Profil des patients admis en Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Profil of patients admitted on intensive care unit at University Hopsital of Brazzaville

Otiobanda G.F.[1*], Elombila M.[1*], Mpoy Emy Monkessa M.C.[1], Mawandza P.D.[1*], Niengo Outsouta G.[1]

[1] *Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B)*
[*] *Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien N'Gouabi (UMG), Brazzaville*

Auteur correspondant : Otiobanda Gilbert Fabrice, service de réanimation polyvalente, CHU-B
Téléphone : + 242 06 610 85 12. E-mail : otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients admis dans le service de réanimation polyvalente du CHU-B.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 01er janvier 2013 au 31 décembre 2014 (24 mois). Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la provenance, les motifs d'admission, la durée d'hospitalisation et le devenir du patient.

Résultats : Sur un total de 1121 patients, l'âge moyen était de 40,5 ± 19,0 ans. Le sex ratio était de 0,59. Les patients provenaient du bloc opératoire et des urgences médicales dans respectivement 40% et 27,2 % des cas. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient les pathologies gynéco-obstétricales (26,7%) et la prise en charge post-opératoire (15,7%). Les transferts ont concerné 672 patients (60%) étaient transférés et 30 (2,6%) ont bénéficié d'une évacuation sanitaire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,8 ± 4,6 jours. Le taux de mortalité était de 37,4 %. Le taux de mortalité spécifique était de 18,6% et 16,2% pour les pathologies neurologiques et infectieuses respectivement.

Conclusion : Notre étude a montré que les patients admis en réanimation étaient jeunes avec une prédominance féminine. Les motifs d'admission en réanimation concernaient les cas de gynéco-obstétrique et de prise en charge post-opératoire. Le taux de mortalité était élevé.

Mots clés : profil, réanimation, Brazzaville

Summary

Objective To determine the epidemiological, clinical and evolutive aspects of patients admitted to intensive care unit (ICU) of the University Hospital of Brazzaville.

Materials and methods:

We performed a retrospective study during the period from 01 January 2013 to 31 December 2014 (24 months). The variables analysed were age, sex, provenance, admission source, lenght of stay and outcome.

Results: Out a total of 1121 patients, the mean age was 40.5 ± 19.0 years. The sex ratio was 0.59. The majority of patients came from the operating room and medical emergencies in 40% and 27.2% respectively. The most frequent admission source were gyneco-obstetricals pathologies (26.7%) and postoperative management (15.7%). 672 patients (60%) were transferred and 30 (2.6%) were evacuated. The mean hospital stay was 4.8 ± 4.6 days. The mortality rate was 37.4%. The specific mortality rate were 18,6% and 16,2% for neurologics and infectious pathologies respectively.

Conclusion: Our study showed that patients admitted to intensive care unit were young with a female predominance. The most common pathologies were gyneco-obstetricals pathologies and postoperative management. The mortality rate was high.

Keywords: aspects, intensive care unit, Brazzaville.

Introduction :

Le service de réanimation polyvalente est un service transversal qui a pour mission la prise en charge des détresses vitales potentiellement réversibles. Il prend en charge les patients qui présentent des pathologies avec un risque potentiel de se dégrader **[1]**. En Afrique subsaharienne, la prise en charge des urgences vitales nécessitant une réanimation se déroule dans un contexte d'insuffisance quantitative en services de réanimation, de précarité du plateau technique, d'insuffisance de personnel et du niveau socio-économique bas des patients **[2,6]**. Aucune étude au Congo n'a été réalisée pour déterminer le profil des patients admis en réanimation. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients admis en réanimation du centre hospitalier universitaire de Brazzaville.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive, à recueil de données rétrospectif, réalisée dans le service de réanimation polyvalente du CHU-B, durant la période allant du 01er janvier 2013 au 31 décembre 2014, soit une période de 24 mois. Le service de réanimation polyvalente est le seul service de réanimation au sein du CHU-B, avec une capacité de 11 lits sur les 1000 lits que compte l'hôpital. Cependant, il existe une unité de soins intensifs Nous avons enregistré 418 hommes (37,3%) et 703 femmes (62,7%), soit un sex ratio de 0,59. Les patients provenaient du bloc opératoire dans 40%, des urgences médicales dans 27,2% des cas et des pédiatrique et neurovasculaire. Le service dispose de 8 respirateurs et 11 scopes multiparamétriques. Le staff médical est composé de 5 médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et 4 médecins généralistes. Les prestations sont assurées au niveau des services des urgences, du bloc opératoire et dans les différents services cliniques. Les gardes sont assurés 24h/24h et 7j/7j par le couple MAR/médecin généraliste.

Nous avons inclus de manière exhaustive tous les patients admis en réanimation durant la période d'étude et exclus les cas avec données incomplètes ou inexploitables. Les dossiers d'admission et les dossiers médicaux ont servi de support pour le recueil de données. Les variables d'étude étaient suivantes : l'âge, le sexe, la provenance, les motifs d'admission, la durée d'hospitalisation et le devenir du patient. Le logiciel Microsoft Excel 2010 pour Mac Intosh a été utilisé pour la confection de la base de données et l'élaboration des graffes. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ± écart-type et les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage.

Résultats :

Notre étude a porté sur 1121 patients admis en réanimation. L'âge moyen de la population étudiée était de 40,5 ± 19,0 ans avec des extrêmes de 1 et 94 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-39 ans soit 42,4 % **(Figure 1)**. urgences gynéco-obstétricales dans 13,1% des cas. La répartition des patients en fonction de la provenance est représentée dans **le tableau I**.

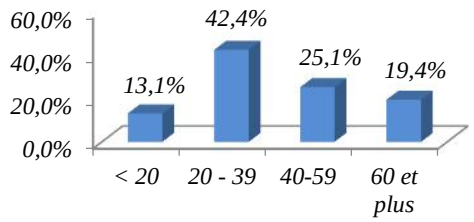

***Figure 1** : Répartition des patients admis selon la tranche d'âge*

***Tableau I** : Répartition des patients selon les services de provenance*

Provenance	***Effectif***	***Pourcentage***
Bloc opératoire	*391*	*40%*
Urgences médicales	*305*	*27,2 %*
Autres services CHU	*172*	*15,3 %*
Urgences gynecologiques	*147*	*13,1%*
Urgences chirurgicales	*53*	*4,7%*
Externe	*53*	*4,7%*
Total	*1121*	*100%*

Les patients admis pour les pathologies gynéco-obstétricales, la prise en charge post-opératoire et les pathologies neurologiques ont représentées respectivement 26,7%, 15,7% et 11,4% des cas. **Le tableau II** montre la répartition des patients en fonction du motif d'admission. Nous avons enregistré 48,5% de cas d'admission médicale parmi lesquels les accidents vasculaires cérébraux dans 15,9% des cas, les sepsis sévères et chocs septiques dans 15,7% des cas, les décompensations aigues du diabète dans 10,8% des cas et les infections pulmonaires dans 8,6% des cas. Les admissions gynéco-obstétricales ont représentés 26,7% des cas et étaient dominées par l'éclampsie dans 78,9% des cas suivies des hémorragies dans 13,7% des cas. Les admissions chirurgicales ont représentés 24,8% des cas. Elles étaient représentées par la chirurgie digestive (48,5%), la traumatologie (27%) et la neurochirurgie (8,9%). L'évolution était favorable dans 62,6% des cas. **La figure 2** montre le devenir des patients. La sortie avait concerné 10,7% des cas, le transfert dans un service clinique dans 85% des cas, l'évacuation sanitaire dans 4,3% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,8 jours. Le décès avait concerné 419 patients soit 37,4%. Les pathologies neurologiques, infectieuses et cardiovasculaires ont représenté respectivement 18,6%, 16,2% et 13,1% des cas de décès. La mortalité en fonction des pathologies est représentée dans **la figure 3**.

***Tableau II** : Répartition des patients selon les motifs d'admissions.*

Motif d'admissions	***Effectif***	***Pourcentage***
Pathologies gynéco-obstétricales	*299*	*26,7%*
Soins post-opératoires	*176*	*15,7%*
Pathologies neurologiques	*128*	*11,4%*
Pathologies cardiovasculaires	*107*	*9,5%*
Pathologies infectieuses	*102*	*9,1%*
Pathologies traumatologiques	*100*	*8,9%*
Pathologies respiratoires	*78*	*7,0%*
Pathologies métaboliques et rénales	*77*	*6,9%*
Pathologies digestives	*27*	*2,4%*
Autres	*27*	*2,4%*
Total	***1121***	***100%***

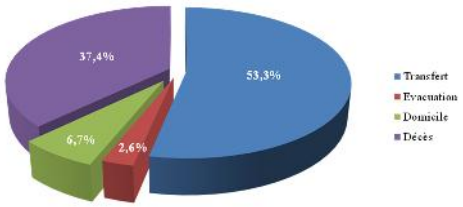

***Figure 2** : Répartition des patients selon leurs devenirs*

.

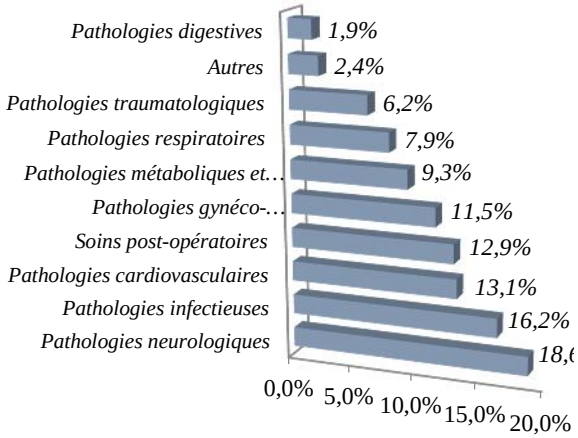

***Figure 3** : Mortalité en fonction des pathologies.*

Discussion :

L'âge moyen de nos patients est supérieur de celui retrouvé par certains auteurs africains **[2,3]**. Cependant Oliviera *et al.* au Gabon trouve un âge moyen de 50 ans **[4]**. Cette différence s'explique par la méthodologie et la nature des études. Misset *et al.* en France trouve un âge moyen plus élevé. Cependant la tranche d'âge de 20 à 39 ans la plus représentative a été retrouvée par Konan *et al.* et Nabiliou *et al.* **[2,3]**.

Notre population est en majorité féminine contrairement à d'autres auteurs qui rapportent une prédominance masculine **[2,3,6,7]**. Cette différence s'expliquerait par l'importance de l'activité gynécologique et obstétricale au sein du CHU-B.

Dans notre série les causes d'admission médicales (48,5%) sont nettement supérieures aux causes chirurgicales (24,8%). Nos résultats corroborent avec ceux de Ouédraogo *et al.* qui trouvent dans leur série 79% des causes d'admission médicales et

70,5% des causes chirurgicales [9]. Par contre certains auteurs retrouvent une prédominance des cas chirurgicaux **[2,6,14]**. Cela pourrait s'expliquer par une faible activité chirurgicale dans notre centre liée aux problèmes organisationnels. La plupart des patients dans notre série provenaient du bloc opératoire. Ces résultats sont superposables à ceux trouvés par d'autres auteurs **[2,7]**. Ceci s'expliquerait par le fait que les services chirurgicaux ne disposent pas de matériels adéquats, pour assurer la prise en charge des patients ayant présenté des complications peropératoires, nécessitant une surveillance particulière. Les admissions chirurgicales étaient essentiellement représentées par la chirurgie digestive dans 48,5% des cas suivie de la chirurgie traumato-orthopédique dans 27% des cas et la neurochirurgie dans 8,9% des cas. Ouédraogo *et al.* Trouvent 73,3% pour la chirurgie digestive et 13,3% pour la neurochirurgie **[9]**. Les admissions médicales viennent en seconde position avec 27,2 % des cas dans notre série. Konan *et al.* ainsi que Diouf *et al.* avaient rapportés que les patients provenant des urgences médicales ne représentaient respectivement que 4,75% et 3,39% des cas **[2,8]**. Cette différence significative pourrait s'expliquer par la difficulté d'orientation des patients dans les pavillons d'hospitalisation en médecine du fait de manque de place dans ceux-ci, l'absence d'unités de soins intensifs rattachés aux services cliniques (cardiologie, gastro-entérologie). Ces admissions médicales étaient représentées par les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans 15,9% des cas, les sepsis sévères et chocs septiques dans 15,7% des cas, les décompensations aigues du diabète dans 10,8% des cas et les infections pulmonaires dans 8,6% des cas. Notre taux d'AVC est supérieur à celui de Daddy *et al*. qui retrouvaient les AVC dans 9,9% des cas. Cependant, il est inférieur à celui retrouvé par Konan *et al.* en Côte d'Ivoire et par Ouédraogo *et al.* au Burkina Faso **[2,9]**. Cette différence s'explique par la création depuis 2014 d'une unité de soins intensifs neurovasculaire où sont pris en charge la plupart des cas d'AVC.

La pathologie gynéco-obstétricale la plus représentée était l'éclampsie avec 21,1%. Ce taux est comparable à celui retrouvé par d'autres auteurs africains **[11]**. Dans l'étude réalisée par Otiobanda *et al.* entre 2009 et 2011 dans le même centre, 92 patientes ont été admises en réanimation pour éclampsie sur 13024 accouchements soit une incidence de 1,41%, le taux de mortalité retrouvé était de 19,6% **[10]**. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,8 jours. Notre résultat est similaire à ceux de Benoit *et al.* qui avaient noté une durée moyenne de 4,6 jours **[11]**; mais inférieur à ceux de Nabiliou *et al.* qui eux ont rapporté une durée moyenne de séjour de 6,4 jours. Le taux de mortalité de 37,4% est proche de celui retrouvé par d'autres auteurs africains **[3,12, 13,14]**. Il est de loin supérieur à celui retrouvé en Europe et en Amérique **[7,8, 15]**. Cette différence s'explique par l'insuffisance du plateau technique en réanimation dans les pays en voie de développement en général, le retard de prise en charge adéquate et la non disponibilité d'assurance-maladie de la population **[2,6,8]**. La mortalité dans notre série a plus concernée les pathologies neurologiques, infectieuses et cardiovasculaires.

Conclusion :

Cette étude rétrospective sur le profil des patients admis en réanimation polyvalente fait ressortir que le service prend en charge une population jeune à prédominance féminine, que les patients admis dans les suites opératoires et pour l'éclampsie sont les plus rencontrées, que le taux de mortalité de 37,4% est comparable à celui de la sous-région et de la nécessité d'amélioration des conditions de prise en charge aux urgences et de la création des unités de soins intensifs dans différents services.

Conflits d'intérêt : *Aucun.*
Contribution des auteurs : *Tous les auteurs ont contribués pleinement à l'élaboration de ce travail.*

Références

1. **Vincent J.L**. Manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence. 2ème édition. Springer. 2005.
2. **Konan. K.J, Babo. C.J, Ayé. Y.D. et al**. Aspects épidémiologiques des admissions dans le service de réanimation du CHU de Yopougon au cours du conflit armé post électoral en Côte d'Ivoire. Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence. 2013 ; 18 : 33- 38.
3. **Nabiliou M., Tomta K., Mouzou T. *et al***. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des patients de la réanimation polyvalente du CHU SO. Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence. 2014 ; 19 : 57.
4. **Oliveira Y.S., Mandji Lawson J.M., Mba Angoue J.M. *et al.*** Devenir des patients admis en réanimation pour accident vasculaire cérébral à l'hôpital d'instruction des armées Omar Odimba Bongo (HIA OBO) à Libreville. Journal de réadaptation médicale 2015 ; 35 : 208-15.
5. **Misset B., Naiditch M., Saulnier F. *et al***. Construction d'une classification diagnostique pour le groupage médico-économique des patients de réanimation

Informatique. Informatique et Gestion Médicalisée 1997 ; 39-46.

6. **Daddy H., Adehossi E., Gagara M. et al.** Profil épidémiologique des patients admis au service de réanimation de l'Hôpital National de Niamey, Niger. Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence. 2014 ; 19.
7. **Finkielman J.D., Morales I.J., Peters S.G. et al.** Mortality rate and lenght of stay of patients admitted to the intensive care unit in July. Crit. Care Med. 2004 ; 32 :1161-165.
8. **Diouf E., Leye P.A., Bah M.D. et al.** Modalités d'admission des patients dans un service de réanimation en Afrique et conséquences sur l'évolution. Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence. 2014 ; 19 : 79-84.
9. **Ouédraogo N., Ali N., Andre S. et al**. 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'étude et de recherche francophone santé. 2002 ; 12 : 375-82.
10. **Otiobanda G.F., Itoua C., Ossou-Nguiet P.M. et al**. L'éclampsie en réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Rev. Cames Santé. 2013 ; 1 : 46-50.
11. **Benoit M.C**. Prise en charge des blessés de guerre au GMC de Kaboul. Retour d'expérience : équipe médico-chirurgicale GMC PAMIR XX D.A.R. HIA. Robert Piqué-Bordeaux. www.carum.org.
12. **Egbohou P., Mouzou T., Tomta K. et al**. Epidémiologie de la mortalité en réanimation polyvalente du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence. 2014 ; 19 : 32.
13. **Ben Yacoub, Loukilih, Akkaoui. M, Chikhaoui H**. Etude de la mortalité dans le service de réanimation polyvalente au CHR de l'hôpital Mohamed V de Meknès. Rev Afr. Anesth Med Urgence. 2011; 28: 13-15.
14. **Tchoua R., Vemba A., Koumba C.T. et al**. Gravité des maladies de réanimation à la fondation Jeanne Ebori de Libreville. Méd. Afr. Noire : 1999 ; 46 : 496-99
15. **Rouan K., Simpson H.K., Clancy M., et al**. Admission to intensive care unit from emergency departement: a descriptive study. Emerg. Med. J. 2000; 22: 423-28