., (Bénin) Transfusion sanguine dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Borgou/Alibori au Bénin.....	221
25. Ahamide J & al., (Bénin) Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) of adults on the uses and relationships with water in the communes of Sô-Ava, Aguégoués and N'dali in Benin.....	231
26. Houessou UH & al., (Togo) Tri phytochimique des plantes locales utilisées dans les affections cutanées au Togo et formulation d'un savon à base de <i>Momordica charantia</i>	249
27. Guinhouya KM & al., (Togo) Myasthénie oculaire chez une jeune togolaise : à propos d'un cas et revue de la littérature.....	267
28. Dermane A & al., (Togo) Profil polymédication et pathologique des personnes âgées vues en consultation gériatrique à Lomé.....	273
29. Soedje KMA & al., (Togo) Manifestations psychiatriques des traumatismes crâniens et leur prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).....	291

Manifestations psychiatriques des traumatismes crâniens et leur prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

Psychiatric manifestations of head trauma and their management at the teaching Hospital Center Sylvanus Olympio of Lomé (Togo)

Soedje KMA*, Mensah KM, Sama DH, Amadou A, Ahara A-KF, Aza-Gnandji GG, Klikpo TEE, Bramah H, Amavi AK, & Kpelao E.

*Psychiatre Addictologue des Hopitaux; Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie Université de Lomé ; Faculté des Sciences de la Santé ; email : soedjem@gmail.com

Reçu le 21 novembre 2023 ; Révisé le 11 mars 2024 ; Accepté le 12 mars 2024

DOI : <https://dx.doi.org/10.4314/jrsul.v26i1.34>

Résumé :

Introduction : Ce travail avait pour objectif d'étudier les manifestations psychiatriques des traumatismes crâniens et leur prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. Méthodologie : il s'est agi d'une étude transversale, à visée descriptive réalisée dans le service des urgences chirurgicales et le service de neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, du 15 mars au 14 juin 2023. Résultats : Au total 122 patients étaient victimes de traumatismes crâniens sur un total de 2550 soit une prévalence de 4,78%. Sur les 122 cas de traumatisme crânien, 102 ont été retenus pour cette série. Tous les patients victimes du traumatisme crânien présentaient au moins une manifestation psychiatrique, symptômes, signes et syndromes confondus. Les symptômes et signes les plus retrouvés étaient les mouvements automatiques (75,49%), les tachycardies (57,84%), et l'agitation (37,25%). Parmi les diagnostics syndromiques, le syndrome dépressif était le plus représenté 59,80%, suivi du syndrome délirant 28,43% et des phobies 22,55%. Les manifestations psychiatriques persistaient chez 33,33% des patients à la sortie de l'hôpital. Parmi eux, 2,94% avaient bénéficié d'une prise en charge dans un service de psychiatrie. Conclusion : Les manifestations psychiatriques sont très fréquentes chez les traumatisés crâniens mais très peu sont orientés pour une prise en charge psychiatrique et psychologique.

Mots clés : Manifestations psychiatriques ; neurochirurgie ; traumatisme crânien ; Togo

Abstract:

Introduction: The aim of this work is to study the psychiatric manifestations of head trauma and their management at the Teaching Hospital Center Sylvanus Olympio of Lomé. Methodology: This was a cross-sectional study, with a descriptive aim, carried out in the surgical emergency department and the neurosurgery department of the Teaching Hospital Center Sylvanus Olympio in Lomé, from March 15 to 14 June 2023. Results: A total of 122 patients were victims of head trauma out of 2550, representing a prevalence of 4.78%. Of the 122 cases of head trauma, 102 were retained for this series. All head trauma patients presented at least one psychiatric manifestation, symptoms, signs and syndromes combined. The most common symptoms were automatic movements (75.49%), tachycardias (57.84%) and agitation 38 (37.25%). Among the syndromic diagnoses, depressive syndrome was the most represented 59.80%, followed by delusional syndrome 28.43% and phobias 22.55%. psychiatric manifestations persisted in 33.33% of patients upon discharge from hospital. Among them, 2.94% had received treatment in a psychiatric department. Conclusion: Psychiatric manifestations are very common in head trauma patients but very few are referred for psychiatric and psychological care.

Keywords : Psychiatric manifestations ; neurosurgery; head trauma; Togo

Introduction

On appelle Traumatisme Crânio-Encéphalique (TCE) le dommage subi par tout sujet qui, à la suite d'une agression mécanique directe ou indirecte sur le crâne, présente immédiatement ou ultérieurement des troubles de la conscience traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée allant de l'obnubilation au coma ^[1]. L'incidence des TCE chez l'adulte dans le monde est de l'ordre de 150 à 300 pour 100 000 personnes par an ^[2], et leur prévalence est estimée de 2 à 8 % dans la population générale ^[3]. Les TCE représentent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique du fait de leur fréquence élevée et de leur gravité en termes de mortalité et de handicap séquellaire ^[3]. Ces traumatismes peuvent engendrer des séquelles neurologiques associées ou non à un tableau psychiatrique dans les cas de lésion cérébrale avérée, ainsi que des séquelles psychiatriques isolées avec ou sans lésion cérébrale. ^[4] Les troubles cognitivo-comportementaux (TCC) sont parmi les séquelles les plus fréquentes. La prévalence globale du trouble de comportement secondaire à un traumatisme crânien sévère (TCS) est de 54% ^[5]. Les troubles les plus fréquents sont l'agressivité, le comportement social inapproprié, le manque d'initiative, le trouble de l'attention, de la mémoire et du langage. ^{[5],[6]}

Au Togo en 2014, Tomta et al ^[7] dans une étude sur l'épidémiologie des TCE au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé avaient relevé que 25% des hospitalisations présentaient cette lésion. Cependant cette étude n'avait pas pris en compte les manifestations psychiatriques (MP) de ces TCE. Aucune donnée sur les MP des TCE au Togo n'avait non plus été retrouvée dans la littérature. Fort de ce constat et avec une observation empirique de la fréquence non négligeable de certaines MP, dans le suivi

des patients victimes de TCE dans le service de neurochirurgie, cette étude a été initiée afin de mettre en relief les MP observées de manière empirique. L'objectif général de ce travail était d'étudier les MP des TCE suivis au CHU-SO de Lomé et plus spécifiquement de :

- déterminer la prévalence hospitalière des MP chez les personnes victimes de TCE
- décrire les symptômes et faire le diagnostic syndromique de ces MP
- décrire les prises en charge effectuées chez ces derniers.

1. Matériel et méthode d'étude

1.1. Cadre d'étude

Le service d'urgences chirurgicales (SUC) et le service de neurochirurgie du CHU-SO de Lomé ont servi de cadre d'étude.

1.2. Méthode d'étude

- Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive menée du 15 mars au 14 juin 2023 soit une durée de trois (03) mois.

- Population d'étude

Cette étude a concerné tous les patients ayant présenté un TCE.

Ont été inclus dans cette série tout patient hospitalisé dans le SUC et le service de neurochirurgie, ayant présenté un TCE quel qu'en soit le mécanisme avec ou sans autres lésions associées, sans antécédent psychiatrique connu.

N'ont pas été inclus dans cette série les patients non victimes de TCE ou ayant des antécédents psychiatriques

Ont été exclus de cette série tout patient ayant des données cliniques manquantes dans les dossiers médicaux et perdu de vue après la sortie de l'hôpital.

- Collecte des données

La collecte des données a été réalisée par un master en santé mentale (qui n'était pas confronté à la barrière linguistique lors des entretiens), à l'aide d'un questionnaire préétabli en version papier, au cours d'entretiens individuels avec tous les patients répondant aux critères de sélection ou des hétéroanamnèses avec les aidants familiaux si l'état de santé du patient ne le permet pas. Les dossiers médicaux ont été également exploités pour les données cliniques recueillies avant les entretiens et les données relatives à l'évolution clinique.

Les entretiens se faisaient dès l'admission jusqu'aux contrôles de suivi après la sortie de l'hôpital, pendant la durée de l'étude.

Les paramètres étudiés étaient :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, situation familiale, nationalité, profession, niveau d'étude, provenance ;
- Les évaluations cliniques initiales : Score de Glasgow à l'admission, antécédent médical, antécédent psychiatrique, antécédent de maladie organique chronique, habitude alimentaire.
- Les manifestations psychiatriques : le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) du DSM V, version française (DSM 5, French version, version 1.1) a été notre référence diagnostique.^[8]
- Les données thérapeutiques : état du patient à la sortie, orientation des patients à la sortie.
- Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies à partir des tablettes avec l'application kobotoolbox. L'option pour cette technique vise à assurer la qualité des données, à se mettre au pas de la modernité de la recherche. Le questionnaire proposé est ensuite programmé sous forme de formulaire sur la plateforme de l'application kobocollect. Les données recueillies sont ensuite exportées vers le logiciel statistical

Package of Social Science (SPSS) pour le traitement et le logiciel Excel a permis de faire les tableaux et graphiques.

- Considérations éthiques

Le Directeur du CHU-SO et la commission éthique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Lomé ont donné leur accord. Le consentement libre et éclairé de chaque enquêté avaient été obtenu. La confidentialité et l'anonymat ont strictement été respectés. Il n'existe aucun conflit d'intérêt car l'étude était réalisée sur fond propre des auteurs.

2. Résultats

2.1. Résultats généraux

Durant la période d'étude, 2 550 patients ont été admis dans les SUC et de Neurochirurgie. Un effectif de 122 patients, soit une proportion de 4,78%, a été admis pour un TCE. Parmi les patients victimes de TCE, 102 (83,60%) répondant aux critères de sélection, ont été enrôlés dans cette série.

2.2. Données socio-démographiques

La prédominance de genre de la population d'étude était masculine (84/102) soit 82,35% des cas avec un sex-ratio de 4,66. Les patients étaient âgés en moyenne de $35,6 \pm 16,77$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 82 ans. La catégorie d'âge comprise entre 25 à 44 ans était représentée par 48 cas soit 47,06%. Il y avait 89 (87,25%) patients togolais contre 13 (12,75%) non togolais.

2.3. Manifestations psychiatriques

- Délai de survenue

Les MP étaient objectivées chez 16 patients soit 15,69% dans les 24 premières heures suivant le TCE, 82 (80,40%) du 2^{ème} au 30^{ème} jour après le TCE et 4 (3,92%) avaient été retrouvés au-delà d'un mois.

- Les différents symptômes et signes suivis des tachycardies avec 59 cas soit 57,84 % et l'agitation 38 (37,25%). Le

	Effectif (n=102)	Pourcentage (%)
Mouvements automatiques	77	75,49
Tachycardie	59	57,84
Agitation	38	37,25
Frissons	35	34,31
Oppression thoracique	18	17,65
Sidération	18	17,65
Tachypnée	17	16,67
Spasme digestif	6	5,88
Fuite panique	2	1,96

représentés étaient les mouvements automatiques avec 77 cas soit 75,49%, tableau 1 montre la répartition des patients selon les symptômes et signes.

Tableau 1 : répartition des patients selon les symptômes et signes

NB : Possibilité de plusieurs réactions chez un même patient

- Diagnostic syndromique psychiatrique cas (4,90%), 3 (2,94%) et 2 (1,96%). Il est à noter que plusieurs diagnostics syndromiques étaient retrouvés chez un même patient. Le tableau 2 montre la répartition des patients selon le diagnostic syndromique.

Le syndrome dépressif était représenté par 61 cas soit 59,80%, suivi du syndrome délirant 29 (28,43%) et les phobies 23 (22,55%). Le syndrome maniaque, le syndrome dissociatif, l'attaque de panique étaient représentés respectivement par 5

Tableau 2 : répartition des patients selon le diagnostic syndromique

	Effectif (n=102)	Pourcentage (%)
Syndrome dépressif	61	59,80
Syndrome délirant	29	28,43
Les phobies	23	22,55
Etat de stress aigu	12	11,76
Réactions hystériques	7	6,86
Syndrome maniaque	05	4,90
Syndrome dissociatif	03	2,94
Attaque de panique	02	1,96

2.4. Identification des types de prise en charge

Dans cette série 34 (33,33%) patients étaient sortis de l'hôpital avec des MP persistantes, et parmi eux 3 (2,94%)

avaient bénéficié d'une prise en charge dans le service de psychiatrie et de psychologie médicale. Le tableau 3 montre la répartition des patients selon le type de prise en charge.

Tableau 3 : répartition des patients selon le type de prise en charge

	Effectif (n=102)	Pourcentage (%)
Etat du patient à la sortie		
Déficit physique	40	39,21
MP persistantes	34	33,33
Bonne récupération	50	49,01
Orientation des patients à la sortie		
Domicile	75	73,52
Centre de rééducation et réadaptation	26	25,49
Service de psychiatrie et de psychologie	3	2,94
Autres	24	23,52

NB : Possibilité de plusieurs types de prises en charge chez un même patient

2.5.

Cette étude n'a pas pris en compte la corrélation entre la gravité du TCE et la survenue des manifestations psychiatriques. Ceci permettrait de déterminer à quel niveau de gravité du TCE apparaissent les manifestations psychiatriques.

Toutefois, l'étude garde toute son originalité car il s'est agi d'une étude princeps au Togo avec un caractère transversal. De plus le logiciel SPSS qui est l'un des outils de référence dans les études épidémiologiques du genre a été utilisé pour le traitement des données. La réalisation des bilans paracliniques n'était pas indispensable.

2.6. Manifestations psychiatriques

Les tachycardies avec 59 cas soit 57,84 % et les frissons avec 35 cas soit 34,31 % étaient considérés au prime abord comme des manifestations neurovégétatives liées à une lésion cérébrale objectivable, c'est seulement au cas où ces manifestations rentraient dans le cadre d'un syndrome psychiatrique qu'ils étaient reclassés mais le biais et que faute de moyens nous n'avions pas pu faire des bilans pour écarter définitivement des causes éventuellement lésionnelles qui

coexisteraient avec le syndrome psychiatrique. Cet état de fait a été également souligné par Compère et al ^[9] qui trouvaient que les TCE et certains troubles psychiatriques partageaient plusieurs types de symptômes.

Tous les patients victimes de TCE ont présenté au moins une manifestation psychiatrique. Les manifestations psychiatriques survenaient dans les 24 premières heures après le TCE (15,69%), devenaient importantes dans le mois suivant le TCE (56,86%) et régressaient au fil du temps. Ceci corrobore les travaux de Larmuzeaux ^[10] où les manifestations psychiatriques apparaissaient dans les suites immédiates ou différées (de quelques jours à un mois) du traumatisme. En effet un traumatisme crânien léger peut engendrer isolément ou conjointement dès les jours suivants le le traumatisme, des manifestations psychiatriques et régresser dans les 15 jours, voire dans les trois premiers mois.^[11]

Le syndrome dépressif avec 59,80% des cas, suivi du syndrome délirant avec 28,43% et la phobie avec 22,55% étaient les syndromes psychiatriques les plus rencontrés.

Le syndrome maniaque, le syndrome dissociatif, l'attaque de panique étaient

aussi retrouvés mais dans de faibles proportions respectivement 4,90%, 2,94%, 1,96% et 1,96%.

Bryant et al ^[2] ont trouvé que le diagnostic le plus fréquent à 12 mois après un TCE est la dépression (16,3 %). En outre, Deb et al ^[12] retrouvaient que 14 % de leur TCE présentaient un épisode dépressif contre 2 % de la population générale. L'apparition de certains troubles psychiatriques semble être corrélée à la survenue d'un TCE. Un épisode dépressif est régulièrement retrouvé dans les suites d'un TCE et ce quelle que soit sa gravité.^[9] Ce risque de dépression post-traumatique semble initialement élevé dans les TCE modérés et sévères et plus élevé à long terme dans le TCE léger.^[13]

Les décharges de stress différé et la phobie constituaient les troubles anxieux couramment rencontrés dans cette série. Ces résultats concordent avec ceux de Bryant et al ^[2] qui avaient décrit l'agoraphobie comme faisant partie des trois principaux syndromes psychiatriques qui survenaient après un TCE. Plusieurs explications peuvent apporter la lumière sur la fréquence élevée des troubles dépressifs et anxieux dans les suites d'un TCE. Premièrement, les modèles biologiques du trouble anxieux postulent que la peur est médiée par une régulation altérée de l'amygdale par le cortex préfrontal.^[14] Les dommages aux régions frontales du cerveau sont fréquents dans les cas de traumatisme crânien léger ; ces dommages peuvent rendre ces patients plus vulnérables à l'anxiété et à la dépression, car les réseaux neuronaux nécessaires à la régulation des émotions peuvent être compromis.^[15] Un traumatisme crânien fermé peut également entraîner des lésions de l'hippocampe et de l'amygdale, qui sont également impliquées dans les troubles anxieux.^[16]

La manie post-traumatique est une entité discutable. Quelques cas ont été rapportés dans la littérature.^[17] Certains auteurs considèrent que le traumatisme crânien peut être directement responsable d'une manie. Mais l'état actuel des recherches tend à percevoir le traumatisme crânien comme un facteur précipitant de la maladie chez une personne prédisposée.^[18]

2.7. Type de prise en charge

Dans cette série 34 patients soit 33,33% étaient sortis de l'hôpital avec des manifestations psychiatriques persistantes, et parmi eux seulement 3 soit 2,94% avaient bénéficié d'une prise en charge dans un service de psychiatrie. Seule une minorité (33%) de patients victimes de TCE et qui répondaient aux critères d'un trouble psychiatrique à 12 mois avait bénéficié d'un traitement de santé mentale pour leur état.^[2] Ces résultats sont cohérents avec l'observation générale selon laquelle la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux ne recherchent pas d'assistance en santé mentale après un traumatisme.^[19] Il est intéressant de relever que cette constatation soulève des inquiétudes quant à l'assistance professionnelle limitée apportée aux personnes traumatisées souffrant de troubles psychiatriques.

Conclusion

Cette étude transversale à visée descriptive dont les données ont été colligées auprès des patients victimes de TCE dans le service de neurochirurgie et le SUC du CHU-SO de Lomé, avait pour but d'évaluer les MP des TCE suivis dans ledit hôpital.

Près d'un vingtième des admissions étaient dues aux TCE. Tous les patients victimes de ce traumatisme présentaient au moins une manifestation psychiatrique, symptômes, signes et syndromes

confondus. Les symptômes et signes les plus retrouvés étaient les mouvements automatiques, les tachycardies et l'agitation. Plus de la moitié des enquêtés présentait un syndrome dépressif mais seulement un dixième des patients qui avaient présenté un déficit mental étaient orientés vers les services de psychiatrie.

Si cette étude a permis d'étudier les MP chez les TCE, elle n'a pas pu décrire leurs évolutions chez ces patients. Les résultats de cette étude descriptive sur les MP des TCE devraient susciter une autre étude pour décrire l'évolution de ses MP chez ses patients et évaluer la corrélation entre les MP et les lésions cérébrales objectivées.

Remerciements :

Références :

- [1]. Jeannert O., "Rôle du médecin dans la prévention des accidents chez l'enfant," Cah.Med 1980, vol.5, pp.1423-7.
- [2]. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D, "The psychiatric sequelae of traumatic injury," Am J psychiatry 2010, vol 167, no.3, pp. 312-20.
- [3]. Silver JM, Kramer R, Greenwald S, Weissman S, "The association between head injuries and psychiatric disorders: finding from the New Haven NIMH epidemiologic catchment area study," Brain Inj 2001, vol 15, no 11, pp. 935-45.
- [4]. Delvenne V, Lotstra F, Mendlewicz J, "Complications psychiatriques des traumatismes crâniens," Journal de psychiatrie biologique et thérapeutique 1988, vol 28, pp. 5-10.
- [5]. Sabaz M, Simpson GK, Walker AJ, Roger JM, Gilis I, Strettlés B., "Prevalences, comorbidities, and correlates of challenging Behavior Among

Community-dwelling adults with severe traumatic brain injury: (TBI) against hospital medical records," Brain injury 2011, vol 25 no 1, pp. 74-82.

[6]. Riggio S., "Traumatic brain injury and its neurobehavioral sequelae," Neurol Clin 2011, vol 29 no 1, pp. 35-47.

[7]. Tomta K, Mouzou T, Egbohou P, Massoka M., "Epidémiologie des traumatismes crâniocéphaliques au CHU Sylvanus Olympio," Société de l'anesthésie réanimation d'Afrique francophone, Juillet 2014.

[8]. Hergueta T, Weiller E; MINI-S for DSM-5, (2017) ; French - Version 1.1.

[9]. Compère S, Borrini A, Mameaux B, Duchazeaubeneix C, Poulain JC, Gaggeli F., "Liens entre traumatisme crânien léger et état de stress post-traumatique : Etat des lieux et spécificités de survenue dans la population militaire," Lett Méd Phys Réadapt 2013, vol 29, pp. 241-250.

[10]. Lermuzeaux C., "Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien," L'Information psychiatrique 2012, vol 88, pp. 345-52.

[11]. Slobounov S, Slobounov E, Sebastianelli W et al, "Differential rate of recovery in athletes after first and second concussion episodes," Neurosurgery 2007; vol 61, pp. 338-44.

[12]. Deb S, Lyons I, Koutzoukis C et al, "Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury," Am J Psychiatry 1999; vol 156, pp. 374-78.

[13]. Fann JR, Burington B, Leonetti A et al, "Psychiatric illness following traumatic brain injury in an adult health maintenance organization population," Arch Gen Psychiatry 2004, vol 61, pp. 53-61.

[14]. Ponsford J, Cameron P, Fitzgerald M et al, "Predictors of postconcussive symptoms 3 months after mild traumatic brain injury," *Neuropsychology* 2012, vol 26, pp. 304-13.

[15]. Bryant RA., "Disentangling mild traumatic brain injury and stress reactions," *N Engl J Med* 2008, vol 358, pp. 525-527.

[16]. Davidson RJ, Pizzagalli D, Nitschke JB, Putnam K., "Depression: perspectives from affective neuroscience," *Annu Rev Clin Psychol* 2002, vol 53, pp. 545-574.

[17]. Kapil S, Tamsim F., "Case study: bipolar disorder after head injury," *J Am ACAD Child Adolesc Psychiatr* 2000, vol 39, pp. 39-44.

[18]. Hechmi SE, Romhdane BI, Belkhira A, Medini F, Labbene R, "Trouble bipolaire dans les suites d'un traumatisme crânien : à propos d'une observation," *European Psychiatry* 2013, vol 28 no 2, pp. 54-54.

[19]. Boscarino JA, Galea S, Ahern J, Resnick H, Vlahov D., "Utilization of mental health services following the September 11th terrorist attacks in Manhattan, New York City," *Int J Emerg Ment Health* 2002, vol 4, pp. 143-155.