



Facteurs associés à la mortalité des patients hospitalisés au Service de Dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa

Factors associated with mortality among patients hospitalized in the Dermatology Department of the Kinshasa University Hospital

René Tundanonga Odimba^{1,4}, Mohesa Mohesa Ikeke¹, Véronique Mussumba Kakiesse¹, Yannick Kabadi Musawu², Tatiana Wa-Mudumbi Mujinga¹, Anastasie Mbiya Katabayi¹, Christian Nzanza Matanda³, Aline Mughole Mulinda⁴, Richard Nzanza Matanda³

Correspondance

René Tundanonga Odimba

Courriel : odimbarene@gmail.com

Dermatologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa

Summary

Context and objectives. Severe dermatoses requiring hospitalization are a major cause of morbidity and mortality in sub-Saharan Africa. In the Democratic Republic of Congo, data on dermatological hospital mortality are scarce. The objectives of the present study were to describe the epidemiological profile and identify the factors associated with mortality among hospitalized patients. **Methods.** This was a historical analytical cohort study based on the records of patients hospitalized in dermatology at the Kinshasa University Hospital (KUH) between 2000 and 2024. The primary endpoint was death. Survival was assessed using the Kaplan-Meier method. Predictors of mortality were sought using the Cox multiple regression method. **Results.** Out of 31,835 consultations, 172 patients (0.54%) were hospitalized. The median age was 45 years, with a male-to-female ratio of 1.04. The main reasons for hospitalization were toxic skin reactions (45.1%), autoimmune diseases (22.2%), and infectious dermatoses (15.5%). Mortality was 33.3%, with a median survival of 54 days, dominated by toxic skin reactions (28.02/person-days). Independent predictors of mortality were the presence of comorbidities (aHR: 7.14; $p < 0.01$), toxidermia (aHR: 3.06; $p < 0.01$), the development of sepsis (aHR: 16.61; $p < 0.01$) and respiratory distress (HRa: 9.18; $p < 0.01$). **Conclusion.** Dermatological hospital mortality at the KUH is high. Measures to reduce self-medication, combat nosocomial infections, improve the referral system, and strengthen early care are necessary.

Keywords. In-hospital mortality, Skin diseases, Kinshasa university hospital

Received: October 3, 2025

Accepted: December, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.6>

1. Service de Dermatologie, Département des spécialités, Université de Kinshasa.

Résumé

Contexte et objectifs. Les dermatoses graves nécessitant une hospitalisation représentent une cause importante de morbidité et de mortalité en Afrique subsaharienne. En République Démocratique du Congo, peu de données existent sur la mortalité hospitalière dermatologique. Les objectifs de la présente étude étaient de décrire le profil épidémiologique et identifier les facteurs associés à la mortalité des patients hospitalisés.

Méthodes. Il s'agissait d'étude de cohorte historique analytique réalisée à partir des dossiers de patients hospitalisés en dermatologie aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) entre 2000 et 2024. Le critère de jugement principal était le décès. La survie a été évaluée grâce à la méthode de Kaplan-Meier. Les prédicteurs de la mortalité ont été recherchés en utilisant la méthode de régression multiple de Cox.

Résultats. Sur 31 835 consultations, 172 patients (0,54 %) ont été hospitalisés. L'âge médian était de 45 ans, sex-ratio H/F=1,04. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient les toxidermies (45,1%), les maladies auto-immunes (22,2%) et les dermatoses infectieuses (15,5%). La mortalité était de 33,3%, avec une survie médiane de 54 jours et dominée par les toxidermies (28,02/personnes-jours). Les prédicteurs indépendants de mortalité étaient la présence des comorbidités (HR_a: 7,14 ; $p < 0,01$), les toxidermies (HR_a: 3,06 ; $p < 0,01$), le développement d'un sepsis (HR_a: 16,61 ; $p < 0,01$) et d'une détresse respiratoire (HR_a: 9,18 ; $p < 0,01$).

Conclusion. La mortalité hospitalière dermatologique aux CUK est élevée. Des mesures visant à réduire l'automédication, à lutter contre les infections nosocomiales, à



2. Département de Santé Communautaire de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, université de Kinshasa.
 3. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Département des spécialités, Université de Kinshasa.
 4. Hôpital de la Rive, Zone de santé de Binza Ozone, Ville province de Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- améliorer le système de référence et à renforcer la prise en charge précoce sont nécessaires.
- Mots-clés.** Mortalité intrahospitalière, Dermatoses, Cliniques Universitaires de Kinshasa
- Reçu le 3 octobre 2025
Accepté le 16 décembre 2025
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.6>

Introduction

Les maladies de la peau constituent un enjeu majeur de santé publique, affectant entre 30 et 70 % de la population mondiale (1-2). Selon le rapport 2021 du *Global Burden of Disease*, elles sont responsables de 41,9 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité, les plaçant ainsi parmi les dix principales causes d'invalidité (2-3). Dans les pays industrialisés, les principaux motifs d'hospitalisation en dermatologie regroupent les maladies inflammatoires cutanées (le psoriasis et l'eczéma atopique), les cancers cutanés (les mélanomes et les carcinomes), les infections sévères de la peau, ainsi que les complications liées aux traitements (immunosuppression). L'acné sévère, l'urticaire chronique, et certaines maladies systémiques, notamment le lupus érythémateux disséminé et la maladie de Behçet, figurent également parmi ces motifs (4). En Afrique subsaharienne (ASS), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait déjà, en 2001, à près de 20 000 le nombre annuel de décès imputables aux maladies dermatologiques dans cette région, un chiffre comparable à la mortalité liée à la méningite, à l'hépatite B, à la dystocie et aux cardiopathies rhumatismales (5). Les rares études disponibles font état de taux de mortalité hospitalière variables selon les pays : 13,5 % au Togo, 13,27 % au Burkina Faso, 10,26 % en Côte d'Ivoire et 7,09 % en Guinée (6-9). Les motifs d'hospitalisation, relativement homogènes d'un pays à l'autre, sont dominés par les toxidermies, les dermatoses infectieuses, les érythrodermies, les dermatoses bulleuses auto-immunes (pemphigus et pemphigoïde) et les dermatoses tumorales (6-9). Cette situation est aggravée par le manque de dermatologues et par la priorité accordée aux urgences et maladies infectieuses dans les systèmes de santé, contraignant souvent à hospitaliser les patients atteints des dermatoses graves dans d'autres services (médecine interne, pédiatrie, urgences), avec parfois seulement des

avis du dermatologue (10-11). En République Démocratique du Congo (RDC), les maladies de la peau représentaient 0,12 % des décès enregistrés en 2020, avec un taux de mortalité ajusté selon l'âge estimé à 1,81 pour 100 000 habitants (12). Toutefois, la littérature nationale demeure pauvre concernant la mortalité hospitalière dermatologique. Alors que de nombreuses données existent sur la mortalité intrahospitalière des pathologies bénéficiant d'un programme national de prévention, peu d'études se sont intéressées à la mortalité spécifique en dermatologie. Les rares estimations disponibles proviennent généralement d'extrapolations à partir de données issues de pays industrialisés, entraînant ainsi d'importants biais. À Kinshasa, le service de dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) dispose d'une unité dédiée à l'hospitalisation des patients. Cependant, le profil épidémiologique des malades admis dans cette unité n'a, à ce jour, jamais été documenté. Or, une organisation rationnelle et une planification efficiente de l'offre de soins dans une telle structure nécessitent une connaissance précise de la nature de la demande : nombre d'admissions, types de pathologies rencontrées, taux de mortalité, etc. Le présent travail qui s'inscrit dans cette perspective et a visé à combler cette lacune en décrivant le profil épidémiologique et en relevant les facteurs associés à la mortalité des patients hospitalisés au service de dermatologie des CUK.

Méthodes

Nature, cadre et période d'étude

Il s'est agi d'une étude de suivi historique analytique, réalisée au service de dermatologie des CUK. Elle a porté sur les dossiers de patients suivis (en ambulatoire et en hospitalisation) au service de dermatologie, du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2024.

Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients, quel que soit l'âge et le



sexe, ayant consulté le service de dermatologie des CUK au cours de la période d'étude.

Le choix a été exhaustif : tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion ont été retenus.

Critères de sélection

Critères d'inclusion

Tous les patients hospitalisés pour une affection dermatologique, avec un dossier médical complet et lisible.

Critères de non inclusion

Les patients suivis en ambulatoire et ceux hospitalisés dont les dossiers étaient non exploitables (incomplets ou illisibles) et introuvables.

Paramètres d'intérêts

Pour chaque patient inclus, les données suivantes ont été relevées :

Les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, état civil ;

Les caractéristiques cliniques : antécédents personnels (mode de référence, automédication, comorbidité), délai de consultation, motif d'hospitalisation.

L'histoire thérapeutique et évolutive : classes médicamenteuses utilisées, complications en séjour intrahospitalier, issue vitale (décès ou survie), causes de décès et durée d'hospitalisation.

Technique de collecte des données

Les registres de consultation, les registres d'hospitalisation, les dossiers médicaux archivés et les fiches de collecte de données nous ont servi d'outils pour la présente étude. Les registres de consultation nous ont permis de dénombrer le nombre de patients admis en consultation au Service de Dermatologie durant la période d'étude. Les registres d'hospitalisation nous ont permis de recenser le nombre de patients hospitalisés. Les dossiers médicaux nous ont permis de recueillir les informations relatives aux éléments d'intérêt recherchés. Ces éléments ont été retranscrits dans des fiches de collecte de données préétablies.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la survie.

Définitions opérationnelles et des concepts

sexe : genre du patient hospitalisé tel que consigné dans le dossier médical

âge : âge en années au moment de l'hospitalisation

état-civil : état matrimonial mentionné sur la fiche de consultation

Le mode de référence : la référence a été jugée médicale lorsque l'arrivée du patient aux CUK

faisait suite à un transfert d'un autre centre hospitalier, indiqué dans le dossier du patient. Dans le cas contraire, il s'agissait d'une autoréférence

L'automédication a été définie par l'utilisation de médicaments par le patient sans prescription médicale.

Comorbidité : présence d'une ou plusieurs pathologies associées à la dermatose

Le délai de consultation : temps écoulé depuis la constatation des symptômes jusqu'à l'hospitalisation

La durée d'hospitalisation : temps écoulé entre l'admission et, selon le patient, à la date de survenue du décès du patient concerné ou à la date de sortie de l'hôpital pour les patients qui ont survécu jusqu'à la fin de l'étude.

Survie : durée de temps en jour allant de la date de l'admission en hospitalisation jusqu'au décès. Les patients ayant survécu jusqu'à la fin de l'étude (31/12/2024) et les perdus de vue ont été censurés. Aucun transféré des CUK vers un autre centre n'a été enregistré au cours de la période d'étude.

Analyses statistiques

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel MS Excel puis analysées à l'aide du logiciel SPSS 26 et Python 3.x. Les informations étaient présentées sous forme de tableaux et figures. Les variables quantitatives sont résumées en médiane, moyenne $\pm$ écart-type, et les variables qualitatives en effectif et pourcentage. Le test de Chi-carré de Pearson a permis d'évaluer les associations entre les variables indépendantes et la mortalité. La survie a été évaluée par la méthode de Kaplan-Meier. Les prédicteurs de décès ont été recherchés par la méthode de régression de Cox. L'association entre chaque facteur testé et la mortalité a été estimée au moyen du risque relatif (HR) et de son intervalle de confiance à 95 %. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (N°ESP/CE/195/2025). Elle s'est déroulée dans le respect strict de règles d'éthique et de déontologie, tout en garantissant la confidentialité.

Résultats

Fréquence hospitalière

Sur un total de 31 835 patients reçus en consultation au service de dermatologie des CUK, 172 patients (0,54 %) ont nécessité une



hospitalisation. Après application des critères de non inclusion, 135 dossiers ont été retenus pour l'analyse. Le diagramme de flux de la

constitution de la cohorte rétrospective est présenté à la figure 1.

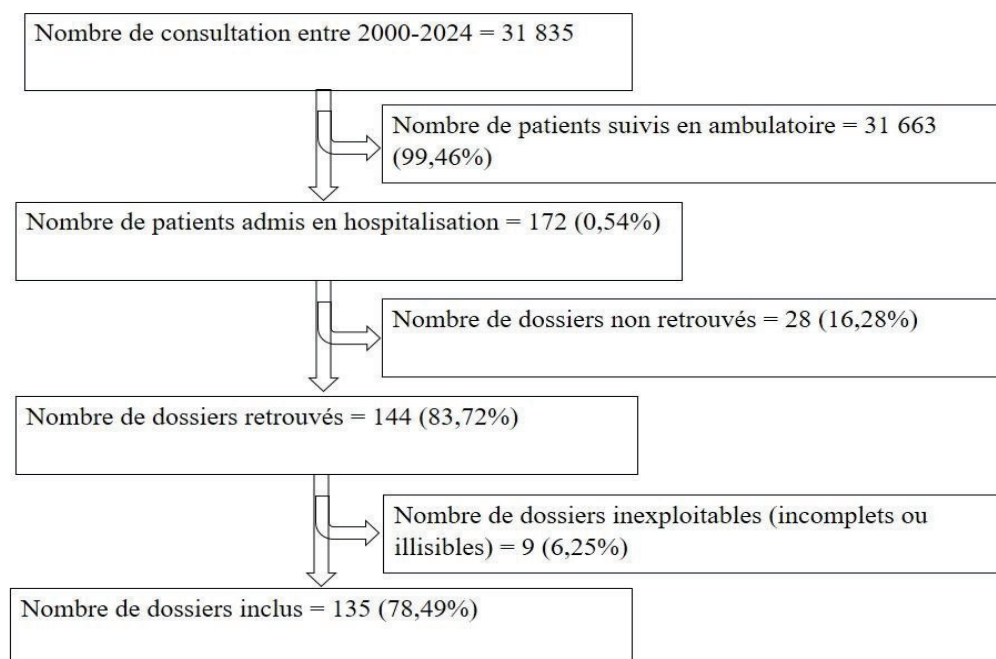


Figure 1. Diagramme de flux de la constitution de la cohorte rétrospective

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge médian des patients était de 45 ans (EIQ : 27- 61ans) (extrêmes : 3 mois et 84 ans). Le sexe masculin était légèrement prédominant, avec un

sex ratio H/F de 1,04 La moitié des patients avaient plus de 42 ans (53,3%), avec 35,6% ayant plus de 52 ans (35,6%). Les mariés (64,4%) étaient prépondérants (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Variables	Effectifs N = 135	Pourcentage %
Sexe		
Féminin	66	48,9
Masculin	69	51,1
Age		
0,16 à 10	9	6,7
11 à 21	16	11,9
22 à 31	19	14,1
32 à 42	19	14,1
43 à 52	24	17,8
53 à 63	21	15,6
64 à 73	20	14,8
74 à 84	7	5,2
Etat civil		
Célibataire	37	27,4
Marié	87	64,4
Veuf (ve)	11	8,1



Caractéristiques cliniques

Concernant leurs antécédents, la majorité (65,9%) des patients hospitalisés était transférée depuis d'autres structures sanitaires, 69,6%

s'étaient automédiqués et 17,8% présentaient une comorbidité sous-jacente, dont la plus fréquente était l'hypertension artérielle (HTA, 9,6%) (Tableau 2).

Tableau 2. Répartition des patients selon leurs antécédents personnels

Antécédents	Effectifs	Pourcentage
	N = 135	%
Mode de référence		
Autoréférence	46	34,1
Référence Médicale	89	65,9
Automédication		
Oui	94	69,6
Non	41	30,4
Comorbidités		
Aucun	111	82,2
Diabète sucré	5	3,7
Diabète sucré et HTA	2	1,5
HTA	13	9,6
HTA, VIH	1	0,7
Malnutrition	1	0,7
VIH	2	1,5

Le délai moyen de consultation était de 44,73 jours (extrêmes : 3-580 jours) avec une médiane de 20 jours (EIQ : 12-45 jours). Le délai médian de consultation a varié fortement en fonction des entités nosologiques, les délais les plus long étaient observés pour les maladies tumorales (394

jours), suivis des pathologies vasculaires (58 jours) et des maladies auto-immunes (56 jours). En fonction des motifs d'hospitalisation, le tableau 3 indique que les toxidermies (45,2%) venaient en première position, suivies des dermatoses bulleuses auto-immunes (22,2%) et des dermatoses infectieuses (15,5%).

Tableau 3. Répartition des patients selon les motifs d'hospitalisation au service de dermatologie des CUK, 2000-2024

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
	N = 135	%
Toxidermies	61	45,2
Maladies bulleuses auto-immunes	30	22,2
Infections	21	15,6
Erythrodermies	14	10,4
Maladies tumorales	6	4,4
Pathologies vasculaires	2	1,5
Dermatoses Idiopathiques	1	0,7



Histoire thérapeutique et évolutive

Les antiseptiques (94,8%), les antibiotiques (85,9%) et les antihistaminiques (82,2%) étaient par ordre de fréquence les classes médicamenteuses les plus utilisées. Le sepsis (28,9%) était la complication intrahospitalière la plus rencontrée, suivie de la détresse respiratoire dans 5,9 % de cas. La durée médiane de suivi était de 20 jours (EIC : 10-38 jours). Parmi les patients inclus dans la présente étude, 45 (33,3%) étaient décédés.

Analyse des facteurs associés à la mortalité

Analyse bivariée

En analyse bivariée, l'HTA était la comorbidité la plus retrouvée chez les patients hospitalisés en général (11,8%) et était exclusivement retrouvé chez les décédés comparés aux survivants (11,85% vs 0,0%). Il en était de même de l'infection par le VIH (2,2 % décédés vs 0,0% survivants), du diabète sucré (5,19% décédés vs 0,0%), du sepsis (26,6 % décédés vs 2,2% survivants) et de la détresse respiratoire (5,19% décédés vs 0,74%). L'absence de complication était fortement associée à la survie (63,7 % des vivants vs 1,48 % des décédés). La toxidermie est fortement associée à la mortalité (25,93 % décédés vs 7,41 % survivants). Les infections cutanées étaient moins fréquentes chez les décédés que chez les vivants (0,74 % vs 14,8 %). Les patients transférés présentaient une mortalité significativement plus élevée que ceux non transférés (25,93 % vs 7,41 %) (Tableau 4).

Survie globale des patients au cours de la période d'étude

La durée médiane de suivi était de 20 jours (EIC : 10-38 jours) avec un temps médian de survie de 54 jours. Les 135 patients ont éprouvé 3579 personnes-jours, ce qui porte le taux de mortalité à 12,57 (IC 95% : 8,90-16,25) pour 1000 personnes-jours. La courbe de survie globale de Kaplan-Meier montre que la probabilité de survie était de 96,1% au J7, 82,8% au J12, 71,6% au J30, puis 44,1% au J60. (Figure 2).

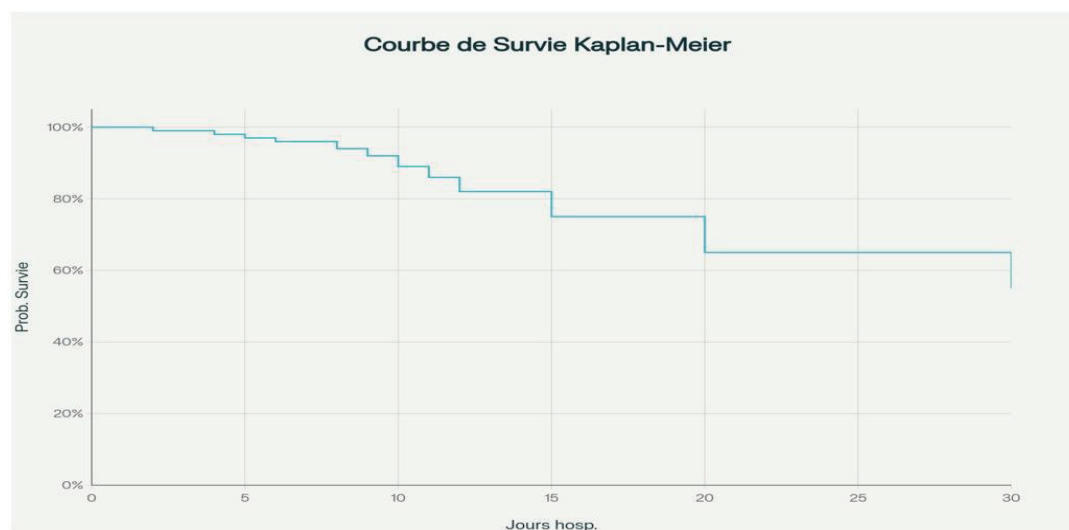


Figure 2. Analyse de Survie (Méthode de Kaplan-Meier)

Prédicteurs de la mortalité

Les prédicteurs de la mortalité sont consignés dans le tableau 4. En analyse bivariée, le transfert, la présence des comorbidités, le fait d'être atteint d'une toxidermie, le développement d'un sepsis et d'une détresse respiratoire étaient associés à la mortalité. Après ajustement sur les

facteurs précités en analyse multivariée, la présence des comorbidités, le fait d'être atteint d'une toxidermie, le développement d'un sepsis et d'une détresse respiratoire ont persisté comme prédicteurs indépendants de la mortalité, multipliant ce risque, respectivement par 7,3, 17 et 9.



Tableau 4. Facteurs prédictifs indépendants de mortalité des patients en analyse multivariée (régression de Cox)

Prédicteurs	P	Analyse bivariée HR (IC 95%)	P	Analyse multivariée HRa (IC 95%)
Age		1		
< 60				
≥ 60	0,55	1,38 (0,72- 2,61)	0,22	1,46 (0,80 - 2,61)
Comorbidités				
Non		1		1
Oui	< 0,01	5,29 (2,50- 11,24)	< 0,01	7,14 (4,32-11,72)
Mode de référence				
Autoréférence		1		1
Transféré	0,02	1,81 (0,98-3,31)	0,85	0,95 (0,57-1,52)
Automédication				
Non		1		1
Oui	0,13	1,35 (0,72- 2,53)	0,32	1,39 (0,73-2,62)
Toxidermie				
Non		1		1
Oui	< 0,01	4,25 (2,26- 7,91)	< 0,01	3,06 (1,96- 4,82)
Sepsis				
Non		1		1
Oui	< 0,01	9,85 (4,99-19,21)	< 0,01	16,61 (9,06-30,12)
Détresse respiratoire				
Non		1		1
Oui	< 0,01	2,92 (0,22- 38,10)	< 0,01	9,18 (4,07-20,12)

HRa=Hazard Ratio ajusté ; IC = Intervalle de confiance

Discussion

La présente étude avait pour objectifs de décrire le profil épidémiologique, évaluer la survie et d'identifier les prédicteurs de la mortalité des patients hospitalisés au sein du service de dermatologie des CUK. Les principales observations sont : un faible taux d'admission (0,54 %) mais une mortalité élevée (33,3 %) de suite de toxidermies. La mortalité touchait surtout les patients présentant une comorbidité sous-jacente et/ou une complication associée. La période critique de décès se situait durant les deux premières semaines d'hospitalisation, avec une survie chutant de 96,1% au J7 à 82,8% au J12, puis à 71,6% au J30. Le développement d'un sepsis, de détresse respiratoire et les toxidermies étaient les puissants prédicteurs indépendants de mortalité.

Fréquence hospitalière

Le taux d'hospitalisation observé au cours de cette série est proche des 0,2% et 0,49 % décrits respectivement, par Lukasiewicz *et al.* (13) en France et Lamchahab *et al.* (10) au Maroc. Par contre, il est nettement inférieur à celui décrit par Ranaivo *et al.* (14) à Madagascar (3,7%). Ces disparités pourraient s'expliquer par les différences de méthodologie, de taille de

l'échantillon et du site de l'enquête. Nonobstant ces divergences, ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que les CUK sont un hôpital tertiaire et constituent par conséquent le lieu de référence de plusieurs patients, à l'instar de ceux souffrant d'une dermatose. Il s'avère donc que la plupart des patients hospitalisés en dermatologie sont référés à partir d'autres hôpitaux.

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge médian (45 ans) des patients se rapproche de celui décrit par Sen *et al.* (15) en Inde (50 ans), mais s'éloigne des travaux de Yang *et al.* (16) en Chine qui ont décrit un âge médian de 60 ans. On remarque par ailleurs une faible proportion de patients pédiatriques. Ceci pourrait s'expliquer par une référence plus importante de cette catégorie vers le service de pédiatrie des CUK. Contrairement à cette étude qui a montré une prédominance masculine, Ouédraogo *et al.* (8) au Burkina-Faso ainsi que Parajuli *et al.* (17) au Népal avaient trouvé une prédominance féminine. Ces disparités pourraient s'expliquer par les objectifs et méthodologies différents entre ces études. Néanmoins, cette prédominance masculine pourrait s'expliquer en partie par un meilleur accès des hommes aux services de santé.



Les données relatives à l'état-civil ont décrit une proportion plus importante des mariés, suivis des célibataires. La prédominance des mariés est sûrement influencée par l'âge médian de la population d'étude.

Caractéristiques cliniques

La plupart des patients avaient pratiqué l'automédication avant de consulter le service de dermatologie des CUK. Selon le ministère de la santé de la RDC, la vente libre des médicaments par des grossistes et des pharmacies, la vente illicite des médicaments dans des lieux publics et même dans les formations médicales, la vente de médicaments sans prescription médicale, le coût élevé de la consultation médicale et des examens de laboratoire, les prescriptions faites par des professionnels de santé non autorisés, la non vulgarisation de la liste nationale des médicaments essentiels auprès de prestataires, sont autant de facteurs qui favorisent l'automédication dans la population (18). Environ un patient sur cinq avait présenté une comorbidité sous-jacente. La présence d'une comorbidité entrave la prise en charge adéquate des patients. D'ailleurs, la présence d'une comorbidité était positivement corrélée à la mortalité. Cependant, ce résultat soulève aussi la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire dans le suivi des patients hospitalisés dans notre contexte. Le fait que la majorité des patients étaient transférés depuis d'autres structures sanitaires confirme le rôle des CUK dans la stratification de soins de santé en RDC, comme hôpital tertiaire. Le délai médian de consultation (20 jours) était plus long que celui décrit par Finstad *et al.* (19) au Canada (8,0 jours). Il était quasi similaire que ceux observés par Ecra *et al.* (9) en Côte d'Ivoire (20,05 jours) et Lamchahab *et al.* (10) au Maroc (20 jours). Par contre, il était inférieur aux 131 jours décrits par Ouédraogo *et al.* (8) au Burkina-Faso. La pauvreté, la précarité, le recours fréquent à la médecine traditionnelle et/ou aux pratiques religieuses ainsi que les erreurs diagnostiques de la part du personnel de santé d'autres institutions sanitaires seraient autant de facteurs pouvant expliquer notre constat. Ce délai prolonge la phase inflammatoire, accroît le risque d'infection secondaire et favorise la défaillance multiviscérale. Les toxidermies étaient les motifs d'hospitalisation les plus fréquents, résultats en accord avec les travaux de Bhandare *et al.* (20) en Inde. Par contre, Saber *et al.* (21) en Iran ainsi que Garcia-Doval *et al.* (22) en Espagne avaient

retrouvé les tumeurs cutanées malignes au premier rang. Ces disparités, telles qu'analysées par Lamchahab *et al.* (10), relèveraient des facteurs ethniques, géographiques, culturels et socioéconomiques. Cependant, l'automédication pourrait être un facteur influençant cette prédominance, comme le suggère la forte proportion des patients utilisant cette pratique au cours de cette étude.

Histoire thérapeutique et évolutive

Comme Alami *et al.* (23) au Maroc et Chowdhury *et al.* (24) en Inde, le sepsis était la complication la plus fréquente observée au cours du séjour en dermatologie. Les mauvaises conditions d'hygiène, l'indisponibilité des anti-infectieux adaptés ainsi que le risque accru d'infections sévères dues à la corticothérapie (61,5% d'utilisateurs) peuvent expliquer ce résultat. La mortalité globale observée au cours de cette étude est assez inquiétante. Elle était largement supérieure à la plupart des études consacrées à la mortalité hospitalière en dermatologie (9, 25-26) notamment en Occident dans lesquelles on a noté une mortalité assez faible ce qui s'explique par la disponibilité précoce de soins dermatologiques spécialisés, d'une surveillance intensive et de thérapeutiques modernes (immunoglobulines, soins de plaies stériles, ventilation non invasive). Ces contrastes illustrent l'écart structurel entre les systèmes de santé et la nécessité d'une amélioration du plateau technique africain, en effet, les conditions défectueuses d'hygiène, le manque de moyens financiers nécessaires à une bonne prise en charge thérapeutique ainsi que la référence tardive vers les CUK pourraient être des facteurs pouvant expliquer cette surmortalité. Les troubles dermatologiques à l'origine de la mortalité étaient dominés par les toxidermies. La pratique fréquente de l'automédication parmi nos patients pourrait expliquer ce résultat. Les classes médicamenteuses les plus utilisées étaient les antiseptiques suivis des antibiotiques. Cette prédominance serait probablement liée aux conditions de vie et d'hygiène déplorable des populations notamment en Afrique Subsaharienne. Le prurit accompagnant la plupart des dermatoses, faisait aussi des antihistaminiques, un partenaire de choix dans la prescription dermatologique. La durée médiane de séjour en d'hospitalisation observée au cours de cette étude était comparable à celle observée en Tunisie (21 jours) (27). Des durées d'hospitalisation plus courtes ont été observées



au Royaume-Uni (11 jours) (28), aux Etats-Unis (3 jours) (29) et en Espagne (7 jours) (21).

Survie globale des patients

Dans la présente étude, la survie globale des patients qui était de 100% au J1, avait baissé à 96 % au J7 et à 83 % au J12. Cela rend compte d'une mortalité très élevée. Cette survie se rapproche de celle observée par Diallo *et al.* (30) à 7,14 jours respectivement, de 94 % et 85 %. Néanmoins, les résultats rapportés peuvent être surestimés. En effet aux CUK, de nombreux patients porteurs de dermatoses graves et aiguës, sont pris en charge dans les unités des soins intensifs de médecine interne, de pédiatrie et de chirurgie ; avec parfois seulement des avis du dermatologue.

Prédicteurs de mortalité

La présence des comorbidités, les toxidermies, le développement d'un sepsis et d'une détresse respiratoire avaient émergé comme prédicteurs de la mortalité chez les patients hospitalisés en dermatologie, multipliant le risque de décès dans cette population respectivement par 7,3,17 et 9.

L'association entre la mortalité et la présence d'une comorbidité sous-jacente corrobore les travaux de Gijzen *et al.* (31). La présence de comorbidités sous-jacentes augmente la probabilité de complications graves et donc de mortalité (23,27). L'association entre la mortalité et le fait d'être atteint d'une toxidermie était aussi constatée au Togo (7) et au Madagascar (14). Il s'agissait probablement des formes graves de toxidermies, les formes bénignes n'entraînant pas d'hospitalisation. La sévérité du tableau clinique, une atteinte multisystémique, le délai de diagnostic important, les fréquentes complications systémiques et locales, la décompensation d'une tare sous-jacente en cas de toxidermie, sont autant de facteurs qui pourraient expliquer cette association. Ces formes graves de toxidermies avec toutes ses conséquences, pourraient aussi expliquer l'association entre la détresse respiratoire et la mortalité. Le lien entre le développement d'un sepsis et la mortalité n'est pas étonnant pour une pathologie responsable d'un taux de mortalité mondial significatif, souvent entre 20 et 40% voire plus en cas de choc septique (33-35). Dans notre contexte, l'existence des comorbidités sous-jacentes, l'indisponibilité des anti-infectieux adaptés ainsi que la sévérité de la maladie l'admission due à un délai de diagnostic important pourraient expliquer cette corrélation. La détresse respiratoire est un facteur de mortalité majeur en dermatologie souvent lié à

des complications infectieuses (sepsis) ou systémiques de maladies cutanées sévères comme les toxidermies et les dermatoses bulleuses auto-immunes (23,25). En revanche, bien que fréquente (69,6%), l'automédication n'a pas émergé comme prédicteur indépendant de mortalité après ajustement. Cette absence d'association directe suggère que l'effet délétère de l'automédication pourrait être médié par d'autres facteurs tels que le retard diagnostique ou la sévérité initiale de la pathologie.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude a le mérite de fournir des données inédites en RDC et d'identifier des leviers d'action prioritaires : réduction de l'automédication, amélioration du système de référence, protocoles de prise en charge des toxidermies et prévention du sepsis.

D'autres forces sont également à noter notamment, la cohérence méthodologique, l'usage d'un modèle multivariée robuste et la disponibilité de données cliniques détaillées issues d'un centre de référence. Toutefois, certaines limites doivent être reconnues :

- La nature rétrospective du recueil qui était source de déperdition des données. Certains dossiers médicaux n'avaient pas été retrouvés, de même certains dossiers sélectionnés avaient des informations manquantes ou étaient illisibles ;
- L'étude monocentrique restreint la généralisation des résultats à l'ensemble du pays. Néanmoins, ces limites n'altèrent pas la solidité interne de l'analyse et les enseignements majeurs demeurent valables pour des contextes similaires à ressources limitées.

Conclusion

La fréquence d'hospitalisation au service de dermatologie aux CUK reste faible ; les motifs d'admission s'accompagnent d'une mortalité élevée (33,3%). Les principaux facteurs prédictifs de la mortalité sont le développement d'un sepsis, de détresse respiratoire et les toxidermies. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la sensibilisation de la population sur les risques de l'automédication, d'améliorer le système de référence et de contre-référence, de mettre en place des protocoles de prise en charge précoce et multidisciplinaire. Une meilleure organisation des soins hospitaliers en dermatologie pourrait contribuer à réduire significativement cette mortalité.

Conflit d'intérêt



Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs

Conception de l'étude : René Tundanonga Odimba. Analyse et interprétation des données : Yannick Kabadi Musawu. Collecte des données : Tatiana Wa-Mudumbi Mujinga, Anastasie Mbiya Katabayi

Rédaction du manuscrit final : René Tundanonga Odimba, Mohesa Mohesa Itke, Aline Mughole Mulinda, Véronique Mussumba Kakiessé, Christian Nzanza Matanda, Richard Nzanza Matanda Tous les auteurs ont approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji-Garin S, Ruszczynski S, Roujeau JC, Revuz J, *et al.* French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample. *Arch Dermatol* 2003 ; **139** (12) : 1614 -1619.
2. Bickers DR, Lim HW, Goodman C, Faulkner E, Gould C, Gemmen E, *et al.* The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2006 ; **55** (3) : 490 - 500.
3. Huai P, Xing P, Yang Y, Kong Y, Zhang F. Global burden of skin and subcutaneous diseases: an update from the Global Burden of Disease Study 2021. *Br J Dermatol* 2025 ; **192** (6) : 1136 -1138.
4. Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. The burden of Disease and Mortality by condition: Data, Methods and Results for 2001. In: Global Burden Disease and Risk Factors, Eds: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, New York, *Oxford University Press*, 2006, **12**: 306-310.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Maladie de peau en RD Congo-World Life Expectancy. Disponible sur <https://www.worldlifeexpectancy.com>. Consultée le 17/07/2025.
6. Keita M, Koulibaly M, Soumah MM, Diané B, Tounkara TM, Camara AD, *et al.* Morbidité et mortalité hospitalières dans le service de dermatologie-MST du CHU de Conakry (Guinée). *Ann Dermatol Vénéréol* 2014 ; **141**(12) : S356–S357.
7. Saka B, Kombate K, Mouhari-Toure A, Akakpo S, Téleclessou J, Gnassingbé W, *et al.* Motifs en dermatologie à Lomé, Togo : le poids de l'infection à VIH. *Ann Dermatol Vénéréol* 2016 ; **143** (4) : S27–S28.
8. Ouedraogo MSS, Korsaga-Somé NN, Tapsoba GP, Ouedraogo NA, Yara R, Barro-Traoré F, *et al.* Mortalité des patients hospitalisés dans un service de dermatologie-vénéréologie en Afrique subsaharienne. *Ann Dermatol Vénéréol* 2015 ; **142** (12) : S585.
9. Ecra EJ, Kouassi YI, Kouassi KA. Analysis of mortality in a dermatological affections referral center in sub-Saharan Africa, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Dermatol Open J* 2016; **1**(3):56–59.
10. Lamchahab FE, Beqqal K, Guerrouj B, Khoudri I, Senouci K, Hassam B, *et al.* Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénéréologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc. *Pan Afr Med J* 2010 ; **7** : 17.
11. Faucon C, Godefray N, Itani O, Nouchi A, Tebano G, Ouédraogo E. Dermatoses au retour de voyage : étude de 135 patients. *Ann Dermatol Vénéréol* 2021 ; **1**(8) : A252.
12. Kirsner RS, Yang DG, Kerdell FA. The changing status of inpatient dermatology at American academic dermatology programs. *J Am Acad Dermatol* 1999 ; **40** (5) : 755-757.
13. Lukasiewicz E, Martel J, Roujeau J-C, Flahault A. La dermatologie libérale en France métropolitaine en 2000. *Ann Dermatol Vénéréol* 2002; **8** : 1261-1265.
14. Ranaivo IM, Rakotomanana JL, Andrianarison M, Sendrasoa FA, Ramarozatovo LS, Rapelanoro F, *et al.* Motifs d'hospitalisation des patients en dermatologie à Antananarivo, Madagascar. *IJPSAT* 2019 ; **17** (2) : 126-131.
15. Sen A, Chowdhury S, Poddar I, Bandyopadhyay D. Inpatient dermatology: characteristics of patients and admissions in a tertiary level hospital in eastern India. *Indian J Dermatol* 2016 ; **61** (5) : 561–564.
16. Yang Y, Xu Z, Wu X, Xuan Y, Wu Y, Wang C, *et al.* Clinical characteristics, hospital days, hospitalization costs, and in-hospital mortality among patients in a dermatological intensive care unit: a single-center retrospective study from China. *Research Square* 2025 ; **9** : 76-78.
17. Parajuli S, Paudel U, Pokhrel DB. In patient dermatology: characteristics of patients and admissions in Tribhuvan University (TU) Teaching Hospital. *Nepal J Dermatology*



- Venereol Leprol* 2013 ; **11**(1) : 59-63.
18. Rodriguez J, Wachsberger JM. L'automédication en République Démocratique du Congo: choix ou contrainte?. *African Popul Stud* 2016; **30** : 80-84.
 19. Finstad A, Alhusayen R. Trends in inpatient admissions for diseases of the skin. *J Cutan Med Surg* 2022 ; **26** (4) : 422-423.
 20. Bhandare P, Navya A, Ghodge R, Shukla P, Gupta T. Mortality in dermatology: A closer look. *Indian J Med Spec* 2022; **13** (2) : 105 - 108.
 21. Saber M, Faghihi G, Seyedghafouri S-A, Hosseini SM. Mortality and cause of death in patients with dermatologic diseases: an 11-year record-based observational study. *Dermatologica Sin* 2023; **41** (1) : 18-24.
 22. Garcia-Doval I, Feal C, Rosón E, De La Torre C, Abalde MT, Flórez A, *et al.* Inpatient dermatology: characteristics of patients and admissions in a Spanish hospital 1. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; **16** (4) : 334-338.
 23. Alami S, Meziane M, Ismaili N, Benzekri L, Senouci K. Mortalité intrahospitalière au sein d'un service de dermatologie. *Cah Santé Méd Thérapeut* 2022 ; **2** (31) : 138-143.
 24. Chowdhury S, Podder I, Saha A, Bandyopadhyay D. Inpatient mortality resulting from dermatological disorders at a tertiary care center in Eastern India: A record-based observational study. *Indian J Dermatol* 2017; **62** (6) : 626-629.
 25. Sindhuja T, Bhagwat A, Verma KK, Gupta S. A retrospective study of inpatient mortality in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024; **38** (8) : 45-46.
 26. Depaula Samorano-Lima L, Quitério LM, Sanches Jr JA, Neto CF. Inpatient dermatology: profile of patients and characteristics of admissions to a tertiary dermatology inpatient unit in São Paulo, Brazil. *Int J Dermatol* 2014; **53** (6) : 681 – 691.
 27. Manaa L, Amouri M, Sellami K, Frikha F, Mseddi M, Boudaya S, *et al.* La mortalité dans un service de dermatologie: 24 cas. *Ann Dermatol Vénéréol* 2020 ; **147** (12) : A254-A255.
 28. Munro CS, Lowe JG, McLoone P, White MI, Hunter JAA. The value of in-patient dermatology: a survey of in-patients in Scotland and northern England. *Br J Dermatol* 1999 ; **140** (3) : 474-479.
 29. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, el-Azhary RA, Bridges AG, Camilleri MJ, *et al.* Experience with the dermatology inpatient hospital service for adults: Mayo Clinic, 2000–2010. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013 ; **27** (11) : 1360-1365.
 30. Diallo A., Traoré B., Coulibaly Y. Survie hospitalière des patients admis pour dermatoses infectieuses graves au CHU de Bamako. *R Malienne de Méd* 2020 ; **35** (2) : 104-110.
 31. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001; **54** (7): 661–674
 32. Bettuzzi T, Lebrun-Vignes B, Oro S, Sbidian E. Mortalité à court terme et à long terme des nécrolyses épidermiques adultes en France: une étude sur les données du SNDS. *Ann Dermatol Vénéréol* 2023; **3** (8) : A118.
 33. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, *et al.* Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2020; **395**: 200-211.
 34. Arefian H, Heublein S, Scherag A, Brunkhorst FM, Younis MZ, Moerer O, *et al.* Hospital-related cost of sepsis: A systematic review. *J Infect* 2017; **74** (2): 107-117.
 35. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, *et al.* The Third International Consensus Definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA* 2016; **315** (8): 801-810.

Comment citer cet article : Odimba RT, Iteke MM, Kakiesse VM, Musawu YK, Mujinga TW, Katabayi AM, *et al.* Facteurs associés à la mortalité des patients hospitalisés au Service de Dermatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Ann Afr Med* 2026; **19** (2): e6858-e6868.
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.6>