

Morbidite Et Mortalite Dans Un Service D’hepato-Gastroenterologie En Milieu Tropical

A. Bagny
O. Bouglouga
LM. Lawson-Ananissoh
YR. El Hadji
LY. Kaaga
D. Redah

Service d’hépto-gastroentérologie, CHU Campus de Lomé (Togo)

doi: 10.19044/esj.2016.v12n30p200 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n30p200](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n30p200)

Abstract

Aims: This study aims at studying the key parameters of our patients such as morbidity and mortality. Knowing these parameters will enable to objectively assess the epidemiological profile of the patients, the terms of their care taking as well as the efficiency and the profitability of our service. **Method:** This is a descriptive retrospective study over a year (from January 1st to December 31st, 2015). We included in the study patients of both sexes hospitalized and examined in the unit. **Results:** The hospitalization rate was 33.5 %. It was about 564 men (57.3 %) and 420 women (42.7 %) accounting for a sex ratio of 1.3. The patients’ average age was 48.1 years old (extremes: 22-80 years old). Chronic liver diseases were the first main cause of hospitalization with 43 % of cases. We noticed 26% of cirrhosis and 17% of hepatocellular carcinoma. The average hospital stay was 6.48 ± 5.45 days with some extremes of 1 and 57 days. The Co-morbidities found were mostly hypertension (10.8 %), HIV (6.1 %), and diabetes (1.3 %). The overall mortality rate was 14.8 % and was higher in men ($p = 0.006$). The specific mortality was higher in cirrhotic patients (6.6 %) and those with HCC (4.7 %). The highest lethally rates were those of colon cancers (100%) and pancreas (42.8 %). **Conclusion:** This study has enabled us to inventory the major causes of morbidity and mortality in our department. Mortality is influenced by gender, co-morbidities and tobacco. Digestive cancers are the most lethal diseases in our department.

Keywords: Mortality, morbidity, gastro-intestinal, liver, Togo

Resume

Objectif : étudier les paramètres clés de nos patients tels que la morbidité et la mortalité. La connaissance de ces paramètres permettra une appréciation objective du profil épidémiologique des patients, des modalités de leur prise en charge ainsi que de l'efficacité et de la rentabilité de notre service. **Méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur un an (1 Janvier - 31 Décembre 2015). Etaient inclus dans l'étude les patients des deux sexes hospitalisés et examinés dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU Campus de Lomé. **Résultats :** le taux d'hospitalisation était de 33.5%. Il s'agissait de 564 hommes (57.3%) et de 420 femmes (42.7%) soit un sex-ratio de 1,3. L'âge moyen des patients était de 48.1 ans (extrêmes : 22-80 ans). Les hépatopathies chroniques étaient le premier motif d'hospitalisation avec 43% des cas. On notait 26% de cirrhose et 17% de carcinome hépatocellulaire. La durée d'hospitalisation moyenne était de 6.48 ± 5.45 jours avec des extrêmes de 1 et 57 jours. Les comorbidités retrouvées étaient essentiellement l'hypertension artérielle (10.8%), le VIH (6.1%), et le diabète (1.3%). Le taux de mortalité global était de 14.8% et était plus important chez les hommes ($p=0,006$). La mortalité spécifique était plus importante chez les patients cirrhotiques (6.6%) et les patients porteurs de CHC (4.7%). Les taux de létalité les plus élevés étaient ceux des cancers du côlon (100%) et du pancréas (42.8%). **Conclusion :** Cette étude a permis d'inventorier les principales causes de morbidité et de mortalité dans notre service. La mortalité est influencée par le sexe, les comorbidités et le tabac. Les cancers digestifs demeurent les affections les plus létales dans notre service.

Mots clés : Mortalité, morbidité, gastroentérologie, hépatologie, Togo

Introduction

La santé de la population est une composante essentielle du développement humain et de celui de sociétés. Elle a la particularité d'être à la fois une finalité et un moyen de développement. Un mauvais état sanitaire peut remettre en cause et menacer le développement économique et social (Gaimard M, 2008). La mortalité est le moyen le plus simple pour mesurer l'état sanitaire d'une population (Mathers C et al. 2008), cependant la plupart des décès étant liés à une détérioration de la santé, il est plus efficace de coupler la mesure de la morbidité à celle de la mortalité. En effet en ce 21ème siècle, les progrès prodigieux de la science médicale, et notamment l'emploi des médicaments nouveaux et des techniques modernes, ont modifié si profondément la structure de la morbidité. En conséquence, la morbidité prend progressivement la place de la mortalité comme indice de l'état sanitaire (Logan WPD, 1960). Pour planifier les

services de santé et l'équipement medico-sanitaire d'une collectivité, il faut avoir des renseignements exacts sur l'extension et la nature des maladies dont cette collectivité peut être atteinte (Massol J et al, 2001). Ainsi dans le souci de prendre en charge correctement les patients admis dans notre service, et surtout pour répondre à certaines interrogations qui se posent à nous dans notre pratique quotidienne, il était nécessaire d'étudier certains paramètres clés de la population de nos patients tels que la morbidité et la mortalité. La connaissance de ces paramètres permettra une appréciation objective du profil épidémiologique des patients, des modalités de leur prise en charge ainsi que de l'efficacité et de la rentabilité de notre service.

Patients Et Methode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur un an, du 1 Janvier au 31 Décembre 2015. Etaient inclus dans l'étude les patients des deux sexes hospitalisés et examinés dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU Campus de Lomé. La capacité d'hospitalisation du service était de 30 lits. Les malades hospitalisés dans le service étaient adressés soit par le service des urgences, le service des consultations ou par les autres services du CHU Campus de Lomé. Le diagnostic était retenu sur la base des données de l'anamnèse, de l'examen clinique du patient et des examens complémentaires. Lorsque la confirmation par des examens complémentaires n'était pas possible, le diagnostic était alors retenu après un test thérapeutique. Les données sélectionnées étaient colligées sur une fiche d'enquête. Cette fiche d'enquête comportait des données socio-démographiques (âge, sexe, profession, lieu de résidence), la durée de séjour en hospitalisation, le diagnostic de sortie et le mode de sortie. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS 21.0. Les paramètres quantitatifs sont présentés sous forme de moyenne \pm écart-type et les paramètres qualitatifs par l'effectif suivi du pourcentage. Le test de Khi deux a été utilisé pour les comparaisons de variables avec un seuil de significativité de p inférieur à 0.05.

Resultats

Au cours de l'année 2015, 2932 patients avaient consulté dans le service d'hépatogastroentérologie dont 2231 en consultation externe. Durant notre période d'étude 984 patients ont été hospitalisés dans notre service soit un taux d'hospitalisation de 33.5%. Il s'agissait de 564 hommes (57.3%) et de 420 femmes (42.7%) soit un sex-ratio de 1,3. L'âge moyen des patients était de 48.1 ans (extrêmes : 22-80 ans), il était de 46.6 ans chez les hommes contre 49.7 ans chez les femmes (p=0.23). Les patients de [30-40] ans étaient les plus représentés avec 29.3% des hospitalisations. La plupart des patients

étaient mariés (78.8%) et avait un niveau socio-économique bas (74%). Peu (13%) de patients avait une assurance maladie (Tableau 1).

Morbidité

Les hépatopathies chroniques étaient le premier motif d'hospitalisation avec 43% des cas. On notait 26% de cirrhose et 17% de carcinome hépatocellulaire. Les tumeurs autre qu'hépatiques représentaient 3.6 % des cas et étaient dominées par le cancer du pancréas (1.6%) suivit du cancer de l'estomac (1.2%) et le cancer de l'œsophage (0.4%). (Tableau 2)

Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation moyenne était de 6.48 ± 5.45 jours avec des extrêmes de 1 et 57 jours. Elle était de 6.85 ± 6.25 jours chez les hommes et de 6.02 ± 5.58 jours chez les femmes ($p = 0.78$). Il n'y avait pas de corrélation entre la durée de l'hospitalisation et l'âge ($p=0.74$).

Les comorbidités

L'hypertension artérielle était retrouvée chez 10.8% des patients, suivit du VIH (6.1%), du diabète (1.3%) et de l'asthme (0.7%).

La mortalité

Nous avons dénombré 146 décès soit un taux de mortalité global de 14.8%. Ces décès étaient composés de 101 (10.2%) hommes et 45 (4.6%) femmes ($p = 0.006$).

L'âge moyen des patients décédés était de 50.04 ans \pm 16.24 ans (extrêmes : 20 et 93 ans). La répartition des décès selon les classes d'âge montre un taux plus élevée (66%) chez les patients de (40-59) ans.

L'existence d'une comorbidité (13%) était significativement corrélée à la mortalité ($p=0.000$). Le mode de vie des patients décédés était marqué par l'alcool ($p=0.154$) et le tabagisme ($p=0.000$). Plus de la moitié (74%) des patients décédés avaient un niveau socio-économique bas, et n'étaient pas assurés pour la plupart (87%) (Tableau2).

La mortalité spécifique était plus importante chez les patients cirrhotiques (6.6%) et les patients porteurs de CHC (4.7%). Les taux de létalité les plus élevés étaient ceux des cancers du côlon (100%) et du pancréas (42.8%) (Tableau 3).

Les causes de décès étaient essentiellement l'insuffisance hépatocellulaire (74%) et les hémorragies digestives (10.3%).

Discussion

Notre étude à l'instar d'autres études (Diarra M et al 2006- Agbodande KA et al, 2015) réalisées dans la sous-région était rétrospective.

Elle est de ce fait limitée car ne permet pas un recueil exhaustif des variables étudiées. Notre étude est également biaisée par le fait que certains patients admis sont décédés prématurément avant qu'on ait pu faire un diagnostic, d'autres pour des raisons financières n'avaient pas honoré les bilans d'investigation nécessaires pour établir un diagnostic précis. Nous avons retrouvé un taux d'hospitalisation de 33.5%, ce taux était supérieur au résultat de Diarra et al(2006) qui avaient trouvé 26.46%. Ce taux élevé d'hospitalisation pouvait s'expliquer par le fait que notre service est le seul service d'hépatogastroentérologie du pays, de ce fait il reçoit beaucoup de patients référés d'autres structures sanitaires de la ville de Lomé mais aussi de l'intérieur du pays qui ne disposent pas d'Hépatogastroentérologue. Nous avons retrouvé une prédominance masculine qui a été également rapporté par Zannou et al (2009) au Bénin et par Drabo et al (1996) au Burkina-Faso dans des services de médecine. Cette prédominance pourrait s'expliquer par l'accès de l'assurance maladie aux fonctionnaires et agents de l'état depuis 2010, et qui sont pour la majorité de sexe masculin. L'âge moyen de nos patients était de 48.1ans avec une prédominance (29.3%) des [30-40]. Ce résultat comparable à ceux d'autres auteurs (Agbodande KA et al, 2015-Dovonou CA et al, 2014) et peut s'expliquer par le caractère jeune de la population de notre pays en particulier dans les grandes villes comme Lomé.

Les hépatopathies chroniques telles que la cirrhose (26%) et le carcinome hépatocellulaire (17%) étaient les plus fréquents des pathologies morbides. Ces résultats sont différents des données rapportées dans la sous-région ouest africaine (Diarra M et al 2006, Ilboudo PD et al. ,1992) ; notamment au Mali où Diarra et al (2006) avaient trouvé plutôt une prédominance des manifestations digestives liées au VIH (7.83%), et 4.05% de cirrhose. Notre résultat peut être la conséquence du fait que notre service est le seul service public de référence en hépatogastroentérologie au Togo et qui de plus est situé dans la capitale Lomé ; ce résultat pourrait aussi s'expliquer par le caractère jeune de la population qui est exposée aux hépatites virales B et C et à la consommation d'alcool (Agbenu E et al, 2008 ; Bagny A et al, 2013). La durée d'hospitalisation était en moyenne de 6.48 jours dans notre étude et était comparable au résultat d'Agbodande et al (2015) au Bénin ; par contre nos résultats sont différents de ceux de Damorou (2014) au Togo et d'Ansa et al (2008) au Nigeria qui avaient effectué leurs études dans des services de cardiologie. Les comorbidités étaient fréquentes (18.9%) et dominées par l'hypertension artérielle (10.8%), ceci pourrait s'expliquer par le taux de plus en plus élevé des facteurs de risque cardiovasculaire dans notre pays (Damorou F et al 2014). La mortalité était élevée (14.8%) avec une létalité très importante pour le cancer du côlon (100%), le cancer du pancréas (42.8%), le CHC (35.9%) et la cirrhose (33.2%). Notre taux de mortalité était inférieur au résultat de Diarra et al

(2006) qui avait rapporté 18.41% de décès avec une forte proportion liée au CHC et à la cirrhose. Nos résultats seraient la conséquence de la faiblesse du plateau technique en oncologie digestive dans notre pays, mais aussi à cause de la précarité de notre population d'étude qui pour des raisons financières va consulter tardivement (Bagny A et al. 2015) ou se tourner vers les tradithérapeutes avant d'arriver à l'hôpital. Ce taux de mortalité élevé dans notre service traduit également la gravité des affections hospitalisées dans notre service notamment la cirrhose et les cancers digestifs tels que le CHC, le cancer du pancréas et le cancer du côlon. La mortalité dans notre étude était corrélée à l'existence d'une comorbidité ($p=0.000$) et au Tabac ($p=0.000$). Ce résultat confirme les données de la littérature sur les propriétés cancérigènes du tabac (Heinen MM et al. 2010) mais aussi le fait que l'association de plusieurs pathologies chez un même patient constitue un facteur de vulnérabilité qui augmente le risque de décès.

Conclusion

Cette étude a permis d'inventorier les principales causes de morbidité et de mortalité dans notre service. La mortalité est influencée par le sexe, les comorbidités et le tabac. Dans notre contexte les cancers digestifs demeurent les affections les plus létales, en rapport avec les consultations tardives des patients et leur condition socio-économique précaire.

CONFLIT D'INTERET : Aucun

References:

1. AGBENU E, BANLA A, KOLOU M, *et al.* (2008). Marqueurs sérologiques utilisés dans la surveillance de l'infection par le virus de l'hépatite B au Togo : état des lieux et propositions. *Med Trop* ; 68 : 621-624.
2. AGBODANDE KA, ZANNOU DM, WANVOEGBE A, KOUANOU-AZON A, ZOMALETO Z, KPOSSOU AR et al. (2015) Morbidité et mortalité en Médecine dans un hôpital de première référence du sud Benin (2012-2013). *Med Afr Noire* ; 62(10) :475-82
3. ANSA VO, EKOTT JU, BASSEY EO. (2008). Profile and outcome of cardiovascular admissions at the University of Uyo Teaching Hospital, Uyo--a five year review. *Niger J Clin Pract.*; 11(1):22-24.
4. BAGNY A, BOUGLOUGA O, DJIBRIL M, LAWSON A, LACONI KAAGA Y, HAMZA SAMA D, et al. (2013). Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le risque de transmission des hépatites virales B et C en milieu hospitalier au Togo. *Med Sante Trop* ; 23 : 300-303.
5. BAGNY A, BOUGLOUGA, O, DARRE, T, LAWSON AL,

- KAAGA, L, AMEGBOR, K, et al. (2015). Profil épidémiologique, et diagnostique des cancers digestifs au CHU Campus de Lomé : à propos de 250 cas. *J Afr Hépatol Gastroentérol* ; 9 : 80-84.
6. DAMOROU F, BARAGOU S, PIO M, AFASSINOUM Y, NDA NW, PESSINABA S et al. (2014) Morbidité et mortalité hospitalière des maladies cardiovasculaires en milieu tropical : exemple d'un centre hospitalier à Lomé (Togo). *Pan African Medical Journal.*, 17 :62-68
 7. DIARRA M, KONATE A, DEMBELE A, KALLE A, MAIGA MY. (2006) Evaluation des hospitalisations dans un service de médecine : cas du service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Gabriel Toure Bamako (Mali). *Mali Med* ; 21(3) :28-31
 8. DOVONOU CA, ZOUNTCHEME EU, ADOUKONOU T, ZANNOU DM, HOUNGBE F, AKPONA S. (2014) Morbidité et mortalité hospitalière de médecine interne du Centre hospitalier Départemental du Borgou sur une période de trois ans (2009-2011). *Med Afr Noire* ; 61 (2) :111-18
 9. DRABO YJ, SOME ML, KABORE J, SAWADOGO S, LENGANI A, TRAORE R, OUEDRAOGO C. (1996). Morbidité dans le service de médecine interne du centre hospitalier national de Ouagadougou sur 4ans. *Med Afr Noire* ; 43 (12) :655-9
 10. GAIMARD M. (2008). Santé, morbidité et mortalité des populations en développement. *Mondes en développement.* ; 2(142) :23-38
 11. HEINEN MM, VERHAGE BA, GLDBOHM RA, VAN DEN BRANDT PA. (2010) Active and passive smoking and the risk of pancreatic cancer in the Netherlands Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* ; 19 : 1612-22.
 12. ILBOUDO PD, BONKOUGOU P. Morbidité et la mortalité dans le service de Médecine digestive du centre national Yalgado Ouedraogo – Ouagadougou. *Science et Technique* : 1992 – 1993 ; 20.
 13. LOGAN WP D., (1960). Morbidity statistics from general practice. *Study on Medical and Population Subjects* ;14 : 19,20
 14. MASSOL J, VALLE JP. (2001) Faut-il mettre en place des comités d'analyse des décès dans nos hopitaux ? *Presse Med* ; 30 :271-7
 15. MATHERS C, TIES-BOERMA T, FAT DM. (2008). World Health Organization: The global burden of Disease: 2004 Update. Geneva. WHO Library Cataloguing-in-PublicationData.http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseases/2004_report_update/en/. Accessed on 28/06/2012.

16. ZANNOU DM, HOUNGBE FA, AGOSSOU M, AZON-KOUANOU A. (2009). Morbidité et mortalité hospitalière de médecine interne au Centre national hospitalier et universitaire Hubert Maga de Cotonou, 2002-2003. *Med Afr Noire* ; 56(12) :609-14

Tableau1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients décédés

		Effectif(n)	Pourcentage (%)
Age moyen (ans)	50.04±16.24		
20-39 ans		39	26.7
40-59ans		66	45.2
60-79ans		35	24
> 80ans		6	4.1
Sexe			
H(F)		101(45)	69.2 (30.8)
Statut matrimonial			
Marié(e)		115	78.8
célibataire		23	15.8
Veuf (ve)		8	5.5
Niveau socio-économique			
bas		108	74
moyen		32	21.9
élevé		6	4.1
Assurance maladie			
Oui		19	13
non		127	87

Tableau 2 : Fréquence des principales affections diagnostiquées chez les patients hospitalisés

affections	Effectif (N)	Pourcentage (%)
cirrhose	256	26
Ulcère Gastro-duodéal	175	17.8
Carcinome hépatocellulaire	167	17
Gastrite	116	11.8
Maladie hémorroïdaire	52	5.3
Gastroentérite aigue	44	4.5
Infection à VIH	41	4.2
Œsophagite	27	2.7
Tuberculose péritonéale	19	1.9
Hépatite médicamenteuse	16	1.6
Tumeur du pancréas	14	1.6
Tumeur gastrique	12	1.2
Pancréatite aigue et chronique	5	0.5
Cholécystite alithiasique	5	0.5
Diverticulose colique	5	0.5
Tumeur de l'œsophage	4	0.4

Abcès du foie	4	0.4
Tumeur rectale	3	0.3
RCH	1	0.1

Tableau 3 : Répartition des patients selon la mortalité spécifique et la létalité

	Effectif des hospitalisés	Décès	Mortalité spécifique (%)	Taux de létalité (%)
Cirrhose	196	65	6.6	33.2
CHC	128	46	4.7	35.9
Hémorragies digestives	107	09	0.9	25.7
Autres cancers	36	13	1.3	36.1
<i>Cancer du pancréas</i>	14	06	0.6	42.8
<i>Cancer de l'estomac</i>	12	02	0.2	16.7
<i>Cancer de l'œsophage</i>	04	02	0.2	16.7
<i>Carcinose péritonéale</i>	03	02	0.2	16.7
<i>Cancer du colon</i>	01	01	0.1	100
VIH	35	09	0.9	8.4
Hépatonéphrite aiguë toxique	16	03	0.3	18.7