



Article original

Aspects épidémioclinique et évolutif des patients admis en salle d'accueil d'urgences vitales à l'hôpital du Mali à propos de 85 cas, Mali

Epidemioclinical and evolutionary aspects of patients in the vital emergency reception room at the hospital in Mali in relation to 85 cases, Mali

K Tembiné^{*1}, MAC Cissé¹, N Diani¹, THM Coulibaly¹, A Sidibé¹, A Dramé¹, B Diallo⁶, K Sangho¹, S Sidibé⁵, O Diallo⁴, M Dama⁴, O Coulibaly⁴, D Sissoko⁴, I Maiga², M Konaté⁴, A Ombotimbé², M ouattara², M Traoré², C Sogodogo⁸, M I Mangané⁷, TH M Diop⁷, H Dicko⁶, SA Beye⁶, AH Almeimoune⁷, M Coulibaly¹⁰, K Diombana¹, D Sylla⁹, AS Dembelé⁸, S Togo², S Yena², MD Diango⁷, Y Coulibaly⁶

Résumé

Une urgence vitale est une détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque, c'est une situation où la vie du patient est en danger si aucun soin rapide n'est fait.

L'objectif était d'étudier le profil épidémioclinique des patients en salle d'accueil des urgences vitales dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali et de déterminer l'évolution des patients.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1er janvier au 31 juillet 2019 portant sur tous les cas d'urgences vitales admises au service d'accueil des urgences (SAU). Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et l'évolution. Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle, la saisie a été faite sur world 2016 et analysées avec SPSS version 2.0 et Chi2 a été utilisé comme test statistique avec un taux significatif si $P < 0.05$.

Résultat : Sur une période de 6 mois, 3811 patients avaient consulté au SAU en urgence, 400 patients ont été mis en observations pour 24 à 48 heures.

Nous avons colligé 85 cas d'urgences vitales soit une fréquence de 2,2%. L'âge moyen était de $38,78 \pm 22,6$ ans, avec des extrêmes entre 8 mois et 90 ans, la tranche d'âge de [15 -44 ans] était la plus représentée avec 40 cas (47,1%). Le sex-ratio était de 0,4 en faveur des hommes (60 hommes contre 25 femmes). Les ménagères étaient les plus représentées avec 18 cas (21,2%). Les patients provenaient du centre-ville dans 44 cas (51,8 %) cas, des autres régions dans 41 cas (48,2 %). Les patients ont été amenés par l'ambulance dans 41 cas (48,2%), par le transport en commun dans 31(36,5%) et dans 13 cas (15,3%) par des voitures personnelles.

Les urgences médicales étaient les plus fréquentes avec 44 cas (51,8 %) et les urgences chirurgicales représentaient 41 (48,2%). L'évolution était favorable chez 56 patients (65,9%). La mortalité était de 34,1% (29 décès).

Conclusion : Des efforts doivent être faits afin d'améliorer le transport des urgences vitales.

Mots-clés : Urgence vitale, service d'accueil des urgences, accidents vasculaire cérébral.

Abstract

A life-threatening emergency is distress that can lead to cardiac arrest at any time, it is a situation where the patient's life is in danger if no prompt treatment is given. The objective was to describe the epidemiological-clinical profile of patients in the vital emergency room in the emergency reception service of the hospital in Mali in order to determine the evolution of patients.

Methodology: This is a prospective study from January 1 to July 31, 2019 covering all cases of life-threatening emergencies admitted to the emergency reception service. The variables studied were socio-demographic, epidemiological, clinical data and course. The data were collected on individual survey forms, the entry was made on world 2016 and analyzed with SPSS version 2.0 and the chi-square was used as a statistical test with a significant rate if $P < 0.05$.

Result: Over a period of 6 months, 3811 patients had consulted the UAS urgently, 400 patients were observed for 24 to 48 hours.

We collected 85 cases of life-threatening emergencies, for a frequency of 2.2%. The mean age was 38, 78 ± 22.6 years, with extremes between 8 months and 90 years, the age group of [15 -44 years] was the most represented with 40 cases (47.1%). The sex ratio was 0.4 in favor of men (60 men versus 25 women). Housewives were the most represented with 18 cases (21.2%). The patients came from the city center in 44 cases (51.8%), from other regions in 41 cases (48.2%). Patients were brought by ambulance in 41 cases (48.2%), by public transport in 31 (36.5%) and in 13 cases (15.3%) by personal cars.

Medical emergencies were the most frequent with 44 cases (51.8%) and surgical emergencies accounted for 41 (48.2%). The outcome was favorable in 56 patients (65.9%). Mortality was 34.1% (29 deaths).

Conclusion: Efforts must be made to improve transport to life-saving emergencies.

Keywords: Vital emergency, emergency reception service, stroke.

Introduction

Une urgence vitale est la survenue d'une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique mettant en jeu le pronostic vital rapidement si aucun soin rapide n'est fait [1]. Les urgences vitales surviennent le plus souvent dans un contexte socio-économique défavorable en Afrique, ce qui pose de réels problèmes de prises en charge [2]. Dans les pays développés, notamment en France, la prise en charge des urgences commence en pré hospitalier par le SAMU (service d'aide médicale d'urgence) qui est une structure de régulation médicale qui centralise les appels d'urgence et les oriente vers les structures de soins les mieux adaptées en fonction de la pathologie [3].

En France, Passebon notait comme urgence vitale 11% des admissions au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers en 2015 [3]

Au Mali, l'absence de la médecine pré hospitalière, l'insuffisance du système de tiers payant (assurances maladie), le sous équipement des services d'urgences et de réanimation et l'insuffisance du personnel médical qualifié rendent difficile la gestion des urgences vitales dans nos contextes.

Depuis l'ouverture du service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali en 2011 jusqu'à nos jours, beaucoup d'urgences vitales ont été prises en charge, mais aucune étude n'a été faite sur le profil épidémioclinique des patients admis dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou encore appelé (déchoquage). L'objectif : était d'étudier le profil épidémioclinique des patients en salle d'accueil des urgences vitales dans le service des urgences de l'hôpital du Mali et de déterminer l'évolution des patients.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive sur une période de 6 mois (janvier 2019 à juin 2019).

Population : Etait constituée de l'ensemble des patients admis au SAU durant la période d'étude. Etaient inclus tous les patients admis en salle d'urgence vitale

(SAUV). N'étaient pas inclus, les patients admis pour urgences relatives. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et l'évolution.

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête grâce aux dossiers des patients et les registres d'hospitalisations. La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec les logiciels Microsoft office 2013 (Word, Excel) et SPSS version 21.

La saisie et le traitement de texte ont été faits sur le logiciel Microsoft office Word et Excel, puis les données ont été recueillies sur un support individuel (fiche d'enquête), analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Les analyses comparatives de variables qualitatives ont été réalisées par le test du chi². Le seuil alpha de significativité est fixé à 0,05.

Résultats

Profil épidémiologique

Sur une période de 6 mois, 3811 patients avaient consulté au SAU en urgence, 400 patients ont été mis en observations pour 24 à 48 heures.

Nous avons colligé 85 cas d'urgences vitales soit une fréquence de 2,2%. L'âge moyen était de 38,78 ± 22,6 ans, avec des extrêmes entre 8 mois et 90 ans, la tranche d'âge de [15 -44 ans] était la plus représentée avec 40 cas (47,1%).

Le sex-ratio était de 0,4 en faveur des hommes (60 hommes contre 25 femmes). Les ménagères étaient les plus représentées avec 18 cas (21,2%). Les patients provenaient du centre-ville dans 44 cas (51,8 %) cas, des autres régions dans 41 cas (48,2 %). Les patients ont été amenés par l'ambulance dans 41 cas (48,2%), par le transport en commun dans 31(36,5%) et dans 13 cas (15,3%) par des voitures personnelles.

Profil clinique

Les urgences médicales étaient les plus fréquentes avec 44 cas (51,8 %) et les urgences chirurgicales représentaient 41 (48,2%).

Les urgences cardiovasculaires étaient les plus représentés des urgences médicales avec 17 cas (20%) et le syndrome coronarien dominait le tableau des

urgences cardiovasculaires avec 8 cas (9,4%). Les urgences neurologiques et respiratoires représentaient respectivement 14 cas (16,5%) et 9 cas (10,6%). Parmi les urgences neurologiques les AVC étaient les plus fréquents 14,1% (12 cas). Les autres urgences médicales sont d'ordre endocrino-métabolique avec 8 cas (9,4%), urgences médicales infectieuses 6 cas (7,1%) et digestives 1 cas (1,2%).

Les urgences traumatiques représentaient 48,2% (41 cas) dans notre série.

Parmi les urgences traumatiques chirurgicales, le polytraumatisme dominait le tableau avec 16 cas (18,8%), suivi de traumatisme crânien grave avec cas 11(12,9%). Les autres urgences étaient des hémopéritonées : 5cas (5,9%), hémothorax : 5 cas (5,9%), éviscérations : 3 cas (3,5%) et un hémopneumothorax :1 cas (1,2%). Les principaux groupes étiologiques des urgences médicales et chirurgicales sont répertoriés dans le tableau III.

Evolution

Elle était favorable chez 56 patients (65,9%). La mortalité était de 34,1% (29 décès). Les AVC étaient cause du décès chez 10 patients (p=0,02), suivi du polytraumatisme chez 5 patients (p=0,04) (Voir tableau VI). L'évolution des patients est répertoriée dans le tableau VI.

Tableau I : Caractéristiques des patients.

Variabiles	Effectifs	Pourcentage
Ages (n= 85)		
0 à 11mois	1	1,2
[1-4 ans]	2	2,4
[5-14 ans]	7	8,2
[15 – 44 ans]	40	47,1
45ans et plus	35	41,2
Sexe (n=85)		
Masculin	60	70,6
Féminin	25	29,4
Profession (n=85)		
Ménagères	18	21,2
Elèves et étudiants	12	14,1
Cultivateurs	11	12,9
Commerçant	10	11,8
Ouvrier	11	12,9
Fonctionnaire	10	11,8
Chauffeur	8	9,4
Enfant	5	5,8
Total	85	100

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la résidence et moyen de transport

Variables	Effectifs	Pourcentage
Résidence		
Commune I	7	8,2
Commune II	3	3,5%
Commune III	1	1,2%
Commune IV	1	1,2%
Commune V	4	4,7%
Commune VI	28	32,9%
Kayes	3	3,5%
Koulikoro	24	28,2%
Sikasso	8	9,4%
Ségou	5	5,9%
Mopti	1	1,2%
Total	85	100
Moyen de transport		
Ambulance / Protection civile	41	48,2
Transport en commun	31	36,5
Voiture personnelle	13	15,3
Total	85	100

Tableau III : Repartions des principaux groupes étiologiques des urgences médicales et chirurgicales

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Médicales (n=44)	51,8	
<i>Infectieuse</i>	6	7,1
-Paludisme grave	3	3,5
-Pléropneumopathie hypoxémiant	2	2,4
-Gastro-entérite associée une déshydratation sévère	1	1,2
<i>Non infectieuse</i>	38	44,7
*Respiratoires	9	10,6
-Crises d'asthmes	3	3,5
-Décompensation aiguës de BPCO	6	7,1
-Hépatodigestive	1	1,2
*Neurologiques	14	16,5
-AVC	12	14,1
-Etat de mal convulsif	2	2,4
*Endocrino-métabolique	8	9,4
-Hypoglycémie	2	2,4
-Hyper osmolarité diabétique	5	5,8
-Acidocétose diabétique	1	1,2
*Cardiovasculaire	17	20
-Poussée hypertensive	3	3,5
-OAP	4	4,7
-Syndrome coronarien	8	9,4
-Embolie pulmonaire	2	2,4

Pathologie chirurgicale traumatique (n=41) 48,2		
Polytraumatisme	16	18,8
Hémopéritoine	5	5,9
Trama crânien grave	11	12,9
Eviscération	3	3,5
Hémothorax	5	5,9
Hémo-pneumothorax	1	1,2
Total	85	100

Tableau IV : Décès en fonction des pathologies.

Pathologies	Effectif décès	Pourcentage
AVC	10	34,48%
Polytraumatisme	5	17,24%
Décompensation BPBCO	3	10,34%
Embolie pulmonaire	2	6,90%
Hypoglycémie	1	3,45%
Sepsis grave	2	6,90%
Eviscération	2	6,90%
Infarctus du myocarde	1	3,45%
Trauma crânien grave isolé	3	10,34%
Total	29	100,00%

Tableau V : Modalités évolutives des urgences médico chirurgicales au SAU de l'hôpital du Mali

Evolution	Nombre	Pourcentage
Retour à domicile	3411	89,5
Mise en observation de plus de 24 heures (n=3811)	400	10,4
Hospitalisation en services médicaux (n=85)	44	51,7
Hospitalisation en services chirurgicaux (n=85)	41	48,2
Admission en réanimation (n=85)	48	56,4
Favorables (n=85)	56	65,9
Décès (n=85)	29	34,1

Tableau VI : Evolution en fonction de la pathologie

Variables	Survie	Décès	P
AVC	4	10	0,04
Polytraumatisme	11	5	0,02
BPCO	3	3	0,99
EP	0	2	Indéterminé
Complication aiguë diabétique	6	1	1,05
Sepsis	0	2	Indéterminé
Traumatisme abdominale ouvert	1	2	0,73
IDM	7	1	0,80
TC grave isolé	8	3	0,05

Discussion

Le nombre élevé de patients (3811 patients) vus de janvier à juin 2019 au SAU de l'hôpital du Mali, témoigne de la forte fréquentation du SAU. Cette fréquence est essentiellement liée au fait que l'agglomération Bamakoise est en extension surtout avec la construction des logements sociaux à proximité du service. Les unités d'urgences à Bamako sont de plus en plus surchargées et les hôpitaux deviennent insuffisants. Malgré la disposition de la pyramide sanitaire, qui est telle que les besoins en soins non programmés sont en partie couverts par le système de santé communautaire [2]. Au Cameroun, une étude prospective réalisée en 2001 montrait que les urgences médicales représentaient 36,2% des patients reçus contre 63,8 % de cas de pathologies chirurgicales, avec en particulier les traumatismes (37,6 %) [3]. La répartition des types d'urgences dans un SAU est également fonction de la structuration du système de santé d'une région, des disponibilités et de l'orientation des autres centres qui y sont implantés [2].

En 2001, une étude réalisée aux urgences médico-chirurgicales de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar avait retrouvé une moyenne d'âge de 23 ± 7 ans. Dans notre étude la moyenne d'âge était de $38,78 \pm 22,6$ ans. La population africaine se caractérise par sa grande jeunesse, au Sénégal 56% % des sénégalais ont moins de 20 ans [2]. Notre pays partage les mêmes réalités sociodémographiques. Dans une étude réalisée au Sénégal la prédominance masculine a été décrite avec un sex-ratio à 3,4 [2]. Le sexe masculin était le plus représenté aussi dans notre étude avec un sex-ratio à 0,4 (60 hommes contre 25 femmes). Cette prédominance masculine était liée à la prévalence de la traumatologie qui touche le plus souvent les hommes qui sont plus actifs dans la société que les femmes.

Les urgences cardiovasculaires étaient les plus représentés des urges médicales avec 17 cas (20%) et le syndrome coronarien dominait le tableau des urgences cardiovasculaires avec 8 cas (9,4%). Les

urgences neurologiques et respiratoires ressentiaient respectivement 14 cas (16,5%) et 9 cas (10,6%). Les autres urgences médicales sont d'ordre endocrinométabolique avec 8 cas (9,4%), urgences médicales infectieuses 6 cas (7,1%) et digestives 1 cas (1,2%). Nos résultats corroborent avec les données de la littérature. Au Congo, sur une étude réalisée à Pointe Noire, les urgences neurologiques (52%), représentaient la première cause de détresse aux urgences. A côté des poussées d'hypertension artérielle, les insuffisances cardiaques étaient les urgences cardio-vasculaires les plus représentées (37,05%) suivies des syndromes coronariens (4,46%) [6]. L'indisponibilité du dosage de la troponine en urgence pour confirmer le diagnostic de certaines ischémies myocardiques, en l'absence de signes électrocardiographiques spécifiques pouvait expliquer cette faible prévalence. Le diagnostic des syndromes coronariens aigus dans les conditions d'exercice en Afrique sub-saharienne est difficile à poser, car reposant le plus souvent sur la clinique et l'électrocardiogramme. La biologie spécifique, et les autres moyens d'investigations radiologiques les plus fiables ne sont pas réalisables facilement [1].

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentaient 85,7% des urgences neurologiques (12/14). Le scanner à l'hôpital du Mali fonctionne 24heures /24heures rendant le diagnostic facile. Après la consultation, 89,5% des patients retournaient au domicile. Ce qui témoigne que le SAU ressemble à un service de consultation de médecine générale, où 15,3% des patients venait d'eux-mêmes par voitures personnel. Cela engendre un manque de place pour les urgences vitales qui font le tour des hôpitaux de Bamako pour être prises en charge. Il s'y ajoute le surplus de travail pour le personnel soignant, source de pression qui se répercute sur leur efficacité, ainsi que la justesse de leur jugement, causant à la longue une insatisfaction générale. En occident, c'est une problématique tout aussi présente [14].

Le principal motif de consultation en urgence en 2001 au Gabon était l'urgence traumatique avec 60.51% de toutes les urgences confondues [12]. Même constat en France où selon l'agence régionale d'hospitalisation

d'île de France, l'urgence traumatique était le premier motif de consultation dans les services d'accueil des urgences avec 55% de toutes les urgences [14]. Les urgences traumatiques représentaient 48,2% (41 cas) dans notre série.

Les traumatismes multiples sont de plus en plus fréquents en pratique civile, du fait de l'augmentation des accidents de la voie publique.

Le polytraumatisme engage constamment le pronostic vital avec les lésions multiples siégeant aussi bien sur l'axe crânio-encéphalique que sur le thorax, l'abdomen et les membres [12].

Dans notre étude le polytraumatisme et le traumatisme crânien grave étaient les plus fréquents respectivement 16(18,8%) et 11(12,9%). Ces résultats se justifient du fait que le polytraumatisme et les traumatismes crâniens graves sont des urgences vitales, et le leur prise charge initiale se fait dans une salle d'accueil d'urgence vitale (déchoquage)

La mortalité (34,1%) était plus élevée que celle notée dans une étude au Sénégal (0,7%) [8]. Les 51,1% des décès dans notre étude l'ont été pour AVC (34,4%) et le polytraumatisme (17,2%). Ceci pourrait être dû à un retard de consultation des patients concernant les victimes d'AVC et du fait que le polytraumatisme a un pronostic sombre. Il s'y ajoute l'état d'indigence des patients qui les poussait à venir tard, alors que la réanimation était surtout occupée par les malades en post-opératoires.

Conclusion

Les urgences vitales peuvent survenir à tout moment et dans n'importe quel secteur d'activité. La mortalité liée aux urgences vitale est élevée. La création d'une médecine pré hospitalière est nécessaire afin que soit médicalisé le transport des patients.

*Correspondance

Kalba Tembiné
kalbatembine2014@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Urgences, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 2 : Service de Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 3 : Service d'Imagerie Médicale Hôpital du Mali, Bamako, Mali,
- 4 : Service de Neurochirurgie, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 5 : Unité de Chirurgie pédiatrique Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 6 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU du Point G, Bamako, Mali
- 7 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali
- 8 : Service d'Anesthésie-Réanimation /CHU Institut Ophthalmologique Tropical Africain (Bamako)
- 9 : Service de médecine / Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 10 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU Mère –Enfant « Luxembourg » Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] M T Diop, M Mangané , A Almeimoune , A S Dembélé , M D Diango . Urgences cardio-vasculaires au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Mali médical 2018 , 33(3)
- [2] K Sall , O Kane , E Diouf , M D Béye. Les urgences dans un CHU en milieu tropical, le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. Med Trop 2002; 62: 247-250
- [3] C H Mathez ,M C Hofner , N Vient Pythan , B Jersin . Caractéristiques d'une série consécutive de 321 constats de coups et blessures volontaires dans un S.A.U. Ethique et médico-légal, Masson, Paris .2002, 163pages
- [4] A Caubel. Insuffisance respiratoire aiguë : diagnostic et traitement aux urgences. Service Réanimation polyvalente, centre hospitalier Bretagne-Sud, (15) issues 7-8, December 2006 p 523-532.
- [5] A Diakite , K. Anziliania , N D Camara . Mortalité par accident de la voie publique au CHU Donka de Conakry. Mali médical 2005 tome 20 N°1 et 2, pages 18-19.
- [6] BF Ellenga Mbolla , T R Gombet , B I Atipo Ibara , M S

Ikama ,M D Massamba , F Etitiele. Douleurs thoraciques non traumatiques de l'adulte : étiologies et prise en charge au CHU de Brazzaville (Congo). Mali Médical 2009,14 (2) : 35-8

- [7] S Diouf , N Y Mapoure ,M Ndiaye M , H B Ngahane , K Touré , A B Thiam et al. Survie des accidents vasculaires cérébraux à Dakar. Rev Neurol 2008 ; 164:452-8.
- [8] A Sentilhes-Monkam. Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar Santé Publique 2011 ; 1 (23) : 7-17.
- [9] S A Sarr, K Babaka, N Archich , N M Bodia , M B Ndiaye, M Diao, M Sarr, A B Serigne . Profil des patients admis en unité de soins intensifs dans un service de cardiologie de Dakar. Rev. Cames sante 2017, 5 (1) : pages 2-5
- [10] O W Hugli, M Potin , N Schreyer , B Yersin . Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? Revmedch 2006 n° 75
- [11] S Gentile S, A C Durand , P Vignally , R Sambuc , P Gerbeaux . Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev Epidemiol Sante Publique 2009 ; 57 : 3-9.
- [12] O A Raouf et coll. Urgences traumatologiques par accidents du trafic routier au Gabon. Médecine d'Afrique noire 2001-48-(12), pages 496-498
- [13] F Binam , S Takongmo , S Kingue ,D Mbanya ,J M Njip ,P Hagbe . Circuit de prise en charge des urgences au Cameroun : état des lieux dans un hôpital de la ville de Yaoundé. JEUR 2001 ; 14 : 233-9.
- [14] DD Carrere, G Tempelhoff G. Groupe d'étude multicentrique du Service d'accueil: Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensive Med Urgences, Paris, 2018; (7): 4 p 232.

Pour citer cet article :

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, THM Coulibaly, A Sidibé, A Dramé et al. Aspects épidémioclinique et évolutif des patients admis en salle d'accueil d'urgences vitales à l'hôpital du Mali à propos de 85 cas, Mali. Jaccr Africa 2021; 5(3): 380-386