



Causes et caractéristiques des décès en réanimation polyvalente du CHU de Cocody / Causes and Characteristics of Deaths in multi-purpose Resuscitation at the Teaching Hospital of Cocody

MOBIO N'Kan Michael Paterne, BÉKOIN-ABHÉ Maria Chake, OUATTARA Abdoulaye, COULIBALY Klina Théodore, TETCHI Yavo Denis.

RÉSUMÉ

Introduction. En dépit des progrès médicaux, la mortalité en réanimation reste élevée avec de grandes variabilités selon les spécificités des services. L'objectif de cette étude était d'analyser les causes et les caractéristiques de ces décès en réanimation.

Méthodes. Etude prospective, descriptive et analytique portant sur douze mois incluant tout patient hospitalisé et décédé en réanimation. Les paramètres épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillis. Les comparaisons statistiques étaient basées sur le test de Fischer ($p < 0,05$).

Résultats : La mortalité était de 29,96%. L'âge moyen était de 48,65 ans. Le sexe ratio était de 0,72. La majorité des patients provenait des urgences (45,35%). L'altération de l'état de conscience (42,60%) et la détresse respiratoire (30,65%) constituaient les principaux motifs d'admission. A l'admission, le score APACH II moyen était de 22,85 et le score de SOFA moyen était de 11,6. Le délai moyen de prise en charge était d'1 heure 50 minutes. La durée moyenne de séjour était de 7,6 jours. Les complications en cours d'hospitalisation étaient dominées par les escarres. Le choc septique était la principale cause de décès. La létalité était significativement liée à l'âge, au sexe, au délai de prise en charge, à la durée de séjour, à la réalisation de gestes invasifs, à l'existence de complications, de comorbidités, au moment de décès ($P < 0,05$).

Conclusion : L'étude de la mortalité en réanimation demeure complexe mais utile car l'identification des facteurs pronostics participe à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients.

Mots clés :

-Causes
-Caractéristiques
-mortalité
-Réanimation

ABSTRACT

Introduction. Despite medical progress, mortality in intensive care remains important with great variability depending on the specifics of the services. The main objective of this study was to analyze the causes and characteristics of deaths in intensive care.

Methods. Prospective, descriptive and analytical study covering twelve months including all hospitalized patients who died in intensive care. The epidemiological, clinical and therapeutic parameters were collected. Statistical comparisons were based on the Fischer test ($p < 0.05$).

Results. The mortality was 29.96%. The average age was 48.65 years. The sex ratio was 0.72. The majority of patients were from the emergency room (45.35%). Altered consciousness (42.60%) and respiratory distress (30.65%) were the main reasons for admission. On admission, the average APACH II score was 22.85 and the average SOFA score was 11.6. The average response time was 1 hour 50 minutes.

The average length of stay was 7.6 days. Complications during hospitalization were dominated by pressure sores. Septic shock was the leading cause of death. The lethality was significantly linked to age, sex, time taken for care, length of stay, invasive procedures, the existence of complications, comorbidities, at the time of death. ($P < 0.05$).

Conclusion. The study of mortality in intensive care remains complex but useful because the identification of prognostic factors contributes to improving the therapeutic management of patients.

KEYWORDS:

-Causes
-Characteristics
-Mortality
-Resuscitation

INTRODUCTION

La réanimation est une discipline médicale prenant en charge des patients graves, instables, nécessitant une à plusieurs suppléances d'organe. En dépit des progrès médicaux, la mortalité dans les services de réanimation reste élevée (environ 20%) avec de grandes variabilités selon les spécificités des services^[1].

A l'hôpital comme ailleurs, la mort reste un tabou et son évocation met mal à l'aise. Pour les acteurs hospitaliers, la mort est vécue comme une

incongruité, un échec, et à ce titre largement occultée. Ils souhaitent rarement s'appesantir ou communiquer sur le sujet^[2]. Cette situation explique la rareté de travaux sur la mortalité. Aussi avons-nous réalisé cette étude avec comme objectif général, l'analyse des facteurs de mortalité dans le service de réanimation afin d'offrir aux populations une offre de soins de qualité. L'objectif était d'analyser les facteurs de mortalité dans le service de réanimation polyvalente.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique portant sur une période d'un an (1^{er} juin 2017 au 30 mai 2018).

Les paramètres d'étude étaient épidémiologiques (âge, sexe, niveau socio-économique, .provenance), cliniques (motif d'admission, diagnostic, antécédents, score de gravité et défaillance viscérale, complication en cours d'hospitalisation), thérapeutiques (délai de prise en charge, durée de séjour, traitements

entrepris) et les données renseignant sur le décès (moment de décès, cause du décès).

Ont été inclus tous les patients hospitalisés et décédés en réanimation et qui avaient leur dossier à jour.

La saisie et le traitement des données ont été effectués à l'aide du logiciel Epi Info version 3.5.3. Les comparaisons statistiques étaient basées sur le test de khi deux et le test de Fischer avec comme seuil de significativité $p \leq 0,05$.

RÉSULTATS**Caractéristiques épidémiologiques**

Au cours de la période d'étude, 613 patients ont été admis en réanimation, dont 183 sont décédés. Le taux de mortalité était de 29,96%. L'âge moyen de décès était de 48,65 ans. La classe d'âge la plus représentée était celle des [20-40 ans]. La population étudiée était composée de 78 hommes et 106 femmes ; le sexe ratio était de 0,7. La majorité des patients avait un niveau socioéconomique faible (49,15%). Les patients provenaient respectivement du service des urgences (45,65%), de chirurgie (22,82%), de médecine (20,65%), des cliniques (5,97%) et

du domicile (4,89%). Le transport des patients était non médicalisé (85,5%) et médicalisé (14,5%).

TABLEAU I : Caractéristiques épidémiologiques / Epidemiological characteristics

Paramètres	n	%
AgeE		
[0-20[25	13,66
[20-40[90	49,18
[40-60[41	22,40
[60-80[27	14,75
Sexe		
M	78	42,62
F	106	57,92

Provenance		
Urgences	83	45,35
Chirurgie	42	22,95
Médecine	37	20,21
Clinique	11	6,02
Domicile	10	5,46
Niveau socio-économique		
Faible	90	49,15
Moyen	53	28,96
Elevé	40	21,85
Ttransport		
Médicalisé	27	14,75
Non médicalisé	156	85,24

Délai de prise en charge		
Inférieur 1 heure	65	35,51
Supérieur 1 heure	118	64,48
Durée de Séjour		
Inférieur 4 jours	63	34,42
Supérieur 4 jours	120	65,57
Complications		
Escarres	71	38,79
Anémie	61	33,33
Pneumopathies	36	19,67
Aucunes	15	8,19
Moment du décès		
Permanence	53	28,96
Garde	130	71,03

Caractéristiques cliniques

L'altération de l'état de conscience (42,62%), la détresse respiratoire (30,60%) et les instabilités hémodynamiques (26,77%) constituaient les principaux motifs d'admission.

La pathologie médicale et chirurgicale représentait respectivement 74,43% et 25,57%.

Dans 54% des cas, des antécédents avaient été notés. Il s'agissait principalement d'une hypertension artérielle dans 26,22% des cas (n=48), de la retro virose au VIH dans 16,93% des cas (n=31) et d'un diabète dans 10,38% des cas (n=19).

L'état a l'admission: L'APACHE II moyen était de 22,85 ; Le score de SOFA moyen était de 11,6. Le délai moyen de prise en charge était d'une heure cinquante minutes. La durée moyenne de séjour était de 7,6 jours. Les principales complications en cours d'hospitalisation étaient dominées par les escarres (39%), les anémies (33,45%) et les pneumopathies (19,74%). 71,2% des décès avait lieu au cours de la garde. Le choc septique était la principale cause de décès.

TABLEAU II : Caractéristiques cliniques
Clinical characteristics

Paramètres	n	%
Antécédant		
HTA	48	26,22
VIH	31	16,93
Diabte	19	10,38
Aucun	85	46,44
Motif		
Trouble de la conscience	78	42,60
Détresse respiratoire	56	30,60
Instabilités hémodynamiques	49	26,77

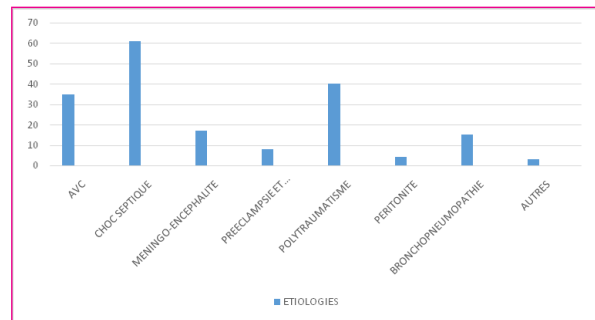


Fig. 1 : Etiologies des décès en réanimation/ Etiologies of resuscitation deaths

Caractéristiques thérapeutiques

L'intubation orotrachéale avec ventilation mécanique avait concerné 84.70% des patients. Chez 56,28%, une voie centrale a été posée. Les amines vaso-actives ont été utilisées dans 65 % des cas. Plus de la moitié des patients avait reçu une antibiothérapie (77,56%). La majorité des patients (87%) a reçu une alimentation entérale. La létalité était significativement liée à l'âge, au sexe, au délai de prise en charge, à la durée de séjour, à la réalisation de gestes invasifs, à l'existence de complications et de comorbidités, au moment de décès (P<0,05).

TABLEAU III : Facteurs de mortalités en réanimation/ Factors of mortality in intensive care

Facteurs de mortalité	Favo- rable	Défavorable	P
Âge	20-50]	125	0,04
	[50 -80[58	
Sexe	M	77	0,002
	F	106	
Motif d'admission	Médicale	136	0,14
	Non médicale	47	

<i>Coomorbidités</i>			
Oui	175	98	0,002
Non	255	85	
<i>Délai de prise en charge</i>			0,007
Inferieur à 1heure	200	65	
Supérieur à 1 heure	230	118	
<i>Durée de séjour</i>			0,0003
< 4 jours	213	63	
> 4 jours	217	120	
<i>Gestes invasifs</i>			0,008
Oui	323	154	
Non	107	29	
<i>Complications</i>			0,000
Oui	325	168	
Non	105	15	
<i>Moment du décès</i>			0,000
Permanence	200	53	
Garde	230	130	

DISCUSSION

La mortalité en réanimation varie selon les séries de 6 à 37%^[3-6]. Dans notre étude, la mortalité était de 29,96%. Ce taux était superposable aux résultats de Houda et Yannick^[7,8]. Cet important taux de mortalité observé aussi dans les études africaines que françaises s'expliquerait par la gravité de l'état clinique des patients admis en réanimation. L'âge moyen de décès était de 48,65 ans et la classe d'âge la plus représentée était celle des [20-40 ans]. Au Cameroun, Metogo^[9] avait obtenu la même classe d'âge prédominante tandis qu'en France^[8], la classe d'âge la plus observée était celle des [57-78 ans]. Ces résultats reflètent la jeunesse des populations africaines et la vieillesse des populations occidentales. Le sexe ratio était de 0,72. Les équipes marocaines et camerounaises avaient des résultats similaires cependant en occident la prédominance féminine était constatée^[7-9]. Les patients provenaient principalement du service des urgences (45,65%), des services de chirurgie (22,82%) et des services de médecine (20,65%). Ces résultats sont en adéquation avec ceux de Afra^[10]. Ils témoignent de la diversité des origines de nos patients. En effet, la plupart de nos services de réanimation en Afrique sont des réanimations polyvalentes donc aptes à accueillir des patients de divers services.

Alors que le trouble de la conscience (42,60%) était le premier motif d'admission dans notre étude, les pathologies cardiovasculaires représentaient le principal motif d'admission chez Yannick et al.^[8]. La pathologie médicale et chirurgicale représentaient respectivement 74,43% et 25,57%. Dans les séries aussi

bien africaines que françaises, la pathologie médicale était la plus représentée^[8-10]. L'hypertension artérielle était le principal antécédent. Le score APACH II moyen était de 22,85 et le score de SOFA moyen était de 11,6. Ces différents scores sont nettement supérieurs à ceux de Houda et Afra^[7,9].

Les consultations tardives, le manque de moyen financier et l'utilisation de médicaments traditionnels par nos populations pourraient expliquer des scores de gravité et de défaillances viscérales aussi importants. Le délai moyen de prise en charge était d'une heure cinquante minutes. Metogo avait obtenu un délai de prise en charge entre deux heures et quatre heures^[9]. La longue durée moyenne de prise en charge pourrait s'expliquer par l'arrivée tardive des médicaments en rapport avec la pauvreté de nos populations, l'épuisement rapide du stock de consommables à l'hospital, l'absence de kits d'urgence et le manque de couverture sociale. La durée moyenne de séjour était de 7,6 jours pendant qu'Afra K^[10] au Maroc avait une durée moyenne de séjour de 11,39 jours. Cette différence entre les durées moyennes de séjour trouve son origine dans la différence des scores de gravité et de défaillances viscérales. La complication la plus observée en cours d'hospitalisation était les escarres. Afra^[10] avait révélé pour sa part comme principale complication les infections nosocomiales. Le manque de personnel pour réaliser les mobilisations des patients, le manque de matériel notamment les matelas anti escarres expliqueraient la forte fréquence des escarres. 71,2 % des décès avait lieu au cours de la garde. Yannick^[8] avait fait un constat identique. La réduction des effectifs au cours de la garde pourrait en être la cause. Plus de la moitié des patients avait reçu une antibiothérapie (77,56%). L'intubation oro-trachéale avec ventilation mécanique avait concerné 84,70% des patients. Le choc septique était la principale cause de décès. Les décès étaient plus observés chez les hommes âgés entre 20 – 50 ans, porteurs de comorbidités, qui avait été intubé, qui ont séjourné plus de quatre jours et qui ont présenté des complications en cours d'hospitalisation (P<0,05).

CONCLUSION

L'étude de la létalité en réanimation demeure complexe mais utile car l'identification des

facteurs pronostics participe à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients.

Adresses des auteurs et co-auteurs

Békoin-Abhé Maria Chacke ; maria.bekoin@yahoo.fr;

Ouattara Abdoulaye ; doc_ablo@yahoo.fr

Coulibaly Klina Théodore ; theokl2002@yahoo.fr

TetchiYavo Denis ; tetchiyavo@yahoo.fr

REFERENCES

- 1- **Vincent J-L, Marshall JC, Namendys-Silva SA, et al.** Assessment of the worldwide burden of critical illness: the intensive care over nations (ICON) audit. *Lancet Respir Med* 2014 ; 2:380-386. Doi:10.1016/S2213-2600(14)70061-X.
- 2- **Lalande F, Veber O.** La mort à l'hôpital. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. Rapport tome1 (France) 2009 : 3-5.
- 3- **Kaboro M, Bengono G, Chobli M.** Mortalité pédiatrique en réanimation à l'hôpital générale de référence nationale de N'Djamena. *J. Magh. A. Réa* 2004 ; 9 : 201-205
- 4- **Dennis V. Cokkinos** Professor of cardiology, university of Athens, chief of staff Onassis, cardiac surgery Center. Medical emergency teams : European society of cardiology 2006. September 6, 2006.
- 5- **Graeme R.** Cliniciens predictions of intensif care unit mortality. *MD* 2004.
- 6- **L. Minne, A. Abu-Hanna, E. Jonge.** Evaluation of SOFA-based models for predicting mortality in the ICU: A systematic review. Department of Medical Informatics, Academic Medical Center and Intensive Care Department, Amsterdam. *Critical Care* 2008; 12 : R161.
- 7- **Houda M.** Revue de mortalité en réanimation médicale : résultats d'une étude prospective. Thèse en med. Rabat (Maroc) 2009.
- 8- **Yannick W.** Causes et caractéristiques des décès en réanimation : une étude nationale. Thèse en med. Nice (France) 2016.
- 9- **Metogo Mbengono J.A1; Bengono Bengono R1; Mendimi Nkodo J2 et coll.** Étiologies des décès dans les services d'urgences et de réanimation dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé. *HealthSci. Dis: Vol 16 (1) January - February - March 2015.* Available at www.hsd-fmsb.org
- 10- **Afra K.** Facteur de la mortalité en réanimation (étude prospective). Thèse en méd. Marrakech (Maroc) 2010.