

**MORBIDITE ET MORTALITE DANS LE SERVICE
DE MEDECINE DIGESTIVE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO
(CHN-YO) OUAGADOUGOU**

ILBOUDO P. Daniel*
BONKOUNGOU Pascal**

RESUME

Au cours de l'Année 1992, le service de Médecine Digestive du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO, a reçu en hospitalisation 1498 malades dont 69,9 % d'hommes et 30,7 % de femmes, âgés de 15 à 74 ans.

Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par les diarrhées chroniques liées au VIH (39 %), les hépatopathies occupant la deuxième place des affections digestives (15,5 %).

281 décès (18,75 %) repartis en 29,9 % de femmes et 70,1 % d'hommes ont été déplorés, dus principalement aux diarrhées chroniques (38,8 %), aux hépatopathies chroniques (25,7 %) et aux affections non digestives (22 %).

Ces décès touchent surtout les adultes jeunes (21 à 40 ans).

La survenue surtout nocturne de ces décès (70,1 %) repose le problème de la dotation minimale du service en médicaments d'urgence.

MOTS CLES : Morbidité, mortalité, diarrhée chronique, hépatopathies.

ASBTRACT

In 1992, the digestive Medecine service of the National Hospital YALGADO OUEDRAOGO received in hospitalisation 1498 patients comprising 69,9 % men and 30,1 % women aged from 15 to 74 years old.

Most of the patients were manly suffering from chronic diarrhoea limited to the HIV (39 %), whereas the hepatopatitits representing the second rank of the digestive affections (15,5 %).

281 patients died (18,75 %), among them 19,9 % of women and 70,1 % of men, death mainly caused by chronic diarrhoea (25,7 %) and non-digestive affections (22 %).

* Assistant, Chef de Clinique. Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHN-YO) OUAGADOUGOU - BURKINA FASO

** Chef de Service d'Hépatogastro-entérologie. (CHN-YO) OUAGADOUGOU - BURKINA FASO

Young men aged from 21 to 40 years were most concerned.

The majority of the patients died during the night (70,1 %) and this reminds of problem of the lack of the minimum medicine for emergency.

KEY-WORDS : Morbidity, Mortality, Chronic diarrhoea, hepatopatitis.

I. INTRODUCTION

La morbidité et la mortalité hospitalières chez l'adulte ont fait l'objet de très peu de travaux dans nos pays au Sud du SAHARA ; la mortalité varie de 8 à 16 % dans les séries publiées et elle s'est alourdie depuis l'épidémie du SIDA (BERTRAND E. et Coll., 1978 ; KEVIN M. et Coll., 1991).

Notre travail vise à déterminer le taux de mortalité, d'analyser la morbidité dans le service d'hépatogastro-entérologie et d'en dégager les principaux aspects.

II. MALADES ET METHODES D'ETUDE

Il s'agit d'un travail rétrospectif concernant les dossiers de malades hospitalisés dans le service entre le 1er Janvier 1992 et le 31 Décembre 1992.

Pour chaque dossier, ont été notés l'état civil, la profession, l'origine du malade, la durée de l'hospitalisation, l'heure du décès et le diagnostic positif retenu.

III. RESULTATS

A) - La morbidité

Au cours de l'année 1992, le service a reçu en hospitalisation 1.498 malades, âgés de 15 à 74 ans, dont 30,1 % de femmes et 69,9 % d'hommes.

Ces malades provenaient pour 91,2 % de la région de OUAGADOUGOU, le reste transféré de provinces voisines.

Les professions étaient très diversifiées, mais on notait une prédominance de la couche socio-économique pauvre (73,3 %).

Les différentes affections se répartissaient comme l'indique le Tableau I.

TABLEAU I : Répartition des principales affections selon le siège dans l'appareil digestif

Siège	Diagnostic retenu	Nombre	%
OESOPHAGE	Tumeur	3	0,9
	Varices œsophagiennes rompues	10	
ESTOMAC	Tumeur maligne	4	4,1
	Ulcère	13	
	Gastrite	31	
DUODENUM	Ulcère	22	2,3
	Diverticulc	6	
	Duodénite	15	
	Sténose du pylore	6	
GRELE COLON	Gastroentérite aiguë	247	59,9
	Diarrhée chronique (VIH)	587	
	Parasitose digestive	26	
	Colopathie fonctionnelle	29	
	Tumeur colo-rectale	5	
	Colite iatrogène	3	
FOIE VOIES BILIAIRES	Abcès du foie	60	16,2
	Hépatite virale	41	
	Cancer primitif du foie	66	
	Cirrhose	71	
	Lithiase voies biliaires	5	
PERITOINE	Péritonite tuberculeuse		0,5
PANCREAS	Pancratite chronique	1	1,4
	Tumeur	2	
	Diabète	17	
AFFECTIONS NON DIGESTIVES	Pneumopathies	41	14,7
	Néphropathie	24	
	Paludisme	48	
	Anémie	15	
	Fièvre typhoïde	16	
	Cardiopathie	12	
	Fièvre inexpliquée	47	
	Hémopathie	18	
	TOTAL	1 498	100

La pathologie intestinale et colique intéressait les 3/5^è de nos malades suivie des affections non digestives et de la pathologie hépato-vésiculaire (15,5 %).

B) - La mortalité hospitalière

1. Taux de mortalité

Pour un nombre total de 1498 malades hospitalisés pour des affections diverses, 281 décès ont été déplorés, soit une fréquence de 18,75 %.

2. Sexe - âge :

Les 281 malades décédés se répartissaient en 29,9 % de femmes (84) et 70,1 % d'hommes (197), avec un âge moyen de 36,19 ± 12,25.

La répartition des sujets décédés selon l'âge et le sexe est donnée dans la figure 1.

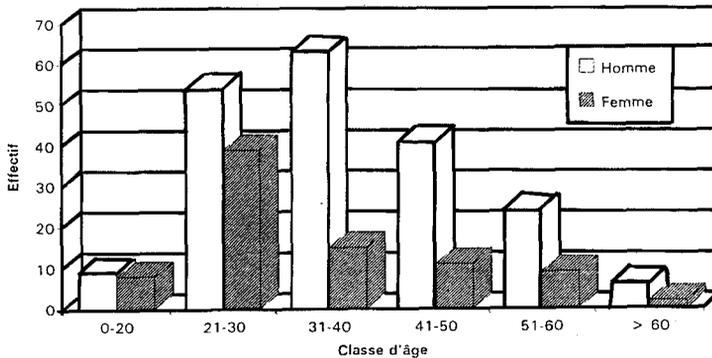


Figure 1 : Répartition selon l'âge et le sexe des sujets décédés

3. - Période de décès :

a) dans l'année

La répartition des décès dans l'année est représentée par la figure 2.

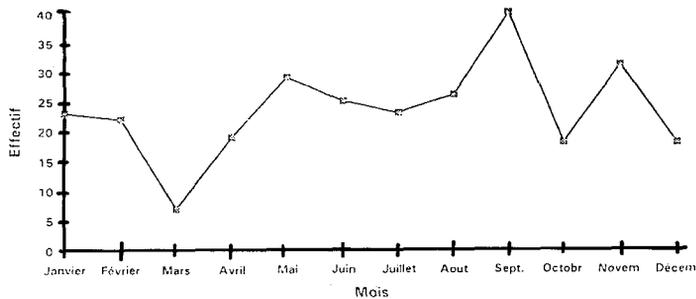


Figure 2. Répartition mensuelle des décès

b) - Dans le nyctémère

Décès en période de garde : 70,1 %.

Décès à l'heure du service (heure ouvrable) : 29,9 %

4. - Durée d'hospitalisation :

Elle va de 1 jour à 28 jours avec une moyenne de $5,5 \pm 5,2$ jours, mais 70,5 % des malades sont décédés dans les 5 premiers jours.

5. - Causes des décès

Les taux de léthalité et la mortalité globale des différentes affections sont donnés dans le tableau II.

TABLEAU II : Taux de léthalité et de mortalité globale des différentes affections

SIEGE	DIAGNOSTIC	Malades hospitalisés	Décès	Taux de léthalité	Mortalité globale (%)
OESOPHAGE	Tumeur	3	0	0	0
	Varices oesoph.	10	0	0	0
ESTOMAC	- Cancer	4	0	0	0
	- Ulcère	13	0	0	0
	- Gastrites	31	3	9,7	1
DUODENUM	- Ulcère	22	2	9	0,6
	- Duodenite	15	0	0	0
	- Sténose	6	0	0	0
	- Diverticule	6	0	0	0
GRELE & COLON	- Gastroentérite	247	26	10,5	9,1
	- Diarrhée chronique (VIH)	587	109	18,6	38,7
	- Parasitose	26	4	15,4	1,3
	- Colopathie	29	0	0	0
	- Cancer colorectal	5	1	20	0,2
	- Colite iatrogène	3	0	0	0
FOIE & VOIES BILIAIRES	- Abscès du foie	60	3	5	0,9
	- Hépatite virale	41	22	53,6	7,7
	- Cancer du foie	66	24	36,4	8,4
	- Cirrhose	71	23	37,7	8,1
	- Lithiase voies biliaires	5	0	0	0
ERITONE	- Péritonite tuberculeuse	7	0	0	0
PANCREAS	- Pancréatite chronique	1	0	0	0
	- Cancer	2	0	0	0
	- Diabète	17	2	11,8	0,6
AFFECTIONS NON DIGESTIVES	- Pneumopathies	41	6	14,6	0,4
	- Néphropathies	24	14	58,3	0,9
	- Paludisme	48	9	18,7	0,6
	- Anémie	15	6	40	0,4
	- Fièvre typhoïde	16	3	18,7	0,2
	- Cardiopathie	12	0	0	0
	- Fièvre inexpliquée	47	19	40,4	1,2
	- Hémopathies	18	5	27,7	0,3
	TOTAL	1 498	281	18,75	100

Les affections à létalité élevée sont représentées par les hépatopathies, suivies des affections non digestives et de la diarrhée chronique liée au VIH.

IV. DISCUSSION

La morbidité dans notre service est dominée par les maladies diarrhéiques qui représentent à elles seules 59,2 % des admissions dont 39 % de diarrhée chronique liée au VIH.

Les hépatopathies avec 15,5 % représentent la troisième cause d'hospitalisation. Le taux faible concernant les hépatites virales est en deçà de la réalité. En effet, seules les hépatites sévères ont été vues, car cette affection bénéficie surtout du traitement traditionnel : une croyance populaire interdit toute injection en cas d'hépatite virale (réelle ou supposée) et fait que les malades fuient les services de santé.

Nous constatons que les erreurs d'orientation (affections non digestives) sont particulièrement nombreuses et posent alors le problème de l'amélioration de l'examen clinique des malades au service d'accueil.

La rareté des affections du haut appareil digestif s'explique par le fait que ces malades qui ne sont souvent hospitalisés qu'en cas de complications sont le plus souvent orientés vers les services de chirurgie digestive.

La mortalité est lourde dans notre série. Dans le service de cardiologie de notre hôpital, elle est de 13,5 % (SERME D. et al., 1991) et varie dans la littérature de 6,5 % à 11,36 % (AUBRY, P. et al., 1967 ; BERTRAND, E. et al., 1978). Par contre, elle est en baisse dans une série américaine (BENATAR S. et al., 1985).

Mais ces taux bas de la littérature ont été retrouvés avant l'apparition du SIDA qui a une grande part de responsabilité dans nos décès (38,7 %). La tranche d'âge prédominante dans nos décès (20 à 40) est superposable à celle du SIDA en Afrique et dans notre pays.

Mais l'absence de travaux antérieurs sur le sujet ne nous permet pas de tirer une conclusion sur cet aspect.

Cependant, des travaux récents en Côte d'Ivoire (KEVIN, M. et al., 1991) et au Bangladesh (ISLAM S. et al., 1986) montrent effectivement une augmentation de la mortalité hospitalière depuis l'apparition de cette maladie.

La mortalité par diarrhée infectieuse représente 9,1 % des cas et un chiffre voisin (11 %) a été rapporté par (BENNISH, et al., 1991).

Après les maladies diarrhéiques viennent les hépatopathies et les affections des voies biliaires (25,1 %). Il convient de noter l'évolution souvent favorable des abcès du foie responsable de 5 % de décès, liés à des abcès chroniques avec insuffisance hépatocellulaire et une fois sur terrain immunodéprimé.

La prédominance masculine reflète le profil des admissions et la répartition de cette mortalité est homogène dans l'année. Cependant, (SONNENBERG et al., 1992) rapportent une variation de la mortalité par ulcère gastroduodénal avec un pic en janvier et un taux bas en juillet.

La majeure partie des décès (70,1 %) surviennent dans les périodes de garde. Nous pensons que le dénuement total de nos services en médicaments joint aux difficultés pour les parents de se procurer les produits la nuit pourraient en partie expliquer ce fait. Une autre réalité est que les parents préfèrent amener les malades la nuit pour éviter les frais de consultation dans la journée, mais le rôle du personnel de garde ne doit pas être occulté (peu enclins à se déranger la nuit).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUBRY, P. ; BARBOTIN, M., 1967.- Morbidité et mortalité hospitalières à l'hôpital de PAPEETE en TAHITI. *Médecine Tropicale*, 27, (6) : 638-655.

BENATAR-S-R ; SAVEN, A., 1985.- Morbidity trends in the medical wards at GROOTE SCHUUR hospital 1971 and 1982. *S. Afri Med.J.*, 67 (24) : 968-974.

BENNISH, M. L. ; WOJTYNIAK-B-S, 1991.- Mortality due to shigellosis community and hospital data. *Rev.infect Dis*, 13 (suppl 4) : 5245-5251.

BERTRAND, Ed. ; M LE BRAS, J. ; RENAMBOT, B. ; BEDA, A. ; GUEHI, P. ; BOUCHER, M. ; ODI ASSAMOI, J. CHAUVET, A., 1978.- Mortalité et morbidité hospitalières en 1974 d'un service de médecine interne à Abidjan. *Méd. Afrique Noire*, 25 (5) : 319-325.

ISLAM, S. S. ; SHAHID, N. S, 1986.- Morbidity and mortality in a diarrhoeal diseases hospital in Bangladesh. *Trans-R-Soc. Trop Med-HYG*, 80 (5) : 784-752.

KEVIN, M. de COCK ; BARRERE B. ; Paris France VAFONTAINE ; LACINA DIABY ; GNADRE, E. ; PANTOBE, D. and KOUDOU Odehour, 1991.- Mortality Trends in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1983-1988. *AIDS*, ; 5, (5) : 393-398.

SERME, D. ; LENGANI, A. ; OUANDAOGO, B. J., 1991.- Morbidité et mortalité cardiovasculaire dans un service de Médecine Interne à OUAGADOUGOU. *Cardiologie Tropicale*, 17 (65) : 23-29.

SONNENBERG, A. ; WASSERMAN, I. ; JACOBSEN, S. J., 1992.- Monthly variation of hospital Admission and Mortality of peptic ulcer disease : a reappraisal of ulcer periodicity. *Gastroentérolgy*, 103 (4) : 1192-1198.