

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DANS LE SERVICE DE MÉDECINE INTERNE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE OUAGADOUGOU SUR 4 ANS (JANVIER 1990 A DÉCEMBRE 1993)

Y.J. DRABO*, M.L. SOME*, J. KABORE*, S. SAWADOGO*, A. LENGANI*, R. TRAORE*, C. OUEDRAOGO*

RÉSUMÉ

Le service de médecine interne de Ouagadougou est un service pluridisciplinaire, de dernier recours. Les auteurs ont réalisé une étude rétrospective de Janvier 1990 à Décembre 1993 afin d'apprécier la mortalité et la morbidité dans ce service. 2891 patients ont été concernés par cette étude. Il s'agissait de sujets jeunes, d'âge moyen 36 ans avec 44,94% de sujets âgés de 20 à 39 ans. 61,86% étant de sexe masculin.

Sur le plan de la morbidité, la pathologie observée était variée avec une prédominance d'affections neurologiques, infectieuses, néphrologiques, hématologiques et endocrino-métaboliques témoins du caractère pluridisciplinaire du service. Près de 55% des affections observées relevaient de la pathologie d'urgence alors que le service n'est pas équipé en conséquence. Ceci explique en partie, un taux de mortalité de 25,21% dont 40,94% de décès survenant dans les 48 heures suivant l'hospitalisation.

INTRODUCTION

Le service de Médecine Interne est un service pluridisciplinaire accueillant des malades présentant des affections diverses : cardio-vasculaires, endocrinologiques, hématologiques, néphrologiques, neurologiques etc. A ce titre le service emploie des médecins de spécialités différentes et est considéré comme service de dernier recours pour les autres formations sanitaires périphériques du pays.

La situation sanitaire du Burkina Faso est médiocre eu égard les indicateurs fournis par les différentes sources d'enquête (4).

La gravité des différentes affections meurtrières est rehaussée par la situation économique et financière difficile du pays et des populations. Ceci retentit grandement sur la prise en charge hospitalière des malades et sur leur accès aux soins.

* Service de Médecine Interne - CHN.Y.O. - OUAGADOUGOU

Ce travail a pour but grâce à l'étude de la morbidité et de la mortalité dans le service de Médecine Interne, de mettre en lumière :

- l'âge, le sexe, la profession,
- les dates et modes d'admission et de sortie,
- les diagnostics dans le service,
- l'évolution de la maladie.

Les diagnostics ont été classés en diagnostic principal et en diagnostic secondaire. A été considéré comme diagnostic principal, le diagnostic de sortie ou à défaut l'affection ayant motivé directement le séjour. Pour chaque malade, un seul diagnostic principal a été retenu. Le diagnostic secondaire étant toute affection associée découverte au cours du séjour, ayant nécessité une intervention thérapeutique ou non. Ces diagnostics ont été présentés selon la classification internationale des maladies de l'O.M.S. modifiée en tenant compte des possibilités diagnostiques du service.

A défaut d'autopsie, c'est le diagnostic principal qui a été retenu comme étant la cause décès.

RÉSULTATS

Sur le plan épidémiologique

Notre étude a porté sur 2891 patients représentant 87,8% des patients admis dans le service durant les 4 années de l'étude soit un effectif réel de 9534 patients. Parmi ceux-ci on dénombrait 61,8% d'hommes contre 38,2% de femmes. L'âge moyen était de 36 ans avec des extrêmes allant de 15 à 75 ans (il s'agit d'un service ne recevant que des adultes) -45% des patients étaient âgés de 20 à 39 ans.

75% sont constitués de ménagères, de cultivateurs, d'éleveurs, de travailleurs du secteur informel, des scolaires et retraités et des «sans profession».

Le tableau n°1 rend compte de la répartition des malades

selon l'année.

Tableau n°1 : Fréquentation du service de Médecine Interne au cours des 4 années de l'étude

Année	Effectif réellement admis dans le service	Pourcentage
1990	903	25,5%
1991	907	25,7%
1992	820	23,2%
1993	904	26,6%
Total	3.534	100%

Morbidité

Diagnostiques principaux

Le tableau n°2 donne la fréquence des différentes affections selon les grands cadres pathologiques.

Le détail des affections rencontrées est trop fastidieux pour être intégralement rapporté dans cet article. Cependant, il ressort que les affections les plus fréquemment rencontrées sont :

- 1 - le paludisme et le neuro-paludisme,
- 2 - les encéphalites et méningo-encéphalites,
- 3 - les accidents vasculaires cérébraux,
- 4 - les comas,
- 5 - les épilepsies,
- 6 - les hémiplésies, paraplégies et quadriplégies,
- 7 - les anémies,
- 8 - les hémoglobinoses et hémoglobinopathies,
- 9 - les syndromes hémorragiques,
- 10 - l'infection par le virus du SIDA,
- 11- les insuffisances rénales,
- 12 - les syndromes néphrotiques,
- 13 - les morsures de serpents,
- 14 - les diabètes,
- 15 - les hypertensions artérielles.

Tableau n°2 : Diagnostiques principaux (selon les grands cadres pathologiques)

Morbidité observée	Effectif	%
1 - Affections neurologiques	799	27,6%
2 - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	368	12,7%
3 - Maladies infectieuses et parasitaires	325	11,2%
4 - Maladies de l'appareil uro-génital	280	9,7%
5 - Envenimation et intoxication	259	9%
6 - Symptômes et états morbides mal définis	228	7,9%
7 - Maladie endocrinienne, de la nutrition et du métabolisme	209	7,2%
8 - Maladie de l'appareil circulatoire	159	5,5%
9 - Maladies de l'appareil digestif	85	3%
10 - Troubles psychiatriques	54	1,9%
11 - Maladies de l'appareil respiratoire	46	1,6%
12 - Maladies du muscle et du système ostéo-articulaire	46	1,6%
13 - Tumeur à localisation autre que cérébrale et hématologique	26	0,9%
14 - Affection de la peau et du tissu cellulaire	7	0,2%
Total	2.891	100%

A ces affections il faut ajouter :

- les syndromes douloureux et autres états morbides d'étiologies indéterminées,
- et les altérations de l'état général (amaigrissement, asthénie etc.)

Diagnostiques secondaires

3722 diagnostics secondaires ont été recensés - chez certains patients aucun diagnostic secondaire n'a été noté, par contre d'autres en ont présenté 2 ou 3.

Par ordre décroissant nous avons retrouvé :

- 1 - les maladies infectieuses et parasitaires (902 cas) dominées par le paludisme et l'infection à VIH,
- 2 - maladies du système nerveux et des organes des sens

- (863 cas) avec essentiellement les syndromes déficitaires, les méningites et comas,
- 3 - maladies de l'appareil uro-génital (447 cas) dominés par les infections urinaires et uro-génitales, les troubles mictionnels, les insuffisances rénales et les glomérulopathies,
 - 4 - états morbides mal définis (281 cas) avec surtout les syndromes douloureux, les adénopathies, les syndromes oedémateux,
 - 5 - les maladies de l'appareil circulatoire (280 cas) dominées par l'hypertension artérielle et les décompensation cardiaques,
 - 6 - maladies de l'appareil digestif (256 cas) essentiellement constitués par les hépatomégalies, les gastrites, les gastro-entérites, les abcès du foie et les hépatites,
 - 7 - maladies du sang et des organes hématopoïétiques (239 cas) avec les anémies surtout, les syndromes hémorragiques et les hémoglobinopathies,
 - 8 - maladies de l'appareil respiratoire (152 cas) avec les détresses respiratoires, les pneumopathies,
 - 9 - maladies endocriniennes, métabolisme et nutrition (121 cas) avec surtout le diabète et la pathologie thyroïdienne,
 - 10 - les autres affections sont surtout dermatologiques, psychiatriques, rhumatologiques et tumorales.

La pathologie d'urgence

Nous avons désigné sous le terme pathologie d'urgence, les affections suivantes :

- les comas et autres pertes de connaissance,
- les accidents vasculaires cérébraux,
- les méningites,
- le neuropaludisme,
- les encéphalites et méningo-encéphalites,
- les septicémies,
- les anémies,
- les syndromes hémorragiques,
- les insuffisances rénales,
- les envenimations et intoxications,
- les diabètes,
- les déshydratations aiguës,
- les hypoglycémies,
- les affections de l'appareil circulatoire,
- les détresses respiratoires.

La liste n'est pas exhaustive car d'autres affections peuvent

devenir des urgences en fonction du stade évolutif. Cette pathologie d'urgence représente plus de 55% de la morbidité totale. Les urgences apparaissant au cours de l'évolution ne sont pas incluses dans ce pourcentage.

Mortalité

729 patients sont décédés soit 25,2% des malades hospitalisés de 1989 à 1994. 46,2% des décès sont survenus chez des patients dont l'affection évolue depuis moins de 10 jours et 80,8% des patients sont décédés au cours des 10 premiers jours d'hospitalisation.

La répartition de la mortalité selon la pathologie est résumée dans le tableau n°3.

Tableau n°3 : Répartition de la mortalité selon les grands cadres pathologiques

Cadres pathologiques	Effectif	%
1 - Maladies du système nerveux	297	40,7%
2 - Pathologie uro-génitale	94	12,9%
3 - Maladies infectieuses	80	11%
4 - Symptômes et états morbides mal définis	72	9,9%
5 - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	63	8,6%
6 - Pathologie endocrinienne et du métabolisme	27	3,7%
7 - Envenimations et intoxications	25	3,4%
8 - Pathologie digestive	23	3,1%
9 - Pathologie circulatoire	22	3%
10 - Maladies respiratoires	14	2%
11 - Pathologie tumorale	5	0,7%
12 - Maladies musculaires et ostéoarticulaires	5	0,7%
13 - Affections de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	2	0,3%
14 - Pathologie psychiatrique	0	0%
Total	729	100%

Le tableau 4 donne la morbidité et la létalité des différents groupes pathologiques.

Tableau n°4 : Classification de la morbidité en fonction du taux de létalité

Morbidité	Taux de létalité
1 - Maladies du système nerveux (27,6%)	37,2%
2 - Pathologie uro-génitale (9,7%)	33,6%
3 - Symptômes et états morbides mal définis (7,9%)	31,6%
4 - Pathologie respiratoire (1,6%)	30,4%
5 - Affections de la peau et du tissu cellulaire sous cutané (0,24%)	28,6%
6 - Pathologie digestive (2,9%)	27%
7 - Maladies infectieuses et parasitaires (11,2%)	24,6%
8 - Affections tumorales (0,9%)	19,2%
9 - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (12,70%)	17,1%
10 - Maladies de l'appareil circulatoire (5,50%)	13,8%
11 - Maladies endocriniennes et du métabolisme (7,20%)	12,9%
12 - Affections musculaires et ostéo-articulaires (1,6%)	10,9%
13 - Envenimations et intoxications (8,9%)	9,6%

DISCUSSION

Cette étude rétrospective garde les insuffisances inhérentes à cette méthodologie : dossier incomplets ou non retrouvés, malades perdus de vue, diagnostics non établis en cours d'hospitalisation etc.

Cependant ayant été réalisée sur une période longue de 4 ans elle permet de dresser un vaste éventail des affections rencontrées dans le service.

Ainsi l'analyse épidémiologique de la population hospitalière du service fait ressortir une prédominance dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans (23,1%) avec une majorité d'hommes en conformité avec les résultats obtenus par G. AKUE, E. BERTRAND, M. LAKISS et ANGORA (1, 2, 3, 9).

Il est difficile de comparer les résultats obtenus en ce qui concerne la mortalité et la morbidité avec ceux obtenus ailleurs en raison de l'orientation spécifique à chaque service de Médecine Interne.

Notre service reçoit tous les malades ne relevant pas des services de gastro-entérologie, de cardiologie, de maladies infectieuses épidémiques et de phthisiologie dont il existe des services individualisés. Par ailleurs le recrutement est fortement influencé par les spécialistes y exerçant : neurologue, interniste, endocrinologue, néphrologue et hématologue. D'autre part nous pouvons constater que beaucoup de malades souffrant de maladies gastro-entérologiques, cardiologiques, infectieuses etc. sont suivis et traités dans le service de médecine interne en raison d'une mauvaise orientation à partir du service des urgences.

De même des transferts de «débarras» sont réalisés à partir des différents services dès lors que l'on constate :

- un accident vasculaire cérébral même si l'origine est une HTA ou une embolie d'origine cardiaque,
- une insuffisance rénale chronique même si elle relève d'une HTA encore mal contrôlée,
- une anémie même compliquée d'insuffisance cardiaque ou relevant d'une cause digestive, génitale ou obstétricale évidente sur laquelle il faut agir,
- tout coma étant systématiquement hospitalisé en médecine interne quelle qu'en soit l'étiologie bien qu'il existe un service de réanimation.

Cet état de fait rend compte de la forte mortalité dans le service. En effet certaines affections pour lesquelles les patients sont au dessus de toutes ressources thérapeutiques grèvent lourdement ce taux de mortalité. Il s'agit d'affections comme :

- l'infection à VIH avec 7,8% de la mortalité et un taux de létalité de 38,51%. Ce taux est superposable à celui trouvé par LUCAS en Côte d'Ivoire (10).
- les insuffisances rénales 78 décès (10,69% de la mortalité). Leur taux de létalité de 50% justifie la nécessité de création d'un service d'hémodialyse pour la prise en charge efficace de ces malades,
- certains comas par affections diverses (AVC, insuffisances rénales, causes métaboliques...) représentant 36,4% contre 23,5% chez OUEDRAOGO les altérations de l'état général qui sont souvent des stades terminaux

d'autres affections non déterminées. L'ensemble de ces affections «non curables» dans notre contexte représentant 38,5% de la mortalité.

Cependant d'autres pathologies qui devraient entraîner très peu de décès (car curables) occupent une place importante dans la mortalité du service. C'est le cas du paludisme (2,92%), des anémies (7,4%), des morsures de serpent (2,7%). Ces décès pourraient s'expliquer par le stade évolutif des affections à l'admission et par des difficultés (matérielles et financières) de prise en charge (toutes les charges d'hospitalisation et de soins sont supportées financièrement par les malades).

En effet, nous avons pu constater que 91,5% de ces décès surviennent au cours des 7 premiers jours d'hospitalisation dont 40,7% les deux premiers jours. L'étude réalisée par OUEDRAOGO à Dakar notait 18,72% de décès dans ce délai.

CONCLUSION

1. G. AKUE.

Bilan de cinq (5) années de fibroscopie digestive haute à l'unité d'Endoscopie Digestive de C.H.U. de Treichville.

Thèse Méd. Togo 1986.

2. S. ANGORA.

Pathologie médicale d'urgence au C.H.U. de Treichville : A propos de 962 observations d'adultes du 3 Juillet 1981 au 19 Août 1981.

Thèses Méd. Bordeaux 1982 ; (413) : 11-63.

3. E.D. BERTRAND, M. LE BRAS, J. RENAMBOT, B. BEBA, A. OUETTI, P. BOUCHEZ et Al.

Morbidité et mortalité hospitalière en 1974 d'un service de Médecine Interne à Abidjan.

Méd Afr. Noire 1978, 25 (5) : 319-325.

4. DEP.

Service de l'information médicale et des statistiques sanitaires.

Rapports d'activités hospitalières Ouagadougou 89 - 90 - 91 - 92.

5. B. DIOP, D. COLY, M. SANKALE.

Morbidité hospitalière dans un service de Médecine interne à Dakar.

Bull. Soc. Afr. Noire Langue Française 1972, (17) : 55-65.

6. C. GAHOSSOU.

Morbidité et mortalité d'un service de Médecine Interne du CHU de Korhogo en 1985.

Thèse Méd. Abidjan 1986, (722) : 98-104.

7. A. GUEHI.

Morbidité et mortalité d'un service de Médecine Interne du CHU d'Abidjan en 1974.

Thèse Méd. Bordeaux 1977, (86) : 23-56.

8. K. KOUAME.

Cette étude sur la mortalité et la morbidité dans le service de médecine Interne permet de faire les remarques suivantes :

- le service prend en charge des malades devant relever de service plus spécialisés : réanimation, neurologie, hémodyalyse etc. dont la création et l'équipement devraient permettre une meilleure prise en charge des malades.
- Il est indispensable d'améliorer les infrastructures du service tant sur le plan quantitatif, qualitatif que sur le plan de la disponibilité du personnel ce qui permettra :
 - * un meilleur archivage des dossiers les rendant plus disponibles et mieux tenus,
 - * un diagnostic plus rapide et plus précis par l'amélioration des équipements de laboratoire et de radiologie,
 - * une meilleure prise en charge des malades dans le service et la diminution de l'important taux de mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

Morbidité et mortalité hospitalière d'un service de Médecine Interne à Abidjan.

Thèse Méd. Abidjan 1984 n°525 ; 16-63.

9. M. LAKISS.

Réflexions sur les activités d'une consultation de médecine interne au CHU de Treichville.

Thèse Méd. Abidjan 1992 n°10-130.

10. S. LUCAS et Al.

The mortality and pathology of VIH infection in a west Africa City.

AIDS 1993 ; 7 : 1569-76.

11. M. OHOUO.

Morbidité et mortalité hospitalière d'un service de médecine interne à Abidjan en 1980.

Thèse Méd. Abidjan 1983 ; n°445 ; 39-55.

12. G. OUEDRAOGO.

Étude de la mortalité dans un service de Médecine interne de l'hôpital A. Le Dantec. Étude prospective de Février 1988 à Juillet 1988.

Thèse Méd. Dakar 1989 ; n°7.

13. B. SAMB.

Mortalité et morbidité dans le service de médecine interne de HALD : Étude rétrospective 84-86.

Thèse Méd. Dakar 1988 ; n°51.