

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple - Un But - Une Foi*



**U.S.T.T-B**

Année : 2022 – 2023



N°.../24

Mémoire  
Mémoire

# PROFIL DES PATIENTS EN REANIMATION DE L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO

Présenté et soutenu publiquement le 22 / 02 /2024 devant la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie par :

**Dr OUEDRAGO  
Youssouf**

**Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée d'Anesthésie-Réanimation  
(Diplôme d'Etat)**

## JURY

**Président** : M. KEITA Mohamed (*Professeur*)

**Membres** : M. DEMBELE Aladji Seidou (*Professeur*)

: M. MANGANE Moustapha (*Maitre de conférences*)

**Directeur** : M. TOURE Karim Mamadou (*Maitre de conférences*)

## **DEDICACE**

A Dieu

Le tout puissant, l'Être Suprême, l'Omnipotent, l'Omniprésent et l'Omniscient, je me prosterne devant vous pour implorer votre miséricorde pour la vie d'ici-bas et d'au-delà. Je vous demande de guider mes pas et de veiller sur moi dans l'exercice de cette spécialité de la médecine.

### ***A mon père Idrissa Ouédraogo***

Vous avez été et vous serez toujours un exemple pour moi par vos qualités humaines. Grâce à votre persévérance et l'éducation rigoureuse que vous m'avez donnée ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Pourriez-vous trouvé dans ce travail le fruit de toutes vos peines et efforts. Sans tes précieux conseils, tes prières et ton soutien continu aussi bien moral que matériel, je n'aurai pu surmonter le stress de ses longues années d'études. Aucune dédicace ne saurait exprimer mes respects, ma reconnaissance et mon profond amour envers vous. Que Dieu vous préserver et vous procurer longue vie, santé et bonheur.

### ***A ma mère Djénèba Doumbia***

Aucune dédicace très chère mère ne pourrait exprimer la profondeur des sentiments que j'éprouve pour vous, vos sacrifices innombrables et votre dévouement firent pour moi un encouragement. Vous avez guetté mes pas, et m'avez couvé de tendresse, tes prières et ta bénédiction m'ont été secours pour mener à bien mes études. Ce travail est aussi le couronnement de vos efforts et sacrifices de mère toujours à mon écoute. Puisse Dieu le tout puissant vous combler de bonheur, et vous procurer longue vie.

### ***A mes sœurs Ramata Ouedrago, Fati Ouedrago, mon épouse Fado et notre fiston Yaya***

Votre présence et votre soutien durant tout au long de ce parcours m'ont beaucoup touché. Je vous dédie ce travail, recevez ma sincère reconnaissance et mon éternel amour. Que Dieu vous accorder tous une longue vie et bonheur.

### ***A mes amis de tous les jours Dr Coulibaly yaya et Dr Sanou Issa***

Ce travail est le vôtre, au début ce n'était pas du tout facile. Mais grâce à vos qualités humaines et vos conseils d'ami nous avons pu surmonter des obstacles. Veuillez accepter ici ma profonde gratitude, puisse Dieu vous donner bonheur et fortifier nos liens.

***A mes collègues de promotion : probatoire anesthésie réanimation 2019***

**Dr Timbo Abdoulaye, Dr Guindo Mamadou, Dr Coulibaly Benjamin, Dr Samaté Souleymane, Dr Judith Nsilani, Dr Diakité Souleymane, Dr Juliette Nyangono, Dr Diallo Chaka, Dr Touré Daouda**

Le chemin a été long et difficile par des nuits blanches de garde et de stress souvent non gérable mais malgré cela l'atmosphère était conviviale. Vos qualités humaines donnent l'impression comme des frères de même mère qui vivent ensemble, grâce aux esprits d'équipe de soutien et partage nous avons pu le parcourir et nous y sommes aujourd'hui au bout de tunnel, merci pour toutes ces années de joie, nous prions le tout puissance de vous garder longtemps et assainir les carrières professionnelles pour que l'humanité bénéficie de vos compétences acquises.

**REMERCIEMENT**

Au **Pr Mamadou Karim Touré**, vos critiques et suggestions ont largement contribué à l'amélioration de ce travail. Votre démarche scientifique et votre rigueur dans le travail font de vous des personnes à imiter, trouvez ici ma profonde reconnaissance.

A tout le personnel de service d'anesthésie réanimation et d'urgence de l'hôpital de dermatologie de Bamako, merci pour vos collaborations.

Au corps d'enseignant de filière d'anesthésie réanimation de faculté de médecine et d'odontostomatologie FMOS, merci pour la qualité des formations reçues.

A tous ceux de loin où de près qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de cette œuvre, reconnaissance éternelle.

## **COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE-REANIMATION**

### **Professeurs :**

- Docteur Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Col. Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Youssouf COULIBALY
- Docteur Djibo Mahamane DIANGO
- Docteur Broulaye SAMAKE
- Docteur Mohamed KEITA
- Docteur Aladji Seidou DEMBELE
- Docteur Nouhoum DIANI

### **Maitre de conférences Agrégé**

- Docteur Moustapha MANGANE
- Docteur Thierno Madane DIOP
- Docteur Mahamadoun COULIBALY
- Docteur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

### **Maitre de conférences**

- Docteur DOUMBIA Dieneba
- Docteur Seydina Alioune BEYE
- Docteur Hammadoun DICKO
- Docteur Mamadou Karim TOURE
- Docteur Siriman Abdoulaye KOITA
- Docteur Mamadou Chiad CISSE
- Docteur Daouda DIALLO
- Docteur Abdoulaye TRAORE

### **Maitre- assistants**

- Docteur Fadima Koureissi TALL

### **Enseignants Associés**

- Neurologie : Pr Youssoufa MAIGA
- Gastro-entérologie : Pr Moussa DIARRA T – Pr Anselme KONATE
- Infectiologie : Pr Daouda K MINTA
- Cardiologie : Pr DIALLO Ilo B – Pr MENTA Ichaka- Dr Ibrahima SANGARE
- Interniste / Chirurgien : Pr YENA Sadio
- Otorhinolaryngologie : Pr KEITA Mohamed A

### **Enseignant non permanents**

- Professeur Hawa Meyer KEITA Paris (France)

**Liste des tableaux**

<b>TABLEAU I: SEXE</b> .....	6
<b>TABLEAU II: TRANCHE D'AGE</b> .....	6
<b>TABLEAU III: PROFESSION</b> .....	7
<b>TABLEAU IV: RESIDENCE</b> .....	8
<b>TABLEAU V: MODE D'ENTREE</b> .....	8
<b>TABLEAU VI: MOTIF D'ADMISSION</b> .....	9
<b>TABLEAU VII : ANTECEDENTS</b> .....	10
<b>TABLEAU VIII: ETAT GENERAL</b> .....	11
<b>TABLEAU IX: DIAGNOSTIC</b> .....	11
<b>TABLEAU X: PATHOLOGIES CHIRURGICALES</b> .....	12
<b>TABLEAU XI: PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES</b> .....	12
<b>TABLEAU XII: PATHOLOGIES RESPIRATOIRES</b> .....	13
<b>TABLEAU XIII: PATHOLOGIES METABOLIQUES</b> .....	13
<b>TABLEAU XIV: PATHOLOGIES TRAUMATIQUES</b> .....	13
<b>TABLEAU XV: PATHOLOGIES DIGESTIVES</b> .....	14
<b>TABLEAU XVI: PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES</b> .....	14
<b>TABLEAU XVII : EVOLUTION</b> .....	14
<b>TABLEAU XVIII: SURVENUE DE COMPLICATIONS</b> .....	15
<b>TABLEAU XIX: TYPE DE COMPLICATIONS</b> .....	15
<b>TABLEAU XX: COMPLICATIONS INFECTIEUSES</b> .....	16
<b>TABLEAU XXI: COMPLICATIONS RESPIRATOIRES</b> .....	16
<b>TABLEAU XXII: COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES</b> .....	17
<b>TABLEAU XXIII: COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES</b> .....	17
<b>TABLEAU XXIV: COMPLICATIONS RENALES</b> .....	17
<b>TABLEAU XXV : MODE DE SORTIE</b> .....	18
<b>TABLEAU XXVI : DUREE DE SEJOUR</b> .....	18
<b>TABLEAU XXVII : EVOLUTION EN FONCTION DE TRANCHE D'AGE</b> .....	18
<b>TABLEAU XXVIII : ANTECEDENTS ET EVOLUTION</b> .....	19
<b>TABLEAU XXIX : DIAGNOSTIC ET EVOLUTION</b> .....	20
<b>TABLEAU XXX: TYPE DE COMPLICATIONS ET EVOLUTION</b> .....	21

**Table des matières**

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
<b>1-OBJECTIF GENERAL</b> .....	<b>3</b>
<b>2-OBJECTIFS SPECIFIQUES</b> .....	<b>3</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>1-Cadre d'étude</b> .....	<b>4</b>
<b>2-Type et période d'étude</b> .....	<b>4</b>
<b>3-Population d'étude</b> .....	<b>4</b>
<b>4-Critère d'inclusion</b> .....	<b>4</b>
<b>5-Critère de non inclusion</b> .....	<b>5</b>
<b>6-Recueil des données</b> .....	<b>5</b>
<b>7- Saisie et Analyse des données</b> .....	<b>5</b>
<b>8-Paramètres étudiés</b> .....	<b>5</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>6</b>
<b>COMMENTAIRE ET DISCUSSION</b> .....	<b>22</b>
<b>1-Méthodologie</b> .....	<b>22</b>
<b>2- Aspect sociodémographique</b> .....	<b>22</b>
<b>a) Sexe</b> .....	<b>22</b>
<b>b) Age</b> .....	<b>22</b>
<b>c-Profession</b> .....	<b>22</b>
<b>3 Aspect clinique</b> .....	<b>22</b>
<b>a) Antécédant</b> .....	<b>22</b>
<b>b) Mode d'entrée</b> .....	<b>22</b>
<b>c) Motif d'admission</b> .....	<b>23</b>
<b>d) Etat général</b> .....	<b>23</b>
<b>e) Diagnostic</b> .....	<b>23</b>
<b>f) Evolution</b> .....	<b>23</b>
<b>g) Complications</b> .....	<b>23</b>
<b>h) Mode de sortie</b> .....	<b>24</b>
<b>i) Durée d'hospitalisation</b> .....	<b>24</b>
<b>4-Facteurs Pronostic</b> .....	<b>24</b>
<b>a) Tranche d'âge et évolution</b> .....	<b>24</b>
<b>b) Diagnostic et évolution</b> .....	<b>24</b>
<b>c) Antécédents et évolution</b> .....	<b>24</b>
<b>e) Type de Complications et évolution</b> .....	<b>24</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATION</b> .....	<b>26</b>
<b>1-Conclusion</b> .....	<b>26</b>
<b>2-Recommandations</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>28</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>30</b>

## **INTRODUCTION**

La réanimation est un ensemble de mesures permettant de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises au cours des situations aiguës : médicales, chirurgicales ou traumatiques(1), elle prend en charge les patients qui ont une défaillance d'organe potentielle ou avérée dont le pronostic vital est immédiatement menacé et nécessite la mise en œuvre des techniques de suppléances et de surveillances spécifiques(2).

Les modalités d'admission sont différentes, elles peuvent être directes ou par transfert. En Europe l'admission directe des patients en réanimation est répandue grâce à la régulation des Services d'Aides Médicales d'Urgences (SAMU)(3). Elle s'est révélée efficace dès ses débuts, elle a obtenu des succès parfois retentissants, la diversité des pathologies menant un malade en réanimation a vite fait progresser les connaissances et les résultats thérapeutiques dans ce domaine(4). Cette discipline a connu un essor considérable grâce aux progrès de la science et aux nouvelles technologies dans les pays développés. Les études retrouvent un taux de mortalité faible dans les services de réanimation de ces pays(5).

Dans les pays en voie de développement, cette spécialité est polyvalente et est dotée de moyens très limités, une insuffisance de moyens matériels et personnel qualifié.

Il manque une statistique globale Africaine sur la mortalité dans ces services mais certaines études retrouvent respectivement 56,1% **Maiga.B(2)** au Mali et 33,57% **Essalehy MK (6)** au Maroc.

L'évaluation régulière des activités de service de réanimation doit être systématique et dynamique pour une analyse approfondie des différentes prestations en vue d'assurer et garantir un soin de qualité(5).

Le profil des patients est l'étude des caractéristiques ainsi que des facteurs pouvant influencer l'évolution de la maladie.

La littérature confirme qu'il y a une similarité entre les services de réanimations dans le monde. Cependant peu d'études disponibles sur le profil des malades admis en réanimation et la plupart de ces données s'intéressent à des pathologies particulières ou un aspect plus spécifique.

Entreprendre ces études peuvent aider à orienter la planification et l'organisation des unités de soins intensifs, en fournissant un soutien à la prise de décision et à la mise en œuvre d'interventions qui garantissent une meilleure qualité des soins aux patients(7). C'est ainsi que



*Profil des patients en réanimation de l'hôpital dermatologique de Bamako*

nous avons entrepris ce travail avec le but de connaître le profil des patients admis en réanimation de l'hôpital de dermatologie de Bamako.

## **OBJECTIFS**

### **1-Objectif général**

Evaluer le profil des patients admis en réanimation.

### **2-Objectifs spécifiques**

1-Décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients en réanimation.

2- Décrire les diagnostics des patients admis.

3- Décrire les complications survenues

4-Identifier les facteurs associés à la morbi mortalité.

## **METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude**

-Notre étude s'est déroulée dans le service de réanimation de l'hôpital de dermatologie de Bamako.

-Il a été créé en 1934 sous le nom d'Institut Central de la Lèpre en Afrique Occidentale Française. Il sera ensuite rebaptisé l'Institut Marchoux puis Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie de 2002 jusqu'en 2019 et enfin Hôpital Dermatologique de Bamako en juillet 2019.

-Le service de réanimation a vu le jour en janvier 2020 au sein de l'établissement. Composé de 2 salles avec 11 lits équipés.

-Une salle de garde

- Un bloc opératoire composé de 2 salles toutes équipées en station d'anesthésie et une SSPI avec comme activité majeure (chirurgie plastique et oncologique)

-Le personnel est composé de :

-Un médecin anesthésiste réanimateur (professeur, maître de conférences à la faculté de médecine du Mali) qui est chef de service.

- 02 infirmiers Assistants en anesthésie et des infirmières d'état

- Trois étudiants de médecine en thèse faisant fonction d'interne.

- La garde est assurée 24h/24h au sein de service

### **2-Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective de novembre 2022 au juillet 2023 et prospective d'aout- octobre 2023 soit une période de 12mois portant sur un recrutement de tous les patients admis en réanimation pendant cette période.

### **3-Population d'étude**

Elle était constituée de l'ensemble des patients admis dans le service de réanimation pendant la période d'étude.

### **4-Critère d'inclusion**

Tout patient admis en réanimation avec une durée de séjour supérieure à 24h.

### **5-Critère de non inclusion**

Les patients décédés à l'arrivée ou avant soins.

### **6-Recueil des données**

Les données étaient recueillies à partir du registre d'hospitalisation du service, dossiers des patients hospitalisés avec les mises à jour quotidiennes, des fiches de prescription, de surveillance journalière et des résultats des examens para cliniques réalisés.

Une fiche de récapitulation était dressée afin de recueillir les données disponibles pour chaque patient.

### **7- Saisie et Analyse des données**

Les données ont été saisies au Microsoft Word 2016 et l'analyse des données a été faite aux logiciels SPSS 26.

Le test statistique utilisé a été celui de la probabilité exacte de Fisher avec une valeur  $p \leq 0,05$  considérée comme significative, les résultats ont été représentés en tableau

### **8-Paramètres étudiés**

- Variables quantitatives (âge, poids, durée d'hospitalisation)
- Variables qualitatives (sexe, profession, résidence, la structure de provenance, motif d'hospitalisation, ATCD, diagnostic, traitement, complications, l'évolution, pronostic)

## RESULTATS

**Tableau I:** Sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
HOMME	84	45
<b>FEMME</b>	<b>103</b>	<b>55</b>
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Le sexe féminin était le plus représenté soit **55%**

**Tableau II:** Tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
[0- 14 ANS]	5	2,7
[15-24 ANS]	13	7
<b>[25-60 ANS]</b>	<b>88</b>	<b>47</b>
SUP[ 60 ANS]	81	43,3
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 25- 60 ans était majoritaire avec **47%**

**Tableau III:** Profession

<b>PROFESSION</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
FONCTIONNAIRE	22	11,8
COMMERCANT	20	10,7
CULTIVATEUR	8	4,3
ETUDIANT ELEVE	12	6,4
<b>FEMME AU FOYER</b>	<b>65</b>	<b>34,7</b>
RETRAITE	28	15,0
PECHEUR	2	1,1
OUVRIER	21	11,2
MARABOUT	1	0,5
INFORMATICIEN	2	1,1
SAGE FEMME	1	0,5
MEDECIN	1	0,5
IMAM	2	1,1
N-NE NOURISSONS	2	1,1
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

*Les femmes au foyer étaient les plus représentées soit 34,7%*

**Tableau IV:** Résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
<b>Bamako</b>	<b>159</b>	<b>85</b>
Hors Bamako	28	15
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients résidait à Bamako soit **85%**

**Tableau V:** Mode d'entrée

Mode d'entrée	Effectifs	Pourcentage
<b>Transfert</b>	<b>101</b>	<b>54</b>
Domicile	74	39,6
Bloc op	12	6,4
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

La majorité de nos malades ont été transféré par d'autre service soit **54%**

**Tableau VI:** Motif d'admission

Motif admission	Effectifs	Pourcentage
<b>Altération de la conscience</b>	<b>54</b>	<b>29</b>
Dyspnée	37	19,7
Infectieux	26	14
Prise en charge post opératoire	23	12,2
Brulure Grave	15	8
Insuffisance circulatoire aigue	10	5,3
Traumatique	5	2,6
Altération de l'état général	6	3,2
Etat hyperalgique	2	1
Toxidermie Grave	7	4
Insuffisance rénale aigue	1	0,5
Arrêt cardiaque récupéré	1	0,5
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Altération de la conscience était la plus retrouvée comme motif d'admission soit **29%**

- Etat infectieux (gangrènes ou fasciite nécrosante, méningoencéphalite, paludisme grave)
- Traumatique : Accident de la voie publique (Traumatisme crânien, polytraumatisme)
- Etat hyperalgique (syndrome thoracique aigue, IDM)
- Altération de l'état général (patient asthénique, dénutri, déshydraté,)
- Toxidermie grave (syndrome de lyell, pemphigus vulgaire)
- Prise en charge post opératoire (gastrectomie, néphrectomie, Appendicite, amputation des membres, mise en plat des abcès)



**Tableau VII** : Antécédents

<b>Antécédents</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pas d'ATCD</b>	<b>84</b>	<b>45</b>
HTA	38	20
Diabète	11	6
Asthme	2	1
Neuropathie	2	1
HTA+Diabète	29	15
Covid-19	1	1
Hyperthyroïdie	2	1
Tuberculose	2	1
HIV	1	1
Drépanocytose	4	2
Tumeur mammaire	2	1
Hépatopathie	5	2
Lupus	2	1
AVC	1	1
Epilepsie	1	1
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients n'avaient pas d'ATCD soit **45%**

**Tableau VIII:** Etat général

Etat général	Effectifs	Pourcentage
Bon	53	28
<b>Etat général altéré</b>	<b>134</b>	<b>72</b>
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Les patients avaient un état général altéré dans **72%** des cas

**Tableau IX:** Diagnostic

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
<b>Etat de choc</b>	<b>29</b>	<b>15,5</b>
Pathologies chirurgicales	28	15
Pathologies neurologiques	26	14
Pathologies respiratoires	27	14,4
Pathologies digestives	8	4,2
Brulure grave	15	8
Déshydratation	12	6,4
Paludisme grave	9	5
Coma diabétique	7	4
Toxidermie grave	7	4
Tumeur métastatique	5	2,6
Pathologies traumatiques	4	2
Crise vaso-occlusive	3	1,6
Pathologies cardiovasculaires	4	2
ACR	1	0,5
Eclampsie	1	0,5
Intoxication médicamenteuse	1	0,5
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Les états de choc étaient majoritairement retrouvés soit **15,5%**

-Choc septique 24 cas 82,8% -choc hypovolémique 4 cas 13,8% -choc cardiogénique 1 cas (3,4%)

**Tableau X:** Pathologies chirurgicales

<b>Pathologies chirurgicales</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Gangrènes</b>	<b>10</b>	<b>35,7</b>
Fasciite nécrosante	7	25
Appendicite	5	17,9
Péritonite	2	7,1
Occlusion	2	7,1
Gastrectomie	1	3,6
Néphrectomie	1	3,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

La gangrène était la pathologie chirurgicale retrouvée majoritairement soit **35,7%**

**Tableau XI:** Pathologies neurologiques

<b>Pathologies neurologiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>AVC</b>	<b>11</b>	<b>42,3</b>
Encéphalopathie hépatique	6	23
Compression médullaire	5	19,2
Encéphalopathie hypertensive	3	11,5
Méningoencéphalite	1	4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Les Accidents vasculaires cérébraux étaient la pathologie neurologique plus retrouvée soit **42,3%**

**Tableau XII:** Pathologies respiratoires

<b>Pathologies respiratoires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Embolie pulmonaire</b>	<b>12</b>	<b>44,4</b>
Pneumopathies	11	40,7
BPCO	1	3,7
Crise d'asthme	2	7,4
Pleurésie de grande abondance	1	3,7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

L'embolie pulmonaire était majoritairement retrouvée soit **44,4%**

**Tableau XIII:** Pathologies métaboliques

<b>Complication de diabétique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ceto acidose diabétique</b>	<b>4</b>	<b>57,1</b>
Hypoglycémie	2	28,6
Hyperosmolarité	1	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

La cetoacidose était la pathologie métabolique majoritaire **57,1%**

**Tableau XIV:** Pathologies traumatiques

<b>Pathologies traumatiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Traumatisme crânien</b>	<b>3</b>	<b>75</b>
Polytraumatisme	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Le traumatisme crânien été la pathologie traumatique plus fréquente soit **75%**

**Tableau XV:** Pathologies digestives

<b>Pathologies traumatiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Hépatopathie chronique</b>	<b>6</b>	<b>75</b>
Pancréatite aigüe	1	12,5
Angiocholite	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Hépatopathie chronique était la pathologie digestive majeur **75%**

**Tableau XVI:** Pathologies cardiovasculaires

<b>Pathologies cardiovasculaires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Insuffisance cardiaque globale</b>	<b>2</b>	<b>50</b>
Infarctus du myocarde	1	25
Péricardite	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Insuffisance cardiaque globale décompensée était la pathologie cardiovasculaire majeur soit **50%**

**Tableau XVII :** Evolution

<b>Evolution</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Favorable</b>	<b>102</b>	<b>55</b>
Défavorable	85	45
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Les patients évoluaient favorablement dans **55%** de cas

**Tableau XVIII:** Survenue de Complications

Complications	Effectifs	Pourcentage
Oui	122	65
Non	65	35
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Nous avons eu des complications chez 122 patients soit **65%** et pas de complication retrouvée chez 65 patients soit **35%**

**Tableau XIX:** Type de Complications

Complications	Effectifs	Pourcentage
<b>Infectieuses</b>	<b>54</b>	<b>44,2</b>
Neurologique	20	16,3
Rénale	15	12,3
Respiratoire	21	17,2
Cardiovasculaire	8	6,5
Choc hypovolémique	3	2,5
Hémorragie	1	1
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

Les complications retrouvées majoritairement était infectieuse **44,2%**

**Tableau XX:** Complications infectieuses

<b>Complications infectieuses</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Choc septique</b>	<b>49</b>	<b>90,7</b>
Infections urinaires	2	3,7
Infection KT Central	2	3,7
Escarre	1	1,9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Le choc septique était prédominant parmi les complications infectieuses soit **90,7%**

**Tableau XXI:** Complications respiratoires

<b>Complications types respiratoires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pneumopathies</b>	<b>12</b>	<b>57,1</b>
OAP	5	23,8
PAVM	2	9,5
Embolie pulmonaire	1	4,8
Emphysème pulmonaire	1	4,8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

*Les pneumopathies étaient majoritaires parmi les complications respiratoires 57,1%*

**Tableau XXII:** Complications cardiovasculaires

<b>Complications cardiovasculaire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Choc cardiogénique</b>	<b>3</b>	<b>37,5</b>
ACR récupéré	1	12,5
Epanchement péricardique	1	12,5
Fibrillation atriale	1	12,5
Poussée hypertensive	2	25
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Le choc cardiogénique était prédominant parmi les complications cardiovasculaire 37,5%

**Tableau XXIII:** Complications neurologiques

<b>Complication neurologique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Altération de la conscience</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
AVC	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Altération de la conscience était retrouvée majoritairement dans les complications neurologiques 95%

**Tableau XXIV:** Complications Rénales

<b>Complications Rénale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Insuffisance rénale aigue</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

La complication rénale retrouvée était l'insuffisance rénale



**Tableau XXV** : Mode de sortie

Mode de sortie	Effectifs	Pourcentage
<b>Transfert/ Domicile</b>	<b>102</b>	<b>55</b>
Décès	85	45
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

Le mode de sortie était représenté par transfert ou exeat domicile dans **55%**

**Tableau XXVI** : Durée de séjour

Durée de séjour	Effectifs	Pourcentage
1-3 jours	57	30,5
4-7 jours	61	32,6
<b>+ 7jours</b>	<b>69</b>	<b>36,9</b>
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients avaient séjournés plus de 7jours soit **36,9%** avec une durée moyenne d'hospitalisation de **2,06** jours

**Tableau XXVII** : Evolution en fonction de tranche d'âge

Tranche d'âge	Evolution		Total
	Favorable	Défavorable	
[0-14ans]	5	0	5
[15-24ans]	9	4	13
[25-60ans]	50	38	88
<b>Sup 60ans</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>81</b>
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>85</b>	<b>187</b>

Fisher= 7,154      P= 0,03

L'évolution était favorable chez 50 patients dans la tranche d'âge [25-60ans] 56% et la Mortalité était élevée dans la tranche d'âge >60ans **43** cas soit **53%**

**Tableau XXVIII** : Antécédents et évolution

ATCD	Evolution		Total
	Favorable	Défavorable	
<b>Pas d'ATCD</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>84</b>
HTA	18	20	38
Diabète	8	3	11
Asthme	2	0	2
Neuropathie	1	1	2
HTA et Diabète	16	13	29
Covid19	1	0	1
Hyperthyroïdie	1	1	2
Tuberculose	0	2	2
HIV	1	0	1
Drépanocytose	4	0	4
Tumeur	1	1	2
Hépatopathie chronique	0	5	5
Lupus	1	1	2
AVC	0	1	1
Epilepsie	1	0	1
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>85</b>	<b>187</b>

Fischer= 20,564      P= 0,01

La majorité de nos malades sans antécédent évoluait favorablement **47** cas soit **56%** par contre plus que la moitié des malades décédés avaient un antécédent.

**Tableau XXIX** : Diagnostic et évolution

Diagnostic	Evolution		Total
	Favorable	Défavorable	
<b>Etat de choc</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>29</b>
Pathologies chirurgicales	23	5	28
Pathologies respiratoires	14	13	27
Pathologies neurologiques	15	11	26
Brulures graves	6	9	15
Déshydratation globale	11	1	12
Paludisme grave	8	1	9
Pathologies digestives	7	1	8
Toxidermie	1	6	7
Coma diabétique	5	2	7
Tumeur métastatique	3	2	5
Pathologies cardiovasculaires	2	2	4
Traumatiques	4	0	4
Crise vaso-occlusive	3	0	3
ACR	0	1	1
Crise d'éclampsie	1	0	1
Intoxication médicamenteuse	1	0	1
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>72</b>	<b>187</b>

Fischer= 122,4 P=0,004

L'évolution était défavorable majoritairement chez les patients en état de choc

**Tableau XXX:** Type de complications et évolution

Complications	Evolution		Total
	Favorable	Défavorable	
Respiratoire	9	12	21
<b>Infectieuse</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>54</b>
Neurologique	2	18	20
Rénale	6	9	15
Choc hypovolémique	2	1	3
Hématologique	0	1	1
Cardiovasculaire	1	7	8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>85</b>	<b>122</b>

Fisher=122,4      P= 0,001

Les complications infectieuses évoluaient défavorablement dans 37 cas soit 68%

## COMMENTAIRE ET DISCUSSION

### 1-Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective de novembre 2022 au juillet 2023 et prospective d'aout à octobre 2023 soit une période de 12mois portant sur le profil des patients en réanimation de l'hôpital de dermatologie de Bamako.

Nous avons colligé 187 patients durant cette période qui ont participés a l'étude avec le résultat suivant.

### 2- Aspect sociodémographique

#### a) Sexe

Au cours de notre étude nous avons trouvé une prédominance féminine avec un taux de **55%**, Ce résultat concorde avec ceux de **Diango et al (8)**et **Ebog N(5)** au Mali qui ont respectivement trouvé des taux de **53%**, **65,2%**.

#### b) Age

Age moyen était de 52,66 ans avec des extrêmes allant de 2ans à 105 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de **[25-60 ANS]** soit un taux de **47%**, ce même constat à été fait par des études similaires **DIOP M(9)** au Sénégal et **Ebog N (5)** au Mali.

Cette prédominance des jeunes pourrait être expliquée par la particularité de la population africaine en majorité jeune.

#### c-Profession

La femmes au foyer a été la plus représentée soit un taux de **34,7%**. Cela pourrait s'expliquer par la forte prédominance féminine au cours de notre étude.

### 3 Aspect clinique

#### a) Antécédant

Les patients n'avaient pas d'antécédent dans **45%** des cas, ce résultat est différent de celui de **Konaté A(10)** qui rapporte **29,9%** d'antécédent médical. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des sujet jeunes dans notre série qui sont sans comorbidité le plus souvent.

#### b) Mode d'entrée

Au cours de notre étude, **54%** des patients provenaient des services extra hospitaliers, Ce résultat est différent de ceux rapportés par d'autres auteurs qui ont retrouvés des transferts intra hospitaliers **Ebog N** et **Diallo B (5,11)**.

Cela pourrait s'expliquer par l'absence des services d'hospitalisations de médecine et d'urgence au sein de l'hôpital.

#### **c) Motif d'admission**

Nous avons retrouvé **29%** d'altération de la conscience comme motif d'admission majoritaire suivie de dyspnée **19,7%**.

Ce résultat est proche de celui de **Diallo B(11) 22,8%** de détresse neurologique mais différent de ce qui est rapporté par **Konaté .A(10), 25,5%** prise en charge post opératoire. Cela pourrait s'expliquer par un faible taux d'activité chirurgicale urgente dans notre contexte

#### **d) Etat général**

Nos malades avaient une altération de l'état général dans **72%** des cas.

#### **e) Diagnostic**

Les états de choc étaient retrouvés comme diagnostic majeur soit **15,5%**, suivi des pathologies chirurgicales et respiratoires.

Les pathologies médicales ont été plus représentées dans notre travail, ce constat diffère de celui de **Ebog N(5)**, qui a retrouvé une prédominance des pathologies chirurgicales mais similaire aux observations faites par **Diango et al (8)** qui ont eu majoritairement les pathologies médicales.

#### **f) Evolution**

Les patients évoluaient favorablement dans **55%** des cas, la mortalité était de l'ordre de **45%**, ce résultat est similaire à ceux rapportés par **MK Essalehy et al (6)** au marrakech et **P Bonkougou (12)** au Burkina qui ont respectivement eu **34% et 51%** de mortalité.

Le taux de mortalité observé en réanimation est important et plus élevé que dans les autres services partout à travers le monde et plus particulièrement dans les pays en voie de développement à cause de niveau socio-économique faible. Cela pourrait également s'expliquer du fait de la gravité des cas admis et souvent le retard de prise en charge.

#### **g) Complications**

Nous avons eu des complications chez 122 patients soit **65%** et pas de complications chez 65 patients soit **35%**, celles retrouvées étaient majoritairement infectieuse **44,2%** suivie de **16,3%** neurologique.

Le choc septique prédominait dans les complications infectieuses 90,7% suivi d'infection urinaire 3,7%. Cette observation a été faite par **Diallo B(11)** qui retrouve les complications infectieuses majoritairement.

#### **h) Mode de sortie**

Nos patients sont sortis dans la majorité de cas par transfert vers une autre structure ou par exeat pour rentrer à domicile, cela pourrait s'expliquer par non disponibilité des service post réanimation ou d'hospitalisation ordinaire au sein de l'hôpital. Les auteurs rapportent un transfert intra hospitalier vers un autre service.

#### **i) Durée d'hospitalisation**

Les patients ont séjourné plus de 7jours majoritairement soit **36,9%**, la durée moyenne d'hospitalisation était de **2,06** jours

### **4-Facteurs Pronostic**

#### **a) Tranche d'âge et évolution**

L'évolution était favorable chez 50 patients dans la tranche d'âge [25-60ans] 56% et la mortalité était plus élevée dans la tranche d'âge > 60ans 43 cas soit **53%** (Fisher=7,154 P=0,03), ce même constat a été fait par **Tchoua et al(13)** au Gabon. Cela pourrait s'expliquer par l'existence de comorbidité chez la plupart des personnes âgées qui fragilise l'organisme et l'expose facilement aux complications.

#### **b) Diagnostic et évolution**

L'évolution était défavorable majoritairement chez les patients en choc septique (Fischer= 122,4 P=0,004). Ce résultat est comparable à celui de **Niaré L(14)** qui a retrouvé une mortalité élevée dans l'état de choc septique, cela pourrait s'expliquer par la sévérité de ces cas souvent difficile a gérer

#### **c) Antécédents et évolution**

La majorité de nos malades sans antécédent évoluait favorablement **47** cas soit **56%** (Fischer= 20,564 P= 0,01), par contre plus que la moitié des malades décédés avaient au moins un antécédent.

#### **e) Type de Complications et évolution**

Les complications infectieuses évoluaient défavorablement dans **37** cas soit 68%. Notre résultat est comparable à ceux de **L Niare (14)** et **Diallo B(11)** qui ont retrouvés une

évolution défavorable chez des patients avec complications infectieuses. Nous n'avons pas eu de complications chez 65 patients soit **35%**



## **CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

### **1-Conclusion**

Cette étude nous a permis de mieux comprendre les caractéristiques ainsi que les facteurs influents la prise en charge des pathologies dans notre contexte.

Toutefois la connaissance des grandes causes de mortalités représentées dans notre contexte peut-être le début d'une orientation nouvelle pour nos perspectives.

La maîtrise de ces pathologies et l'élaboration de protocole constitue le pivot de la gestion de ces malades. Cette solution contribuera à améliorer leurs pronostics.

La pénurie des moyens en médicaments, matériel ainsi qu'en personnels constituent des obstacles et en cela s'ajoute l'absence d'une prise en charge préhospitalière.

La continuité de la chaîne de soins en réanimation ne doit souffrir d'aucune rupture risquant de compromettre l'évolution des patients.

## **2-Recommandations**

Les recommandations suivantes visent une amélioration de la qualité de prise en charge des différentes pathologies qui sont causes d'admission au service de réanimation de l'hôpital de dermatologie de Bamako

### **Aux autorités sanitaires de l'hôpital**

- Renforcer le plateau technique de la réanimation
- Renforcer le personnel de réanimation en recrutant des infirmiers, médecins, aides-soignants et brancardiers pour diminuer la charge du travail
- Assurer la formation continue du personnel pour l'amélioration de la qualité des soins.

### **Aux personnels soignants**

- Elaborer des protocoles de soins.
- Mettre en place un protocole de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.

## REFERENCES

1. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 29<sup>e</sup> édition. Maloine- 75006 Paris; 2006.
2. Maiga B. Aspects épidémiocliniques des pathologies médicales en réanimation au CHU Gabriel Touré. 2015 [cité 7 janv 2024]; Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/1001/15M88.pdf>
3. Telion C, Greffet A, Rozenberg A, Lejay M, Jannièrè D, Carli P. L'admission directe en service de réanimation ou de soins intensifs des patients pris en charge par le Smur est-elle justifiée? Annales françaises d'anesthésie et de réanimation [Internet]. Elsevier; 2000 [cité 7 janv 2024]. p. 654-61
4. Vachon F. Histoire de la réanimation médicale française: 1954–1975. Médecine Intensive Réanimation. 2011;20(1):72-8.
5. Ebog Ndigui STC. Bilan des activités du service de réanimation du CHU Gabriel Touré de Bamako (1er Janvier au 31 Décembre 2017). 2019 [cité 7 janv 2024]; Disponible sur: <https://bibliosante.ml/handle/123456789/2120>
6. Essalehy MK, Zoubir M. Mortalité en milieu de réanimation au niveau de l'hôpital militaire Avicenne Marrakech. Diabète. 2012;24:13-48.  
Disponiblesur:<http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/anneehtm2012article51-12.pdf>
7. Dongelmans DA, Pilcher D, Beane A, Soares M, Lopez M del PA, Fernandez A, et al. Linking of global intensive care (LOGIC): An international benchmarkingincriticalcareinitiative.JCritCare.2020;60:305-10.Disponiblesur:<https://www.sciencedirect.com/science/article>
8. Diango DM, Diallo A. Bilan des activités 2006 du service de réanimation du CHU Gabriel Touré[PhD Thesis]. Université de Bamako; 2008. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/handle>
9. DIOP TM. Bilan des activités du centre hospitalier régional de Louga sur 6 mois de Janvier à Juin 2013 [Mémoire No 864]. [Sénégal]: UCAD; 2014.
10. Konaté A. Profil épidémioclinique et pronostic des patients admis en réanimation au CHU Gabriel Touré [PhD Thesis].2017.Disponible sur: <https://bibliosante.ml/handle>

11. Diallo B. Profil épidémiologique et pronostic des patients en réanimation CHU. Gabriele Touré. 2013; Disponibles sur: <https://bibliosante.ml/bitstream>.
12. Bonkougou P, Traoré I, Bako YP, Sanou J, Ouédraogo N. La mortalité en réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina-Faso. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier; 2011. p. A310. Disponibles sur: <https://www.sciencedirect>
13. Tchoua R, Vemba A, Koumba CT, Nsafa DN. Gravité des malades de réanimation à la fondation Jeanne Ebori de Libreville. *Médecine Afr Noire*. 1999
14. Niare L. Morbidité et mortalité en réanimation au CHU de Kati. 2013  
Disponibles sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle>

**Annexes :**

**FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** OUEDRAGO

**Prénom :** Youssouf

**Titre :** Profil des patients en réanimation de l'hôpital de dermatologie de Bamako.

**Ville de soutenance :** Bamako.

**Pays d'origine :** Mali.

**Année :** 2022-2023.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Anesthésie- Réanimation- Urgence

**Résumé :**

**Introduction :** La réanimation est l'ensemble de mesures permettant de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises au cours des situations aiguës : médicales, chirurgicales ou traumatiques, Le profil des patients est l'étude des caractéristiques ainsi que des facteurs pouvant influencer l'évolution de ces malades.

La connaissance de ces pathologies susceptibles d'être admise en réanimation aide à mieux étudier la problématique et en fin d'établir des protocoles.

**Objectif :** Etudier le profil des patients en réanimation.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective de novembre 2022 au juillet 2023 et prospective d'aout à octobre 2023 soit une période de 12mois, portant sur le profil des patients en réanimation de l'hôpital de dermatologie de Bamako.

**Résultats :** Durant cette période 187 patients ont participé et au terme nous avons eu le résultat suivant.

- Une prédominance féminine et de tranche d'âge [25-60 ANS] majoritaire avec âge moyen de 52,66 ans et des extrêmes allant de 2ans à 105 ans.
- Les femmes au foyer ont dominé la profession, plus de la moitié de nos patients n'avaient pas d'ATCD, ils provenaient des services par transfert majoritairement.
- Altération de la conscience a été le motif d'admission majoritaire suivie de dyspnée et cause infectieuse, plus que la moitié de nos patients avaient un état général altéré a l'admission.
- Etat de choc retrouvé comme diagnostic majeur.
- Les patients évoluaient favorablement dans 55% des cas et la mortalité était de l'ordre de 45%.
- Les complications retrouvées sont respectivement : infectieuses 44,2%, respiratoire 17,2% et neurologique 16,3%.
- Les malades sont sortis par transfert vers un autre service et la moitié ont séjournée plus de 7jours, la durée d'hospitalisation moyenne était de 2,06jours.
- Les facteurs pronostiques étaient entre autres : d'âge, antécédent, diagnostic et complications

**FICHE D'ENQUETTE**

N° ID :

Nom :

Prénom :

Sexe : 1 masculin

2 féminin.

Age année :

Poids :

Résidence :

Profession :

**II. Mode d'entrée :** 1. Transfert  2. Domicile  3. Autre à préciser ... .

**III. Motif (s) d'admission :**

1-Hémodynamique  2-Respiratoire  3- Neurologique

4- Autres à préciser .....

**IV. Antécédents du Patient**

Médicaux :

HTA :  Diabète :  Asthme :  Cardiopathie :

Neuropathie :  Néphropathie :  Autres à préciser.....

Chirurgicaux :

**V. Examen clinique a l'admission**

Etat général : 1 bon  2 mauvais

Température : 1 normal :  2- élevée  3- base

TA : 1 normal :  2- élevée  3- base

FC : 1 normal :  2- élevée  3- base

FR : 1 normale  2- anormale

Spo2 : 1 normale  2- anormale

Examen pleuropulmonaire : 1-normal  2- anormal

Examen cardio-vasculaire : 1-normal  2- anormal

Examen neurologique : 1-normal  2- anormal

**VI. Examens complémentaires :**

Scanner : 1 oui  2 non  NFS : 1oui  2 non

Glycémie : 1normale  2 basse  élevée

Urée : 1normale  2 anormale

Ionogramme sanguin : 1 normal  2anormal

Créat : 1normale  2 élevée  CRP : 1normale  2 élevée

GE : 1positive  2 : négative  Transa : 1normal  2 élevée

Autres examens : préciser.....

**VII. Diagnostic retenu**

1(AVC)  2 ( Choc septique)  4 (comas diabétique)

5 (Traumatisme crânien)  6 (polytraumatismes)  7 (PECPO )

8 (Déshydratation sévère)  10 (brulure thermique)  11 (Palu grave)

12 (Pneumopathie)  13(pathologie dermatologiques)

14(Autres).....

**VIII. Conduite à tenir :**

Apport hydrique : 1 oui  2 non  Analgésie : 1oui  2 non

Oxygénothérapie : 1oui  2 non

Sédation : 1oui  2 non

Ventilation mécanique 1oui  2non

Osmothérapie 1 oui  2 non

Transfusion : 1 oui  2 non

Macromolécules : 1 oui  2 non

Amines vasopressives : 1 oui  2 non   
Anti HTA : 1 oui  2 non   
Insulinothérapie : 1 oui  2 non   
Antipyrétique 1oui  2 non   
Antibiothérapie : 1 oui  2 non   
Antipaludéen : 1oui  2 non   
Anti-inflammatoire : 1 oui  2 non   
Diurétique : 1 oui  2 non

Chirurgie.....

#### IV Complications :

1 Détresse respiratoire  2Escarre  3 sepsis  4choc septique   
5 OAP  6 Infection urinaire  7 Pneumopathie

#### X. Evolution

1. Vivant  2. Décès

#### XI. Mode de sortie

1 Transfert  2 Domicile  3 Morgue

#### XII. Durée de séjour :

1:1-3jrs  2 :4-7jrs  3 :+ 7 jrs