

Les activités du service de réanimation des Cliniques Universitaires de Lubumbashi en 2023/RDC

The activities of the intensive care unit of University Clinics of Lubumbashi in 2023/DRC

Mundedi Mundayi André1, Mbisikungu Jackson2

1. Chercheur en Sciences Biomédicales and Étudiant à la Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi/RDC.
2. Médecin Généraliste au Centre Médical Gloria /Lubumbashi-DRC

Auteur correspondant : Mundedi Mundayi André. **E-mail:** mundayiandre2@gmail.com

Résumé

Contexte et Objectif : L'objectif de cette étude était de présenter les activités du service de réanimation des Cliniques Universitaires de Lubumbashi (CUL) en RDC. **Méthodes:** C'était une étude rétrospective et descriptive sur 12 mois allant du mois de Juin 2022 au mois de Juin 2023.

Résultats : Le service de réanimation des CUL est une unité qui compte 6 lits soit 2,8 % par rapport au nombre total des lits de la structure. Au cours de cette période d'étude ce service avait hospitalisé 320 patients. Les patients dont l'âge varie entre 26 et 45 ans étaient majoritaires soit 31,56 % et le sexe masculin était le plus représenté soit 52,19 %.

Le taux d'occupation était de 49,41 % et la durée moyenne de séjour était de 3,4 jours. Les admissions s'étaient faites dans 96,9 % de façon urgente contre 3,1 % d'admission programmée. Les patients étaient admis à 18,44 % pour polytraumatismes ; 10,63 % des suites chirurgicales ; 7,19 % des pathologies gynéco-obstétricales ; 37,19 % des pathologies médicales et 8,75 % pour les autres pathologies. Le taux de mortalité était de 48,13 %. Le taux de mortalité spécifique était de 38,98 % pour les traumatismes ; 26,47 % pour les pathologies chirurgicales ; 26,09 % pour les pathologies gynéco-obstétricales ; 73,95 % pour les pathologies médicales et 32,94 % pour les autres pathologies. **Conclusion :** Le service de réanimation des CUL est une unité polyvalente qui a une tendance beaucoup plus médicale.

Mots clés : Activités, service de réanimation, Cliniques Universitaires de Lubumbashi.

Introduction

La réanimation est l'ensemble des mesures permettant la restauration des fonctions vitales temporairement compromises lors de situations médicales, chirurgicales ou traumatiques aiguës [1]. Il s'agit d'un service spécialisé où sont hospitalisés les patients les plus graves. Ils bénéficient d'une surveillance constante des fonctions vitales comme la ventilation, l'oxygénation, la tension artérielle, les fonctions cardiaques et rénales. Si nécessaire, une assistance à ces fonctions vitales peut être mise en place pour permettre si possible la survie du patient.

Le concept est né de l'épidémie dévastatrice de polio de Copenhague en 1952, qui a fait des centaines de victimes souffrant d'insuffisance respiratoire et bulbaire [2] ; Mais le terme réanimation a été utilisé pour la première fois en 1953 par le médecin français Jean Hamburger, pour désigner les moyens permettant

Abstract

Objective: The objective of this study was to present the activities of the intensive care unit of the University Clinics of Lubumbashi (UCL) in the DRC.

Methods: A retrospective and descriptive study was conducted over 12 months from June 2022 to June 2023.

Results: The intensive care unit of the UCL is a unit which has 6 beds i.e. 2,8 % compared to the total number of beds in the structure. During this study period this service hospitalized 320 patients. Patients whose age varied between 26 and 45 years were the majority i.e. 31,56 % and the male gender was the most represented i.e. 52,19 %. The occupancy rate was 49,41 % and the average length of stay was 3,4 days. Admissions were made urgently in 96,9 % compared to 3,1 % scheduled admissions. 18,44 % patients were admitted for multiple trauma; 10,63 % from surgical outcomes; 7,19 % for gyneco-obstetric pathologies; 37,19 for medical pathologies and 8,75 % for other pathologies. The mortality rate was 48,13 %. The specific mortality rate was 38,98 % for trauma; 26,47 % for surgical pathologies; 26,09 % for gyneco-obstetric pathologies; 73,95 % for medical pathologies and 32,94 % for other pathologies.

Conclusion: The intensive care unit of the UCL is a multi-purpose unit which has a much more medical tendency.

Key words: Activities, intensive care unit, University Clinics of Lubumbashi.

d'assurer un retour à l'homéostasie [3]. Max Harry Weil est largement considéré comme le père des soins intensifs modernes. Il a créé une unité de choc de 4 lits au centre médical du comté de Los Angeles/Université de Californie du Sud aux États-Unis au début des années 1960 [4]. Les soins intensifs ont connu d'énormes changements depuis la création de la spécialité il y a 60 ans, et d'autres changements seront sans doute constatés dans les années à venir [5]. Le nombre de patients admis chaque année en réanimation est estimé à plus de 30 millions, dont environ 25 % ne survivront pas à l'hospitalisation (6).

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude descriptive transversale avec une collecte rétrospective de données auprès de patients admis en unité de soins intensifs. Notre étude a collecté des informations sur les patients dans le registre des patients de l'unité de soins intensifs des CUL sur une période d'un an, entre juin 2022 et juin 2023.

La population étudiée était composée de patients admis à l'unité de soins intensifs des CUL, de tous âges. Nous avons donc sélectionné tous les patients admis dans le service pendant la période d'étude. Les patients inclus dans notre étude étaient toute personne de tout âge hospitalisée et admise en unité de soins intensifs pour quelque raison que ce soit. Toutes les personnes admises dans un service autre que celui des soins intensifs ont été exclues.

Toutes les données ont été collectées et traitées, puis présentées pour certaines dans les différents tableaux Word et pour d'autres sous forme de chiffres. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Les variables ont été exprimées en pourcentages.

Résultats Le service de réanimation des CUL dispose actuellement de 6 lits d'hospitalisation sur les 217 que compte la structure soit 2,8% de lits

Tableau I: Mortalité en fonction des pathologies

	Effectifs	Pourcentages(%)
Traumatisme	23/59	38,98%
Pathologies chirurgicales	9/34	26,47%
Pathologies Gynéco-Obstétricales	6/23	26,09%
Pathologies Médicales	88/119	73,95%
Autres pathologies	28/85	32,94%
Total	154	100%

disponibles à l'hôpital. Un personnel soignant composé de 16 Médecins et 7 Infirmières dont 1 infirmière par patient. L'âge moyen des patients était de 39,72 ans avec des extrêmes allant de 0 ans à 93 ans. Les tranches d'âge trouvées étaient constituées de patients âgés de 18 ans (11,88 %) ; 18 à 25 ans (13,44 %); 26 à 45 ans (31,56 %); 46 à 60 ans (16,88%), ceux de plus de 60 ans (16,25 %) et ceux dont l'âge n'a pas été déterminé (10 %). Le sex-ratio était de 1,09 avec 167 hommes (52,19 %) et 153 femmes (47,81 %). Le taux d'occupation était de 49,41 % et la durée moyenne de séjour était de 3,4 jours. En provenance des urgences, nous avons eu 193 patients soit 60,31 %, 20 patients soit 6,25 % provenaient du service de neuro-psychiatrie et 107 patients soit 33,44 % d'hospitalisation aux CUL. Le motif d'admission le plus fréquent était un trouble de la conscience, suivi d'une détresse respiratoire. Les admissions ont été réalisées en urgence dans 96,9 % contre 3,1 % admissions programmées. Les accidents vasculaires cérébraux et les sepsis, qui sont des pathologies médicales, étaient les principales causes de mortalité dans le département (**Tableau I**).

Pour les traumatismes, le taux de mortalité spécifique était de 38,98 %; 26,47 % pour les pathologies chirurgicales; 26,09 % pour les

pathologies gynéco-obstétricales ; 73,95 % pour les pathologies médicales et 32,94 % pour les autres pathologies.

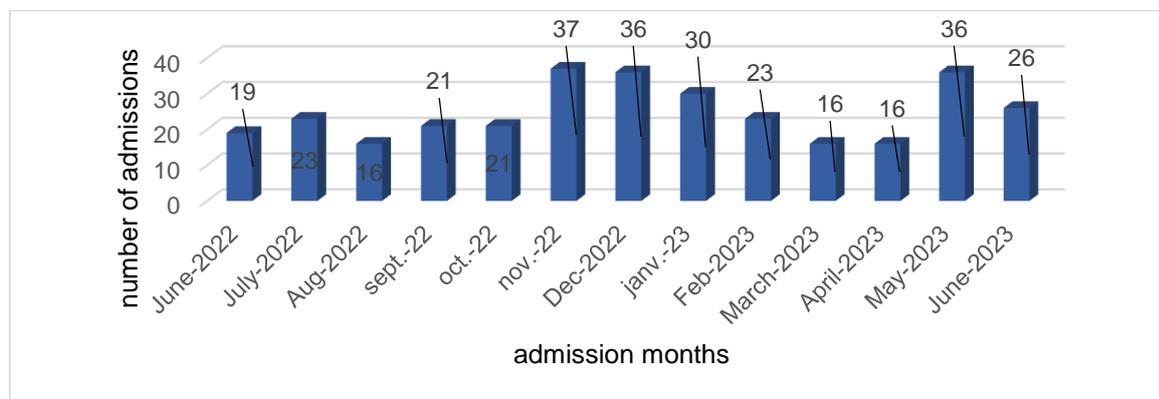


Figure 1: Répartition mensuelle des patients

La figure indique qu'en novembre 2022, il y a eu plus d'admissions; 37 au total

La tranche d'âge entre 26 et 45 ans était la plus représentée (31,56 %), suivie par celle entre 46 et 60 ans (16,88 %).

Tableau II

Tableau II: Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentages(%)
< 18 ans	38	11,88 %
18-25 ans	43	13,44 %
26-45 ans	101	31,56 %
46-60 ans	54	16,88 %
>60 ans	52	16,25 %
Age non déterminé	32	10 %
Total	320	100%

Discussion

Dans notre étude, nous avons constaté que le nombre de lits du service de soins intensifs par rapport au nombre total des lits de l'hôpital constituait 2,8 % contre 5 à 10 % en Europe, selon les pays et les hôpitaux [12].

L'âge moyen était de 39,72 ans avec des extrêmes allant de 0 à 93 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 26 – 45 ans, soit un taux de 31,56 %. Pour Nazinigouba et al., l'âge moyen des patients était de 39,05 ± 1,21 ans [10] et de 30,47 ans (± 21,17) pour Diouf E et al. [13] et 65 ± 18 ans pour Cheng KC [14]. Pour d'autres auteurs, le taux d'admission le plus élevé se situait entre 20-29 ans ou 16,83 % [15], 39-50 ans ou 20,42 % [14]. Cette prédominance des jeunes pourrait être liée au fait que la population africaine est majoritairement jeune.

Sur les 320 patients admis, 153 étaient des femmes (47,81 %) contre 167 hommes (52,19 %) soit un sex-ratio de 1,09. Pour Cheng KC, 61 % des patients étaient des hommes [14]. Le taux moyen d'occupation des lits était de 49,41 % contre 83,8 % à Taiwan [14], et la durée moyenne de séjour était de 3,4 jours contre 6,3 jours en 2008 à Taiwan [14]. Notre taux d'occupation était faible par rapport à celui d'autres auteurs. Le vieillissement de la population et surtout les progrès médicaux (progrès thérapeutiques, chirurgies à haut risque, greffes et autres infections liées aux traitements immunosuppresseurs), qui accroissent le nombre de personnes gravement malades dans les pays industrialisés, pourraient expliquer cet écart entre les taux publiés par les différents auteurs. Une prédominance des pathologies médicales a été observée, soit un taux de 37,19 %. Ce résultat diffère de celui de Chalya PL. et al. Qui a retrouvé, en 2011 en Tanzanie, davantage de traumatisés (32,3 %) [9]. Les pathologies les plus représentées étaient à la fois hémorragiques et ischémiques, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux et les sepsis avec successivement un taux de 15 % pour l'une et de 10,31 % pour l'autre. Nous avons enregistré un taux de mortalité de 48,13 % inférieur aux 51,6 % constaté au Centre Hospitalier Universitaire

Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou [16] par P. Bonkougou et al. Notre taux de mortalité était cependant supérieur à celui de Kou-Chen et al. qui en trouvaient 20,2 % [14] ; celle de Hariharan S et al., qui en ont trouvé 29,7 % à Trinidad [17] et celle des pays industrialisés qui est généralement de 15-20 % [12]. Le taux de mortalité selon les pathologies était de 73,95 % pour les pathologies médicales ; 26,47 % pour les pathologies chirurgicales ; 26,09 % pour les pathologies gynéco-obstétricales et 38,98 % pour les traumatismes contrairement à Nazinigouba et al., qui ont observé une mortalité de 79 % pour les pathologies médicales ; 70,5 % pour les traumatisés et 48,5 % pour les patients chirurgicaux [12]. La variabilité du taux de mortalité en réanimation dépend largement de la gravité des patients à l'admission, des défaillances viscérales à l'admission mais aussi de l'importance des moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles. Ces éléments peuvent expliquer la grande différence observée entre les taux de mortalité ci-dessus. L'unité de soins intensifs des CUL dispose de 6 moniteurs, 4 respirateurs, 3 aspirateurs, 2 chariots d'urgence, 2 électrocardiographes, 3 concentrateurs, 1 glucomètre, 2 défibrillateurs, 1 oxymètre, 6 ballons ambu. Il s'agit des équipements minimums que peut contenir une unité de soins intensifs [18].

Conclusion

Cette étude portant sur une année d'activité du service a analysé la situation du service de réanimation du CUL.

Ainsi au terme de notre étude, il ressort que les capacités de litière qui représentent 2,8 % de tous les lits de la structure n'ont pas été suffisamment utilisées. Le taux d'occupation était de 49,41 %. La durée moyenne de séjour était de 3,4 jours. La tranche d'âge des 26-45 ans était la plus représentée (31,56 %). Les pathologies médicales étaient les plus fréquemment traitées avec une prédominance d'AVC et de Sepsis. Le taux de mortalité est resté élevé avec 48,13 % de décès soit 154 cas sur les 320 enregistrés. Le taux de mortalité spécifique le plus élevé a été observé dans les pathologies médicales avec 73,95 %.

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. Les maladies qui mènent en réanimation [internet]. Disponible sur : <https://one-o-one.eu/fr/maladies-reanimation>. [consulté le 11 Octobre 2023].
7. Organisation mondiale de la santé (OMS) World Health Organization. World Health Statistics [internet]. Disponible sur: <http://w.w.w.who.int/gho/publication/statistics/en/index.html>. [consulté le 08 Octobre 2023].
8. P. Moine. La réanimation aux Etats-Unis : Grandeur et vicissitudes. *Réanimation.* 2015; **23** : S530-S535.
9. Chalya PL, Gilyoma JM, Dass RM, Mchembe MD, Matasha M, Mabula JB *et al.* Trauma admissions to the intensive care unit at a reference hospital in Norwestern Tanzania. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; **19**:1-7.
10. Nazinigouba Ouédraogo, Ali Niakara, André Simpore, Svetlala Barro, Hamadé Ouédraogo, Jiachim Sanou. Soins intensifs en Afrique: expérience des deux premières années d'activité du service de réanimation du centre hospitalier national de Ouagadougou (Bourkina Faso). *Cahier d'études et de recherches francophones/santé.* 2002 ; **12** : 375-382.
11. Tshisuz NC, Konda JP, Mabala KF, Nguz KN, Masafwa LS. Activités de réanimation à Lubumbashi. *RAMUR.* 2015; **20 n°3**: 10-13.
12. Jean LOUIS Vincent. Le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence (3^e édition). Springer-Verlag France, Paris, 2009.
13. 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 servicede réanimationen Afrique et conséquences sur l'évolution. *Rev Afr anesth Med urgence.* 2014 ; **19** : 76-81.
14. Kou-Chen Cheng, Chin-LibLU, YuehChih Chung, Mei-Chen Huang, HsiuNien Shen, Hsing-Min Chen and Haibo Zhang. ICU service in Taiwan. *Journal of intensive Care.* 2014; **2**(1): 1-8.
15. Laura T. Tierney, BHLth(Hons), Karena M. Conroy. BsocSci (Hons). Optimal occupancy in the ICU: A literature review. *j.aucc.* 2014; **27**: 77-84.
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** : A31.
17. Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L, Bobb N, De Freitas L, Esdelle-Thomas A *and al.* An evaluation of intinsive care unit resources and utilization in Trinidad. *West Indian Med J.* 2007; **56**: 144-51.
18. L'équipement des salles de réanimation en Afrique : Le minimum vital aujourd'hui [internet]. Disponible sur : <https://web-saraf.net/IMG/pdf/1-equipement-des-salles-de-reanimation-en-afrique-pr-lokossou.pdf>. [consulté le 20 Septembre 2023].