

Mortalité et facteurs pronostiques du traumatisme grave dans la ville-province de Kinshasa

Nsumbi T, Nsiala J.

Département d'Anesthésie et Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RDC

Résumé

Introduction. Première cause de mortalité dans le monde pour les adultes âgés de moins de 40 ans, le traumatisme grave est une pathologie fréquente (1). Sa mortalité est variable d'un pays à un autre et de nombreux facteurs peuvent influencer son pronostic(2)

Objectif. Déterminer la mortalité en réanimation et identifier les facteurs de mauvais pronostic du traumatisme grave dans notre milieu.

Méthodes. Il s'agit d'une étude multicentrique de cohorte rétrospective réalisée dans quatre hôpitaux de la Ville-Province de Kinshasa entre le premier janvier 2009 et le 31 décembre 2014. Tous les patients de plus de 18 ans admis pour traumatisme grave dans l'un des services de réanimation et/ou soins intensifs de ces hôpitaux durant cette période étaient inclus. Les patients dont les dossiers étaient égarés (introuvables) ou incomplets ont été exclus.

Les données étudiées étaient : les caractéristiques démographiques, le type de secours pré-hospitalier (médicalisé ou non médicalisé), le mode d'admission (primaire ou secondaire), le délai d'arrivée à l'hôpital, les paramètres cliniques à l'admission, le bilan paraclinique réalisé, le type de lésions, les gestes médico-chirurgicaux entrepris durant les premières 48 heures et le devenir des patients jusqu'à la sortie en réanimation. Les facteurs associés au décès ont été recherchés par la régression logistique en analyse uni et multivariée

Résultats. Sur les 600 dossiers sélectionnés, 195 ont été exploités. L'âge moyen de nos patients était de 38,8±14,6 ans avec une nette prédominance masculine (sex ratio = 3/1). Nous avons recensé 117 cas (90,8%) d'AVP, 16 cas (8,2%) de chute d'une hauteur et 2 cas (1%) d'agression par arme blanche. Dans cette série, aucun patient n'a bénéficié d'un secours préhospitalier médicalisé. Le taux d'admission primaire était de 24,1 % et le délai entre la survenue du traumatisme et l'arrivée à l'hôpital était de 6,5 h (2,2 h - 8,4 h). La plupart des patients avaient un traumatisme crânien (82,6%) et/ou un traumatisme thoracique (67,1%).

A l'admission, 168 patients (86,2%) étaient comateux dont 57,9% avec une mydriase uni ou bilatérale, 82 patients (42,1%) présentaient une détresse

respiratoire et 35 patients (17,9%) étaient en choc hémorragique. Seuls 27 patients (13,8%) étaient intubés. La catégorisation hémodynamique initiale en niveau de gravité montrait que les patients étaient répartis à 63,10% dans le groupe A (patients hémodynamiquement instables), 21% dans le groupe B (patients précaires mais stabilisés grâce à la réanimation initiale) et 15% dans le groupe C (patients hémodynamiquement stables). Le Score RTS était inférieur à 10 chez 42 patients.

La mortalité en réanimation était de 73,3%. Cinq facteurs prédictifs indépendants associés à un mauvais pronostic ont été identifiés : la saturation pulsée en oxygène, le recours à la ventilation mécanique, le score de Glasgow et le score RTS et la localisation des lésions. Le risque était multiplié par 6 chez les sujets ayant un traumatisme thoracique (OR ajusté 6,263 IC à 95% (1,281-13,418) p=0,024), par 4 chez les sujets ayant un traumatisme crânien (OR ajusté 4,173 IC à 95% (1,34-11,174) p=0,026) et par 2 pour chez les patients ayant un traumatisme abdominal (OR ajusté 2,213 IC à 95% (1,317-15,47), p=0,042).

Conclusion. La mortalité hospitalière à la suite d'un traumatisme grave dans la Ville-Province de Kinshasa est très élevée, estimée à 73,3%. Les paramètres physiologiques à l'admission (GCS, SpO2 et score RTS) et la localisation des lésions sont des facteurs pronostiques indépendants.

Dans notre contexte, le risque de décès est multiplié par 6 en présence des lésions du thorax et par 4 en présence des lésions crânio-encéphaliques. L'accueil de tels patients dans des petites structures hospitalières est une perte de temps. L'organisation logistique (qui nous fait défaut) doit s'efforcer d'emmener ces patients rapidement vers un centre spécialisé capable de les prendre en charge même s'il est distant.

Références

- (1) Kung H-c, Hoyert DI, Xu J, Murphy SI. Deaths: final Data for 2005. national Vital Statistics Reports of the CDC. 2008;56(10):1-121.
- (2) Mock CN, Jurkovich GJ, Nii-Amon-Kotei D, Arreola-Risa C, Maier RV. Trauma mortality patterns in the three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. J Trauma 1998 ; 44 : 804-814.