



Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar

Risk factors of mortality by urgent digestive affections in the intensive care unit of the teaching hospital of Fianarantsoa Madagascar

N RASAMOELINA ^{(1)*}, T RAJAABELISON ⁽²⁾, M.F RALAHY ⁽³⁾, A.M RIEL ⁽⁴⁾,
M RABARIJAONA ⁽²⁾, G.D SOLOFOMALALA ⁽²⁾, J.M RANDRIAMIARANA ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Service de Réanimation, CHU Fianarantsoa, Madagascar

⁽²⁾ Service de Chirurgie, CHU Fianarantsoa, Madagascar

⁽³⁾ Service de Chirurgie, CHU Antananarivo Madagascar

⁽⁴⁾ Service des Urgences Chirurgicales, CHU Antananarivo, Madagascar

⁽⁵⁾ Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Antananarivo, Madagascar

RESUME

Objectif : Déterminer les facteurs de mortalité par les urgences digestives dans un Service de Réanimation.

Méthodes : Les auteurs ont rétrospectivement étudié les cas des 27 décès suite à une urgence digestive entre 1^{er} Janvier 2006 et 31 Décembre 2009, opérées ou non, mais passant dans le service de réanimation chirurgicale du CHU de Fianarantsoa

Résultats : La mortalité des urgences digestives était de 37,5%. Les facteurs incriminés sont : le retard de prise en charge chirurgicale, le problème péculaire des patients, la mauvaise pratique du remplissage vasculaire et l'usage de l'antibiotique non adaptée.

Conclusion : Les résultats de cette étude nous suggèrent une prise en charge rapide et efficace des urgences digestives.

Mots clés : Facteurs de risque ; Mortalité ; Urgences digestives.

SUMMARY

Aim: To highlight the risk factors of mortality by urgent digestive affections at an intensive care unit

Methods: Authors retrospectively assessed the cases of 27 deceases by urgent digestive affections, listed between January the 1st of 2006 and December the 31 of 2009, at the intensive care unit of the University Teaching Hospital of Fianarantsoa.

Results: The mortality rate was 37,5% (27 / 72 patients). The incriminated factors were the delay of consultation and surgical care, pecuniary problems, and bad practices of blood volume correction and antibiotherapy.

Conclusion: Quick and efficiency cares of these digestive affections are required.

Keywords: Mortality; Risk factor; Urgent digestive affections.

INTRODUCTION

La mortalité périopératoire des urgences digestives reste encore très élevée dans le pays en développement. L'étude des facteurs de mortalité permet de définir les axes de prévention et d'établir le protocole de prise en charge des patients en périopératoire [1].

L'objectif de cette étude est de rapporter quelques facteurs influençant la mortalité périopératoire des urgences digestives, afin de proposer les améliorations dans la qualité des soins [2].

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de patients décédés de suite d'une urgence digestive telle que péritonite généralisée ou occlusion intestinale, opérés ou non, hospitalisés dans le service de réanimation chirurgicale du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Fianarantsoa, dans la période allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 Décembre 2009. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, le délai de prise en charge chirurgicale,

la pratique du remplissage vasculaire, l'antibiothérapie et les causes de décès.

RESULTATS

Du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2009, 27 décès ont été fait suite à une péritonite généralisée ou une occlusion intestinale dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa, parmi les 72 patients présentant des urgences digestives admis dans ce service. Le taux de mortalité est alors de 37,5%. Au moment de leur décès, l'âge de ces patients était compris entre 3 jours

Du Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, Madagascar.

* **Auteur correspondant:**

Dr. RASAMOELINA Ndrantoniaina

Adresse: Service de réanimation
Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

Téléphone: +261 32 57 941 41

E-mail: ndrantoniaina@yahoo.fr

et 76 ans avec une moyenne de 31,25 ans. Leur majorité (17 cas) étaient âgés de 20 à 40 ans (soit 62,95%). Le sexe ratio était de 1,45/1. Le délai d'admission était en moyenne de 5 jours, avec des extrêmes de 1 à 14 jours. La majeure partie de nos patients (18 cas ; 66,6% des cas) provenait du district aux alentours de Fianarantsoa. Neuf patients provenaient du district de Fianarantsoa I et II.

Le délai de prise en charge chirurgicale était en moyenne de 32 heures après l'admission, et seulement 29,4% des patients (8 cas) ont bénéficié d'une intervention chirurgicale avant la 24^{ème} heure de son admission.

La majeure partie de nos patients (18 cas ; 66,6%) n'ont pas bénéficiés que moins d'un litre de cristalloïde en préopératoire comme un remplissage vasculaire. Un seul patient sur 27, a bénéficié d'un remplissage par plus de 2 litres de cristalloïdes en pré, per et postopératoire.

Vingt et un de nos patients (77,7%) ont reçu de l'association de beta lactamine et d'imidazolé, et cinq patients (22,3%) ont bénéficiés d'une association de céphalosporine de 3^{ème} génération et d'imidazolé.

Les causes de décès sont dominées par le choc hypovolémique (10 cas) et le choc septique (9 cas) soit respectivement 37% et 33,3%. Dix patients étaient décédés en attendant la décision opératoire.

DISCUSSION

Notre étude révèle une mortalité périopératoire très élevée (37,5%). Les taux sont variables selon les séries. A Yaoundé, Takongmo a montré dans son étude un taux de mortalité globale en chirurgie générale de 3,14% et une mortalité globale de 13,3% en chirurgie abdominale et digestive [3]. En France une étude à l'Hôpital Saint Antoine a rapporté un taux de 20% de mortalité en chirurgie digestive des sujets âgé [4].

Dans notre série la mortalité est très élevée dans la tranche d'âge de 20 à 40 ans (62,95%) alors que d'autres auteurs rapportent un taux de mortalité nul chez les patients moins de 40 ans [5]. Dans notre série, ce taux de mortalité peut s'expliquer par la fréquence chez les sujets jeunes du traumatisme abdominal, tel que l'encornement de zébu et les plaies par arme à feu et par arme blanche.

La grande majorité des patients (62,95%) a été référé tardivement au CHU ; ce qui a été fatale pour bon nombre d'entre eux. Dans notre étude, la grande partie de nos patients provenaient des districts aux alentours du CHU et ils ont été évacués sans transport médicalisé. De plus, le problème péculaire a retardé la prise en charge chirurgicale. Harouna affirme que le retard du traitement influencé nettement la mortalité, l'augmente de 14% avant la 24^{ème} heure à 22% après la 48^{ème} heure [3]. Un bas niveau socioéconomique de la population qui doit honorer de sa poche tous les frais inhérents à sa prise en charge, était une des causes de

retard de prise en charge et source de mortalité dans le pays en développement [7].

Notre étude a montrée que la mauvaise pratique de remplissage vasculaire fait partie des facteurs de mortalité. La Société d'Anesthésie Réanimation Française recommande le remplissage par des colloïdes et affirme que les sérums glucosés ne sont pas des solutés de remplissage vasculaire [8].

L'usage non adapté de l'antibiothérapie peut être un des facteurs de mortalité. La mauvaise pratique d'antibiothérapie peut s'expliquer par l'absence de mise à jour des protocoles de traitement, utilisable en absence d'antibiogramme. En effet, les choix concernant l'antibiothérapie sont relativement bien codifiés, ayant fait l'objet d'une conférence de consensus [9]. Il est cependant fondamental de rappeler que l'antibiothérapie est indispensable et incontournable devant ces urgences digestives.

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons pu déterminer des facteurs influençant la mortalité des urgences digestives : le retard de référence, le retard de prise en charge chirurgicale, le problème péculaire des patients, la mauvaise pratique du remplissage vasculaire et l'usage d'antibiotique non adaptée. La correction de ces facteurs permettrait d'établir une prise en charge rapide et efficace de ces urgences digestives. L'attention de l'équipe médicale doit être attirée sur l'importance des recommandations consensuelles de prise en charge de tels patients et sur l'élaboration protocoles de traitement adaptés aux contextes locaux.

REFERENCES

1. Takongmo S., Angwafo F., Binam F. et al. Mortalité hospitalière en milieu chirurgical : nécessité de l'audit médical. *Médecine d'Afrique Noire* 1993 ; 40(12) : 729-33.
2. Delassus P, Deshayes JP, Sillard B, et al. Evaluation de l'activité et de la qualité des soins dans un service de chirurgie digestive. *Presse Med.* 1985 ; 14(5) : 261-6.
3. Harouna Y., Yaya H., Abarchi H. et al. Les occlusions intestinales : principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital national de Niamey Niger. *Méd Afr Noire* 2000 ; 47 (4) : 204-7.
4. Pocard M., Frileux P., Vaillant J.C., Ollivier J.M., Gentil B., Parc R. Réanimation en chirurgie digestive : devenir des patients âgés. *Ann Chir.* 2001 ; 126 : 127-32.
5. Gillion J.F. Le taux brut de mortalité postopératoire est-il un critère pertinent d'efficience d'une équipe chirurgicale ? Etude prospective des suites opératoires de 11 756 patients. *Ann Chir.* 2005 ; 130 : 400-6.
6. Ndour O., Faye Fall A., Almeti D, et al. Neonatal Mortality Factors at the Paediatric Surgeon Service in Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar. *Mali Médical* 2008 ; 24(1): 33-8.
7. Ouro-Bang'na Maman A.F., Agbétra N., Egbohoun P., Sama H., Chobli M. Morbidité-mortalité périopératoire dans un pays en développement : expérience du CHU de Lomé Togo. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ; 27 : 1030-3.
8. Recommandations pour la pratique clinique. Remplissage vasculaire des hypovolémies relatives ou absolues. *Réan Urg.* 1997 ; 6 (3 bis) : 331-427.
9. Leone M, Boyadjiev I, Martin C. Péritonites communautaires : quelle antibiothérapie probabiliste ? *Urg Prat.* 2007 ; 80 : 31-4.