

LES ETIOLOGIES DE LA MORTALITE DANS LE SERVICE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE MEDECINE INTERNE AU CHU SINO-CENTRAFRICAIN DE L'AMITIE.

Etiologies of mortality in the hepato-gastroenterology and internal medicine department at the Sino-Central African Friendship University Hospital.

O Youssouf¹, JM Bambe Ouati², SM Camengo Police³.

¹Service de médecine interne, Centre hospitalo-universitaire communautaire de Bangui ; ²Service d'Hépatogastroentérologie et de médecine interne, Centre hospitalo-universitaire sino-centrafricain amitié de Bangui ; ³Complexe pédiatrique de Bangui.

Auteur correspondant : Oumarou YOUSOUF, Centre hospitalo-universitaire communautaire de Bangui B.P : Bangui RCA Tél (+236)75098035. Mail : yyoussouff@yahoo.fr

RESUME

Objectif : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés dans le service. **Patients et méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2020. Nous avons inclus les patients des deux sexes hospitalisés et décédés dans le service dont la cause de décès était connue. **Résultats** : Pendant la période d'étude, 1324 malades étaient hospitalisés, parmi lesquels 279 sont décédés (21,07%), sur les 279 cas de décès, 222 étaient inclus dans l'étude. Les signes cliniques étaient : l'altération de l'état général (95 %), l'ascite (61,7%), l'hépatomégalie (57,6%), l'ictère (44,9%). Les diagnostics les plus fréquents retenus chez nos patients étaient : la cirrhose (39,6%), le cancer primitif du foie (30,6%), l'infection à VIH (11,4%), le cancer du pancréas (6,8%). Les causes de décès étaient par ordre de fréquence : l'encéphalopathie hépatique (22,5 %), le cancer primitif du foie au stade terminal (20,3%), l'infection de liquide d'ascite (16,2%), le choc hypovolémique (14,9%). **Conclusion** : Les patients décédés présentaient une hépatopathie chronique avec une altération importante de l'état général. Ces cas de décès sont liés aux complications infectieuses et métaboliques. Une amélioration de plateau technique est indispensable. **Mots clés** : Bangui, étiologies, gastroentérologie, médecine interne, mortalité.

ABSTRACT

Objective : to contribute to improving the care of patients hospitalized in the department. **Patients and methods**: This was a cross-sectional study from January 1, 2018 to December 31, 2020. We included patients of both sexes hospitalized and who died in the department whose cause of death was known. **Results**: During the study period, 1324 patients were hospitalized, of whom 279 died (21.07%). Of the 279 cases of death, 222 were included in the study. The clinical signs were: deterioration in general condition (95%), ascites (61.7%), hepatomegaly (57.6%), jaundice (44.9%). The most frequent diagnoses retained in our patients were: cirrhosis (39.6%), primary liver cancer (30.6%), HIV infection (11.4%), pancreatic cancer (6.8%). Causes of death were in order of frequency: hepatic encephalopathy (22.5%), primary end-stage liver cancer (20.3%), ascites fluid infection (16.2%), hypovolemic shock (14.9%). **Conclusion**: The deceased patients had chronic liver disease with a significant deterioration in general condition. Deaths are due to infectious and metabolic complications. An improvement of the technical platform is essential. **Keywords**: Bangui, etiologies, gastroenterology, internal medicine, mortality.

INTRODUCTION

La mortalité hospitalière est un indicateur de la qualité des soins qui permet l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés [1]. Les pays en développement sont confrontés à de nombreuses difficultés dans le domaine de la santé [2]. 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 [3].

Ainsi, l'étude sur la mortalité dans un service d'hospitalisation permet un contrôle et une révision des mesures thérapeutiques [4].

En Afrique subsaharienne, le taux de mortalité dans les services de

Gastroentérologie était 16.7% à Brazzaville [4] et de 14.8% à LOME [5].

La République centrafricaine reste l'un des pays à forte mortalité avec une incidence de vingt virgule un pour mille habitants, selon le recensement général de la population et de l'Habitat 2003 (RGPH 2003). L'Espérance de vie est de 40 ans chez l'homme et 45,7 ans chez la femme (MICS6-RCA) [6]. Chez les personnes de 15 à 60 ans, l'incidence de la mortalité est de 45,6/1000 habitants. En 2016, le taux de mortalité hospitalière s'élevait à 21,25% [7].

La prise en charge adéquate des patients souffre non seulement d'une insuffisance du plateau technique mais aussi de l'insuffisance de moyen financier des malades.

C'est ainsi que nous avons mené cette étude afin de déterminer et d'améliorer la prise en charge des patients dans le service.

MATERIELS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale d'une durée de trois ans, allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020, étaient inclus tous les dossiers des patients hospitalisés et décédés dans le service dont la cause de décès est connue.

Les données étaient collectées à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle préétablie. Les informations étaient recueillies dans le registre d'hospitalisation et les dossiers des patients. La saisie et l'analyse des données étaient faites à l'aide du logiciel Epi-info 8 et le Microsoft Word 2013. L'étude était menée dans le strict respect de la confidentialité

RESULTATS

Tableau I : répartition selon les diagnostics.

Diagnostic	Effectif	%
Cirrhose décompensée	88	39,64
CHC	68	30,63
Infection à VIH	25	11,40
Cancer du pancréas	15	6,76
Tuberculose péritonéale	15	6,76
Carcinome péritonéale	13	5,86
MUGD	12	5,41
Œsophagite caustique	5	2,25
Gastrite caustique	4	1,80
Diabète type 2	4	1,80
Hépatite aiguë médicamenteuse	3	1,35
Leucémie lymphoïde chronique	3	1,35
Cancer secondaire du foie	2	0,90
Cancer de l'œsophage	2	0,90
Cancer du rectum	2	0,90
Abcès bactérien du foie	2	0,90

La cirrhose du foie est le principal diagnostic avec 88 décès soit 39.6% suivi du cancer primitif du foie 68 décès 30.6%

On pouvait avoir plus de deux diagnostics chez un même patient.

Tableau II : répartition selon le sexe, le mode de décompensation et étiologies de la cirrhose.

Item	Effectif	Fréquence
Sexe		
Masculin	58	65,91
Féminin	30	34,09
Total	88	100,00
Type de décompensation		
Ictéro-oedemato-ascitique	74	84,09
hémorragique	14	15,91
Total	88	100,00
Etiologies de la cirrhose		
VHB	47	53,41
VHB ET VHD	8	9,09
Indéterminée	13	14,77
Alcool	11	12,50
VHC	9	10,23
Total	88	100,00

Tableau III : Répartition selon le sexe et les étiologies de CHC.

item	Effectif	Fréquence
sexe		
Masculin	54	79,41
Féminin	14	20,59
Total	68	100,00
Etiologies		
VHB	34	50,00
VHC	18	26,47

Alcool	10	14,71
Indéterminées	6	8,82
Total	68	100,00

Les différentes pathologies digestives sont présentées en groupe dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : répartition selon le groupe des pathologies.

Pathologies	Effectif	Fréquence
Pathologie hépatique	163	73,42
Pathologie péritonéale	28	12,61
Maladie infectieuse	25	11,26
Pathologie œsogastroduodénale	23	10,36
Pathologie pancréatique	19	8,56
Hématologie	3	1,40
Pathologie rectale	2	0,90

La localisation digestive de la maladie était parfois associée chez un même patient.

Tableau V : répartition selon les causes de décès.

Cause de décès	Effectif	Fréquence
Encéphalopathie hépatique	50	22,50
Cancer primitif au stade terminal	45	20,30
Infection de liquide d'ascite	36	16,20
Choc hypovolémique	33	14,90
Cirrhose au stade terminal	17	7,70
Syndrome de détresse respiratoire	16	7,20
Insuffisance rénale terminale	14	6,30
Syndrome hépatorénal	11	4,90

DISCUSSION

En étudiant les diagnostics dans notre étude, nous avons remarqué que les pathologies rencontrées étaient dominées par les affections digestives 85,59%, le reste était constitué de maladies infectieuses (VIH et Tuberculose), les maladies chroniques ou du système endocrinien. Ce constat pourrait être jugé pour le fait que le service soit le seul service de référence des pathologies digestives de tout le pays. Cette donnée se rapproche de celle de Bagny *et al* [7] qui avait rapporté 43% des hépatopathie chroniques, Ahoui Pendi *et al* [8] qui avait rapporté 45,8% des décès de cause hépatique, de même qu'une étude dans un service de gastroentérologie en Russie avait trouvé 70% comme cause de décès [9]. Par contre plusieurs auteurs dans la sous-région ont rapporté que les maladies infectieuses dont le VIH étaient les premières causes de décès [4,10,11,12,13,14]. Dans une étude réalisée par l'OMS en 1993 sur le profil de la morbidité et de la mortalité, ces mêmes groupes de pathologies avaient été recensés au premier plan dans les pays en développement, le bas niveau socio-économique jouerait un rôle très important dans la survenue de ces groupes de pathologies. Certaines études réalisées en Europe dans les services de médecine interne, la mortalité était beaucoup plus liée aux maladies cardiocirculatoire, pulmonaire et Neurologique [15].

La cirrhose était la pathologie entraînant plus de décès dans notre série avec 39,6%. La cause la plus fréquente de la cirrhose était l'hépatite B (53,40%). Les hommes étaient les plus touchés. Le virus de l'hépatite B est la première étiologie de cirrhose dans nos milieux comme l'avait rapporté Camengo Police *et al* [16] qui avaient trouvé 62,5% du VHB et 17,9% de cause liée à l'alcool. Ouavene *et al* avait rapporté 54,5% d'hépatite B comme cause de cirrhose [17]. BAGNY A *et al* avait également observé la cirrhose comme première cause de décès dans 6,6% des cas suivie de la CHC dans 4,7% [7], la fréquence élevée de VHB comme cause de cirrhose dans notre étude peut s'expliquer par le fait que notre pays se situe dans la zone de forte endémicité pour le VHB. En Europe, la première cause virale de la cirrhose était le VHC [18,19,20].

Dans les séries européennes l'étiologie de la cirrhose était l'alcoolisme chronique [8]. Par contre les cirrhoses et les affections tumorales viennent après l'infection au VIH dans une étude sur l'audit de décès réalisé par Atipo-IBbara *et al* à Brazzaville [4].

La cirrhose était décompensée selon le mode ictéro-oedemato-ascitique chez 74 patients (84,09%) ce qui est similaire aux données d'autres auteurs [21,18,22] qui avaient rapporté respectivement 74,9%, 64,7%, 96,50%.

Le CHC était le deuxième diagnostic le plus retrouvé avec 68 cas de décès (30,6%) et

l'étiologie était dominé par le virus de l'hépatite B et C. Diarra *et al* avait rapporté qu'il secondait le VIH et représentait 7,83% devant la cirrhose [11]. Il venait au quatrième rang des affections hépatiques (14,3 %) après les hépatites virales (30,9 %), les abcès du foie (27,3 %) et les cirrhoses (22,4 %) [13]. Dans les pays occidentaux, le CHC se développe dans près de 90 % des cas sur un foie cirrhotique. Le taux annuel du CHC chez les malades cirrhotiques était de 3 à 7 %, quelle que soit l'étiologie de la cirrhose [23,24,25].

Nos résultats seraient la conséquence de la précarité de notre population d'étude qui pour des raisons financières ou des croyances a consulté tardivement ou s'est tourné vers les tradithérapeutes et les marabouts avant d'arriver à l'hôpital. [26]

Le VIH était le troisième diagnostic le plus retrouvé (11,6%). Pour Atipo-Ibara *et al* à Brazzaville [4], le VIH était le premier diagnostic retrouvé malgré que l'étude fût réalisée dans un service de Gastroentérologie. Ce qui peut s'expliquer par une diminution de l'incidence du VIH ou la maîtrise de l'infection dont la létalité serait en chute.

Les maladies chroniques du foie en particulier la cirrhose et le carcinome hépatocellulaires qui représentaient à eux seule 70,2% des causes de décès étaient de très mauvais pronostics, car non seulement, ils étaient vus tardivement mais les moyens thérapeutiques dont nous disposons étaient très limités. Dans le CHC et la cirrhose au stade terminale, une transplantation hépatique serait nécessaire malheureusement notre service ne dispose pas de moyens qu'il faut pour la réaliser.

La principale cause de décès dans notre série était l'encéphalopathie hépatique (22,5%), le cancer du foie au stade terminal (20.3%), les infections de liquide d'ascite (16.2%) et le choc hypovolémique (14.9%).

Dans les travaux de Atipo-Ibara *et al*, l'encéphalopathie hépatique était la cause de décès dans 30% des cas [4]. Tandis que pour Bagny A *et al* les décès étaient dus à l'IHC dans 74% et l'hémorragie digestive dans 10,3% [7]. Pour Diarra *et al*, les décès étaient dus au CHC (33%), l'hémorragie digestive (27,3%), l'encéphalopathie hépatique (15,2%) [11]. Certaines de ces causes devraient entraîner peu de décès car curables, donc évitables. Ces décès pourraient s'expliquer par le stade évolutif (tardif) des affections à l'admission, les difficultés matérielles et financières, le manque d'équipe d'accompagnement au décès. Toutes les charges d'hospitalisation et de soins sont supportées financièrement par le malade et sa famille.

Les décès évitables représentent plus du 1/3 des cas. La responsabilité était imputée, d'une part au patient qui, soit s'est présenté tardivement à l'hôpital, soit a eu des problèmes financiers, et d'autres part à la structure des

soins qui assistait impuissamment au décès du malade parce qu'elle ne dispose pas de moyens nécessaires à sa prise en charge.

CONCLUSION

Cette étude a permis de constater que les hépatopathies chroniques en tête des quelles la cirrhose post hépatique B et le cancer primitif du foie sont les principales étiologies des décès. Un programme de vaccination obligatoire contre l'hépatite B serait salutaire.

REFERENCES

1. **Briongos-Figuero LS, Hernanz-Roman L, Pineda-Alonso M, Vega-Tejedor G, Gomez-Traveso T, Sanudo-Garcia S, Duenas-Leita A, Perez-Castrillon JL.** In hospital mortality due to infectious disease in an Internal Medicine Department. *Epidemiology and risk factors. European Review for Medical and Pharmacological sciences* 2015;19(4):567-72.
2. **Rapport OMD 2012.** Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/fr/ .p6(consulter le 7 Novembre 2021)
3. **Drabo YJ, Some ML, Kabore J, Sawadogo S, Lengani A, Traore R, Ouedraogo.** Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du centre hospitalier national de Ouagadougou sur 4ans. *Med Afr Noire* 1996;43 (12):657-659.
4. **Atipo-Ibara BI, Service G, Gassaye Deby, Okoua M, Ngoma-Nkadoulou PH, Ibara JR, Itoua Ngaporo A.** Intérêt de l'audit des décès dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne du CHU de Brazzaville. *Med Afr Noire* 2010;11(5):7-13.
5. **OMS,** Statistiques sanitaires mondiales. Genève 2014. [Apps.who.int/iris/](http://apps.who.int/iris/) . p6 (consulter le 10 Novembre 2021)
6. **Defosse G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony, Delafosse P, Molinié F, Woronoff A, Bouvier A, Bossard N, Remontet L, Monnereau A.** Estimations nationales de l'incidence de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. *Santé publique France* 2019;372:27-134.
7. **Bagny A, Bouglouga O, Lawson-Ananissoh LM, El Hadji YR, Kaaga LY, Redah D.** morbidité et mortalité dans un service d'hépatogastroentérologie en milieu tropical. *European Scientific Journal* 2016;12(30):200-208
8. **Ahoui Apendi CP, Mimiesse Monamou J, MONGO-ONKOUO A, Itoua-Ngaporo N, Ngami R, Ngalessami Mouakosso M, Adoua S, Deby Gassaye D, Atipo-Ibara B, Ibara JR..** mortalité liée aux hépatites virales B et C dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne du CHU de Brazzaville. *Annale des sciences de la santé.* 2019;19(1):85-93.

9. **Korochanskaya NV, Durlshter VM, Kovalevskaya OV, Serikova SN, Popandopulo KI.** Indicators of morbidity and mortality from diseases of the digestive system in the Krasnodar Krai and the quality of medical care for gastroenterological patients. Russian journal of gastroenterology 2019; 29(4): 30-37.
10. **Zannou DM, Hougbe F, Ade G, Agoussou M, Azon-Kouanou A.** morbidité et mortalité en hospitalisation de médecine interne au centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga de Cotonou 2002-2003. Med Afr Noire 2009;56(12):609-14.
11. **Diarra M, Konate A, Demble Doumbia A, Kalle A, Maiga MY.** Evaluation of hospitalizations in the gastroenterology service of GABRIEL TOURE Hospital MALI. Mali Médical 2006;21(3):28-31.
12. **Dovounou CA, Zountcheme EU, Adoukonou T, Zannou DM, Hougbe F, AKPONA S.** Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du centre hospitalier départemental du Borgou sur une période de trois ans (2009-2011). Médecine d'Afrique Noire 2014; 61(2):111-18.
13. **Agbodande KA, Zannou DM, Wanvoegbe FA, Kouanou-Azon A, Zomalhet Z, Kossou AR, Ahouada C, Ade G, Hounbg F.** Morbidité et mortalité en médecine interne dans un hôpital de première référence du sud de Benin 2012-2013. Med Afr Noire 2015;62(10):475-482.
14. **Lawson-Ananissah LM, Bouglouga O, Bagny A, El Hadji Yakoubou R, Sewu KE, Kaaga L, Redah D.** Facteurs associées au décès des patients séropositifs au virus de l'immunodéficience humaine hospitalisés dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Campus de Lomé. Médecine et Santéropicale 2018 28(3):302-6.
15. **Tapper EB, Leffler DA.** The morbidity and mortality conference in gastroenterology and hepatology: An important cornerstone of patient safety and optimal Care. Gastroenterology 2016;150(1): 19-23.
16. **Camengo Police SM, Koffi B, Boua-Akelelo N, Mbeko Simaleko M, Mossoro Kpinde D, Longo JDD, Diemer H, Kanzila Tangbanda M, Molowa kobendo JR.** les complications de la cirrhose à l'hôpital Universitaire de l'Amitié de Bangui. Med Afr Noire 2014; 61(11):537-542.
17. **Ouavene JO, Koffi B, Mobima T, Bekondji C, Massengue A, Kossi Guenebem A.** Cirrhose du foie à l'hôpital de l'Amitié de Bangui; aspect épidémiologique, cliniques, échographiques et problèmes de diagnostic. Journal Africain d'Imagerie Médicale 2013;5:1-12.
18. **Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie.** Hépatogastro-entérologie chirurgie digestive 3ème édition. ELSEVIER MASSON 2015;438:1-381.
19. **Haute autorité de santé.** Guide ALD 6 [cirrhosis]. HAS 2016. www.has-santé.fr (consulté le 24 avril 2022).
20. **Rayego Rodriguez J, Rodriguez-Vidigal FF, Mayoral Martin L, Alvarez-Oliva A, Najarro Diez F.** Mortalidad hospitalaria en el servicio de Medicina Interna de un hospital de primer nivel. An Med Interna. 2006 Sep; 23(9):406-10.
21. **Lebrun. E.** Mesure de l'état de santé de la population In: Santé publique. La collection Hippocrates. 2005. www.remede.org (consulté le 18 janvier 2022)
22. **Ministère de la santé publique et de la population.** Plan national de développement sanitaire RCA 2006-2015. www.prb.org (consulté le 20 décembre 2021).
23. **Mbendi Charles N, Aliocha Nkodia, Jean Claude B. Zingondo, Manangama CN, Taty PL, Ngoma JA, Lusakumunu TK, Mabidi GM, Nyembo SB, Kabangu JMM, Katumwa SB, Mbunzu PM, Bualuti CM, Sébastien N, Mbendi N.** Aspects épidémiologique et évolutif de la Cirrhose du foie à Kinshasa: Etude Multicentrique. Annals of African Medicine 2018;11(2):2814-2822.
24. **Yassibanda S, Koffi B, Yangue N C, Senekian VP, Camengo- Police SM, Boua N, Service G.** Les hépatomegalies à l'hôpital de l'Amitié de Bangui. Mali medical 2004;19(3-4):1-7.
25. **Ibara JR, Ossendza RA, Okouo M, Gassaye D, Ngoma Ph, Manibouana, Itoua Ngaporo A.** Les cancers primitifs du foie au Congo étude hospitalière de 558 cas. Med Afr Noire 1999 ;46 (8/9) :394-397.
26. **Camengo Police SM, Guerendo P, Service G, Elowa B, Adouaka G, Mofini E, Yangba Kalebanga AT, Boua-Akelelo NP, Bessanguem B, Molowa Kobendo JR.** Therapeutic Route of Patients with Cirrhosis in Bangui. Open Journal of Gastroenterology 2020;10(4): p88-96.