

Les activités du service de réanimation de l'hôpital Sendwe à Lubumbashi/RDC

The activities of critical care unit of sendwe hospital in Lubumbashi/DRC

Tshisuz NC¹, Konda JP², Mabala KF¹, Nguz KN², Masafwa LS².

1. *Service d'anesthésie – réanimation Hôpital Sendwe/Faculté de médecine, Université de Lubumbashi*
2. *Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Sendwe/Ministère de la santé*

Auteur correspondant : Tshisuz NC. Email : tshisuzna@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Présenter les activités du service de réanimation de l'hôpital Sendwe de Lubumbashi en RDC.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur 12 mois allant du 1er janvier 2014 au 31 Décembre 2014.

Résultats :

Le service de réanimation de l'hôpital Sendwe est une unité qui compte 10 lits soit 2% par rapport au nombre total des lits de l'hôpital.

Au cours de cette période d'étude ce service avait hospitalisé 241 patients. Les patients dont l'âge varie entre 26 et 45 ans étaient majoritaires soit 39,83% et le sexe féminin était le plus représenté soit 51,45%.

Le taux d'occupation était de 37,53 % et la durée moyenne de séjour était de 6,4 jours.

Les admissions s'étaient faites à 81,7% de manière urgente, non programmée. Les patients étaient admis à 32,3% pour polytraumatismes, 31,5% des suites chirurgicales, 28,2% des pathologies gynéco-obstétricales et 7,8% des pathologies médicales. Le taux de mortalité était de 28,6%. Le taux de mortalité spécifique était de 30,86% pour les traumatismes, 33,78% pour les pathologies chirurgicales, 13,84% pour les pathologies gynéco-obstétricales et 47,61% pour les pathologies médicales.

Conclusion : Le service de réanimation de l'hôpital Sendwe est une unité polyvalente qui a une tendance beaucoup plus traumatologique et chirurgicale avec un taux d'occupation de lits faible.

Mots clés : Activités, service de réanimation.

Summary

Objective: To present the activities of the critical care unit of Sendwe hospital in Lubumbashi/DRC.

Methodology:

It was a retrospective and descriptive study of 12 months from January first 2014 to December 31 2014.

Results:

The critical care unit of Sendwe hospital has 10 beds or 2% from the total number of hospital beds.

During this study period the service received 241 hospitalized patients. Patients whose age varies between 26 and 45 years were majority or 39,83% and female gender were the most represented at 51,45%. The occupancy rate was 37,53% and the average length of stay was 6,4 days. Admissions were unscheduled and urgent in 81,7%. Patients were admitted in 32,3% for polytraumatism, 31,5% for surgical pathology, 28,2% gyneco-obstetric pathology and 7,8% for medical pathology. The mortality rate was 28,6%. The specific mortality rate was 30,86% for traumas, 33,78% for surgical pathologies, 13,84% for obstetric gynecological pathologies and 47,61% for medical pathologies.

Conclusion: The critical care unit of Sendwe hospital is a multipurpose unit that has low bed occupancy rate and has trauma and surgical trend.

Key words: Activities, critical care unit.

Introduction

La réanimation est l'ensemble de mesures permettant de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises au cours de situations aiguës médicales, chirurgicales ou traumatiques [1]. Le concept est né de la dévastatrice épidémie de polio de Copenhague de 1952, qui avait abouti à des centaines de victimes en situation de défaillance respiratoire et bulbaire [2] ; Mais le terme réanimation est employé pour la première fois en 1953 par le médecin français Jean Hamburger, pour désigner les moyens permettant d'assurer le retour à l'homéostasie [3].

Max Harry Weil est largement considéré comme le père des soins intensifs modernes. Il avait établi une unité de déchoquage de 4 lits au Los Angeles County/ University of southern california Medical center aux Etats Unis au début des années 1960 [4]. Les soins intensifs ont subi d'énormes changements depuis la création de la spécialité il y a 60 ans, et d'autres changements seront sans doute vu dans les prochaines années [5].

Matériels et méthodes

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
< 18 ans	63	26,14%
18-25 ans	37	15,35%
26-45 ans	96	39,83%
46-60 ans	17	7,05%
>60 ans	6	2,48%
Age non déterminé	22	9,12%
Total	241	100%

La tranche d'âge entre 26 – 45 ans était la plus représentée soit 39,83% suivi de ceux de moins de 18 ans soit 26,14%.

Tableau II : Répartition des patients selon le type de pathologie

Type pathologie	Effectifs	Pourcentage (%)
Traumatisme.	81	33,60%
Pathologies chirurgicales hors traumatisme	74	30,70%
Pathologies gynéco-obstétriques.	65	26,97%
Pathologie médicales	21	8,71%
Total	241	100%

32,3% des patients ont été admis pour traumatisme, 31,5% pour une pathologie chirurgicale, 28,2% pour une pathologie gynéco-obstétricale et 7,8% pour une pathologie médicale.

Les pathologies traumatiques comportaient principalement des traumatismes crânio-encéphaliques (72,83%) suivi des polytraumatismes sans traumatisme crânien (19,75%), des traumatismes par arme à feu (3,70%), des traumatismes par arme blanche (2,46%) et par éboulement (1,23%).

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale sur 12 mois allant du 1er janvier au 31 Décembre 2014 dans le service de réanimation de l'hôpital Sendwe à Lubumbashi en République Démocratique du Congo.

Tous les patients hospitalisés au cours de cette période ont été inclus dans le travail.

La collecte des données était faite de manière rétrospective à partir des fiches d'hospitalisation et du registre des patients. La saisie a été faite sur office Word 2007.

Résultats

Le service de réanimation de l'hôpital Sendwe compte actuellement 10 lits d'hospitalisation sur les 500 que compte l'hôpital Sendwe soit 2% de lits de l'hôpital.

Au cours de notre période d'enquête, ce service avait reçu 241 patients dont 124 patients de sexe féminin soit 51,45% contre 117 de sexe masculin soit 48,54%.

Le taux d'occupation était de 37,53 % et la durée moyenne de séjour était de 6,4 jours.

Les admissions se sont faites dans 81,7% de façon urgente contre 18,2% d'admission programmée.

Les pathologies chirurgicales étaient essentiellement représentées par les abdomens chirurgicaux aigus (occlusion intestinale et péritonite) associés à des perturbations hydro-électrolytiques importantes (64,86%). Nous avons aussi observé 5 malformations intestinales (6,75%), 5 fistules entérales (6,75%), 3 cas de tétanos (4,05%) et autres pathologies chirurgicales (17,56%).

Les pathologies gynécologiques et obstétricales étaient représentées par la pré éclampsie sévère et ses complications (70,31%)

suivie des péritonites compliquées de Sepsis (17,18%), des cardiopathies sur grossesse (4,68%) et autres pathologies (7,81%).

Les pathologies médicales étaient représentées par les sepsis sévères et chocs septiques dans 8 cas sur 21 (38,09%) suivis des méningo-encéphalites dans 6 cas (28,57%), des insuffisances rénales aiguës

dans 3 cas (14,28%), des AVC et insuffisances respiratoires dans 2 cas respectivement (9,52%).

Nous avons enregistré 69 décès sur les 241 patients admis soit un taux de mortalité de 28,6%. Sur les 69 décès, 39 sont survenus dans les 24 premières heures de leur admission soit 56,5%.

Tableau III : mortalité en fonction des pathologies

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Traumatisme</i>	25/81	30,86%
<i>Pathologies chirurgicales</i>	25/74	33,78%
<i>Pathologies Gynéco-Obstétricales</i>	9/65	13,84%
<i>Pathologies Médicales</i>	10/21	47,61%
Total	69	100%

Le taux de mortalité spécifique était de 30,86% pour les traumatismes, 33,78% pour les pathologies chirurgicales, 13,84% pour les pathologies gynéco-obstétricales et 47,61% pour les pathologies médicales.

Discussion

Dans notre étude nous avons constaté que le nombre de lits de réanimation par rapport au nombre total de l'hôpital était de 2% contre 5 à 10 % en Europe, en fonction des pays et des hôpitaux [6]. Aux USA on note une augmentation de 15% du nombre des lits de réanimation de 2000 à 2009 [7]. Les patients dont la tranche d'âge varie entre 26 - 45 ans avaient présenté un taux élevé d'admission soit 39,83%. Pour Nazinigouba et al, l'âge moyen des patients était de 39,05±1,21 ans [8] et 30,47 ans (±21,17) pour Diouf E et Al. [9] et 65±18 ans pour Chen KC [10]. Pour d'autres auteurs, le taux le plus élevé d'admission se situait entre 20-29 ans soit 16,83% [11], 30-39 ans soit 18,70% [12], 39-50 ans soit 20,42% [13] et 61-80ans soit 27,10%. [14]. Sur les 241 patients admis, 124 étaient de sexe féminin (51,45%) contre 117 de sexe masculin (48,54%) soit un sex-ratio de 0,94. Pour Cheng KC 61% des patients était de sexe masculin [10].

Le taux moyen d'occupation des lits était de 37,53 % contre 70-75% en Australie [11] et 83,8% en Taiwan [10], 87% aux Etats Unis d'Amérique [12] et 83±16% en Catalogne [15]. et la durée moyenne de séjour était de 6,4 jours contre 6,3 jours en 2008 à Taiwan [10].

Notre taux d'occupation était faible par rapport au taux des autres auteurs. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons notamment l'augmentation du nombre des malades graves dans les pays industrialisés suite au vieillissement de la population et surtout aux progrès de la médecine (progrès thérapeutiques, chirurgie à risque, transplantations, et autres infections liées à des traitements immunosuppresseurs). Dans notre série les

traumatisés étaient les plus nombreux (32,3%), en Tanzanie, ils représentaient 37,1% de toutes les admissions [14]. Suivi des pathologies chirurgicales 31,5%, des pathologies gynécologiques et obstétricales 28,2% et des pathologies médicales 7,8%. A Ouagadougou en 2002 Nazinigouba et al, trouvaient plus de polytraumatisés (43,2%), suivi des suites chirurgicales (35,8%) et des pathologies médicales (21,0%). [8]. Aux USA, en 1973, la plupart des patients (38%) admis provenaient des Urgences, 22% pour les soins post anesthésie et de tout l'hôpital dans 16%. [12]

Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par les traumatismes crânio-encéphaliques (72,83%) suivis des traumatismes sans traumatisme crânien, les abdomens aigus chirurgicaux avec perturbation sévères de l'état hémodynamique soit 64,86% de toutes les pathologies chirurgicales. On trouvait également la pré éclampsie et ses complications qui représentait 70,31% de toutes les pathologies gynécologiques et le sepsis sévère/choc septique soit 38,09% de toutes les pathologies médicales. Le taux de mortalité était de 28,6% contrairement à Kuo-Chen et al qui trouvait 20, 2% [10], 29,7% à Trinidad [13], 51,6% au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou [16] et dans les pays industrialisés où ce taux est généralement de 15-20% [6]. Le taux de mortalité en fonction des pathologies trouvait 30,86% pour les traumatismes, 33,78% pour les pathologies chirurgicales, 13,84% pour les pathologies gynécologiques et obstétricales et 47,61% pour les pathologies médicales contrairement à Nazinigouba et al qui observaient une mortalité de 79% pour les pathologies médicales, 70,5% pour les traumatismes et 48,5% pour les patients de chirurgie [8].

Conclusion

Le service de réanimation de l'hôpital Sendwe représente 2% de tous les lits de l'hôpital. Son taux d'occupation était de 37,53 % et la durée moyenne

de séjour est de 6,4 jours. Les traumatismes ont représenté 32,3% des admissions. Le taux de

mortalité était de 28,6% et le taux de mortalité spécifique le plus élevé a été observé dans les pathologies médicales soit 47,61%.

Références

1. **Dictionnaire illustré des termes** de médecine. 29^e édition, Maloine-75006 Paris 2006
2. **Reisner-Sénélar**. The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records. *Intensive Care Med* 2011; **37**: 1084-6.
3. **Encyclopédie Larousse** en ligne-réanimation-Larousse.fr : www.larousse.fr/encyclopédie/medical
4. **Tang W, Sun S. Max Harry (Hal) Weil** a leader, mentor, friend, and wonderful colleague; *Resuscitation* 2011; **82** :1481-82.
5. **Fiona E Kelly, Kevin Fong, Nicholas Hirsch and Jerry P Nolan**. Intensive care medicine is 60 years old: history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*. 2014; **14**: 376-79
6. **Jean LOUIS Vincent**. Le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence. 3^e édition ; Springer-Verlag France, Paris, 2009
7. **Wallace DJ, Angus DC, Seymour CW, Barnato AE, Kahn JM**. Critical care bed growth in the United States. A comparison of regional and national trends. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015; **15**: 410-16.
8. **Nazinigouba Ouédraogo, Ali Niakara, André Simporé, Svetlala Barro, Hamadé Ouédraogo, Jachim 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 recherches francophones/santé* 2002 ; **12** : 4,
9. **Diouf E, Leye PA, MD Bah, PI Ndiaye, ML Fall, MM Traoré, D Barboza, MC Ould Ely, B Ba, I Gaye** Modalités d'admission des patients dans un service de réanimation en Afrique et conséquences sur l'évolution. *Rev Afr anesth Med urgence*. 2014 ; **19** : 76-81
10. **Kou-Chen Cheng, Chin-LibLU, Yueh-Chih Chung, Mei-Chen Huang, Hsiu-Nien Shen, Hsing-Min Chen and Haibo Zhang**. ICU service in Taiwan. *Journal of intensive Care*. 2014 ; **2** :8
11. **Laura T. Tierney, BHLth(Hons), Karena M. Conroy**. BsocSci (Hons) Optimal occupancy in the ICU: A literature review. *J. aucc*.2013.11 : .003
12. **Groeger JS, Guntupalli KK, Strosberg M, Halpern N, Raphaely RC, Cerra F, Kaye W**. Descriptive analysis of critical care units in the United States: patient characteristics and intensive care unit utilization. *Crit Care Med*. 1993. **21**: 279-91.
13. **Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L, Bobb N, De Freitas L, Esdelle-Thomas A, Mohamed J, Charles D, Colley K, Renaud E**. An evaluation of intensive care unit resources and utilization in Trinidad. *West Indian Med J*. 2007; **56**: 144-51.
14. **Chalya PL, Gilyoma JM, Dass RM, Mchembe MD, Matasha M, Mabula JB, Mbelenge N, Mahalu W**. Trauma admissions to the intensive care unit at a reference hospital in Northwestern Tanzania. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011; **24**: 19 :61.
15. **Fernandez R**. Occupancy of the departments of intensive care Medicine in Catalonia(Spain): A prospective, analytical cohort study. *Med Intensiva*.2015;**5**
16. **P. Bonkougou, I. Traoré, Y.P.Bako, J. Sanou, N. Ouédraogo**. La mortalité en réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina-Faso. *j. ann far* 2014 ; **33** : A310.