

Patient de réanimation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré : aspects cliniques et pronostique

Patient of resuscitation to the Center hospitable academic Gabriel Touré: clinical and prognostic aspects

Samaké B.M.¹, Togo A.², Diallo B.¹, Almenoun A.¹, Touré M. K.³, Togola M.³, Keïta M.⁴, Diani N.⁵, Tall F.K.⁶, Dembélé S. A.⁷, Doumbia D.⁴, Diallo A. K.⁴.

1. *Service d'anesthésie réanimation CHU Gabriel Touré.*
2. *Service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré*
3. *Service d'anesthésie réanimation CHU Le Luxembourg*
4. *Service d'anesthésie réanimation CHU Point G*
5. *Service d'anesthésie réanimation CHU hôpital du Mali*
6. *Service d'anesthésie réanimation CHU Kati*
7. *Service d'anesthésie réanimation institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique*

Auteur correspondant : Broulaye Massaoulé Samaké. Email : samakebroulaye@yahoo.fr

Résumé

Objectif : décrire le profil des patients admis en réanimation du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective portant sur un recrutement consécutif de tous les patients admis en réanimation du CHU Gabriel Touré de janvier 2012 à décembre 2012. Les patients admis dans le service de plus de trois heures étaient inclus. Tous les patients avaient bénéficié d'un examen clinique minutieux. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2007 et l'analyse des données grâce au logiciel SPSS 19.0 et l'Epi-info.7. Le test statistique utilisé était Chi², avec une valeur de $p < 0,05$ considérée comme significative

Résultats : Pendant la période d'étude 368 patients ont été colligés. Les patients de plus de 60 ans prédominaient (25 %). Le sex-ratio était de 0,96. L'altération de la conscience était le motif le plus fréquent avec 22,8%. Ils n'avaient pas d'antécédent médical connu dans 64,9 % des cas. A l'admission 23 % des patients avaient un score de Glasgow < 8. Les pathologies chirurgicales représentaient 22,6% des cas contre 77,4 % de pathologies médicales. En cours d'hospitalisation les complications infectieuses prédominaient avec 25,4 %. La durée moyenne de séjour était de 6,74 jours avec les extrêmes de 1 et 115 jours. La mortalité était de 42,9%. Pour les survivants 92,9 % ont été transférés dans les autres services du CHU. Le risque de survenue des décès était fonction des antécédents et du diagnostic.

Conclusion : Les femmes constituent la population prédominante de la réanimation. La mortalité est très importante avec un risque plus élevé de décès chez les patients hypertendus.

Mots clés : Profil, Patients, Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire, Bamako

Summary

Objective: to describe the profile of the patients admitted in resuscitation of the teaching hospital Gabriel Touré.

Patient and method: It was about a prospective survey carrying on a consecutive recruitment of all patients admitted in resuscitation of the teaching hospital Gabriel Touré of January 2012 to December 2012. The patients admitted in the service of more than three hours were included. All patients had benefitted from a meticulous clinical exam. Data have been seized on the software Microsoft Word 2007 and analysed by software SPSS 19.0 and Epi.Info.7 Statistical test used was Chi², with a value of $p < 0,05$ considered like meaningful

Results: During the period of survey 368 patients have been collected. The patients of more than 60 years predominated with 25%. The sex-ratio was of 0.96. The change of the conscience was the most frequent motive with 22.8%. They didn't have medical antecedent known in 64.9% of the cases. To the admission 23% of patients had a score of Glasgow < 8. The surgical pathologies represented 22.6% of the cases against 77.4% of medical pathologies. During hospitalization, the infectious complications predominated with 25.4%. The middle length of stay was of 6.74 days with the extremes of 1 day and 115 days. Mortality was of 42.9%. For the survivors 92.9% have been transferred in the other services of the teaching hospital. The risk of intervening of deaths was function of the antecedents and the diagnosis.

Conclusion: The women constitute the predominant population of the resuscitation. The medical pathologies are more frequent than the surgical pathologies. Mortality is very important with a risk more raised of death when it is about patients with history of arterial hypertension.

Key words: Profile, Patient, versatile Resuscitation, Teaching hospital, Bamako,

Introduction : Dans un établissement de santé, la réanimation a pour mission de prendre en charge les patients dont le pronostic vital est immédiatement menacé par une ou plusieurs défaillances d'organes graves et consécutives à des pathologies diverses. Le système de réanimation polyvalente qui est prédominant dans les pays en voie de développement est confronté à des difficultés de moyens très limités. A l'instar des autres spécialités de la médecine, la réanimation fait face à plusieurs demandes conflictuelles comme les besoins d'une technologie plus compétitive et d'un rendement clinique de qualité qui s'opposent à un souci de limitation optimale des dépenses. Cette technologie dont dépend la morbi-mortalité permet de donner à la réanimation les qualités dont tout patient devrait pouvoir bénéficier [1]. En France le taux de mortalité des malades admis en réanimation atteint 20-50% [2,3]. La pratique de la réanimation en Afrique subsaharienne est caractérisée par une indigence en moyens matériels, une pénurie en personnel qualifié qui concourent à une sur-mortalité et une sur-morbidité anormalement élevées. Au centre hospitalier national de Ouagadougou le taux de mortalité global en réanimation est de 63,6% [4]. Ce taux a atteint 79% pour les pathologies médicales 70,5% pour les traumatismes et 48,5% pour les patients de chirurgie [4]. Pour plus d'efficacité dans la prise en charge, des protocoles sont établis afin d'évaluer rapidement la gravité des affections et mettre sur pied des stratégies

de prise en charge. Ces protocoles sont établis grâce à une meilleure connaissance des pathologies susceptibles d'être admise en réanimation. L'objectif de cette étude était de décrire le profil des patients admis en réanimation du CHU Gabriel Touré.

Patients et méthode Il s'agissait d'une étude prospective portant sur un recrutement consécutif de tous les patients admis en réanimation du CHU Gabriel Touré de janvier à décembre 2012. Les patients admis dans le service pour plus de trois heures étaient inclus. Tous les patients avaient bénéficié d'un examen clinique minutieux. Le niveau de vigilance des patients était évalué à l'aide du score de Glasgow. Pour ceux admis après une intervention chirurgicale immédiatement, l'évaluation de la conscience était faite avec le score de réveil d'Aldrette. Un questionnaire était administré à tous les patients pour recueillir les données sociodémographiques, cliniques, para-cliniques et de suivi des patients.

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2007 et l'analyse des données grâce au logiciel SPSS 19.0 et l'Epi-info.7. Les graphiques étaient réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2007. Le test statistique utilisé était Chi², avec une valeur de p 0,05 considérée comme significative.

Résultats : Pendant la période d'étude 368 patients ont été colligés. Les patients de plus de 60 ans prédominaient avec 25 % (Figure 1).

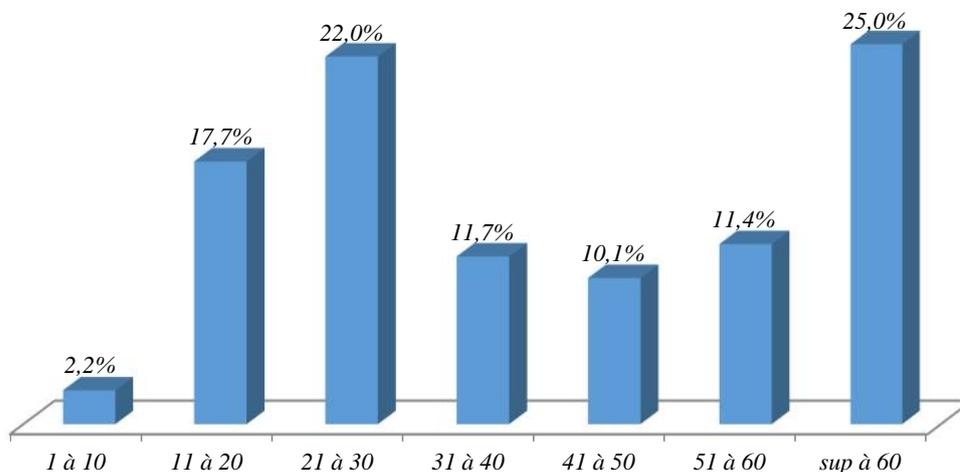


Figure 1 : Répartition selon l'âge

Le sex-ratio était de 0,96. L'altération de la conscience était le motif d'admission le plus fréquent (22,8%). Les patients étaient transférés du service d'accueil des urgences (SAU) majoritairement dans 53,3%. Ils n'avaient pas d'antécédent médical connu dans 64,9 % des cas. A l'admission 23 % des patients avaient un score de Glasgow < 8. Les patients admis pour prise en charge postopératoire avaient un score de réveil d'Aldrette > 6 dans 73,4 % des cas. Les pathologies

chirurgicales représentaient 22,6% des cas contre 77,4 % de pathologies médicales. En cours d'hospitalisation les complications infectieuses prédominaient (25,4 %). La durée moyenne de séjour était de 6,74 jours avec les extrêmes de 1 et de 115 jours. La mortalité était de 42,9%. Le risque de survenue des décès était fonction des antécédents et du diagnostic (Tableau I et II).

Tableau I : Risque de décès liés aux antécédents

Existance de l'antécédent		Effectif	Mortalité	Test statistique
HTA	Oui	78	62,82 %	$P < 0,001$ $RR = 1,6 [1,3-2,09]$
	Non	290	37,59 %	
Diabète	Oui	17	64,71 %	$P = 0,06$
	Non	351	41,88 %	
Asthme	Oui	7	37,14%	$P = 0,70$
	Non	361	42,66 %	
Chirurgie	Oui	14	28,57 %	$P = 0,26$
	Non	354	43,50 %	
Sans antécédent	Oui	239	35,15 %	$P < 0,001$ $RR = 0,61 [0,48-0,76]$
	Non	129	57,36 %	

Tableau II : Risque de décès lié au diagnostic

Variables		Effectif	Mortalité	Test statistique
AVC	Oui	70	69,86 %	$P < 0,001$ $RR = 1,64 [1,30-2,06]$
	Non	298	38,26 %	
Sepsis sévère	Oui	27	74,04 %	$P < 0,001$ $RR = 1,83 [1,41-2,36]$
	No	341	40,47 %	
Etat de choc	Oui	22	59,09%	$P = 0,11$
	Non	346	41,91%	
Coma diabétique	Oui	14	57,14%	$P = 0,27$
	Non	354	42,34 %	
Traumatisme crânien	Oui	49	48,98%	$P = 0,35$
	Non	319	42,01%	
Polytraumatisme	Oui	12	50 %	$P = 0,61$
	Non	356	42,70 %	
Prise en charge post-opératoire	Oui	83	16,87 %	$P < 0,001$ $RR = 0,74[0,04-0,44]$
	Non	285	50,53 %	
Eclampsie	Oui	42	7,14 %	$p < 0,001$ $RR = 0,74[0,04-0,44]$
	Non	329	48,02 %	
Déshydratation	Oui	13	46,15 %	$P = 0,96$
	Non	355	42,82 %	
Pathologie médicale	Oui	285	49,82 %	$P < 0,001$ $RR = 2,58[1,63-4,07]$
	Non	83	19,28 %	

Discussion

En dépit des difficultés liées à la faible médicalisation de la population et la limitation des moyens cette étude nous a permis de dresser un profil des patients de réanimation de notre structure. Le caractère prospectif a contribué au recueil de tous les patients admis pendant la période. L'incidence des admissions en réanimation est tributaire de la situation épidémiologique marquée par une prédominance des maladies cardio-vasculaires, infectieuses et cataboliques [5]. Les patients âgés sont plus nombreux ce qui pourrait expliquer l'importance des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Par conte dans la série de Ouédraogo N et coll. [4] les patients sont plus jeunes. Les femmes sont prédominantes. Ce résultat est identique à celui de Ouédraogo N et coll. [4]. Les patients sont admis majoritairement pour : altération de l'état de conscience, une prise en charge postopératoire et un traumatisme crânien avec respectivement 22,8%, 20,7% et 15,5%. Ces résultats sont comparables à ceux de Ouédraogo N et coll. [4] qui ont trouvé le même ordre croissant avec 58,2% des cas d'altération de la conscience. Les patients étaient constitués à 93,8 % de patients intra hospitaliers. Ces résultats sont similaires à ceux de Lesmeshow et coll. [6] avec 86,6 %. Ces résultats semblent s'expliquer par l'existence d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU). En termes de pathologies prises en charge en cours d'hospitalisation

les pathologies médicales ont prédominé. La mortalité était de 42,9 %. Ce taux est supérieur à ceux de Mayr et coll. [7], Tchoua, et Vemba [8] avec respectivement 18 %, 19,7 % et 30 %. Il est établi que la mortalité observée en réanimation est plus élevée que dans les services ordinaires. Dans les pays en développement cette lourde mortalité est liée en grande partie aux difficultés de prise en charge. Des difficultés qui intègrent les éléments en amont comme le délai de prise en charge, le mode de transport utilisé, l'indisponibilité d'un plateau technique adéquat et d'un personnel qualifié. En cours d'hospitalisation les infections nosocomiales les plus fréquentes sont l'infection urinaire et pulmonaire. Les patients sont transférés majoritairement dans d'autres services intra hospitaliers. Ce transfert intra hospitalier important est retrouvé dans les séries Italiennes [10] et Américaines [1]. La durée moyenne de séjour était de 6,85 jours. Cette durée est comparable aux durées observées dans la littérature [9,11,10,8]. Il est noté que les malades qui ont une gravité initiale élevée ont une durée de séjour plus longue [12]. La durée de séjour est souvent utilisée comme alternative pour mesurer la morbidité, mais elle est toujours tributaire des politiques en matière de sortie, des habitudes thérapeutiques et de gestion des lits [13]. Les patients de plus de 60 ans décèdent plus en réanimation que les autres. La corrélation âge et mortalité s'explique par

l'état physiologique précaire sur lequel viennent se greffer une ou plusieurs défaillances viscérales et les difficultés de la prise en charge. Ces décès ne sont pas corrélés au sexe comme l'atteste la littérature [14]. Ils sont corrélés aux antécédents d'HTA ($P < 0,001$). Les patients avec un antécédent d'HTA ont plus de risque de décéder que ceux sans antécédent d'HTA avec un risque relatif de 1,6. Les pathologies médicales sont plus pourvoyeuses de décès en réanimation que les pathologies chirurgicales ($p < 0,001$). Les patients admis pour pathologies médicales ont plus de risque de décéder avec un risque relatif de 2,58. Ces résultats sont comparables à ceux de Lemeshow et Coll [6] qui avaient rapporté pour les pathologies médicales 84,2% et 8,7% pour les pathologies chirurgicales. L'AVC et le sepsis sévère sont plus pourvoyeurs de décès que les autres diagnostics retenus en réanimation ($p < 0,001$)

Références :

1. **Maurice**. Eléments d'anesthésie pratique, 1990, Paris 2^{ème} édition ; Arnette :5-6
2. **Lemeshow D, Teres S, Pasdites H, Avrunin J, Steingrub. J**. A method for predicting survival and mortality of IUC patients using objectively derived weights. Crit. Care. Med. 1985; 13:519-525
3. **Knausw. Legall. Wagnerd**. A comparison of intensive care in the USA and France. Lancet 1982; 2: 642-646
4. **Nazinigouba Ouédraogo, Ali Niakera, André Simporé, Svetlana Barro, Hamadé Ouedraogo, Joachim Sanou**. Soins intensifs en Afrique : expérience des deux premières années d'activité du service de réanimation du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso). Cahier d'études et de recherche francophone/santé 2003 ; 12(4) :375-82
5. **Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées** : Cellule de planification et de statistique : enquête démographique et de santé au Mali (EDS3) 1996-2001.
6. **Lemeshow D, Teres S, Klar J, Avruning J, Rapoport J. Et al**. Mortality prediction Models (MPMII) based on an international cohort of intensive care patient. JAM. 11993 ; 270 : 2478-486
7. **Viktoria D Mayr, Martin W Dünser, Veronika Greil, Stefan Jochberger, Günter, Luckner, Hanno Ulmer, Barbara E Friesenecker, Jukka Takala, and Walter R Hasibeder**. Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. Crit Care. 2006; 10(6): 1186/cc5086.
8. **Tchoua R., Vemba A., Taty Koumba C., Ngaka Nsafu D**. Gravité des malades de

réanimation a la fondation Jeanne Ebori de Libreville. Méd Afr Noire : 1999, 46 : 495-99

Les patients pris en charge pour ces pathologies ont plus de risque de décéder que les autres avec respectivement les risques relatifs de 1,64 et de 1,83.
Conclusion : Cette étude a permis de dresser pour la première fois dans notre structure le profil d'un patient de réanimation polyvalente. C'est une population de malades dominée par les femmes et les patients de plus de 60 ans. Les pathologies médicales prédominent corrélées à un risque de mortalité élevé. La mortalité est très importante avec un risque plus élevé de décès lorsqu'il s'agit de patients avec un antécédent d'hypertension artérielle, traité pour AVC ou prise en charge pour sepsis sévère. Une étude sur un échantillon plus important permettra de dégager d'autres particularités des patients de réanimation polyvalente dans notre structure.

9. **Boffelli S, Rossi C, Aughileri A, Giardino M, Carnevale I, Messina M, Neri M, Langer M, Bertolini G**. Continuous quality improvement in intensive care medicine. Minerva anesthiol. 2006 ; 72 :419-32.
10. **Moreno RP, Matnitz PGH, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, Iapichino G, Edbrooke D et al**. SAPS 3 - from evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. Intensive care med 2005; 31: 1345 -355
11. **FokAC, TanYT, OngYY**. Medical intensive care unit utilization in an acute teaching hospital. Singapore Med J. 1992; 33: 21-23.
12. **Misset B, Naiditch M, Saulnier F, Fosse JP, Pinsard M, Harari A, Blériot JP, Comar L, Garrigues B, Attali CG, Guinestre MCJ**. Construction d'une classification diagnostique pour le groupage médico économique des patients de réanimation Informatique et Santé. Informatique et Gestion Médicalisée 1997 ; 9 : 39-46
13. **Deuxième conférence de consensus européenne en réanimation et médecine d'urgence**. Facteurs pronostiques chez les malades de réanimation.09 au 10 Décembre 1993. Maison de la chimie Paris (France). <http://www.srlf.org:conferences:coeur2.html> consulté le 16 Décembre 2011
14. **Ensminger SA, Morales IJ, Peters SG, Keegan MT, Finkielman JD, Lymp JF, Afessa B**. The hospital mortality of patients admitted to the ICU on weekends. Chest. 2004 ; 126 :1292-298