

# Encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

## Étude de 13 observations dans une population de patients réfugiés hospitalisés pour affections neurologiques au CHU de Conakry.

A.F. Cissé (1), N. Camara (1), L.L. Diallo (1), Y. Morel (1), S. Koné (1), M.I. Camara (1), M.L. Koumbassa (1), D. Tafsir (1), D. Soumah (1), B.S. Djigué (1), O.B. Camara (1), M. Barry (2), S.A. Bangoura (1), S. Kourouma (1), L. Da Silva (3) & A. Cissé (1)

(1) Service de neurologie, CHU Conakry Guinée. E-mail : ousmanepaye5@yahoo.fr

(2) Service de psychiatrie, CHU Conakry Guinée.

(3) Service d'imagerie médicale, CHU Conakry Guinée.

Courte note n° 3191. "Clinique". Reçue le 16 novembre 2007. Acceptée le 17 juin 2008.

**Summary:** Gayet-Wernicke's encephalopathy. A study of 13 cases observed in a refugee population hospitalized at the Conakry teaching hospital.

The authors report 13 cases of Gayet-Wernicke's encephalopathy observed in 13 patients of a refugee population. 11 presented the classical triad: oculomotor signs, cerebral ataxia and state of confusion and in 2 patients, only 2 symptoms were noted. The etiological factors: chronic alcoholism, malnutrition, incontrollable vomiting, HIV and tuberculosis were identified. The outcome was evaluated on the basis of the disappearance of symptoms after treatment with 500 mg of thiamine in 7 patients, 1 death and 5 patients progressed toward Korsakoff amnesic syndrome.

## Introduction

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (EGW) est due à une carence en thiamine (vitamine B1) survenant au cours d'un alcoolisme chronique avec dénutrition et se manifeste par un tableau clinique qui associe le plus souvent des troubles oculaires, une ataxie cérébelleuse et un état confusionnel. Cette maladie est rarement décrite en Afrique sub-saharienne (3). Nous présentons ici 13 cas d'EGW observés chez les réfugiés libériens, sierra-léonais et guinéens de Bissau durant les guerres civiles des quinze dernières années dans ces pays. L'objectif de ce travail est de réévaluer cette pathologie du point de vue clinique et paraclinique en milieu tropical, dans une population à risque pour les affections d'origine nutritionnelle.

## Patients et méthodes

Les 13 patients réfugiés ont été hospitalisés dans le service de neurologie du CHU de Conakry. Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant présenté la triade (signes oculomoteurs, ataxie cérébelleuse et confusion) et tous les patients examinés pour 2 symptômes de la triade dans un contexte étiologique évocateur, avec bonne réponse au traitement. Tous les malades ont eu un bilan biologique comprenant : NFS, VS, glycémie à jeun, protéinurie des 24 heures, calcémie, fer sérique, transaminases SGPT et SGOT, réactions sérologi-

ques VDRL-TPHA et VIH, ponction lombaire avec analyse bactériologique et biochimique du liquide céphalorachidien ainsi qu'un examen ophtalmologique avec appréciation du fond d'œil et de l'acuité visuelle.

Deux examens électroencéphalographiques ont été pratiqués chez chaque malade ainsi qu'un examen tomodensitométrique cérébral.

Aucun patient n'a bénéficié d'imagerie par résonance magnétique et aucun dosage de vitamine B1, d'acide pyruvique et de transcétolase n'a été effectué.

Le traitement a consisté en l'injection de 500 mg de thiamine par voie intraveineuse, couplée à une prise orale de 50 mg et l'évolution a été jugée favorable à court terme par la disparition d'au moins 2 symptômes : signes oculomoteurs et état confusionnel.

encephalopathy  
ocular sign  
ataxia  
confusion  
thiamine  
refugee  
hospital  
Conakry  
Guinea  
Sub Saharan Africa

encéphalopathie  
signes oculaires  
ataxie  
confusion  
thiamine  
réfugié  
hôpital  
Conakry  
Guinée  
Afrique intertropicale

## Résultats

L'analyse des résultats de cette étude a porté sur les données cliniques, biologiques, bio-électriques et scannographiques.

Treize patients (9 hommes et 4 femmes) ont été recensés. L'âge moyen est de 55 ans environ avec des extrêmes de 39 à 71 ans. Les étiologies probables incriminées ont été les suivantes : 7 cas d'alcoolisme chronique, 2 cas de vomissements incoercibles dans un contexte de toxémie gravidique, 2 cas de carence nutritionnelle par défaut d'apport, 1 cas de VIH et 1 cas de tuberculose traitée à l'INH et l'éthionamide.

L'étude nutritionnelle dans ces camps de réfugiés a montré une alimentation pauvre à base essentiellement de riz, de farines de riz et d'autres aliments locaux des populations hôtes susceptibles de contenir des thiaminases et d'autres facteurs antithiaminiques.

Cinq patients ont présenté dans les antécédents un syndrome de malabsorption intestinale sous forme de diarrhées chroniques associées aux parasitoses.

Sur le plan clinique, 11 patients présentaient la triade classique et chez 2 patients, le tableau comportait les signes oculomoteurs et l'ataxie cérébelleuse.

### Examen biologique

La proteinorrachie a été évaluée chez tous les patients. Elle était normale chez 8 malades, élevée chez 5, comprise entre 0,12 g/l et 1,92 g/l chez le patient à VIH.

### Examen électro-encéphalographique

L'activité bioélectrique était essentiellement caractérisée par un ralentissement modéré, avec des ondes lentes diffuses de type thêta 4 à 6 c/s chez 9 patients.

Trois patients avaient un tracé normal et, chez un malade, les rythmes delta sous forme de figures anormales de pointes ondes ont été observés.

### Examen tomodensitométrie

Il était normal dans 5 cas. Ont été notées : une discrète atrophie cortico-souscorticale dans 2 cas, une dilatation ventriculaire modérée avec élargissement des sillons dans 5 cas et, chez 1 patient, une image d'hypodensité thalamique et de la région périaqueducule.

### Évolution

L'évolution favorable avec disparition des symptômes et une autonomie appréciable a été observée chez 7 patients. Il y a eu un décès et installation d'un syndrome amnésique de Korsakoff chez 5 patients.

## Discussion

Cette étude rapporte 13 cas d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke diagnostiqués au CHU de Conakry. Durant la période d'étude, en dehors des 13 cas recensés chez les réfugiés, le service note un taux d'incidence de 1 à 2 cas par an. La prévalence de l'EGW est mal appréciée en raison du fait que le diagnostic est surtout rattaché aux détériorations neuropsychologiques des alcooliques, sous-notifiant ainsi les autres étiologies. Dans les camps de réfugiés, les conditions nutritionnelles et d'hygiène sont propices à l'apparition des avitaminoses en général et de l'EGW en particulier. Les syndromes de malabsorption, dont le prototype est la

sprue tropicale, liés à un déficit alimentaire et à des infections par les micro-organismes sont fréquents. Ces syndromes de malabsorption avec des diarrhées sécrétoires, motrices et des parasitoses intestinales viennent majorer d'autres étiologies : alcoolisme, maladies cachectisantes. Ainsi, en dehors des facteurs génétiques incriminés par certains auteurs, la plupart s'accordent sur la conjonction de plusieurs facteurs dans l'apparition de l'EGW : un apport faible en vitamine B1, une diminution de l'absorption et du stockage de la thiamine, une accélération du métabolisme du pyrophosphate de thiamine et une variation de la dépense énergétique (4).

Dans le sida, l'EGW se rencontre dans 10 % des cas d'une série de 400 patients infectés par le VIH, autopsiés (1).

L'EGW a été décrite dans d'autres pathologies associées à des carences nutritionnelles : vomissements gravidiques, anorexie mentale, cancers gastro-duodénaux, nutrition parentérale prolongée, certaines intoxications.

Sur le plan clinique, le diagnostic repose sur la triade classique, mais des sémiologies incomplètes ont été recensées (2, 5).

Dans notre étude, des débuts inhabituels d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke ont été enregistrés : crises à sémiologie diencephalique et céphalées pseudo-migraineuses atypiques.

Dans tous les cas, nous avons exclu la dégénérescence cérébelleuse alcoolique ou le syndrome de Pierre Marie, Foix et Alajouanine, les maladies systémiques notamment : la maladie de Behçet, la sarcoïdose, la tuberculose de la base, les encéphalites amnésiantes et chez un patient traité à l'INH-éthionamide pour une tuberculose, l'encéphalopathie toxique de Brouet. Sur le plan paraclinique, l'imagerie par résonance magnétique objective des hypersignaux en T2 dans les régions diencephalo-mésencéphaliques, périaqueducule, au niveau des corps mamillaires, du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule et dans la partie médiane des thalamus.

Cette exploration plus informative que la tomographie cérébrale doit être incluse dans les critères de diagnostic.

## Conclusion

Cette étude rétrospective de 13 cas d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke s'exprimant le plus souvent par des signes oculomoteurs, l'ataxie cérébelleuse et le syndrome confusionnel confirme la présence de cette pathologie chez des déplacés.

Les étiologies sont multiples : carence d'apport, vomissements, VIH, tuberculose et la présence de ce syndrome devrait conduire à la mise en place d'un traitement à base de vitamine B1.

## Références bibliographiques

1. BOLDORINI R, VAGO L, LECHI A, TEDESCHI F & TRABATTONI GR – Wernicke's encephalopathy: occurrence and pathological aspects in a serie of 400 AIDS patients. *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 1992, **63**, 43-49.
2. BREW BJ – Diagnosis of Wernicke's encephalopathy. *Aust NZ Med*, 1986, **16**, 676-678.
3. COLOMB H, DIOP M & DAVENNE C – Encéphalopathie de Gayet Wernicke. À propos d'un cas. *Bull Soc Méd Afr Noire Lang Fr*, 1960, **5**, 357-362.
4. HARPER CG – The incidence of Wernicke's Encephalopathy in Australia: a neuropathological study of 131 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1983, **46**, 593-598.
5. SECHI G & SERRA A – Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*, 2007, **6**, 442-455.