

Facteurs pronostiques du sepsis chez l'adulte aux urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré, Abidjan, de janvier à juillet 2025

Prognostic factors of sepsis in adult patients admitted to the medical emergency department of Angre University Hospital, Abidjan, from January to July 2025

Lobah YG¹, Djami-Kpata PM¹, Yapa GS², Mvondo NE¹, Sanogo I¹, Akahi JN¹, Bamba NS¹, Bamba A¹, Yapi IA¹, Acko VU¹, Binan Y¹

1. *Médecine interne, Unité pédagogique de médecine interne- endocrinologie – maladies métaboliques et nutrition- gériatrie- néphrologie – hépato gastro entérologie, Département médecine et spécialités, UFR sciences médicales, université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire*
2. *Service de Médecine Interne, CHU de Bouaké*

Auteur correspondant : LOBAH Yves Gontran, **E-mail :** lobahgontran@gmail.com,
Tél : +225 07 07 18 87 28

Résumé :

Introduction : Le sepsis est une défaillance d'organe potentiellement fatale induite par une réponse déséquilibrée de l'hôte à l'infection. Le but de cette étude était d'étudier les facteurs pronostiques influençant l'évolution du sepsis chez les patients admis aux urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angré. **Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale à visée analytique qui s'est déroulée du 1er janvier au 31 Juillet 2025. Etaient inclus les dossiers des patients adultes admis aux urgences médicales pour sepsis avec un qSOFA ≥ 2 chez qui les hémocultures ont permis de mettre en évidence des infections bactériennes. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques et de prise en charge ont été analysées avec le logiciel SPSS 27.0. Le test de Khi2 de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés avec un seuil de significativité fixé à 5%. **Résultats :** La prévalence du sepsis était de 18,7% et le taux de mortalité de 44%. L'analyse multivariée a montré que le sepsis était significativement associé aux variables suivantes : score qSOFA ≥ 3 (ORa =3,85 ; 95% IC:1,12-13,21) $p=0,032$; saturation en oxygène $< 92\%$ (ORa =2,68 ; 95% IC : 1,31 – 5,47) $p= 0,007$; PCT ≥ 10 ng/mL (ORa = 1,92 ; 95% IC : 1,25 – 2,95) $p= 0,003$. **Conclusion :** Le sepsis est une cause importante d'admission aux Urgences Médicales du CHU Angré et la mortalité est élevée. Cette évaluation a permis de mettre en évidence un qSOFA ≥ 3 , une saturation en oxygène $< 92\%$ et une PCT ≥ 10 ng/mL comme des facteurs de mauvais pronostic des sepsis.

Mots-clés : Facteurs pronostiques, mortalité, sepsis, urgences médicales, CHU d'Angré

CONFLIT D'INTÉRÊT : Aucun

Abstract

Introduction: Sepsis is a life-threatening organ dysfunction resulting from a dysregulated host response to infection. This study aimed to identify prognostic factors influencing outcomes in patients with sepsis admitted to the medical emergency department of Angre University Hospital Center (CHU d'Angré). **Patients and Methods:** This retrospective, cross-sectional analytical study was conducted from January 1 to July 31, 2025. Medical records of adult patients admitted to the medical emergency department with sepsis and a qSOFA score ≥ 2 , in whom bacterial infection was confirmed by blood cultures, were included. Sociodemographic, clinical, paraclinical, and therapeutic data were collected and analyzed using SPSS version 27.0. Pearson's chi-square test or Fisher's exact test was applied as appropriate, with a statistical significance threshold set at $p < 0.05$. **Results:** The prevalence of sepsis was 18.7%, with an overall mortality rate of 44%. Multivariate analysis identified the following variables as significantly associated with mortality: a qSOFA score of 3 (adjusted OR = 3.85; 95% CI: 1.12–13.21; $p = 0.032$), oxygen saturation $< 92\%$ (adjusted OR = 2.68; 95% CI: 1.31–5.47; $p = 0.007$), and procalcitonin (PCT) levels ≥ 10 ng/mL (adjusted OR = 1.92; 95% CI: 1.25–2.95; $p = 0.003$). **Conclusion:** Sepsis represents a major cause of admission to the medical emergency department of CHU d'Angré and is associated with a high mortality rate. A qSOFA score of 3, oxygen saturation below 92%, and PCT levels ≥ 10 ng/mL were identified as poor prognostic factors.

Keywords: Prognostic factors, mortality, sepsis, emergency medical department, CHU d'Angré

Introduction : Le sepsis est un dysfonctionnement d'organes menaçant le pronostic vital et causé par une réponse désordonnée de l'hôte à l'infection. Il s'agit en effet d'un état potentiellement mortel résultant d'une réponse hyperactive de l'organisme à une infection, entraînant la défaillance d'un organe. Cette réponse peut être identifiée par un outil de dépistage clinique qui est une échelle d'évaluation de la défaillance séquentielle des organes appelé, score de quick Sepsis-related Organ Failure Assessment, encore appelé quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA). Le score qSOFA est coté de 1 à 3 selon la sévérité de l'état infectieux du patient. Ainsi, on parle de sepsis lorsque ce score est supérieur ou égal à 2, correspondant à un risque élevé de mortalité de l'ordre de 10 % [1]. Cet outil permet d'évaluer l'état, cardiovasculaire, respiratoire et de conscience du patient à son chevet du lit de manière indépendante et d'identifier rapidement les infections suspectes ainsi que les personnes présentant un risque de mortalité élevé [2]. Il est proposé parce que les symptômes initiaux que présentent les patients sont souvent non spécifiques nécessitant des paramètres analytiques fastidieux. Selon l'OMS, sur environ 30 millions de personnes dans le monde qui souffraient d'un sepsis en 2017, 80 % ont été pris en charge dans les services d'urgences médicales [3]. Environ 6 millions sont décédés dont 29,0 % en Chine, 23,6 % en Europe, 19,6 % en Amérique du Nord et 18,7 % en Australie [4]. Les facteurs impactant le pronostic vital du sepsis sont l'âge, le sexe, les comorbidités, la porte d'entrée, la nature et la virulence de l'agent pathogène, le statut immunitaire, le système de score d'évaluation, la fonction cardiovasculaire et les mesures thérapeutiques [5]. La mise en œuvre rapide de moyens thérapeutiques doit débiter dans un délai d'une heure suivant le diagnostic pour améliorer considérablement les taux de survie en cas de sepsis et de choc septique [6]. Peu d'études ont été réalisées en Afrique subsaharienne, celles-ci ont mis en évidence un taux de mortalité élevé et une grande variété d'agents pathogènes impliqués dans les sepsis [7]. Aussi, il n'existe pas d'études menées à notre connaissance sur les sepsis aux urgences médicales en Côte d'Ivoire, d'où l'intérêt de notre étude. Elle se propose d'étudier les facteurs pronostiques influençant l'évolution du sepsis chez les patients admis aux urgences médicales d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Abidjan. Il s'agissait pour nous d'évaluer les facteurs pronostiques du sepsis chez les patients admis aux urgences médicales du CHU d'Angré. Plus spécifiquement, de préciser la prévalence, de déterminer les facteurs clinique et paraclinique utilisés pour l'évaluation du devenir des patients atteint de sepsis admis aux urgences médicales. Enfin

d'identifier les facteurs pronostiques du sepsis chez les patients admis. **Méthodologie :** Notre étude s'est déroulée aux urgences médicales du CHU d'Angré (Abidjan). Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale à visée analytique qui a permis d'identifier les facteurs pronostiques du sepsis chez les patients admis aux urgences médicales du CHU d'Angré. Elle s'est déroulée sur une période de sept mois allant du 1er janvier au 31 Juillet 2025. Etaient inclus les dossiers des patients adultes admis aux urgences médicales pour sepsis avec un qSOFA ≥ 2 chez qui les hémocultures ont permis de mettre en évidence des infections bactériennes. Etaient non inclus, tous les dossiers incomplets et les dossiers des patients ayant développé un sepsis en cours d'hospitalisation. La collecte des données s'est faite à partir d'un questionnaire issu du dossier médical patient, préalablement conçu sur Kobotoolbox. Les variables indépendantes collectées étaient les données sociodémographiques (l'âge et le sexe), les données cliniques (les antécédents, la source d'infection, la fréquence respiratoire, la tension artérielle systolique, le score de Glasgow, l'indicateur qSOFA), les données paracliniques (la sérologie VIH, la procalcitonine sérique, la CRP, la créatinine sérique, le nombre de plaquettes) et les données de prise en charge (le délai d'initiation d'antibiothérapie et l'adéquation du traitement antibiotique). La variable dépendante analysée était le pronostic favorable et le pronostic défavorable des patients. L'approbation éthique a été accordée par la direction médicale et scientifique du CHU d'Angré. Pour l'analyse des données, l'extraction a été faite avec Excel 2021, traitées et analysées avec SPSS version 27.0. Le degré de confiance des pourcentages était calculé avec l'application EPI Tools. Une étude bivariée a été effectuée entre les variables dépendantes et les variables indépendantes pour obtenir des associations en caractères. Le test de khi-deux de Pearson et/ou le test de Fisher (Test d'indépendance) a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives avec un seuil de significativité de 5 %. Les résultats ont été donnés sous forme de tableaux. **Résultats ;** Un nombre de 830 patients ont été admis aux urgences médicales du CHU d'Angré de janvier à juillet 2025. Le nombre de dossiers de patients atteints de sepsis selon la définition avec deux critères qSOFA ou plus, était de 156 soit une prévalence de 18,7%. Après application des critères de non inclusion, 109 dossiers ont été retenus. Cette étude transversale a évalué 109 dossiers de patients admis pour sepsis, dont des femmes (54,1 %) et des hommes (45,9 %) soit un sex-ratio (H/F) de 0,9. L'âge moyen des patients était de $65,99 \pm 18,75$ ans avec des patients âgés de 65 ans et plus (50,5%) et de moins de 65 ans (49,5 %) (**Tableau I**).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des 109 patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)	IC à 95%
Sexe			
Masculin	50	45,9	36,8 – 55,2
Féminin	59	54,1	44,8 – 63,2
Âge			
<65	54	49,5	40,3 – 58,8
≥65	55	50,5	41,2 – 59,7
Âge moyen	62,4 ± 18,6 (19 - 99)		

IC : Intervalle de Confiance

Notre étude a montré que 94 patients ont été admis avec un score qSOFA = 2 (86,2 %) et 15 patients avec un score de 3 (13,8 %). Parmi eux, certains présentaient un choc septique (25,7 %) et d'autre non (74,3 %) ; le score de Glasgow était ≤ 14 (90,8 %). Nous avons observé que des patients avaient plus de

deux comorbidités (37 %). L'hypertension artérielle (49,5 %), le diabète sucré (33,9 %) et le VIH/SIDA (11,9 %) étaient les comorbidités les plus retrouvées. Aussi, les portes d'entrée prédominantes étaient pulmonaires (36,7 %), cutanées (21,1 %) et urogénitales (17,4%) (**Tableau II**).

Tableau II : Caractéristiques d'admission et aspects cliniques des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

	N	%	IC à 95%
État du patient à l'arrivée			
Sepsis	81	74,3	65,4 – 81,6
Choc septique	28	25,7	18,4 – 34,6
Q-SOFA			
2	94	86,2	78,5 – 91,5
3	15	13,8	8,5 – 21,5
Score de Glasgow			
≤ 14	99	90,8	83,9 – 94,9
= 15	10	9,2	5,1 – 16,1
Moyenne T°C	38,1 ± 0,8 [36 - 40]		
ATCD			
> 2	41	37,6	29,1 – 47
≤ 2	46	42,2	33,4 – 51,6
Pas d'ATCD	22	20,2	13,7 – 28,7
Type d'ATCD			
Hypertension artérielle	50	49,5	36,8 – 55,2
Diabète sucré	37	33,9	25,7 – 43,2
VIH/SIDA	13	11,9	7,1 – 19,3
Immobilisation	11	10,1	5,7 – 17,2
Cardiopathie	5	4,6	2 – 10,3
Hépatopathie	3	2,8	0,9 – 7,8
Cancer	8	7,3	3,8 – 13,8
Troubles neurocognitifs	11	10,1	5,7 – 17,2
Pied diabétique	5	4,6	2 – 10,3
Porte d'entrée			
Pulmonaire	40	36,7	28,2 – 46,1
Urogénitale	19	17,4	11,5 – 25,6
Digestive	13	11,9	7,1 – 19,3
Cutanée	23	21,1	14,5 – 29,7
Aucune	14	12,8	7,8 – 20,4

Les paramètres hémodynamiques étaient, la fréquence respiratoire (FR) ≥ 22 cycles respirations par minute (89,9 %), une pression artérielle systolique ≤ 100 mmHg (33,9 %), une saturation pulsée en oxygène à

l'air libre < 92 % (31,4 %) et une tachycardie (62,4 %) (**Tableau III**).

Tableau III : Paramètres hémodynamiques des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

Variables	N	%	IC à 95%
Fréquence respiratoire (FR) en cpm			
< 22	11	10,1	3,8 – 13,8
≥ 22	98	89,9	85,8 – 96,1
Moyenne FR	26,8 ± 6,7 [15 - 60]		
TA systolique (TAS) en mmHg			
≤ 100	37	33,9	25,7 – 43,2
> 100	72	66,1	56,8 – 74,3
Moyenne TAS	113,9 ± 27,9 [60 - 180]		
Saturation pulsée en Oxygène (SpO2) à aa en %			
< 92	33	31,4	23,3 – 40,8
≥ 92	72	68,6	59,2 – 76,7
Moyenne SpO2	94,3 ± 5,7 [73 - 100]		
Fréquence cardiaque (FC) en bpm			
< 60	3	2,8	0,9 – 7,8
[60 - 100]	38	34,9	26,6 – 44,2
> 100	68	62,4	53 – 70,9
Moyenne FC	101,3 ± 19,9 [34 - 148]		

La procalcitonine (PCT) était positive ($\geq 0,5$ ng/ml) chez 92,8 % des patients ayant un sepsis. Parmi ces patients, 43,3 % avaient une PCT ≥ 10 . Les patients avaient une protéine C-réactive élevée (≥ 100 mg/l)

pour 69,4 %, une thrombopénie (44,1 %) avec un taux de plaquette compris entre 100 et 150 x 10⁹/L (34,3 %). Aussi, on a noté une créatininémie élevée (>13 mg/l) dans 70,9 % des cas (**tableau IV**).

Tableau IV : Aspects paracliniques des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juin 2025

Variables	N	%	IC à 95%
Procalcitonine (PCT) sérique en ng/ml			
< 0,50	7	7,2	3,5 – 14,2
≥ 0,50	90	92,8	85,8 – 96,5
Moyenne PCT	17,7 ± 25,7 [0,08 - 103]		
Procalcitonine (PCT) sérique positive en ng/ml			
< 10	55	56,7	
≥ 10	42	43,3	
CRP en mg/L			
< 100	33	30,6	
≥ 100	75	69,4	
Plaquettes (x 10⁹/L)			
≥ 150	58	58,6	32,2 – 51,3
100 – 150	34	34,3	
50 – 100	5	5,1	
< 50	2	2	
Moyenne plaquettaire	205,9 ± 112,5 [11 - 659]		
Créatininémie en mg/L			
< 13	30	29,1	21,2 – 38,5
≥ 13	73	70,9	61,5 – 78,8
Moyenne créatininémie	34,4 ± 44,2 [2,9 - 390]		

Une bi-antibiothérapie a été administrée d'emblée (49,5%), parmi lesquels l'association Céphalosporines + Imidazoles (18,3%) et Pénicillines + Macrolides (9,2%). Une mono antibiothérapie a été instituée (40,4%), essentiellement de bêta lactamines composées de pénicillines (22,1%) et de céphalosporines (17,4%). Une tri-antibiothérapie a été

administrée (5,5%), avec comme association prédominante Céphalosporines + Aminosides + Imidazole (2,8%). Parmi les patients admis pour le sepsis, 56,8 % ont reçu des antibiotiques plus d'une heure après leur admission avec délai moyen de 9.49 ± 18.4 heures (**tableau V**).

Tableau V : Aspects thérapeutiques des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

Variables	N	%
Nombres de molécules administrées		
Mono-antibiotique	44	40,4
Bi-antibiotique	54	49,5
Tri-antibiotique	6	5,5
Pas antibiotique	5	4,6
Famille de molécules de mono-antibiotiques administrées		
Pénicillines	24	22,1
Céphalosporines	19	17,4
Lincosamides	1	0,9
Famille de molécules de bi-antibiotiques administrées		
Céphalosporines + Imidazoles	20	18,3
Pénicillines + Macrolides	10	9,2
Pénicillines + Aminosides	5	4,6
Céphalosporines + Aminosides	4	3,7
Céphalosporines + Quinolones	4	3,7
Céphalosporines + Macrolides	3	2,8
Pénicillines + Imidazoles	2	1,8
Pénicillines + Quinolones	2	1,8
Pénicillines + Céphalosporines	1	0,9
Pénicillines + Fluconazoles	1	0,9
Imidazoles + Quinolones	1	0,9
Imipénèmes + Amikacines	1	0,9
Famille de molécules de tri-antibiotiques administrées		
Céphalosporines + Aminosides + Imidazoles	3	2,8
Pénicillines + Aminosides + Imidazolés	1	0,9
Pénicillines + Imidazoles + Quinolones	1	0,9
Pénicillines + Aminosides + RHZE	1	0,9
Temps d'initiation d'antibiothérapie après la suspicion diagnostic en heures		
≤ 1	46	44,2
> 1	58	56,8
Moyenne du temps	9.49± 18.4 [1 - 120]	

Sur l'aspect pronostique des patients nous observons que 49,5% des patients avaient un pronostic défavorable avec un taux de mortalité global de 44% (tableau VI).

Tableau VI : Aspects pronostics des patients reçus pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

Variables	N	%	IC à 95%
Pronostic du patient			
Défavorable	54	49,5	40,3 – 58,8
Favorable	55	50,5	41,2 – 59,7
Pronostic favorable			
Sortie	49	89,1	78,2 – 94,9
Transfert vers un autre service sauf la réanimation	6	10,9	5,1 – 21,8
Pronostic défavorable			
Décédé	48	88,9	77,8 – 94,8
Transfert en réanimation	6	11,1	5,2 – 22,2

Les patients admis pour sepsis selon le système de notation du qSOFA avaient un lien significatif au pronostic, puisque ceux ayant un score qSOFA de 3 avaient 3,85 fois plus de risque d'avoir un mauvais pronostic (95% IC : 1,12 - 13,21) que ceux ayant un qSOFA de 2. Les patients ayant une saturation en

oxygène à l'air ambiant inférieure à 92% avaient 2,68 fois de risque de mauvais pronostic (95% IC : 1,31 - 5,47) que ceux ayant une saturation en oxygène supérieure égale à 92%. Tandis qu'une PCT ≥ 10 ng/ml avait 2,1 fois plus de risque de mauvais pronostic (95% CI : 1,4 – 3,5) que ceux ayant une PCT < 10.

Les patients ayant une thrombopénie avaient 2,73 fois plus de risque d'avoir un pronostic défavorable que les

patients ne l'ayant pas (95% IC : 1,19 – 6,27) (**tableau VII, VIII, IX, X**).

Tableau VII : Étude de l'association entre les facteurs cliniques et le pronostic des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

	Pronostic Défavorable	Favorable	p-value	OR (IC à 95%)
Valeur q-SOFA				
3	12	3	0,02	4,95 (1,31 – 18,7)
2	42	52		
État de l'adulte arrivé				
Sepsis	38	43	0,35	1,51 (0,63 – 3,59)
Choc septique	16	12		
Score de Glasgow				
≤ 14	52	47	0,10	4,43 (0,89 – 21,9)
=15	2	8		
Tranche d'âge				
≥ 65	31	24	0,15	1,74 (0,82 – 3,72)
< 65	23	31		
Sexe				
Masculin	25	25	0,93	0,97 (0,46 – 2,05)
Féminin	29	30		
Nombre d'ATCD				
< 2 ATCD	28	13	0,01	
≥ 2 ATCD	16	30		
Pas ATCD	10	12		
Porte d'entrée				
Pulmonaire	19	21	0,05	
Urogénitale	9	10		
Digestive	2	11		
Cutanée	15	8		
Aucune	9	5		

Tableau VIII : Étude de l'association entre les paramètres hémodynamiques et le pronostic des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025

	Pronostic Défavorable	Favorable	p-value	OR (IC à 95%)
TA systolique (mmHg)				
≤ 100	20	17	0,50	1,15 (0,76 – 1,73)
> 100	34	38		
Fréquence cardiaque (bpm)				
< 60	3	0	0,11	
[60 - 100]	19	19		
> 100	32	36		
Fréquence respiratoire (cpm)				
< 22	3	5	0,75	1,25 (0,71 – 2,21)
≥ 22	49	49		
Température °C				
≤ 37,5	7	8	0,88	1,04 (0,62 – 1,75)
> 37,5	38	40		
Saturation pulsée en Oxygène (%) à l'aa				
< 92	26	7	0,00	3,01 (1,53 - 5,95)
≥ 92	26	46		

Tableau IX : Étude de l'association entre les facteurs paracliniques, thérapeutiques et le pronostic des patients admis pour sepsis aux urgences médicales du CHU d'Angré de Janvier à Juillet 2025.

	Pronostic		p-value	OR (IC à 95%)
	Défavorable	Favorable		
Procalcitonine sérique (ng/ml)				
≥ 10	29	13	0,001	2,1 (1,4 – 3,5)
< 10	19	36	0,0007	
Créatininémie (mg/l)				
≤ 13	3	0	0,07	0
> 13	32	36		
ALAT (UI/L)				
< 40	20	17	0,58	0,7
≥ 40	27	29		(0,3 – 1,63)
Plaquettes (10⁹/µl)				
< 150	27	14	0,02	2,73
≥ 150	24	34		(1,19 – 6,27)
CRP (mg/l)				
≥ 100	44	31	0,003	
< 100	9	24		1,80 (1,20-2,60)
Nombres de molécules d'antibiotique administrées				
Mono-antibiotique	21	23		
Bi-antibiotique	25	29	0,42	
Tri-antibiotique	4	2		
Pas antibiotique	4	1		

Tableau X : Facteurs associés au sepsis en analyse multivariée (régression logistique)

Variable	OR ajusté	IC 95 %	p
qSOFA = 3	3,85	1,12 – 13,21	0,032
SpO ₂ < 92 %	2,68	1,31 – 5,47	0,007
Thrombopénie	2,15	0,89 – 5,18	0,088
PCT ≥ 10 ng/mL	1,92	1,25 – 2,95	0,003
CRP ≥ 100 mg/L	1,45	0,91 – 2,31	0,114

Discussion : Dans cette étude, on note que 18,7 % des patients arrivés aux urgences médicales du CHU d'Angré pendant la période d'étude présentait un sepsis. Une étude menée au Rwanda par Kwizera et al rapporte 14,1% de sepsis chez les patients adultes [8]. Cette différence de prévalence du sepsis pourrait se justifier par un retard du recours aux soins par les patients et l'application systématique du qSOFA comme outil de dépistage rapide chez tous les patients de notre étude admis aux urgences médicales, présentant une fièvre. Plus de la moitié des patients était du sexe féminin, (54,1 %) avec autant de sujet âgés (50,5%) que de sujet jeune (49,5 %). Getu et al. rapportait 55,8% pour le sexe féminin et 25,8% du groupe de sujets âgés [9]. Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par les modalités de recours aux soins dans notre structure. En effet, le CHU d'Angré étant le principal service public de gériatrie en Côte d'Ivoire, les patients âgés y ont fréquemment recouru. Nous observons que la majorité de nos patients avait un Q-SOFA à 2 (86,2 %) avec une prédominance du trouble de la conscience et un quart (25,7%) de choc

septique. Ces résultats sont différents de ceux de Hailu et al qui ont retrouvé 8,9% de choc septique [10]. Cette situation pourrait s'expliquer par le retard de consultation dans notre centre de santé, mais aussi par l'automédication qui retarde une prise en charge adéquate en milieu hospitalier. Notre étude montre que plus de la moitié des patients ont l'HTA, le diabète, le VIH comme principales comorbidités avec une plus grande proportion de choc septique (14,5%) [11]. La porte d'entrée pulmonaire était prédominante, comme l'était également la porte d'entrée dans l'étude de Iroezindu et al (35%) [12]. Cette similitude de porte d'entrée pourrait s'expliquer par la forte prévalence des infections respiratoires communautaires (pneumonies, bronchopneumonies) en milieu tropical, souvent aggravées chez des patients vulnérables (âgés, diabétiques, VIH+). Dans notre étude, le tiers des patients avait une hypotension artérielle (33,9 %) et une saturation pulsée en oxygène à l'air ambiant inférieur à 92 % (31,4 %) ; la quasi-totalité était polypnéique.

Ces résultats illustrent la prévalence élevée des perturbations hémodynamiques et respiratoires chez les patients septiques à l'admission. La polypnée pourrait s'expliquer par le mécanisme de la physiopathologie du sepsis qui est d'une part la réponse de l'organisme à l'augmentation des besoins métaboliques et à l'accumulation du monoxyde de carbone due à l'inflammation d'autre part. La tachycardie qui quant à elle est une réponse compensatoire visant à maintenir le flux sanguin et l'apport en oxygène aux tissus pendant que le cœur s'efforce à pomper à travers les vaisseaux sanguins perméables. L'hypotension enfin est due à une vasodilatation et une perméabilité accrue due à l'inflammation qui diminue le volume sanguin entraînant une altération du flux sanguin vers les organes vitaux [13]. Cette étude a révélé que la quasi-totalité des patients avait un syndrome inflammatoire biologique et que la majorité avait une atteinte de la fonction rénale. Cette situation s'expliquerait par la réponse inflammatoire systémique de l'organisme à l'infection tandis que l'atteinte rénale signe la présence de lésions des reins dus à une inflammation grave en rapport avec une réduction du flux sanguin vers les reins [14]. Une PCT et une CRP élevée sont des indicateurs pronostiques au cours du sepsis, la PCT étant meilleure marqueur que la CRP [15]. Une valeur élevée de PCT supérieur à 10 est un marqueur modéré du pronostic dans les sepsis [16]. La thrombopénie est un marqueur pronostic important des sepsis dans notre étude (44 %). Ce résultat est différent de ceux de Alqeeq et al (39%) dans un service d'Unité de Soins Intensif (USI) [17]. Cette différence pourrait s'expliquer par la présence de comorbidité responsable de thrombopénie chronique mais aussi par le traitement initial débuté avant l'admission en USI. Dans l'étude, près de la moitié des patients avait reçu une bi-antibiothérapie (49,5%) et les molécules les plus administrées étaient l'association Céphalosporines et Imidazoles (18,3%). Cette couverture visait à la fois les bactéries à Gram négatif (céphalosporines de 3e génération) et les anaérobies ou certains pathogènes opportunistes (imidazoles). Aussi, il y avait une proportion importante (40,4%) de patient ayant reçu une mono antibiothérapie (pénicillines ou céphalosporines) et plus de moitié des patients (56,8 %) avaient débuté l'antibiothérapie une heure après leur admission. Cette initiation rapide du traitement antibiotique pourrait s'expliquer par l'administration d'emblée d'un antibiotique choisis en fonction de la porte d'entrée et du germe suspecté dans les minutes qui suivent l'admission, avant le

prélèvement des hémocultures. De plus, compte tenu des contraintes de prélèvement entraînant le retard de la réalisation des hémocultures et du long temps d'accès des imidazolés, et des macrolides, une mono antibiothérapie était initiée. La littérature recommande une antibiothérapie à large spectre systématiquement dans les heures suivant l'admission du patient après le diagnostic et les prélèvements d'hémoculture [18]. Dans cette étude, près de la moitié des patients atteints de sepsis admis aux urgences ont eu un pronostic défavorable et 44% sont décédés. Ces résultats concordent avec ceux de Getu et al qui ont retrouvé 46,2 % de décès lié au sepsis chez des patients hospitalisés en soins intensifs [19]. Nos résultats étaient différents de ceux de Mulatu et al qui a retrouvé dans les USI d'Addis Abeba un nombre plus faible de patients atteints de sepsis, avec 26,5 % de décès [20]. Cette différence pourrait être liée à la disponibilité de médicaments antibiotiques et à l'accessibilité des antibiotiques dans leurs études favorisant une antibiothérapie précoce, mais aussi lié à la différence entre les contextes d'études, les différentes définitions du sepsis, les soins prodigués aux patients et aux modalités de traitement. Les patients ayant une thrombopénie ont deux fois plus de risque d'avoir un pronostic défavorable que les patients ne l'ayant pas, mais cette différence n'est pas significative. Des facteurs tels que le score qSOFA à 3 (ORa = 3,85 ; 95% IC: 1,12-13,21 ; p=0,032), la SpO₂ < 92% % (ORa = 2,68 ; 95% IC : 1,31 – 5,47 ; p= 0,007), PCT ≥ 10 ng/mL (ORa = 1,92 ; 95% IC : 1,25 – 2,95 ; p= 0,003) ont été identifiés comme des facteurs déterminant le mauvais pronostic du sepsis. Une valeur de PCT ≥ 10 ng/mL est un prédicteur fort de la mortalité à court terme [21]. Bien que le qSOFA soit réputé pour sa faible sensibilité, un score à 3 est associé à un risque accru de mortalité ; son association avec un taux de procalcitonine élevé est un marqueur significatif de mortalité comme l'a montré l'étude menée par Parrey et al [22]. Une faible saturation en oxygène (SaO₂ ≤ 92%) signifie que l'apport en oxygène est insuffisant en indiquant la gravité du sepsis et la nécessité d'un traitement agressif. Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de Ochoa et al ont également rapporté des scores de gravité élevés chez les patients avec une faible saturation en oxygène [23].

Conclusion : Il convient de noter que le sepsis est un problème majeur de santé publique en raison de sa mortalité élevée. Il est une cause importante d'admission aux Urgences Médicales.

Sa prise en charge précoce nécessite une bonne connaissance des facteurs pronostiques. Cette évaluation a permis de mettre en évidence des facteurs de mauvais pronostic qui sont d'ordres cliniques

Références

1. **Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016;315:801–10.
2. **Carbó M, Fresco L, Osorio G, Monclús E, Ortega M.** Predictors of mortality in emergency department patients with sepsis scored 2 or 3 on the Quick Sequential Organ Failure Assessment scale. *Emergencias* 2020;32:169–76.
3. **Gauer R, Forbes D, Boyer N.** Sepsis: Diagnosis and Management. *Am. Fam. Physician* 2020;101:409–18.
4. **Namgung M, Ahn C, Park Y, Kwak IY, Lee J, Won M.** Mortality among adult patients with sepsis and septic shock in Korea: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Exp. Emerg. Med.* 2023;10:157–71.
5. **Ning XL, Shao M.** Analysis of prognostic factors in patients with emergency sepsis. *World J. Clin. Cases* 2023;11:5903–9.
6. **Ndadane N, Maharaj RC.** The epidemiology of sepsis in a district hospital emergency centre in Durban, KwaZulu natal. *Afr. J. Emerg. Med.* 2019;9:123–6.
7. **Kiya GT, Mekonnen Z, Melaku T, Tegene E, Gudina EK, Cools P, et al.** Prevalence and mortality rate of sepsis among adults admitted to hospitals in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *J. Hosp. Infect.* 2024;144:1–13.
8. **Kwizera A, Urayeneza O, Mujiyarugamba P, Baelani I, Meier J, Mer M, et al.** Epidemiology and Outcome of Sepsis in Adults and Children in a Rural, Sub-Sahara African Setting. *Crit. Care Explor.* 2021;3.
9. **Getu SA, Legese GL, Gashu KD, Ayalew DG, Baykeda TA.** Mortality due to Sepsis and Its Associated Factors Among Patients Admitted to Intensive Care Units of Southern Amhara Public Hospitals, Ethiopia. *BioMed Res. Int.* 2024;2024:4378635.
10. **Mulatu HA, Bayisa T, Worku Y, Lazare JJ, Woldeyes E, Bacha D, et al.** Prevalence and outcome of sepsis and septic shock in intensive care units in Addis Ababa, Ethiopia: a prospective observational study. *Afr J Emerg Med.* 2020;11(1):188-95. doi: 10.1016/j.afjem.2020.10.001.
11. **Mulatu HA, Bayisa T, Worku Y, Lazare JJ, Woldeyes E, Bacha D, et al.** Prevalence and outcome of sepsis and septic shock in intensive care units in Addis Ababa, Ethiopia: a prospective observational

(qSOFA, SaO2) et paracliniques (PCT). Ces observations devraient être utilisées pour améliorer la prise en charge du sepsis.

- study. *Afr J Emerg Med.* 2020;11(1):188-95. doi: 10.1016/j.afjem.2020.10.001.
12. **Iroezindu MO, Isiguzo GC, Unigwe US, Onodugo OD, Isa SE, Daniyam CA, et al.** Epidemiology and Predictors of Mortality Among Sepsis Patients in South East Nigeria . In: C23. critical care: what can be measured can be improved - investigating the epidemiology and outcomes of patients with acute critical illness. *American Thoracic Society*;2017.pageA5026–A5026.
13. **Mauri T, Spinelli E, Pavlovsky B, Grieco DL, Ottaviani I, Basile MC, et al.** Respiratory Drive in Patients with Sepsis and Septic Shock: Modulation by High-flow Nasal Cannula. *Anesthesiology* 2021;135:1066–75.
14. **Adegboro BA, Imran J, Abayomi SA, Sanni EO, Biliaminu SA.** Recent advances in the pathophysiology and management of sepsis: a review. *Afr. J. Clin. Exp. Microbiol.* 2021;22:133–45.
15. **Schupp T, Weidner K, Rusnak J, Jawhar S, Forner J, Dulatahu F, et al.** C-reactive protein and procalcitonin during course of sepsis and septic shock. *Ir J Med Sci.* 2024 Feb;193(1):457-468. doi:10.1007/s11845-023-03385-8.
16. **Lu J, Dong Z, Ye L, Gao Y, Zheng Z.** Predictive value of SOFA, PCT, lactate, qSOFA and their combinations for mortality in patients with sepsis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2025;20(9):e0332525. doi:10.1371/journal.pone.0332525.
17. **Alqeeq BF, Ayyad M, Albindak M, Almadhoun WJ, Kullab M, Ghabayen AW, et al.** The clinical significance of thrombocytopenia in sepsis and septic shock: a systematic review and meta-analysis. *BMC Anesthesiol.* 2025 Jul 1;25(1):327. doi:10.1186/s12871-025-03188-7.
18. **Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al.** Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47:1181–247.
19. **Getu SA, Legese GL, Gashu KD, Ayalew DG, Baykeda TA.** Mortality due to Sepsis and Its Associated Factors Among Patients Admitted to Intensive Care Units of Southern Amhara Public Hospitals, Ethiopia. *BioMed Res. Int.* 2024;2024:4378635.

20. Mulatu HA, Bayisa T, Worku Y, Lazarus JJ, Woldeyes E, Bacha D, et al. Prevalence and outcome of sepsis and septic shock in intensive care units in Addis Ababa, Ethiopia: A prospective observational study. *Afr. J. Emerg. Med.* 2021;11:188–95.

21. Meng FS, Su L, Tang YQ, Wen Q, Liu YS, Liu ZF. Procalcitonine sérique au moment de l'admission à l'USI comme prédicteur de la mortalité à court terme. *Biochim Clin.* 2009;42(10–11):1025–31.

22. Parrey AH, Koka M, Kassana B, Ismail M. Procalcitonin and qSOFA as a marker of mortality in sepsis. *Rev Recent Clin Trials.* 2024;19(3):196–203. doi: 10.2174/0115748871288534240322083746.

23. Ochoa JB, Zhang Y, Chen J, et al. Oxygen saturation at admission is a predictive biomarker for PD-L1 expression on circulating monocytes and altered immune response in patients with sepsis. *Front Immunol.* 2018;9:2008. doi:10.3389/fimmu.2018.02008