

## LES PATHOLOGIES EN MEDICINE INTERNE : CAS DU BURKINA FASO

### Pathology in internal medicine : those of Burkina Faso

Ouédraogo SM<sup>1</sup>, Djibril MA<sup>2</sup>, IBA BA Josaphat<sup>3</sup>, Kyélem CG<sup>1</sup>, OUILY S<sup>1</sup>, Ouédraogo M<sup>4</sup>, Millogo A<sup>5</sup>, Drabo YJ<sup>6</sup>

<sup>1</sup>:Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou CHU SS, Burkina Faso. <sup>2</sup>: Service médecine interne (unité de réanimation), Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, Togo. <sup>3</sup>: Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire de Libreville CHU-L, Gabon <sup>4</sup>:Service de Pneumo phtisiologie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo CHU-YO, Burkina Faso. <sup>5</sup>: Service de neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou CHU SS, Burkina Faso. <sup>6</sup>: Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo CHU-YO, Burkina Faso.

**Correspondance** : Ouédraogo S Macaire, Agrégé de médecine interne, chef de service de médecine interne au CHU SS, 01 BP 2175 Ouagadougou 01 ou 01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01. mobile : +226 70 22 34 24, Fixe : +226 20 98 40 48. email : [macco72@yahoo.fr](mailto:macco72@yahoo.fr)

### RESUME

L'objectif de notre étude était de déterminer les aspects épidémiologique, diagnostique et évolutif des pathologies prises en charge en hospitalisation dans le service de médecine interne du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2009. **Méthodes** : nous avons mené une étude transversale rétrospective à visée descriptive sur trois ans, à partir de revue de dossiers médicaux de patients admis dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHU SS). **Résultats** : étaient concernés 5362 patients. L'âge moyen était de 43,10 ans  $\pm$  12,2, avec un sex- ratio de 1,16 :1. La majorité de nos patients avaient un faible niveau de vie socio-économique. L'infection par le VIH/SIDA était l'affection la plus fréquente avec un taux d'admission de 24%, suivi des AVC avec 8,6%. Le taux de guérison était de 53,9% et celui de la mortalité globale de 33,3%. Cette mortalité était dominée par maladies infectieuses notamment l'infection par le VIH/SIDA avec un taux de 27,8%. La mortalité précoce était de 37,4% (< 3 jours). **Conclusion** : malgré la transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies cardio-métaboliques dans les pays du sud, l'infection par le VIH constitue toujours la principale pathologie rencontrée dans le service de médecine interne du CHUSS, elle est responsable d'une mortalité élevée. L'accent doit être mis sur le traitement précoce et surtout la communication pour le changement de comportement visant un dépistage précoce du VIH. Ceci permettrait de réduire efficacement la létalité liée au sida en médecine interne **Mots clés** : Médecine interne, Pathologie, Epidémiologie, Diagnostic, Evolutif, Burkina Faso.

### SUMMARY

The objective of our survey was to determining the epidemiological, diagnosis and evolutionary aspects of pathology picking up in the service of internal medicine January 1, 2007 to December 31, 2009. **Materials and methods**: It was a Cross-sectional study retrospective descriptive grant over three years, from review of medical records of patients admitted to the Department of internal medicine of the CHU Souro Sanou (CHU SS). **Results**: Our study concerned 5362 patients. The average age had been 43, 10 $\pm$ 12, 2. The sex ratio had been 1, 16: 1. The majority of our patients had been from low socio-economic level. HIV/AIDS had been the condition the more frequent with the rate of admission of 24%, followed by cerebral vascular accident with 8,6%. Healing rate of 53, 9% and overall mortality of 33, 3%. This mortality had been dominated by infectious and parasitic diseases including HIV/AIDS with a rate of 27, 8% of the overall mortality. Early mortality remains high with a rate of 37, 4%. **Conclusion**: In spite of the epidemiological transition marked by the emergence of the cardio-metabolic diseases in the countries of the South, the infection by the HIV always constitutes the main pathology met in the Department of internal medicine of CHUSS, it is responsible for a high mortality cause of mortality. The accent must be put on the early treatment and especially the communication for the change of behavior aiming at an early screening of the HIV. This would allow to reduce effectively the AIDS-related lethality to internal medicine. **Keywords**: Internal medicine, epidemiology, diagnosis, evolutionary, Burkina Faso

### INTRODUCTION

Le Burkina Faso connaît une situation sanitaire dégradé au regard des indicateurs fournis par la direction des études statistiques et de la planification du pays, et de l'indice de développement humain (IDH) qui classe ce pays 183<sup>ème</sup> sur 186 pays [1]. En effet la morbidité générale de la population était de 15,80% en 1995, pour un taux de mortalité général qui était

estimé à 15,2 pour 1000 [2]. La faible couverture sanitaire, la non disponibilité des médicaments, le bas niveau de soins dispensé, le faible niveau d'instruction de la population et de pouvoir d'achat de la population en général sont autant de facteurs augmentant le taux de morbidité et de mortalité dans les pays d'Afrique subsaharien [3]. Malgré l'émergence des maladies cardio métaboliques que connaît la

plus part des pays africains et dont le Burkina Faso n'est pas en marge, la morbidité et la mortalité par les maladies infectieuses restent préoccupantes. Les travaux de Lengane en 2007 au sein du même département de médecine confirmaient ce constat avec une prédominance de l'infection à VIH [4], qui en fait un problème majeur de santé publique. Dans ce contexte, nous avons voulu à travers cette étude déterminer le profil épidémiologique des pathologies prises en charge dans le département de médecine interne depuis cette période jusqu'en 2009.

### MATERIEL ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale, rétrospective à visée descriptive ayant porté sur la revue systématique des dossiers de tous les patients hospitalisés dans le service de médecine interne au cours de cette période d'étude allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2009.

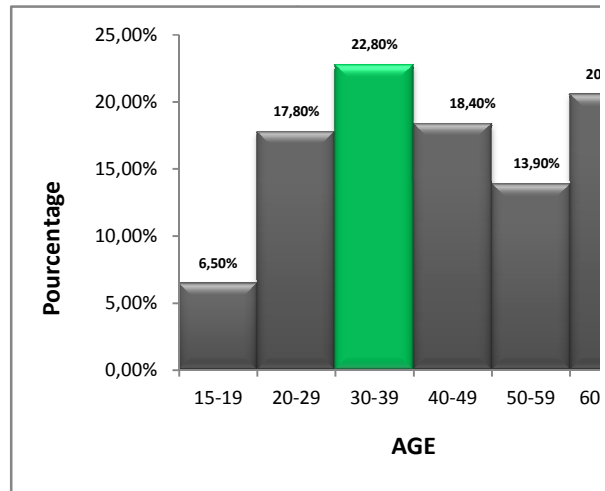
Etaient inclus, les patients d'un âge minimal de 15 ans, indépendamment du sexe admis ou transférés dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHU SS).

Par patient étaient précisés sur un questionnaire retenant comme items : l'âge, le sexe, la profession, la zone de résidence, les modes d'admission, la durée du séjour en milieu hospitalier, le diagnostic retenu (principal et /ou secondaire), l'évolution du patient. Le diagnostic retenu était classé par groupe nosologique selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM 10. Les dossiers médicaux incomplets et non informatifs étaient exclus de l'étude.

La saisie des données a été faite à partir du logiciel Epi-Info.6.4. Ces données ont été analysées à partir du logiciel Epi-Info 2000 et le seuil de significativité retenu était de 0,05.

### RESULTATS

**1. Données générales :** Nous avons enregistré au total 5362 patients. L'âge moyen de nos patients était de 43,1±12,2 ans avec des extrêmes de 15 et 100 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans a représenté 22,8% de nos patients. Les hommes ont représenté 54% contre 46 % de femmes soit un sexe ratio de 1,16 :1. La *figure 1* illustre la distribution des patients selon l'âge



**Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge**

Le niveau socio économique a été renseigné chez 3748 patients et 68,1% (2553/3748) avaient un faible niveau de vie socio économique en dessous du seuil de la pauvreté (<82672FCFA/an soit 183£). L'accès aux soins de santé primaires était difficile chez 44,5% de nos patients.

### 2. Aspects diagnostiques

#### 2.1. Classification des diagnostics principaux selon les grandes entités pathologiques :

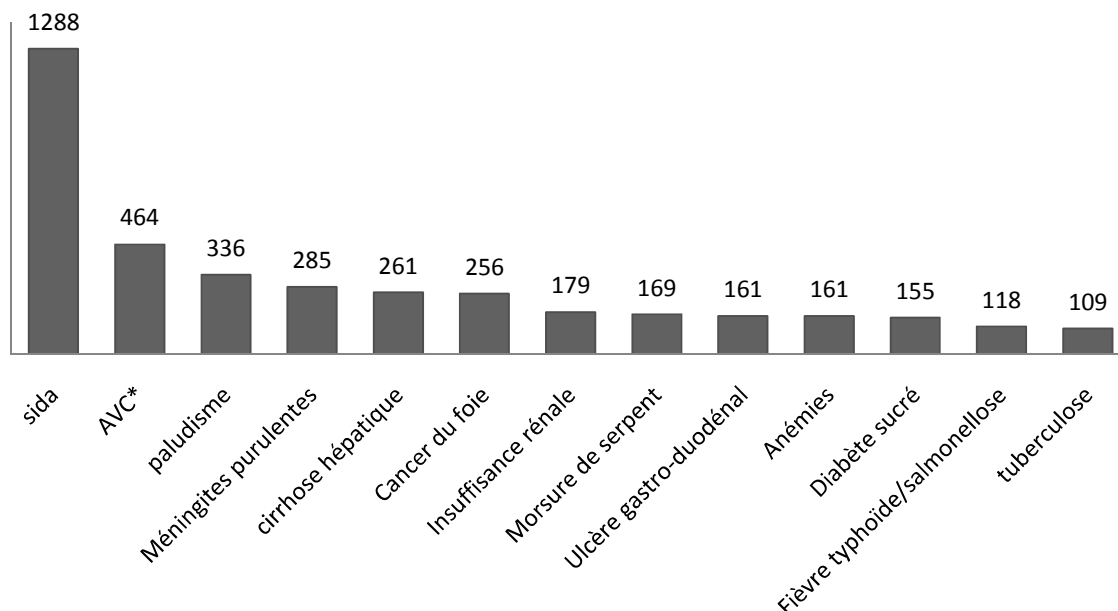
Pour chaque patient admis, un seul diagnostic principal a été retenu. Les affections cardio-métaboliques étaient peu représentées avec des taux respectifs de 3,2% pour les maladies métaboliques et 1,9% pour les affections cardiovasculaires. Les diagnostics principaux selon les grandes entités pathologiques sont représentés dans le *tableau I*.

**Tableau I : Diagnostics principaux selon les grandes entités pathologiques.**

Entités pathologiques	Effectifs	Pourcentages (%)
1-Les maladies infectieuses et parasitaires	1985	37,02
2-Les maladies de l'appareil digestif	1027	19,15
3-Les maladies du système nerveux	969	18,07
4-Les maladies du sang et des organes hématopoïétiques	300	5,59
5-Les maladies de l'appareil uro-génital	287	5,35
6-Les envenimements et les intoxications	188	3,51
7-Les maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	174	3,24

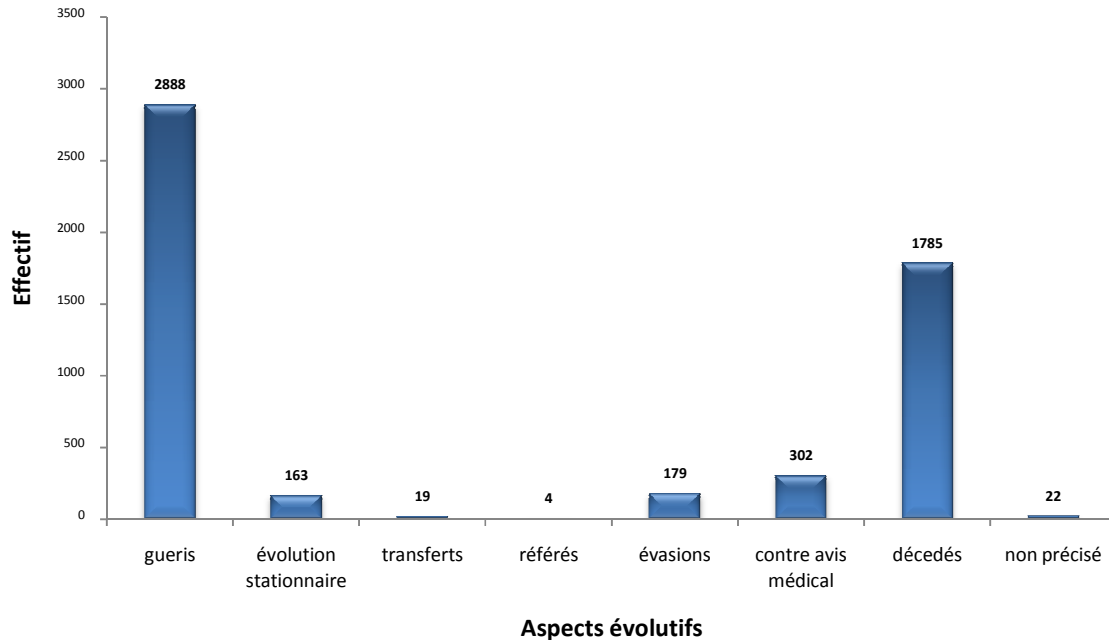
8-Les maladies de l'appareil respiratoire	132	2,46
9-Les maladies de l'appareil circulatoire	105	1,96
10-Les symptômes et les états morbides mal définis	76	1,42
11-Les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	63	1,17
12-Les maladies du muscle et du système ostéo-articulaires	35	0,65
13-Les troubles psychiatriques	21	0,39
<b>Total</b>	<b>5362</b>	<b>100</b>

**1.2. Les principales affections rencontrées dans le service** Les Treize premières affections rencontrées au cours de notre étude par ordre décroissante sont représentées dans la *figure 2*. Elle étaient dominées par le Sida.



**Figure 2 : Répartition des treize affections rencontrées en médecine interne (\* : accident vasculaire cérébral)**

2. **Aspects évolutifs** : La répartition des patients en fonction de l'évolution est rapportée par la *figure 3*



**Figure 3: Répartition des patients en fonction de l'évolution**

### 3.1 Etude de la mortalité

Nous avons noté 1785 cas de décès soit un taux de 33,3% (1785/5362). Parmi les décès, 92,6% étaient admis à partir des consultations d'urgence contre 7,4% à partir des consultations externes. Le taux de mortalité était plus élevé au cours des trois premiers jours d'hospitalisation soit 37,4%. Mais la mortalité générale reste dominée par les maladies infectieuses et parasitaires avec un taux de 38,9% (694/1785). Le sida était la première cause de décès parmi les maladies infectieuses et parasitaires avec une létalité 71,6% (497/694), il était suivi du paludisme grave, des états de septicémies non spécifiés et de la tuberculose pulmonaire avec des taux respectifs de 10,5% (73/694), 7,2% (50/694), 5,6% (39/694). Le *tableau II*, illustre la mortalité spécifique due aux maladies parasitaires et infectieuses.

**Tableau II: Mortalité spécifique due aux maladies infectieuses et parasitaires**

Maladies infectieuses et parasitaires	Nombre de décès	Taux de mortalité spécifique (%)
VIH	497	71,60
Paludisme grave	73	10,52
Septicémies non spécifiées	50	7,20
Tuberculose pulmonaire	39	5,62
Fièvre typhoïdes et salmonelloses	19	2,74
Tétanos	8	1,15
Amibiase intestinale	3	0,43
Cryptococcose neuro-méningée	2	0,29
Fièvre bilieuse hémoglobinurique	1	0,14
<b>Total</b>	<b>694</b>	<b>100</b>

La contribution à la mortalité proportionnelle des différentes entités pathologiques est répertoriée dans le *tableau III*.

**Tableau III : Mortalité proportionnelle des différentes entités pathologiques**

Entités pathologiques	Nombre de décès	Taux de mortalité proportionnel (%)
1-Maladies infectieuses et parasitaires	694	38,88
2- Maladies du système nerveux	368	20,62
3- Maladies de l'appareil digestif	354	18,83
4- Maladies de l'appareil uro-génital	104	5,83
5- Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	69	3,86
6- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	46	2,58
7- Envenimations et intoxications	43	2,41
8-Maladies de l'appareil respiratoire	32	1,79
9- Symptômes et états morbides mal défini	32	1,79
10- Maladies de l'appareil circulatoire	29	1,62
11- Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	8	0,45
12- Maladies du muscle et du système ostéo-articulaire	4	0,22
13- Troubles psychiatriques	2	0,11
<b>Total</b>	<b>1785</b>	<b>100</b>

Les décès liés aux affections du système nerveux central étaient dominés dans 82,8% par les accidents vasculaires cérébraux et les

méningites bactériennes aiguës avec des taux respectifs de 46,2% (170/368) et 36,6% (135/368). Le cancer du foie et la cirrhose hépatique étaient les principales causes de décès des affections de l'appareil digestif avec des taux respectifs de 31,4% (111/357) et 31,1% (110/357). La mortalité spécifique par âge était élevée dans la tranche de 30 à 49 ans.

Le tableau IV illustre la distribution des décès par tranche d'âge.

**Tableau IV : Distribution de la mortalité par tranche d'âge**

Tranche d'âge (ans)	Nombre de patients admis	Nombre de décès	Contribution à la mortalité (%) *	Taux de mortalité
15-19	531	88	4,93	16,57
20-29	953	260	14,56	27,28
30-39	1221	405	22,69	33,17
40-49	985	325	18,21	32,99
50-59	744	285	15,97	38,31
60-69	560	203	11,37	36,25
70-100	549	219	12,27	39,89
<b>Total</b>	<b>5362</b>	<b>1785</b>	<b>100</b>	

\* = Nombre de décès par tranche d'âge divisé par le nombre total de décès

## DISCUSSION

Comme toutes les études transversales à recrutement rétrospectif, un biais d'information serait à signaler lié à la non complétude et le renseignement incomplet des items de cahiers d'observation. Cependant, les données obtenues n'ont pas influencé la qualité des informations que nous rapportons qui méritent d'être discutées et commentées. La prédominance de la tranche d'âge de 15 à 39 (22,8%) avait été partagée par certains auteurs tels que Lengane [4], Essossimna [5] au Burkina Faso. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par la structuration de la pyramide des âges du Burkina Faso qui est à base large c'est-à-dire une prédominance de la population jeune adulte, et d'autre part par le fait que cette étude ait été réalisée en médecine interne qui admet que les patients de 15 ans et plus. Une prédominance masculine (54H/46F) avait été observé en conformité avec Lengane [4] et Somé [6] au

Burkina Faso, Bertrand [3] en Côte-D'ivoire. Quoique peu abordé dans la littérature, cette prédominance masculine au Burkina Faso pourrait s'expliquer par l'exposition des hommes à certains facteurs les rendant plus vulnérables (travaux dans les mines, travaux champêtres, gestion de débit de vente d'alcool). Le faible niveau de vie socio économique de la majorité de nos patients a été mentionné par Soré [7] à Bobo-Dioulasso et Somé [6] à Ouagadougou. En effet le Burkina Faso est un pays en voie de développement où 46,4% de la population vit au dessous du seuil de la pauvreté (<82672FCFA/an soit 183€) justifiant aussi le faible accès aux soins de santé primaire par nos patients (44,5%) ; qui pour la plus part sont conduits directement au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire sans gravir les différents échelons [8]. Ce constat serait un justificatif de la prédominance des patients hospitalisés avec un bas niveau socio économique.

Parmi les pathologies prises en charge en médecine interne, occupaient au premier rang les maladies infectieuses et parasitaires avec 37,1% des admissions. Cette prédominance des maladies infectieuses et parasitaires est partagée par Lengane [4] qui rapportait un taux de 36,8% à travers ses travaux réalisés de 2005 à 2007 dans le même service. Ailleurs ZANNOU [9] à Cotonou a mentionné un taux d'admission de 60,5% dans le service de médecine interne pour ce groupe nosologique. Cette fréquence particulièrement importante des maladies infectieuses et parasitaires est conforme aux caractéristiques de la morbidité des pays d'Afrique subsahariens, dont le Burkina Faso n'est pas en marge. Cependant ceci semble contraster avec la transition épidémiologique marquée par l'émergence de plus en plus importante des maladies cardio-métaboliques dans les pays du sud rapporté par les rapports du ministère de la santé de certains pays depuis la fin des années 2000[10]. Le sida occupait le 1<sup>er</sup> rang dans cette entité pathologique et a été le premier motif d'hospitalisation en médecine interne. En dépit des multiples campagnes sensibilisatrices visant à rompre la chaîne de transmission, le sida reste encore une préoccupation des systèmes de santé des pays du sud [8]. Il influence fortement la fréquence des maladies infectieuses et parasitaires bouleversant ainsi les indicateurs de santé [11]. Ainsi, un renforcement des programmes de communication pour le changement de comportement en matière d'infection sexuellement transmissible et particulièrement le sida, la forte implication du monde associatif dans les programmes éducatifs et l'incitation au dépistage précoce sont autant de facteurs

préventifs pouvant contribuer efficacement à la réduction de la létalité liée au sida en médecine interne

Le taux de mortalité était plus élevé au cours des trois premiers jours d'hospitalisation soit 37,4%, cette forte mortalité précoce est rapportée par de nombreux auteurs africains, c'est le cas des travaux de Hountondji à Cotonou [12], de Lengane à Bobo-Dioulasso[4], de Diarra à Bamako au Mali [13] qui avaient retrouvé des taux respectifs de 46,7%, 45,5%, 27,1%.

Cette situation est le reflet de l'absence d'urgentiste, de l'absence d'unité de réanimation aux urgences, de la difficulté de transfert des patients en réanimation, et le transfert tardif des malades dans le service de médecine interne.

Ce qui soulève l'intérêt de doter les services des urgences médicales et le service de médecine interne d'une petite unité fonctionnelle de réanimation ce qui permettrait la prise en charge précoce des cas critiques et réduirait ainsi cette mortalité.

Parmi les maladies infectieuses et parasitaires, le sida était été la première cause de décès avec un taux de 71,6%. En effet à la période de recrutement de nos patients (2007-2009), la politique de gratuité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH n'était pas encore effective. Ce constat a été rapporté par plusieurs auteurs en Afrique subsaharienne au cours cette période, où celle d'avant 2007 [4, 6, 9]. Ce constat est également corroboré par l'OMS qui rapporte que deux adultes sur trois décèdent des suites d'une maladie infectieuse en Afrique [14] et cette fréquence est fortement influencée par l'infection VIH/SIDA [11].

La majorité des patients hospitalisés dans le service pour infection à VIH présentaient de nombreuses affections opportunistes témoignant ainsi d'une immunodépression sévère. Ces affections n'étant plus rapportées de nos jours du fait de la vulgarisation du traitement ARV, pourrait justifier en partie cette forte létalité au cours de l'infection par le VIH durant la période 2007 à 2009. La promotion d'un dépistage précoce suivi d'une prise en charge efficace permettrait de réduire cette létalité.

Les décès liés aux affections du système nerveux central étaient dominés dans 82,8% par les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les méningites bactériennes aiguës. Le Burkina Faso de par sa position au cœur de la ceinture méningitique de l'aire sahélo-saharienne où sévissent de façon récurrente les épidémies de méningites bactériennes aiguës (MBA) très meurtrières pourrait être une explication à cette forte mortalité liée aux MBA [15].

Aussi la forte létalité associée aux AVC parmi les affections du système nerveux central avait été

signalée par lengane [4], la modestie du plateau technique, la difficulté de réaliser la tomodensitométrie, les entraves au transfert des AVC hémorragiques en réanimation sont autant de contraintes qui pourraient expliquer cette forte mortalité.

Le cancer du foie et la cirrhose hépatique étaient les principales causes de décès des affections de l'appareil digestif avec des taux respectifs de 31,4% (111/357) et 31,1% (110/357). Quoique peu renseigné sur le plan étiologique du fait du caractère rétrospectif de notre travail, les travaux de kyélem dans le même service en 2011 rapportaient une forte prévalence du portage chronique du virus de l'hépatite B (65,5%) chez les patients hospitalisés pour cancer primitif du foie [16]. Ce constat suscite encore une fois l'intérêt du renforcement du dépistage et de la vaccination contre l'hépatite B dans les pays du Sud.

## CONCLUSION

Le service de médecine interne du CHUSS de Bobo-Dioulasso se distingue par la diversité des pathologies prises en charge. Malgré la transition épidémiologique marquée par l'émergence des maladies cardio-métaboliques dans les pays du sud, les maladies infectieuses et parasitaires constituent une préoccupation en médecine interne au Burkina Faso. Ces maladies infectieuses et parasitaires sont dominées par le sida, les méningites bactériennes aiguës et le paludisme grave. La majorité de nos patients était jeune avec un âge compris entre 15 et 39 ans. Le taux de mortalité était plus élevé au cours des trois premiers jours d'hospitalisation. Les trois affections/infections les plus létales étaient le sida, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer primitif du foie. Il a été constaté une rareté des maladies systémiques auto-immunes.

Un renforcement des programmes de communication pour le changement de comportement concernant les infections sexuellement transmissibles, particulièrement le sida permettrait la réduction de la létalité liée au sida pour laquelle le service de médecine interne au CHU Sourou Sanou paie un lourd tribut.

## REFERENCES

- 1- DEP. Service de l'information médicale et statistique sanitaire. Rapport d'activité hospitalière. Ouagadougou 89- 92.
- 2- Ministère de santé (Burkina Faso). Plan national de développement sanitaire 2001-2010.
- 3- Bertrand Ed, Le Bras M, Renambot J. Mortalité et morbidité hospitalières en 1974 d'un service de médecine interne à Abidjan. Med Afr Noire 1978; 25: 319-25
- 4- Lengane D. Morbidité et mortalité en hospitalisation dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier universitaire Sourou Sanou. Thèse de Médecine N°40. UFR/SDS. Ouagadougou 2007 : 88p.
- 5- Essossimna B E. Morbidité et mortalité dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHUYO de Ouagadougou de janvier 1998 à décembre 2002. Thèse de médecine N° 65. UFR/SDS. Ouagadougou 2002 : 73p.
- 6- Somé M L. Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du CHN de Ouagadougou de janvier 1990 à Décembre 1993. Thèse de médecine N°11. UFR/SDS. Ouagadougou 1994 : 81p.
- 7- Soré I. Mortalité dans les services d'hospitalisation du département de médecine et spécialités médicales du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2009 au CHUSS de Bobo Dioulasso. Thèse de médecine N° 44 . UFR/SDS. Ouagadougou 2011 :101p
- 8- INSD. Annuaire Statistique, Ouagadougou 2008.
- 9- Zannou D M, Houngré F, Ade G et coll. Morbidité et mortalité en hospitalisation de médecine interne au CHU Hubert K Maga de Cotonou 2002-2003. Med Afr Noire 2009 ; 56 : 609-14.
- 10- Ministère de la santé (Burkina Faso) in document de politique sanitaire nationale 2001-2010. 64p
- 11- OMS. [www.who-int/Mediacentre](http://www.who-int/Mediacentre). (consulté le 11 mars 2011).
- 12- Hountondji A, Taton A M, Monteiro B et coll. Mortalité dans les quarante huit premières heures d'hospitalisation dans le service de médecine interne du CHNU de Cotonou. Med Afr Noire 1988 ; 35 : 726-31
- 13- Diarra M, Konaté A, Dembelé A et coll. Evaluation des hospitalisations dans un service de médecine : cas du service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital GARBIEL TOURE. Mali Med 2006 ; 12 : 143-6.
- 14- OMS. Statistique mondiale. Espérance de vie. 2009
- 15- TM Yaméogo, CG Kyelem, GEA Poda et coll. Epidémie de méningite : évaluation de la surveillance et du traitement des cas dans les formations sanitaires d'un district du Burkina Faso. Bull.Soc.Pathol.Exot.2011 ; 104 :68-73.
- 16- Kyelem CG, Sawadogo A, Yaméogo TM. Le cancer primitif du foie au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso : aspects épidémiologiques, diagnostiques et évolutifs. Carcinom Clin Afrique 2011 ; 10: 54-8.