

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie (FMOS)

Année Universitaire : 2019 – 2020

Thèse N°/

TITRE

PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS ADMIS DANS LA SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES DE L'HOPITAL DU MALI

Thèse présentée et soutenue publiquement le..... /..... / 2020

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mlle KOUNADY DIOMBANA

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury : Pr. SAMAKE Broulaye

Membres du jury : Dr. KASSOGUE André

Co-directeur : Dr CISSE Mamadou A. Chiad

Directeur de Thèse : Pr. DIANI Nouhoum

DEDICACES ET REMERCIEMENTS :

Louange à ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

On le glorifie, on lui demande de l'aide et on lui demande pardon contre le mal, celui qui fut guidé personne ne peut l'égarer et celui qui est égaré personne ne peut le guider. Je témoigne qu'il n'y a point de divinité digne d'adoration sauf Allah, L'unique, qui n'a point d'associé et Mohammad est son serviteur et son Messager. Par ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie et tu as voulu que ce jour arrive. Je demande donc à Allah, par ses plus beaux noms qu'il mette de la baraka dans ce modeste travail et qu'il nous en fasse bénéficier, ainsi que ceux qui le lisent. Et que la bénédiction d'Allah soit sur notre prophète MOHAMED, sur ces compagnons, et sur ceux qui le suivent sur le bon chemin jusqu'au dernier jour.

-A MES PARENTS,

MAKAN.B et FATOUMATA DJIRE vous m'avez fait confiance, soutenu, encouragé et guidé, c'est grâce à l'éducation reçue de vous que j'en suis là aujourd'hui et par vos prières vous m'avez offert la possibilité de réaliser mes études dans des meilleures conditions, vous avez tout sacrifié pour nous rendre heureux nous vos enfants, nous sommes fières de vous avoir comme parent, puisse Dieu vous accorde une longue vie.

-A MES SŒURS ET FRERES

AWA ET DJITA, pour tout votre aide et présence si affectueuse à chaque moment important de ma vie. Merci pour vos douah et encouragements puisse DIEU le tout puissant renforcer l'amour qui nous lie.

A BADRA, YAYI, BROIMA, ma petite TIMA je vous souhaite tout le bonheur du monde ; Bon courage à vous tous, je vous souhaite longue vie.

- A TOUS MES TATA ET TONTON

De la famille DIOMBANA, DJIRE, SISSOKO, TONTON TRAORE, merci pour votre conseil, je vous adresse à travers ce travail toute ma reconnaissance.

-A MES GRANDS-PARENTS ET A TOUTE LA FAMILLE DIOMBANA. Qu'Allah vous accorde santé, longévité.

-A TOUS MES COUSINS ET COUSINES,

De la famille DIOMBANA, DJIRE, SIMAGA, SISSOKO, KANTE, KADIDIATOU SIMAGA, ET FATOUMATA SIMAGA ce travail est aussi le vôtre ; que nos liens se resserrent davantage.

-A MES AMIS (E)

YAMALOU.DOLO, MOUSSA SACKO, NANA, KAMATE vous avez été plus que des amis vous faites partie de ma famille c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis ; AWA TAMBOURA, SOUMAORO ,DIENEPO, FAROTA, SOULEYMANE SY, CHEK DIABATE, YARRESY,TOURE, KEITA merci pour tous nos petites rencontres d'échange chacune de vous est exceptionnelle ,c'est cet mélange qui rend notre groupe si particulier que nous soyons tous un jour des grands médecins merci pour tout ce que nous avons partagé.

Ba DEMBELE qui m'a soutenu tout au long de la réalisation de ce travail. Merci

DJIBRIL SISSOKO tu es une personne exceptionnelle, tu as toujours été présent quand j'avais besoin de toi merci pour ta disponibilité et ton soutien je te souhaite tout le bonheur du monde.

-AUX INTERNES DU SAU de l'hôpital du MALI merci pour votre gentillesse et les moments passés ensemble, on compte sur vous pour gérer le service.

Dr DJENEBA DIALLO, Dr SIDIBE, Dr DJENEBOU SAMAKE, Dr DIAKITE, Dr BAGAYOGO du CHU Gabriel et Hôpital du Mali, Dr DAO, Dr Jerome,Dr GAMBY, Dr

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

TIMBINE et à tous les Médecins de l'hôpital du Mali. Merci pour votre encadrement et d'accepter de partager avec nous votre savoir.

-A MES CAMARADES DE LA DIXIEME PROMOTION, je souhaite à chacun de vous une excellente carrière.

-A tous le personnel de l'hôpital (infirmiers, techniciens de surface) Merci pour les moments inoubliables qu'on a passé ensemble.

A tous ceux dont je n'ai pas cité le nom, à tous ce qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail

Une pensée à mes proches et amis partis trop tôt, que votre âme repose en paix.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Broulaye M SAMAKE

- ❖ Spécialiste en anesthésie Réanimation
- ❖ Maître de conférences agrégé à la FMOS
- ❖ Chargé de cours à l'INFSS
- ❖ Chef de service d'anesthésie du CHU GT

Cher maître, vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Votre simplicité et vos qualités pédagogiques font de vous un maître incontestable, admirable et un exemple à suivre. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Nouhoum DIANI

- ❖ Spécialiste en Anesthésie Réanimation,
- ❖ Maître de conférences à la FMOS,
- ❖ Chef de service d'anesthésie réanimation de l'hôpital du Mali.

Malgré vos multiples occupations, vous avez bien voulu nous confier ce travail et le diriger. Vos qualités humaines et professionnelles nous ont toujours marqué. Votre disponibilité et votre acharnement nous inspirent un grand respect. Veuillez trouver, ici, le témoignage de notre estime et de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE, et CO-DIRECTEUR :

Docteur Mamadou A. Chiad CISSE

- ❖ Spécialiste en médecine d'urgence et catastrophe,
- ❖ Maître-assistant à la FMOS,
- ❖ Chef du service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali.
- ❖ Chevalier de l'ordre du mérite de la Santé

Cher maître, merci pour votre dévouement, votre gentillesse et pour ce qu'on apprend au quotidien auprès de vous au service. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, votre disponibilité, votre compétence et votre esprit innovateur font de vous un grand maître.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A NOTRE MAITRE, MEMBRE DU JURY :

Docteur André KASSOGUE

- ❖ Anesthésiste réanimateur et urgentiste
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ❖ Membre de la société d'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence du Mali
- ❖ Membre de la SARAF

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi les membres de notre jury.

Nous vous remercions vivement pour la spontanéité et la gentillesse avec lesquelles vous avez bien voulu juger ce travail. Nous vous sommes infiniment reconnaissants. Veuillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

Liste des tableaux :

Tableau I: Répartition des patients en fonction de l'âge. 20

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Tableau II: Répartition des patients en fonction de la profession	22
Tableau III: Répartition des patients en fonction de la résidence.	22
Tableau IV: Répartition selon le mode d'admission.	24
Tableau V: Répartition des patients selon la CCMU à l'admission.	24
Tableau VI: Répartition selon le mode de transport utilisé.	24
Tableau VII: Répartition des patients selon les motifs de recours.	25
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des examens biologiques.	25
Tableau IX: Répartition des patients en fonction des examens d'imagerie.	26
Tableau X: Répartition des patients en fonction des pathologies médicales.	26
Tableau XI: Répartition des patients en fonction des pathologies chirurgicales traumatiques et non.	27
Tableau XII: Répartition des patients selon le conditionnement.	28
Tableau XIII: Répartition des patients selon la PEC hémodynamique.	29
Tableau XIV: Répartition des patients selon le traitement médical reçu.	30
Tableau XV: Répartition des patients selon le traitement chirurgical effectué.	30
Tableau XVI: Répartition des patients selon le devenir.	31
Tableau XVII: Répartition des décès selon la pathologie.	31
Tableau XVIII: Répartition des patients selon la durée de séjour et le mode transport.	33
Tableau XIX: Répartition des patients selon le motif de recours et la classification CCMU.	33
Tableau XX: Répartition des patients selon la durée de séjour et l'évolution.	34
Tableau XXI: Répartition des patients selon la prise en charge respiratoire et l'évolution.	34
Tableau XXII: Répartition des patients selon le traitement médical et l'évolution.	35
Tableau XXIII: Répartition des patients selon le traitement chirurgical et l'évolution.	36
Tableau XXIV: Répartition des patients selon la prise en charge hémodynamique et l'évolution.	36
Tableau XXV: Répartition des patients selon les pathologies médicales et durée de séjour.	37
Tableau XXVI: Répartition des patients selon les pathologies chirurgicales et durée de séjour.	37

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la prise en charge hémodynamique et la durée de séjour	38
---	----

Liste des Figures :

Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe.	21
Figure 3: Répartition des patients selon les pathologies.	28
Figure 4: Répartition des patients selon la prise en charge respiratoire.	29
Figure 5: Répartition des patients selon la durée de séjour aux SAUV.	33

Liste des abréviations :

ASP : Abdomen sans préparation

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

AVP : Accident de la voie publique

BU : Bandelette urinaire

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CBV : Coups et blessures volontaires

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CCMU D : Classification clinique des malades aux urgences décédés

CCMU P : Classification clinique des malades aux urgences psychiatriques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CIMU : Classification infirmière des malades aux urgences

CRP : Protéine C – réactive

CVI : Commune 6

ECG : Electrocardiogramme

EP : Embolie pulmonaire

FID : Fosse iliaque droite

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

GCS : Score de Glasgow

GE : Goutte épaisse

GEMSA : Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil

GR-RH : Groupage rhésus

H : Heure

HbA1C : Hémoglobine glyquée

HED : Hématome extradural

HSD : Hématome sous dural

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

HTA : hypertension artérielle

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

IC : Insuffisance cardiaque

INFSS : Institut national de formation en science de la santé

IOT : Intubation oro-trachéale

IPP : Inhibiteur de pompe à proton

IRA : Insuffisance rénale aiguë

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LVS : Liberté des voies aériennes supérieures

MI : Membre inférieur

NFS : Numération formule sanguine

O₂ : Oxygène

OAP : Œdème aigu du poumon

PA : Pression artérielle

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

PEC : Prise en charge

RX : Radiographie

SAU : Service d'accueil des urgences

SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

SCA : Syndrome coronarien aiguë

SU : Sondage urinaire

SNG : Sonde nasogastrique

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

SRV : Sérologie rétrovirale

TAP: Tomodensitométrie Thoraco-abdomino-pelvienne

TC : Traumatisme crânien

TDM : Tomodensitométrie

TOGD: Transit œsogastroduodénal

TTT : Traitement

TSA : Tronc supra-aortique

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

UV : Urgence vitale

UVIH : Urgence vitale intra hospitalière

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

VVC : Voie veineuse centrale.

VVP : Voie veineuse périphérique

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS :	4
1. Objectif Général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III.GENERALITES:	5
1. Définition:.....	5
2. Triage:.....	5
3. Classifications:.....	6
4. Aspect épidémiologique des urgences vitales:.....	7
5. Rappel et aspect clinique et anatomo-pathologique :	8
IV-Méthodologie :	18
V- Résultats :	21
1. Fréquence :	21
2. Données sociodémographiques :	22
3. Clinique	24
4. Prise en charge :	29
VI-Commentaires et Discussion :	40
1. Fréquence :	40
2. Données sociodémographiques :	40
3. Clinique :	41
4. Prise en Charge :.....	42
5. EVOLUTION :.....	43
VII-Conclusion :	43
VIII-Recommandations :	44
IX-Références bibliographiques :	45
X-Annexes :	48

I-INTRODUCTION :

Les services d'urgences sont des structures de premier contact du malade avec les établissements hospitaliers. La mission d'un service d'accueil des urgences (SAU) est l'accueil de tout-venant et de procéder à un tri et une catégorisation en urgence vitale. Elle doit avoir une priorité aux soins, d'assurer aux malades une stabilisation par des soins d'urgences et/ou de références vers les structures sanitaires appropriées.

La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) est le lieu d'accueil et de prise en charge, au sein d'un service d'urgences, des patients en détresse vitale [1] .

L'urgence vitale est une situation ou pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement faute de soins rapides et adaptés [2]. Ces urgences vitales surviennent presque toujours dans un contexte socio-économique défavorable, ce qui pose de réels problèmes de prises en charge [3] .

Dans la plupart de pays développés, notamment la France la prise en charge des urgences commence en pré hospitalier par les sapeurs- pompiers et ou le SAMU (service d'aide médicale d'urgence) qui est une structure de régulation médicale qui centralise les appels d'urgence et coordonne les réponses ; ensuite orientés vers les structures de soins les mieux adaptées en fonction du degré de gravité.

Beaucoup d'études ont été réalisés dans le monde sur les urgences vitales :

En **France**, Passebon a retrouvé comme urgence vitale 11% des admissions au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers en 2015 [4].

En **Amérique**, une étude prospective a été réalisée entre 2016– 2017 sur des patients de 18 ans ,qui ont colligé 317 patients dont 23 (7,3%) étaient des urgences vitales.[5]

Au **Mali**, les urgences vitales représentaient 7,9% des admissions au SAU du CHU Gabriel TOURE en 2008 selon Koné .B [6].

L'absence de la médecine pré hospitalière, l'insuffisance du système de tiers payant (assurances maladie), l'absence de structures adaptées à l'urgence, le sous équipement des services d'urgences et de réanimation et l'insuffisance du personnel médical qualifié rendent difficiles la gestion dans notre contexte des urgences vitales.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Depuis l'ouverture du service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali en 2011 jusqu'à nos jours, beaucoup de cas d'urgence vitale ont été pris en charge mais aucune étude n'avait été faite sur le profil épidémiologique-clinique des patients admis dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou encore appelé (déchocage) d'où le choix de notre étude.

II-OBJECTIFS :

1. Objectif Général :

Déterminer le profil épidémiologique-clinique des patients en salle d'accueil des urgences vitales dans le service des urgences de l'hôpital du Mali.

2. Objectifs spécifiques :

- 1- Identifier la fréquence des urgences vitales.
- 2- Déterminer le profil clinique des urgences vitales.
- 3- Evaluer la prise en charge des patients.
- 4- Rapporter l'évolution des patients admis au SAUV.

III-GENERALITES :

1. DEFINITION :

Les urgences vitales sont représentées par la survenue d'une détresse respiratoire, une instabilité hémodynamique et/ou de troubles de la conscience.

La prise en charge de ces urgences repose sur des gestes parfois simples, mais devant être réalisés au plus tôt. Les urgences vitales intra-hospitalières ont par définition, lieu à l'intérieur même de l'hôpital. Elles peuvent concerner les patients, mais également les soignants, les visiteurs ou encore les personnes travaillant dans l'établissement. La soudaineté et l'inopportunité de l'urgence intra hospitalière font sa gravité [4].

2. LE TRIAGE :

La prise en charge correcte de tout patient passe par une première étape incontournable : le triage est un processus visant à déterminer à la phase initiale de la prise en charge d'un patient, la filière adaptée à son état en termes de délai et de type de soins [7].

Aujourd'hui, le triage aux services d'urgence est appliqué dans plusieurs pays.

Plusieurs modèles sont proposés :

En **Australie** : The Australasian Triage Scale (ATS) créée en 1997 puis révisée en 2e version ;

Au **Canada** : Triage and Acuity Scale (CTAS) ou Echelle de Triage et de Gravité (ETG), créée en 1999 et révisée en 2005 puis en 2008 ;

En **Espagne** : Sistema estructurado de triaje (SET), qui est une adaptation du Model Andorrà de triatge (MAT) ;

En **France** : la Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) qui repose sur la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) ;

En **Royaume-Uni** : The Manchester Triage System (MTS), publié en 1997 et révisé en 2005.

Aux **USA** : The Emergency Severity Index (ESI) à sa version 4 en 2005. [8]

Ceci ne doit souffrir d'aucun retard dans un hôpital de troisième référence. ça sera à un infirmier d'état formé aux fonctions d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) d'accueillir, d'évaluer, de catégoriser et d'orienter sans délai en accord avec le médecin trieur du jour ou le répondant de l'antenne de régulation médicale. L'évaluation nécessite peu de matériels et d'équipements.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Elle repose sur l'inspection, le toucher et le contact verbal avec le patient, y compris un rapide et sommaire interrogatoire sur le motif de recours.

Le tri de l'urgence vitale doit prendre en compte la notion d'éthique. Le bilan vital, lésionnel et fonctionnel est indispensable et ne doit pas compromettre la prise en charge de l'urgence vitale.

[9]

3 .CLASSIFICATIONS :

L'urgentiste s'appuie sur des classifications pour définir les situations cliniques des malades :

a -) La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) [10]:

La CCMU tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, quand un patient arrive au SAU, il est tout de suite examiné par le médecin trieur aidé par l'infirmier d'accueil et d'orientation, qui le classe selon le CCMU :

-CCMU 1 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.

-CCMU 2 : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La CCMU modifiée y ajoute deux items : CCMU P et CCMU D

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.

- CCMU D : patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

b -) La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences (GEMSA) : [11]

La classification GEMSA reflète la gravité mais également le circuit du patient par son mode d'arrivée et de sortie. Elle classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'entrée, de sortie et la demande de soins. La charge pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour le groupe 4 et 6.

- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.
- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.
- GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.
- GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.
- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée.

4. Aspect épidémiologique des urgences vitales :

En 2014, sur 54101 patients qui ont consulté aux urgences adultes du CHU d'Angers en France, 6152 étaient en situation d'urgence vitale avérée ou potentielle (11%) [4]. En 2012 les UVIH représentait 10 % de l'activité globale de la SAUV (71 patients).

En 2005, 1667 malades ont été admis à la SAUV du CHU IBN ROCHD de CASABLANCA ayant des détresses vitales [7].

En 2019 au Maroc Entre le 24 septembre et le 30 novembre, nous avons comptabilisé 614 admissions à la SAUV du CHU HASSAN II de Fès.

Au Mali en 2006 ; 9,60% des patients ont été admis en soins intensifs au CHU Gabriel Touré [6].

5. Rappels cliniques et anatomo-pathologiques :

Les fonctions vitales de l'organisme et les principales manifestations sémiologiques en cas de perturbation, ils se résument en trois entités :

• La fonction neurologique :

La perturbation grave de la conscience appelée coma fait courir un risque vital à court terme par deux phénomènes : menace la liberté des voies aériennes, perturbe la ventilation.

• La fonction circulatoire :

En cas de perturbation de la fonction circulatoire, on assiste à : soit un collapsus, soit un choc, soit un arrêt cardio circulatoire.

• La fonction respiratoire :

La respiration nécessite la participation de très nombreux organes. La ventilation requiert une commande centrale, une afférence nerveuse, un soufflet musculo-squelettique, des voies aériennes supérieures et inférieures intègres. Le transfert de l'O₂ nécessite une membrane alvéolocapillaire, une perfusion adaptée dans les territoires ventilés, un débit cardiaque, le transport par l'hémoglobine.

*Un obstacle à la filière aérienne dont les causes peuvent être intriquées: coma par lésion cérébrale et hypertension intracrânienne s'associant à une hypertonie ou une hypotonie , crises convulsives , causes mécaniques (inhalation de corps étrangers, de liquide gastrique ou de sang) délabrement facial important.

*Hypoventilation alvéolaire dont les causes sont aussi multiples. L'origine centrale peut être liée à la profondeur du coma et à la répétition des crises convulsives ou à une atteinte médullaire haute par traumatisme du rachis cervical,

*Origine périphérique traduit une altération de la mécanique ventilatoire lors des traumatismes thoraciques , lors des pneumothorax ou hémithorax abondants. Il peut s'agir d'un trouble de la diffusion alvéolocapillaire dans le cadre d'une contusion pulmonaire ou d'une pneumopathie d'inhalation.

La multiplicité des étiologies de détresse respiratoire explique le décès précoce en absence de gestes de sauvetage.

6. Aspect clinique des urgences vitales :

Le syndrome de détresse circulatoire : [12]

Le syndrome de détresse circulatoire ou choc hémorragique est un choc hypovolémique caractérisé par une perte extravasculaire importante et rapide de sang induisant une diminution du volume sanguin circulant.

Le choc hémorragique est défini cliniquement par une diminution aiguë et durable de la pression artérielle systolique (PAS) à des valeurs inférieures à 90 mm Hg (ou inférieures de 30 % aux valeurs habituelles de PAS du patient), en relation avec une perte rapide et importante de sang par effraction vasculaire, accompagnée de signes cliniques d'hypo perfusion, de dysfonction ou de défaillance des organes (marbrures, oligurie, dysfonction cérébrale). La relation entre volume sanguin spolié et dysfonction/défaillance d'organes dépend de la rapidité avec laquelle la volémie diminue, mais également des antécédents des patients (athérome, dysfonction préexistante d'un organe, traitements chroniques, etc.) et du contexte clinique (traumatologie, peropératoire, autres). Cliniquement, il comporte quelque sorte de signes : pâleur des culs-de-sac conjonctivaux, temps de recoloration augmenté, éventuellement complète de la baisse de l'oxymétrie.

Des symptômes hémodynamiques : baisse de la pression artérielle, vasoconstriction périphérique (visage, extrémités, pouls perçu), soif et agitation sont moins spécifiques et nécessitent une démarche étiologique et thérapeutique urgente et adaptée au contexte. Face à cette hypovolémie, le corps met en jeu des mécanismes compensatoires

Essentiellement sympathiques : vasoconstriction périphérique et accélération de la fréquence cardiaque, permettant de maintenir le débit cardiaque et une pression artérielle. Les signes cardinaux du choc n'apparaissent que tardivement avec une perte de masse sanguine de 30% soit 1.5L à 2L de sang total. La baisse du débit cardiaque fait apparaître un pincement de la pression artérielle différentielle avec un pouls filant, mal perçu et des bruits du cœur mal frappés (La plupart des auteurs s'accordent vers un pincement inférieur à 40mmHg). Il intervient alors une hypo perfusion et un déficit en oxygénation des tissus entraînant une acidose métabolique et une hyperlactatémie [16].

Le choc hémorragique fait partie des états pathologiques qui mettent en jeu le pronostic vital à très court terme. Il nécessite une prise en charge immédiate, raisonnée et organisée, au risque d'une issue défavorable et rapidement fatale pour le patient.

Le syndrome de détresse respiratoire : [13]

La détresse respiratoire aiguë est un sujet extrêmement vaste du fait de la diversité des patients concernés, des organes impliqués et des étiologies. La problématique dans les services d'urgence est d'associer un traitement symptomatique immédiat, une démarche diagnostique urgente et un traitement étiologique.

La gravité extrême est cliniquement évidente : trouble de conscience, bradycardie hypoxique, cyanose, marbrures, gasps, et impose une ventilation invasive (VI) immédiate après intubation trachéale. Les symptômes d'épuisement respiratoire qui précèdent, regroupent le balancement thoraco-abdominal, l'utilisation des muscles respiratoires accessoires, le battement des ailes du nez (particulièrement chez l'enfant), la bradypnée. Les signes d'hypoxémie sont la tachycardie, la tachypnée, la désaturation et la cyanose. Les signes d'hypercapnie aiguë sont : la tachycardie, l'hypertension artérielle, les sueurs, l'astérisis, la confusion et la somnolence. Le niveau de détresse détermine les indications à l'hospitalisation en SAUV.

La démarche diagnostique clinique passe par un interrogatoire qui recherche des éléments concernant le terrain, l'anamnèse, et un recueil de signes cliniques de décompensation respiratoire mais aussi extra-respiratoire en particulier cardio-circulatoires. Différents examens complémentaires peuvent aider au diagnostic.

Le syndrome de détresse neurologique : [14,15]

La détresse neurologique est définie par un (GCS \leq 8).

Le coma résulte d'une dysfonction bilatérale du cortex cérébral ou du système réticulé activateur du tronc cérébral. Le patient comateux n'ouvre pas les yeux (ni spontanément, ni après une stimulation) et, même après ouverture manuelle, aucune poursuite visuelle n'est observée. Il n'émet aucun son et n'obéit à aucun ordre verbal. Aucune réponse volontaire et consciente n'est observée ; Seule, une activité réflexe persiste. Cet état doit durer pour être différencié d'une syncope ou d'un autre état de conscience transitoirement altéré. Un examen tomodensitométrique permettra ensuite de définir l'étendue des lésions cérébrales. Cependant, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sera plus informative si les lésions sont de petites tailles. Le pronostic est généralement posé dans les trois jours, pour les comas d'origine non traumatique. La moitié des patients sans chance de récupération décède durant cette période. La majorité des patients restants (90 à 95%) récupère dans les trois jours à deux semaines tandis que 50 à 80 % des traumatisés crâniens récupèrent après un an.

Le syndrome métabolique :

Il est caractérisé par la conjonction de troubles, souvent modérés, d'origine glucidique, lipidique ou vasculaire, associés à une surcharge pondérale, qui vont agir en synergie, provoquer un diabète de type 2 et prédisposer à l'athérosclérose et à ses événements cliniques [16].

Les complications aiguës du diabète : [17]

- Signes de cétose : amaigrissement récent, asthénie, nausées, vomissement, douleur abdominales (palper l'abdomen à la recherche d'une défense ou d'une contracture, haleine acétonique).

- Signes d'acidose : polypnée d'acidose $FR > 20/\text{min}$, obnubilation, déshydratation globale : tachycardie, hypotension, plis cutanés, langue sèche, etc. La température varie parfois (hypothermie, parfois normothermie malgré l'infection) ; cétonurie $> 3+++$ et glycémie $> 3\text{g/l}$; digestives (douleurs + vomissements) ; BU systématique et obligatoire ; respiratoires (polypnée d'acidose) ; neurologiques (de l'obnubilation au coma profond, sans signe de localisation propre).

Une céto-acidose à elle seule explique rarement un coma profond

- Coma hyperosmolaire :

Patient de plus de 60 ans : diabétique connu ou non, non traité par insuline, pathologie intercurrente (infectieuse, vasculaire, iatrogène) ; cliniquement il se présente par : syndrome polyurie-polydipsie, déshydratation intra- et extracellulaire, les signes neurologiques

- Coma hypoglycémiant : glycémie $<$ ou $= 0,60\text{ g/l}$ (chez le diabétique)

Bien avant le coma : signes annonciateurs (signes neurologiques : asthénie, céphalées, trouble du comportement, réponse en retard aux stimuli verbaux, troubles visuels (ex : diplopie), convulsions, perte de connaissance).

Signes sympathiques : hypersudation, tremblements, sensation de faim impérieuse, tachycardie. Pendant la phase coma (agitation, hypersudation, hypertonique, parfois des convulsions, réflexe

ostéo-tendineux vifs) parfois signes de focalisation : crise convulsive, hémiparésie, paralysie faciale.

7. LES URGENCES MEDICALES :

Les accidents vasculaires cérébraux aigus : [18–20]

Un accident vasculaire cérébral (AVC) se traduit par un arrêt brutal de la circulation sanguine à un ou plusieurs endroits du cerveau à cause d'un vaisseau sanguin qui s'est bouché ou rompu. L'obstruction ou la rupture de ce vaisseau provoque un manque d'oxygène dans la zone atteinte. Cet accident neurologique peut se produire à tout âge, mais ce sont généralement les personnes âgées de plus de 65 ans qui sont les principales victimes.

L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 73 ans, quel que soit le sexe. Toutes fois, on observe depuis quelques années une hausse des cas d'AVC chez les 20-64ans. Troisième cause de mortalité, l'AVC constitue une urgence vitale, la rapidité de la prise en charge joue un rôle dans la gravité des lésions ; c'est la première cause d'handicap moteur chez l'adulte.

Le terme général <accident vasculaire cérébral > désigne couramment les syndromes neurologiques qui accompagnent :

-Ischémie, l'infarctus et le ramollissement cérébral, conséquence d'une thrombose ou d'une embolie. A court terme, il est vital, 20% de décès surviennent dans les 15 premiers jours. La mortalité précoce est le fait de l'extension de l'infarctus cérébral conduisant à l'engagement. La mortalité secondaire est le fait des complications thromboemboliques veineuses et ou des complications infectieuses.

Une thrombolyse doit avoir lieu idéalement dans les 90 minutes et au grand maximum moins de 4 heures 30 minutes après l'apparition des premiers symptômes (trouble de la mémoire, aphasie, une parésie ou paralysie de l'hémicorps et d'autres moyens médicamenteux).

Comme anticoagulants en cas de cardiopathie emboligène qui doit être discuté si l'accident est important du fait du risque majoré de survenue d'une hémorragie secondaire ; par antiagrégants plaquettaires en cas d'ischémie le plus souvent de l'aspirine à petites doses ; un antihypertenseur qui permettra cependant de maintenir une pression artérielle minimale afin d'assurer une perfusion optimale du cerveau), un traitement neurochirurgical dans les cas d'infarctus ou d'hémorragie cérébrale.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

-L'hémorragie intracérébrale, conséquence de la rupture d'un vaisseau, un saignement intracérébral pouvant s'étendre aux ventricules ou, plus rarement aux espaces sous-arachnoïdiens [20] souvent accompagnée d'œdème.

Les manifestations cliniques se traduisent, selon le territoire atteint par une paralysie plus ou moins étendue, une aphasie, un coma avec des risques séquellaires invalidants. La PEC nécessite une hospitalisation afin d'effectuer une surveillance neurologique et de contrôler l'HTA, la TDM cérébrale sera refaite si l'on constate une aggravation ou, de façon systématique, à 48 heures, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour retirer le caillot de sang accumulé et décompresser le cerveau [21].

Les urgences hypertensives :

L' Œdème aigu du poumon (OAP) [22,23]: C'est une affection pulmonaire secondaire à l'inondation ou l'accumulation brutale de liquide dans les poumons (alvéoles ou des espaces interstitiels pulmonaires), cet état est responsable de troubles des échanges gazeux et peut entraîner une insuffisance respiratoire, plusieurs facteurs sont impliqués dans sa physiopathologie.

-L'augmentation de la pression capillaire pulmonaire : elle joue un rôle essentiel dans l'œdème du poumon, dans l'insuffisance cardiaque gauche.

-Diminution de la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire : elle est observée dans les atteintes toxiques ou inflammatoires des voies aériennes.

-Diminution de la pression oncotique : elle favorise le passage du transsudat des capillaires dans les alvéoles.

Le plus fréquent il est d'origine cardiaque et due à une insuffisance cardiaque gauche aiguë (œdème cardiogénique), il peut être également lié à des lésions du parenchyme pulmonaire (œdème lésionnel) ou à une perfusion d'un gros volume liquidien, tel du sang ou solution saline. Ils se manifestent cliniquement par une dyspnée (orthopnée) d'installation rapide, une agitation, toux nocturne avec expectoration mousseuse, à l'auscultation une tachycardie et des râles crépitants en marée montante, le sujet peut également présenter des signes en rapport avec la pathologie responsable de l'œdème pulmonaire : une douleur thoracique, une fièvre.

Crise hypertensive [24] : La crise aiguë hypertensive est une élévation rapide de la pression artérielle (PA) par rapport à son niveau habituel chez un patient. Sa définition intègre une PA (200/100 mm Hg) et la défaillance d'un organe cible (Cœur, Cerveau, Rein, Rétine). C'est une

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

urgence thérapeutique imposant une réduction immédiate de la PA (pas nécessairement jusqu'à des valeurs strictement normales). Une élévation de la PA sans retentissement viscéral est une poussée hypertensive.

Dans ce cas, la réduction tensionnelle peut s'obtenir par la mise au repos du patient pendant une période de 30 minutes à l'issue de laquelle il est licite de traiter si la PA reste 180/110 mm Hg. L'urgence hypertensive nécessite une hospitalisation dans une unité permettant un suivi rapproché du traitement antihypertenseur au mieux par un système d'enregistrement automatisé de la PA avec impression des valeurs. Un examen clinique bref, complété par des examens de laboratoire ciblés, permet d'évaluer le retentissement organique de l'HTA. L'examen clinique évalue l'état de conscience, élimine une différence tensionnelle aux deux bras (dissection, coarctation aortique), cherche des râles crépitants aux bases pulmonaires, un bruit de galop et les pouls périphériques. Le traitement antihypertenseur doit être institué rapidement, sans attendre les résultats des examens de laboratoire afin de réduire la PA à un niveau raisonnable. Des investigations complémentaires plus élaborées pourront être entreprises par la suite.

Syndrome coronarien aigu :

Le Syndrome coronarien aigu est constitué des manifestations cliniques, électrocardiographiques et biologiques liées à la rupture d'une plaque d'athérome ayant induit la formation d'un thrombus limitant le flux sanguin dans le réseau artériel coronaire. Les Syndromes coronariens aigus sont classés en SCA avec élévation ST (SCA ST+) et en SCA sans élévation du segment ST (SCA non ST+). Dans les SCA ST+, le thrombus est constitué principalement de fibrine entraînant une occlusion coronaire aiguë totale responsable d'une nécrose complète du tissu myocardique dans les six heures, tandis que dans les SCA non ST+, il est plutôt de type plaquettaire n'obstruant pas complètement la lumière artérielle. La douleur thoracique est le signe d'appel le plus courant. Le facteur temps est l'élément clé dans la prise en charge des SCA. Quel que soit le type de SCA, le traitement comporte la prise d'aspirine, de clopidogrel ou de prasugrel, d'anticoagulant, une anxiolyse (si besoin) et un traitement antalgique. Dans les SCA non ST+, l'évaluation des marqueurs biologiques de souffrance myocardique (troponine) peut permettre une orientation diagnostique et thérapeutique dès la phase pré-hospitalière. L'apport récent de nouvelles et puissantes molécules antiagrégants plaquettaires et anticoagulantes a modifié les stratégies décisionnelles et de garantir une réperfusion optimale et dans les meilleurs détails [32].

8. LES URGENCES CHIRURGICALES :

La péritonite aiguë [25] : la péritonite est une inflammation aiguë du péritoine, elle constitue une urgence médico-chirurgicale. C'est une affection mettant rapidement en cause l'intégrité de la plupart des grandes fonctions vitales. La péritonite aiguë impose des gestes chirurgicaux indiqués et exécutés à temps et la mise d'une stratégie adaptée de réanimation. La péritonite peut être généralisée ou localisée. Elle est le plus souvent secondaire à la perforation d'un organe digestif ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal. Le pronostic de la péritonite aiguë est fonction de l'état général du patient (Age, pathologies associées) de l'étiologie et du délai de la prise en charge thérapeutique.

Le diagnostic de péritonite aiguë impose une intervention chirurgicale en urgence.

Appendicite aiguë :

Appendicite aiguë est l'inflammation aiguë de l'appendice, elle est l'urgence médico-chirurgicale la plus fréquente des urgences abdominales chirurgicales. Elle survient le plus souvent entre 10 et 20 ans, exceptionnelle avant 3 ans, rare chez le très jeune enfant. Elle constitue 35 à 40% des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré au Mali. Le diagnostic est essentiellement clinique, commence le plus souvent par une douleur dans l'épigastre ou en péri-ombilicale pour se localiser ensuite dans la fosse iliaque droite (FID). Il s'agit d'une douleur modérée, mais continue et lancinante. Elle sera associée à des nausées et vomissements (alimentaires et bilieux), à la diarrhée ou la constipation, une fièvre à 38°C ;

L'examen physique est (défense au point de McBurney un tiers externe aux deux tiers internes sur une ligne entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, l'auscultation est normale, les touchers pelviens retrouvent une douleur latérale droite. Il est souvent trompeur, à cause de l'absence de parallélisme anatomo-clinique. Le traitement est essentiellement chirurgical et peut être réalisé par laparotomie ou par voie de coelioscopie.

Polytraumatisme : [26]

La définition d'un polytraumatisé est celle d'un patient atteint de deux lésions ou plus, dont une, au moins met en jeu le pronostic vital à court terme. La gravité du polytraumatisme n'est pas la seule addition de la gravité de chaque lésion. Les lésions se potentialisent entre elles par un triple effet :

- La perte de sang entraînée par chaque lésion (par exemple fracture du fémur, lésion de la rate, hémithorax) va entraîner un choc hémorragique grave.
- Un coma peut masquer un déficit médullaire dû à une fracture du rachis.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

- Le coma d'un traumatisé crânien diminue les possibilités d'adaptation d'un traumatisme thoracique et l'hypoxie va aggraver les lésions cérébrales.

Les traumatismes crâniens graves :

Le traumatisme crânio-encéphalique représente la première cause de mortalité des sujets de moins de 45 ans. Il représente aussi la première cause d'handicap dans la population active.

Les traumatismes graves représentent 6-7000 nouveaux comas annuels dont environ 1% évoluera vers un état végétatif persistant [27].

On appelle traumatisé crânien ou crânio-cérébral tout blessé qui à la suite d'une agression mécanique directe ou indirecte sur le crâne présente immédiatement ou ultérieurement des troubles de la conscience traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée allant de l'obnubilation au coma.

Il est dit grave lorsque l'évaluation de l'échelle de Glasgow est inférieure ou égale à 8. Les différentes lésions des traumatismes crânio-encéphaliques sont :

-Hématome extradural (HED) : C'est un épanchement de sang entre la face interne de l'os du crâne et la dure mère. Ils sont provoqués par une rupture de l'artère méningée moyenne et ou l'une de ces branches ou d'un sinus veineux plus fréquente chez l'adulte jeune ; les traumatismes crâniens et lésions rachidiennes sont les principales causes.

Ils nécessitent un examen clinique et radiologique rapides qui seuls peuvent permettre une prise en charge adéquate. Le diagnostic est évoqué devant : une notion de perte de connaissance brève dans un contexte traumatique, une mydriase tardive homolatérale, la recherche d'un signe de Babinski.

La tomodensitométrie cérébrale sans injection de produit de contraste confirme le diagnostic ; elle représente une urgence neurochirurgicale et le traitement consiste à évacuer l'hématome par volet centré sur le trait de fracture ensuite on assure l'hémostase.

-Hématome sous durale (HSD) : Désigne l'épanchement de sang siégeant entre l'arachnoïde et la dure mère qui est en contact avec la boîte crânienne. L'hématome ne peut pas traverser de l'autre côté du cerveau par rapport au côté d'origine de l'hématome. En effet, la faux du cerveau sépare en deux l'espace sous durale. Les HSD peuvent causer une augmentation de la pression intracrânienne, avec compression et lésion du cerveau. Le tableau clinique est moins caractéristique et associe une altération de la conscience avec ou sans signe de focalisation,

Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

diagnostiquer par un scanner cérébrale et se présente sous une forme de croissant, dont la concavité suit la courbe du cerveau ; le traitement chirurgical permet l'évacuation de l'hématome par trépanation ou volet crânien.

Hydrocéphalie aigue :

Accumulation du liquide cérébro-spinal de façon anormale dans les ventricules du cerveau. L'augmentation du volume des ventricules, leur élargissement, est souvent lent, l'apparition progressive de difficultés pour marcher, des troubles urinaires, des difficultés de concentration ou des troubles de la mémoire. C'est pour éviter l'apparition de ces signes ou pour tenter de les faire disparaître que l'on peut proposer de traiter l'hydrocéphalie. Parfois l'augmentation du volume des ventricules est rapide, notamment après un traumatisme crânien, une hémorragie, ou par le développement rapide d'une tumeur. La compression rapide du cerveau peut alors entraîner un coma et la mort. Dans ces cas, le traitement de l'hydrocéphalie est urgent.

IV-Méthodologie :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service d'accueil des urgences de l'Hôpital du Mali à Bamako (Mali).

-Situation géographique :

L'Hôpital du Mali est situé en Commune 6 du district de Bamako à Missabougou quant au SAUV il est situé au côté Ouest du bâtiment principal de l'Hôpital.

Le dit service est composé de :

- Une grande salle d'accueil comprenant cinq (5) box de consultation, avec un brancard par box et aussi sept (7) lits dans les allées.
- Une salle de soins contenant trois (3) tables pour pansement, suture, plâtrage.
- Une salle d'accueil des urgences vitales (déchoquage) : la SAUV est un lieu d'accueil au sein du service des urgences pour des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.

Le **Déchoquage** de l'hôpital du Mali possède les équipements suivants :

Deux (2) brancards à plan dur et à hauteur variable

Un négatoscope

Matériels pour la PEC des détresses respiratoires

Un respirateur de type transport (permettant une ventilation contrôlée et assistée avec des systèmes d'alarme conformes à la réglementation.

Alimentation en gaz médicaux (O2 vide et air comprimé).

Masques faciaux adaptés à la taille des patients, insufflateurs manuels auto-remplisseurs de type pédiatrique et adulte.

Un aspirateur électrique

Matériel complet d'intubation trachéale

Matériel de nébulisation

Matériels pour la PEC des détresses cardio-vasculaires et hémodynamiques

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Un appareil ECG

Deux (2) scopes permettant la surveillance continue de tracé ECG des dérivations précordiales, de la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la saturation pulsée, la fréquence respiratoire et la température.

Un défibrillateur électrique

Deux (2) pousse-seringues électriques

Les matériels sous forme pré-conditionnée, permettant l'accès veineux périphérique ou central

Autres Matériels

Appareil de mesure instantanée de la glycémie capillaire (glucomètre), appareil pour lavage gastrique.

Médicaments et consommables de l'unité de déchoquage (SAUV)

Une armoire de médicaments pour drogues d'urgences et de réanimation.

Electrodes, perfuseurs, seringues et transfuseurs, matériel de cathétérisme vasculaire périphérique et central, sondes d'aspiration, sondes vésicales.

- Deux salles UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) homme et femme chacune ayant quatre lits.

- Le bureau du chef de service

- La salle des médecins

- Une salle des infirmières, et une salle de garde.

- Deux toilettes

-Composition du personnel :

Il est dirigé par un Médecin urgentiste maitre-assistant à la FMOS de l'USTTB assisté par des médecins généralistes qui sont aux nombres de 5 et d'étudiant thésards.

Les soins sont sous la responsabilité d'un cadre infirmier qui est le surveillant du service.

2. Type et période d'étude :

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

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

3. Population d'étude :

Elle est constituée de l'ensemble des patients admis au SAU (CCMU I, II, III, IV et V) durant la période d'étude.

4. Echantillonnage :

4.1 Critères d'inclusion :

Tout patient admis en SAUV à l'arrivée.

4.2 Critères de non inclusion :

Tout patient non admis en SAUV à l'arrivée

Tout patient décédé à l'arrivée ou avant soins

Tout patient admis en dehors de la période d'étude.

Technique d'échantillonnage :

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif de tous les patients admis en salle d'accueil des urgences vitales.

5. Méthode:

5.1 Collecte des données :

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête grâce aux dossiers des patients et les registres d'hospitalisations.

5-2 Matériels utilisés :

La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec les logiciels Microsoft office 2013 (Word, Excel) et SPSS version 21.

5-3 Variables étudiées :

- Les données cliniques
Les données sociodémographiques (Age, sexe, profession, statut matrimonial, résidence, mode d'admission, mode de transport, motif de consultation, la provenance).

Examens cliniques : neurologique, respiratoire, cardiovasculaire, pleuropulmonaire, abdominal, et gynécologique.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

- Imageries médicales :

Les données d'imagerie (Radiographie standard ; TDM cérébrale, thoraco-abdomino-pelvienne ; Echographie abdominale ; Angioscanner ; Echo-doppler).

Exploration endoscopique (fibroscopie, Ano-rectoscopie etc.)

- Biologie :

Bilan biologique (NFS, GE, Glycémie, Créatininémie, GR-RH), Enzymes cardiaques, bilans d'hémostase, hémoculture et antibiogramme, ionogramme sanguin, bandelettes urinaire, Beta-HCG, urée.

Le traitement, la durée de séjour à la SAUV, et le devenir (sortie, transfert et lieu, décès).

6. Analyse des données :

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

7. Considération éthiques :

Dès l'admission, après avoir installé les patients, nous les avons informés ainsi que la famille pour obtenir leur consentement libre et éclairé avant toute enquête ou traitement envisagé. Certaines urgences vitales qui ont nécessité une réaction immédiate ou très rapide a rendu difficile le recueil des informations nécessaires pour une véritable prise de décision éclairée : informations sur l'histoire médicale du malade, sur les circonstances de survenue, sur sa volonté, son consentement ou son refus; dès lors l'avis d'une personne de confiance, de la famille ou un proche a été pris avant l'enquête, tout en respectant l'anonymat.

V- Résultats :

1. Fréquence :

Sur un total de **3811** patients admis au service au cours de la période d'étude, **85** patients étaient admis en salle d'accueil des urgences vitales ; soit une fréquence de **2,23%**.

Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

2. Données sociodémographiques :

a) Age

Tableau I: Répartition des patients en fonction de l'âge.

Age (année)	Effectifs	Pourcentage
21-30	21	24%
61 et plus	17	20%
31-40	12	14%
11-20	11	13%
51-60	11	13%
0 à 10	7	8%
41-50	6	7%
Total	85	100%

Intervalle : [14 mois – 90 ans] ; Ecart type= 21,95 ; Age moyen = 39,20 ans

La majorité des victimes avait entre 21 et 30 ans soit 24%.

b) Sexe

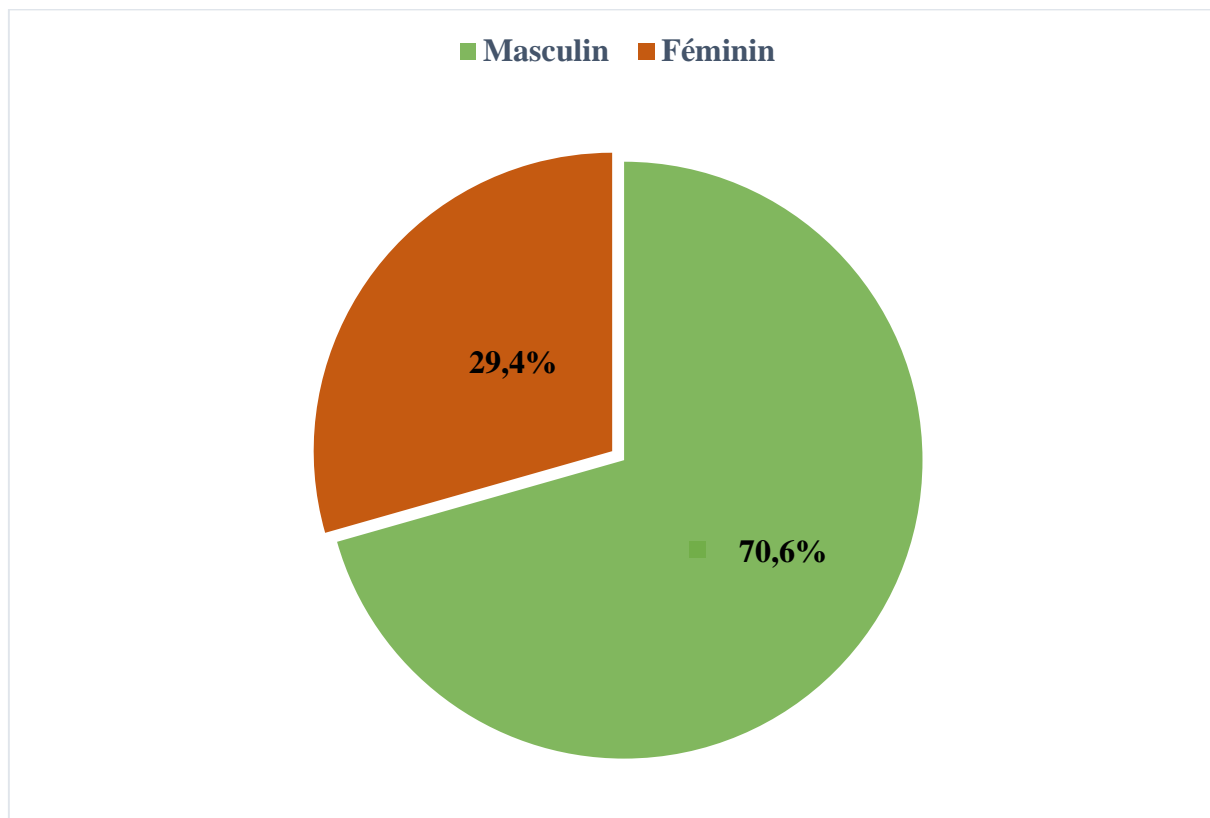


Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin a été prédominant avec 70,6% soit un sex-ratio de 2,4.

c) Profession :

Tableau II: Répartition des Urgences Vitales en fonction du cadre socio-professionnelle

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ouvrier	23	27,1%
Femme au foyer	18	21,2%
Commerçant	13	15,3%
Etudiant/Elève	12	14,1%
Fonctionnaire	10	11,7%
Retraité	6	7,1%
Autres	3	3,5%
Total	85	100%

Les ouvriers ont constitué la majorité avec 27,1%.

Autres : Enfant non scolarisé, Imam, malade mentale.

d) Résidence :

Tableau III: Répartition des patients en fonction de la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
------------------	-----------------	--------------------

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Bamako	Commune VI	28	32,9%
	Commune I	7	8,2%
	Commune V	4	4,7%
	Commune II	3	3,5%
	Commune III	1	1,2%
	Commune IV	1	1,2%
Hors Bamako	Koulikoro	24	28,2%
	Sikasso	8	9,4%
	Ségou	5	5,9%
	Kayes	3	3,5%
	Mopti	1	1,2%
Total		85	100,0%

La majorité de nos patients venait de la commune VI de Bamako soit 32,9%.

3. Clinique

e) Mode d'admission :

Tableau IV: Répartition selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Admission directe	45	52,94%
Référence/Evacuation	40	47,06%
Total	85	100%

Les admissions directes représentaient la plus grande partie avec 52,94%.

f) Classification CCMU :

Tableau V: Répartition des patients selon la CCMU à l'admission.

CCMU	Effectif	Pourcentage
CCMU4	32	37,64%
CCMU5	28	32,95%
CCMU3	25	29,41%

Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Total 85 100

La majorité de nos patients étaient de CCMU 4 à l'admission.

g) Mode de transport :

Tableau VI: Répartition selon le mode de transport utilisé.

Mode de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance civile et la protection civile	41	48,3%
Voiture personnelle	28	32,9%
Taxi	12	14,1%
Transport en commun	4	4,7%
Total	85	100%

Les patients qui sont venus par ambulance (Ambulance civile et la protection civile) étaient majoritaires avec 48,3%.

h) Motif de recours

1-Motif médical :

Tableau VII: Répartition des patients selon le motif de recours.

Motif de recours	Effectif	Pourcentage (N=51)
Altération de la conscience	25	29,41%
Dyspnée	18	21,18%
Douleur abdominale	3	3,53%
Douleur thoracique (SCA et EP)	2	2,35%
Douleur +Tuméfaction du MI	1	1,18%
Céphalées	1	1,18%
Douleur lombaire	1	1,18%
Total	51	100%

L'altération de la conscience prédominait avec 29,41%.

2-Mécanisme de traumatisme :

Motif de recours	Effectif	Pourcentage (N=34)
------------------	----------	--------------------

Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Accident de la voie publique	22	25,88%
Coups et blessures volontaires	4	4,70%
Douleur thoracique traumatique	4	4,70%
Accident domestique	2	2,35%
Accident de travail	1	1,18%
Brûlure thermique	1	1,18%
TOTAL	34	100%

Les accidents de la voie publique ont été majoritaires avec 25,88%.

i) Examens biologiques

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des examens biologiques.

Examen biologique	Effectif	Pourcentage
NFS+Glycémie+Créat+Gp-RH	85	100%
Bilan d'hémostase	48	56,5%
Ionogramme sanguin	39	45,9%
SRV	10	11,8%
CRP	6	7,1%
Lipidogramme	3	3,5%
Enzyme cardiaque (CPK-MB+D-dimère+Troponine.I)	3	3,5%
HBA1C	3	3,5%
Hémoculture et AntibioGramme	2	2,4%
Bilan hépatique	2	2,4%
Hormone thyroïdienne (TSHus+T3+T4)	1	1,2%

Tous nos patients ont pu réaliser le bilan (NFS, GLYCEMIE, GR-RH, Créatininémie).

j) Examens d'imagerie

Tableau IX: Répartition des patients en fonction des examens d'imagerie.

Examens	Effectif	Pourcentage
TDM Cérébrale	58	68,23%
Radiographie Standard	36	42,35%
Echographie Abdomino-pelvienne	17	20,00%
ECG	13	15,29%
Echographie cardiaque	9	10,59%
Angioscanner thoracique	3	3,53%
Echodoppler du membre inférieur et TSA	3	3,53%
ASP	1	1,17%

Parmi les patients une TDM cérébrale a été réalisée chez la majorité soit 68,23%.

k) Pathologies médicales :

Tableau X: Répartition des patients en fonction des pathologies médicales.

Pathologies médicales	Effectifs	Pourcentage (N=44)
AVC	12	27,3%
Cardiopathie	8	18,2%
BPCO	6	13,6%
OAP	4	9,1%
Maladie thrombo-embolique	4	9,1%
Complication aiguë du Diabète	3	6,8%
Sepsis Sévère	2	4,6%
IRA	2	4,6%
Anémie sévère	1	2,2%
Méningite	1	2,2%
Intoxication au pesticide	1	2,2%
Total	44	100%

L'accident vasculaire cérébral est survenu chez 27,3% des patients.

l) Pathologies Chirurgicales :

Tableau XI: Répartition des patients en fonction des pathologies chirurgicales traumatique ou non.

Pathologie chirurgicale	Effectifs	Pourcentage (N=41)
Polytraumatisme	16	39,02%
Traumatisme crânien grave	11	26,82%
Hémopéritoine	5	12,20%
Eviscération abdominale	3	7,32%
Péritonite	2	4,88%
Hémothorax	2	4,88%
Hydrocéphalie	1	2,44%
Hémo-pneumothorax post traumatique	1	2,44%
Total	41	100%

La majorité des patients a été victime de Polytraumatisme avec 39,02%.

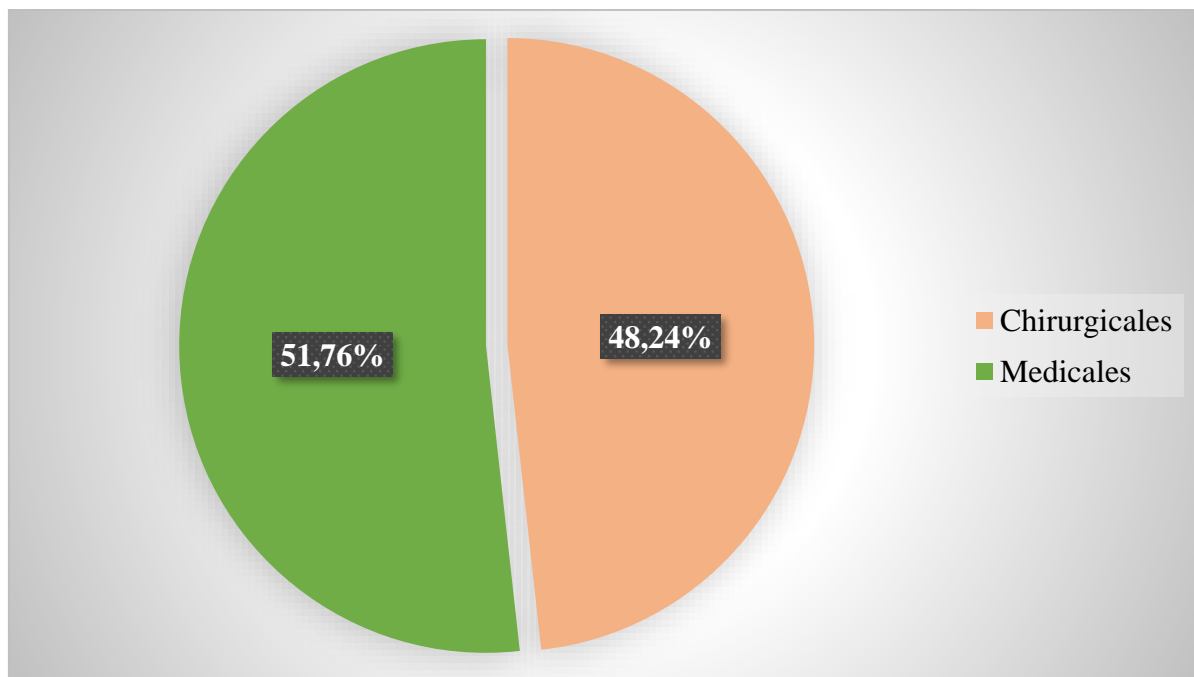


Figure 2: Répartition des patients selon les pathologies.

Les pathologies médicales étaient prédominantes avec 51,76%.

4. Prise en charge :

a) Mise en Condition

Tableau XII: Répartition des patients selon la mise en condition.

Mise en Condition	Effectif	Pourcentage
Sondage urinaire	85	100%
Prise de voie veineuse (périphérique et centrale)	85	100%
Sonde nasogastrique	19	22,35%
Position demi-assise	4	4,71%

La prise d'une voie veineuse (périphérique et centrale) et le sondage vésical ont été les actes majoritaires 100%.

b) Prise en charge hémodynamique :

Tableau XIII : Répartition des patients selon la PEC hémodynamique

Traitement	Effectif	Pourcentage (N=46)
Remplissage vasculaire	37	43,52%
Amine vaso-active	6	7,05%
Réhydratation hydro électrolytique	3	3,52%

La majorité de nos patients ont bénéficié d'un remplissage vasculaire soit 43,52%.

c) Prise en charge Respiratoire :

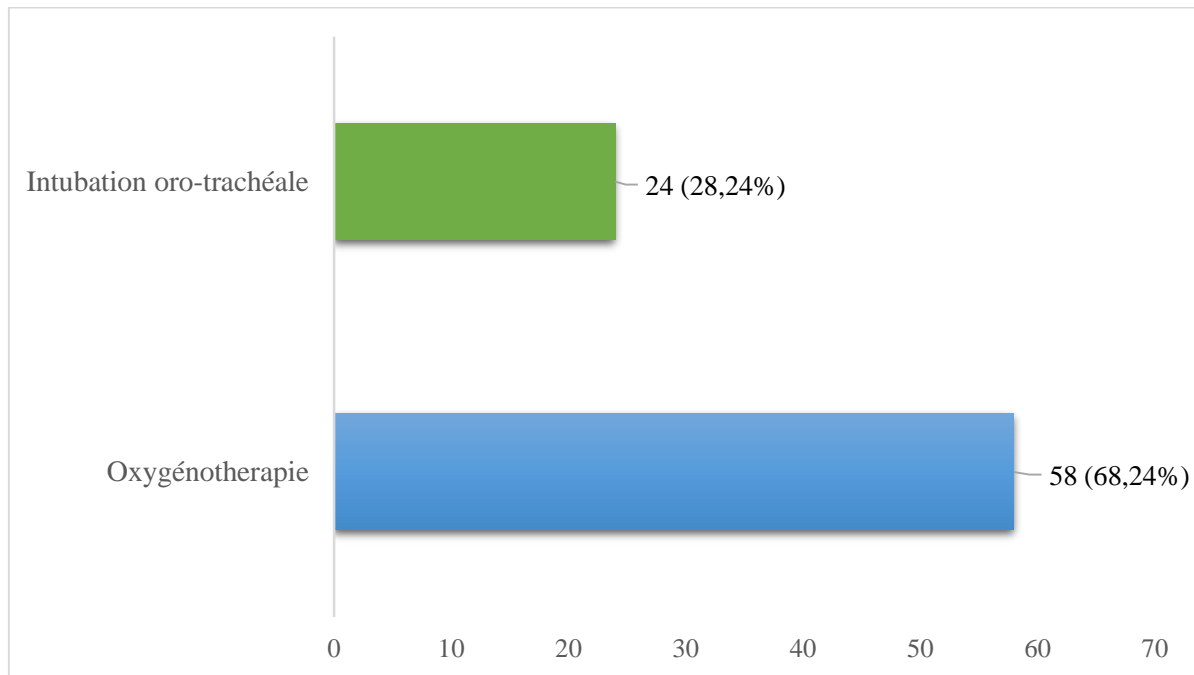


Figure 3: Répartition des patients selon la prise en charge respiratoire.

L'oxygénothérapie (aux lunettes et aux masques) a été majoritaire chez 68,24%.

d) Autres moyens médicamenteux :

Tableau XIII: Répartition des patients selon le traitement médical reçu.

Traitement	Effectif	Pourcentage (N=85)
Antalgique	85	100%
Antibiotique	29	34,12%
Sérothérapie	29	34,12%
Anticoagulant	13	15,29%
IPP	12	14,11%
Antihypertenseur	10	11,76%
Sédatif	9	10,59%
Anti-inflammatoire	6	7,06%
Diurétique	2	2,35%
Insuline	2	2,35%

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

La totalité de nos patients ont reçu un antalgique soit 100%.

e) Traitement chirurgical :

Tableau XIV: Répartition des patients selon le traitement chirurgical effectué.

Traitement chirurgical	Effectifs	Pourcentage (N=41)
Intervention chirurgicale au bloc opératoire	34	82,93%
Drainage Thoracique percutané au déchoquage	07	17,07%
Total	41	100,00%

Sur 85 patients 48,2% ont subi une intervention chirurgicale (Laparotomie, Parage-levée de l'embarrure, dérivation ventriculaire externe, trépanation).

f) Evolution des malades :

Tableau XV: Répartition des patients selon l'évolution.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Transfert en hospitalisation	49	57,6%
Décès	29	34,1%
Patient Exeaté (sortie de l'hôpital)	3	3,5%
Autres structures (référence/évacuation)	02	2,4%
Sortie contre avis médical	02	2,4%
Total	85	100%

La majorité de nos patients a été transféré en service d'hospitalisation soit 49 patients

g) Décès/ Pathologies :

Tableau XVI: Répartition des décès en fonction des pathologies.

Pathologies	Effectif décès	Pourcentage (N=29)
AVC	10	34,48%
Polytraumatisme	5	17,24%
Insuffisance rénale aiguë	3	10,34%
Eviscération	2	6,90%
Trauma crânien grave	2	6,90%
Embolie pulmonaire	1	3,45%
Diabète	1	3,45%
Méningite	1	3,45%
Sepsis sévère	1	3,45%
Hydrocéphalie aiguë	1	3,45%
Insuffisance cardiaque	1	3,45%
Brûlure thermique grave	1	3,45%
Total	29	100,00%

La majorité de nos patients décédés a été victime d'accident vasculaire cérébral soit 34,48%.

h) Durée du séjour aux SAUV :

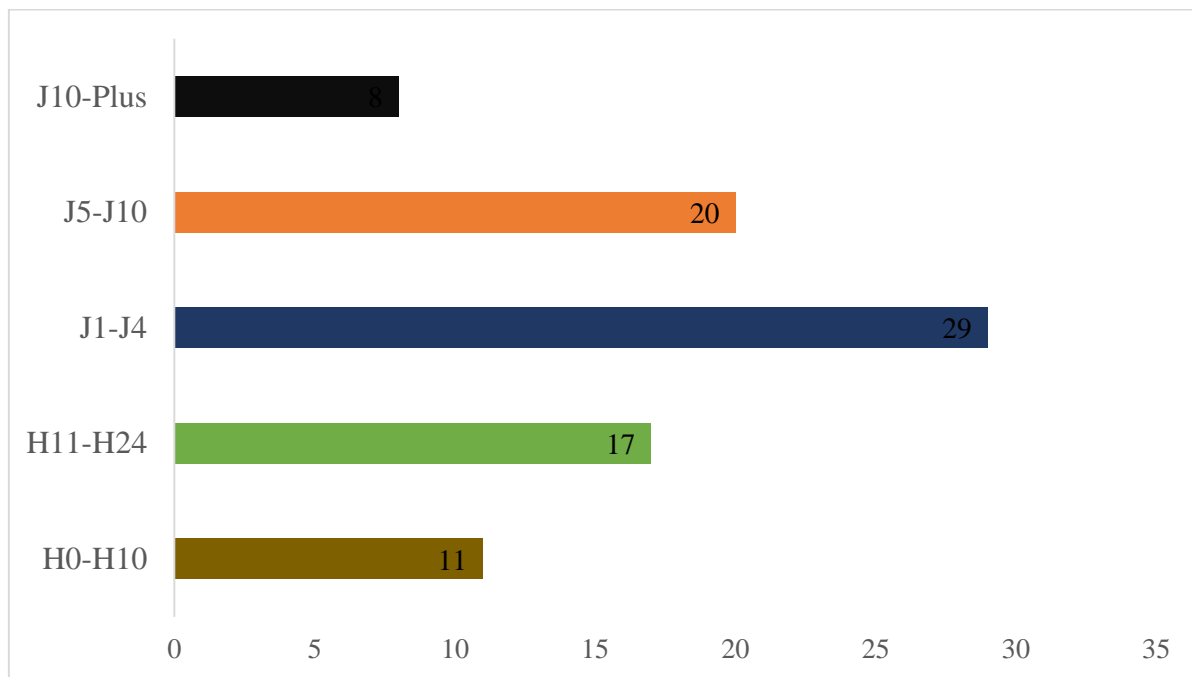


Figure 4: Répartition des patients selon la durée de séjour aux SAUV.

Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Tableau XVII: Répartition des patients selon la durée de séjour et le mode transport.

		Durée de séjours		Total
		0-4jours	Supérieure ou égale à 5 jours	
de Mode transport	Evacuation médicalisée	26	12	38
	Admission directe	31	16	47
Total		57	28	85

Evacuation médicalisée (Ambulance civile, Ambulance de la protection civile)

Admission directe (Voiture personnelle, Taxi, Transport en commun)

P (valeurs)=0,810 > 0,05%.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le motif de recours et la classification CCMU.

		Motif de recours		Total
		Altération de la conscience	Sans altération de la conscience	
CCMU	CCMU 3	1	24	25
	CCMU 4	32	0	32
	CCMU 5	24	4	28
Total		57	28	85

P (valeurs)=0,006 < 0,05.

Tableau XIX: Répartition des patients selon la durée de séjour et l'évolution.

		Evolution				Total
		Transfert en hospitalisation	décès	Evacuation /référence	Autres	
Durée de séjours	0-4jours	36	17	1	3	57
	supérieure ou égale à 5 jours	13	12	1	2	28
Total		49	29	2	5	85

P (valeurs)= 0,528 > 0,05.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la prise en charge respiratoire et l'évolution

		Evolution				Total
		Transfert en hospitalisation	Décès	Evacuation /référence	Autres	
Prise en charge respiratoire	OUI	30	25	1	2	58
	NON	19	4	1	3	27
Total		49	29	2	5	85

P (valeurs)= 0,056 > 0,05.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le traitement médical et l'évolution

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

		Evolution				Total
		Transfert en hospitalisation	décès	Evacuation /référence	Autres	
TTT MEDICAL	Antidiabétiques	2	0	0	0	2
	Antalgique+cristalloïde+diurétique+antibiotique+antithrombotique	0	0	0	1	1
	Antalgique+cristalloïde+sedatif+sintrom	0	1	0	0	1
	Antalgique+cristalloïde+sérothérapie+manitol+antibiotique+pneumo23	1	0	0	0	1
	Antalgique+cristalloïde+antibiotique+antitrombotique+ipp	4	2	0	1	7
	Antalgique+cristalloïde+antibiotique+ipp	11	3	2	2	18
	Antalgique+antiinflammatoire+cristalloïde	1	0	0	1	2
	Antalgique+antihypertenseur+cristalloïde+atb	4	4	0	0	8
	Antalgique+cristalloïde+antibiotique+sedatif	2	3	0	0	5
	Antalgique+cristalloïde+hypertenseur+sedatif+anticoag	0	3	0	0	3
	Antalgique+cristalloïde+sérothérapie+mannelitol20%	0	1	0	0	1
	Antalgique+cristalloïde+colloïde+antithrombotique+ipp+inhibiteur de l'enzyme	1	0	0	0	1
	Antalgique+antiinflammatoire+cristalloïde+antibiotique+ipp	2	2	0	0	4
	Antalgique+cristalloïde+dobutamine	0	2	0	0	2
	Antalgique+cristalloïde+sérothérapie+ipp+amine	0	1	0	0	1
Antalgique+cristalloïde+antibiotique+ipp+sérothérapie	21	7	0	0	28	
Total		49	29	2	5	85

P (valeurs)= 0,075 > 0,05.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le traitement chirurgical et l'évolution

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

		Evolution				Total
		Transfert en hospitalisation	Décès	Evacuation /référence	Autres	
Traitement chirurgical	OUI	27	11	1	2	41
	NON	22	18	1	3	44
Total		49	29	2	5	85

P (valeurs)= 0,513 > 0,05.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la prise en charge hémodynamique et l'évolution

		Evolution				Total
		Transfert en hospitalisation	Décès	Evacuation/ référence	Autres	
Prise en charge hémodynamique	OUI	41	27	2	3	73
	NON	8	2	0	2	12
Total		49	29	2	5	85

P (valeurs)= 0,209 > 0,05.

Profil épidémiologique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Tableau XXV : Répartition des patients selon la durée de séjours et les pathologies médicales

		Durée de séjours		Total
		0-4jours	≥ 5 jours	
Pathologies médicales	OUI	24	16	40
	NO N	33	12	45
Total		57	28	85

P (valeurs)=0,192 > 0,05.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les pathologies chirurgicales non traumatique et la durée de séjours

		Durée de séjours		Total
		0-4jours	≥ 5 jours	
Pathologie chirurgicale non traumatique	OUI	3	2	5
	NON	54	26	80
Total		57	28	85

P (valeurs) = 0,729 > 0,05.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les pathologies chirurgicales traumatiques

		Durée de séjours		Total
		0-4jours	≥ 5 jours	
Pathologie chirurgicale traumatique	OUI	28	10	38
	NON	29	18	47
Total		57	28	85

P (valeurs)= 0,243 > 0,05.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la prise en charge hémodynamique et la durée de séjours

		Durée de séjours		Total
		0-4jours	≥5 jours	
Prise en charge hémodynamique	OUI	50	23	73
	NON	7	5	12
Total		57	28	85

P (valeurs)= 0,488 > 0,05.

VI-Commentaires et Discussion :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 1^{er} janvier au 30 juin 2019 au service des urgences de l'Hôpital du Mali. Il s'agissait d'une étude descriptive épidémiologique-clinique des urgences médico-chirurgicales. Au cours de cette période 85 patients ont été admis en salle d'accueil des urgences vitales, les critères de gravité ont été évalués à l'admission selon différents scores, dont le plus utilisé était la classification clinique des malades aux urgences (CCMU 3, 4, 5).

1. Fréquence :

Sur une période de six mois nous avons colligés 85 cas sur 3811 admis au SAU soit une fréquence de 2,23%. Cette fréquence diffère de celle de Passebon en 2015 qui a retrouvé 11%. La pathologie médicale était la plus fréquente avec 27,27% de cas d'AVC ; notre taux est inférieur à ceux de **Moussa S.** [18] avec 31,80% et supérieurs à ceux de **Coulibaly T.** [28] (12,1%). Cette situation pourrait être en rapport avec l'âge des patients, car l'accident vasculaire cérébral est plus fréquent chez le sujet adulte; quel que soit le type d'accident vasculaire cérébrale.

2. Données sociodémographiques :

2.1 Age :

Nous avons trouvé une moyenne d'âge à 39,20 ans avec un Intervalle : [8 mois – 90 ans], la tranche d'âge 21-30ans a été majoritaire avec 24%.

Ces données sont similaires à celles de **Berrada, Ouissam à Casablanca**[29] qui ont retrouvé un âge moyen de 38ans. Par contre **Passebon J.** [4] à retrouver un âge moyen de 61,9 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des causes des urgences vitales en France (complications liées aux maladies chroniques) par rapport à la nôtre (AVP et diagnostic tardif des maladies) et le fait que la population africaine est relativement plus jeune.

2.2 Sexe :

Le sexe masculin a été plus dominant avec 70,6% et un sex-ratio de 2,4. **Passebon J.** retrouve un sexe ratio de 1,18 en faveur des hommes dans sa série [4].

Cette prédominance s'explique par l'hyperactivité des hommes, ils constituent la couche la plus active et les plus exposés.

2.3 Profession :

Dans notre série, la majorité des patients admis dans le service était des ouvriers avec 21,2%; cela s'explique par leur mobilité qui les prédispose aux AVP et à leurs niveaux socio-économiques et d'étude bas.

2.4 Résidence :

Les patients résidant à Bamako étaient les plus représentés précisément en CVI de Bamako avec 32,9%, suivi de 28,2% venant de Koulikoro, ce qui peut s'expliquer par sa proximité de cette partie de la ville et que le service est sollicité.

3. Clinique :

3.1 Motif de recours :

L'altération de la conscience était le motif le plus fréquent avec 29,41% des cas ensuite viennent les AVP avec 25,88% qui peut être dû à l'augmentation de la population dans le district et aussi le nombre des engins à deux roues ;

Puis viennent les pathologies pulmonaires (Ex : BPCO, OAP) avec 21,18% et diverses autres pathologies. Médicales ; les troubles métaboliques sévères (les complications aigues du diabète).

Les pathologies chirurgicales traumatiques regroupent (polytraumatisme, Hémopéritoine, T.C, éviscération, hémithorax, Hémopneumothorax).

Les pathologies chirurgicales non traumatiques (péritonite, hydrocéphalie) avec 7,1%.

Notre résultat est similaire à celui de **Mlle Fatima** [30] chez qui les urgences médicales dominaient avec un pourcentage de 64,1% ,le 1er motif de consultation était le trouble de conscience dont l'origine est inexpliquée dans (35,3% des cas), contre 35,9% pour la pathologie chirurgicale , et la pathologie traumatique représentait 25% de l'activité de la SAUV.

Le croisement répartition des patients selon le motif de recours et la classification CCMU était significatif. $P= 0,006 < 0,05$.

La majorité de nos patients qui a été admis avec comme motif de recours altération de la conscience avait un CCMU à 4.

3.2 Moyen de transport :

Dans notre série, 28 patients sont arrivés par leurs propres moyens, soit 32,9%.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Ces conditions de transport ne sont pas appropriées des urgences vitales, et rares sont les malades qui ont reçu des soins pré-hospitaliers. L'absence de la médecine pré-hospitalière dans notre pays constitue une véritable entrave à l'efficacité de la prise en charge des urgences vitales.

3.3 Les pathologies :

Dans notre série, les pathologies médicales ont été majoritaires soit 44 cas (51,76%), avec 27,27% d'AVC. Ce taux diffère de celui de Koné au CHU Gabriel TOURE qui a retrouvé 29,1% de cas médicaux [4]. Cette différence pourrait s'expliquer par un temps d'étude beaucoup plus court ainsi que la grande sollicitation de l'Hôpital Gabriel par rapport à notre structure.

Quant aux cas chirurgicaux, les polytraumatismes ont été prédominants avec 17,6%. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation des cas d'Accident de la voie publique.

4. Prise en Charge :

Médicale :

La quasi-totalité des malades admis au déchocage a bénéficié au minimum d'une prise de voie veineuse périphérique, l'abord veineux central a été pratiqué chez 4,71% des patients. Un remplissage vasculaire par les solutés cristalloïdes et/ou colloïdes a été réalisé chez 43,52% de nos patients. Le recours aux drogues vasoactives essentiellement Adrénaline et Noradrénaline a intéressé 5,7% de nos patients. L'oxygénothérapie par lunette ou masques avec 68,24%, l'antalgique chez 69,41% :

Chirurgicale :

Chez 85 patients 48,2% ont bénéficié une intervention chirurgicale dont les plus nombreux étaient des cas de neurochirurgie.

Bilans complémentaires :

Imagerie : Le scanner cérébral était l'examen le plus demandé soit 48,24% qui s'explique par la fréquence des cas d'AVC et des traumatisés cérébraux, l'accessibilité du service d'imagerie pour le SAU 24H/24 ce qui n'est pas le cas malheureusement dans d'autres structures.

Biologique : Les bilans (NFS, Glycémie, Créatininémie, Groupe-rhésus) représentaient les bilans biologiques les plus demandés au SAU.

5. EVOLUTION :

Nous avons enregistré 29 cas de décès dans le service ; Les AVC ont été la première cause de décès soit 34,48% suivis par le polytraumatisme (17,24%), ainsi que les pathologies médico-chirurgicales diverses. Ce taux s'explique par la défaillance multi-viscérale, l'hémorragie et les lésions cérébrales qui sont les principales causes, l'absence de soins pré hospitaliers, le transfert de certains malades dans des conditions (ambulances non équipées, malades sans aucune mise en condition en provenance des régions éloignées).

Durée de séjour au SAUV :

Le SAUV n'est pas une unité d'hospitalisation, et par son rôle de déchoquage, c'est un lieu d'accueil au sein du service des urgences des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle, il ne correspond ni à un lit de réanimation ni à un lit d'hospitalisation et doit être libéré dès que possible après stabilisation puis orientation des patients vers le service adéquat. Il doit avoir un cycle de roulement très court d'autant plus qu'il subit des pressions d'admissions importantes et imprévisibles ;

La majorité de nos patients ont eu une durée de séjour entre 1-4 jours soit 34,1%. Ce délai est supérieur à celui de Magloire au CHU Gabriel TOURE qui a retrouvé comme délai moyen 24 heures [31]. Cela pourrait s'expliquer par le dysfonctionnement de nos structures hospitalières pour la prise en charge des urgences et manque de service de soins continus .

Les services de médecine et de neurochirurgie ont été les principaux services vers lesquels nos patients ont été transférés avec 23,64% et 20%.

VII-Conclusion :

Cette étude menée à l'Hôpital du Mali nous a permis de déterminer la fréquence des différentes pathologies à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), de décrire le profil épidémiologique-clinique de ces urgences vitales, et rapporter l'évolution des patients. La mise en place d'une

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

SAUV plus équipés permettrait une meilleure prise en charge des patients, ainsi qu'un désengorgement et un fonctionnement plus efficace.

La fréquence des urgences vitales reste élevée dans notre contexte, elle a été dominée par les urgences médicales. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 21-30, avec une prédominance masculine. Les premiers motifs de recours étaient l'altération de la conscience, un remplissage vasculaire par les solutés cristalloïdes et/ou colloïdes a été réalisé chez la majorité. Les services de médecine et de neurochirurgie ont été les principaux services vers lesquels nos patients ont été transférés. L'évolution des patients en SAUV était mauvaise, les AVC ont été la première cause de décès. La salle d'accueil des urgences occupe une place importante au sein du service d'accueil des urgences car elle est le lieu de prise en charge des détresses vitales.

Par conséquent des efforts doivent être consentis pour la promotion d'une prise en charge pré hospitalière, améliorer le transport des patients, identifier dès l'accueil les patients présentant une défaillance vitale, et la réalisation des soins paramédicaux dans les plus brefs délais.

VIII-Recommandations :

Au Ministère de la santé et des affaires sociales :

- La formation du personnel en quantité et en qualité à la médecine d'urgence au Mali, l'équipement des services d'urgence en matériel, pour un meilleur fonctionnement du service.
- Médicalisation des transferts de malades graves.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

- Renforcement du plateau technique
- Création de la régularisation médicale pour la prise en charge pré-hospitalière.
- La mise en route d'un programme de contrôle et de lutte contre les facteurs de risque des AVC.
- Dotation en lit de soins continus

Au personnel du service :

- Une Meilleure organisation de la prise en charge au SAUV.
- Une meilleure gestion des produits et consommables disponibles dans le service.

A la population :

- Respect du code de la route
- Modification du mode de vie, les facteurs de risque de maladie vasculaire (Contrôle régulière de la tension artérielle, alimentation saine et équilibrée, apport faible en sodium, exercice modéré, contrôle du poids, abandon du tabac et diminuer la consommation d'alcool...).
- Transport sans délai des patients manifestant des signes et symptômes d'AVC vers l'établissement de santé le plus proche capable de leur prodiguer des soins d'urgence en phase aiguë.
- Adhésion aux programmes de sensibilisation de masse contre les AVC.

IX-Références bibliographiques :

1. Wahiba G-D, Djamila Y, Réda B. Salle d'accueil des urgences vitales: Etat des lieux, gestion et évaluation, Algérie, Éditions universitaires européennes (OMN.UNIV.EUROPE), publié le 10 septembre 2019 p196.
2. Urgence vitale. In: Wikipédia 28 déc 2019, Internet, Disponible sur: [https://fr.Wikipédia.org/W/index.php?title=Urgence vitale&oldid=162797254](https://fr.Wikipédia.org/W/index.php?title=Urgence_vitale&oldid=162797254)

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

3. Sall BK, Kane O, Diouf E, Beye MD. Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Méd. Trop.* 62,2002, p247–250.
4. Passébon J. Epidémiologie des urgences vitales potentielles aux urgences adultes du CHU d'Angers. France;2016. Thèse de Médecine N°6656F.
5. Isaac Siegfried, MD a, Jacobs J, MD, MPH b, Robert P, Olympia MD. Orientation vers les services d'urgence pour adultes des centres de soins d'urgence. USA <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.01.029>. 8/2017 2016;6.
6. Koné OB .Epidémiologie des urgences médico-chirurgicales au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Bamako - Mali ; 2008. Thèse de Médecine N°68
7. Berrada O La salle d'accueil des urgences vitales du centre hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca (Internet) Thèse de Médecine. Maroc: Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2006 (cité 28 déc 2019). Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/4328>
8. Triage médical, sur Wikipédia ,1^{re} éd. Février 2015, p267-268,287-288
9. Reynders S, Gloeckler C, Aymard JC, Levraut J. L'infirmière aux urgences en Europe.Quel tri pour pour l'urgence vitale? au centre hospitalier universitaire de Nice ,Hopital Saint Roch,Pole Urgences Samu-Smur,Service d'accueil des urgences ,5,Rue Pierre Devoluy BP 131906001, p3-6.
10. Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Raus A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences: Définition et reproductibilité : Association pour la recherche aux urgences. *Réanimation-Urgence*, (3), issue 5, 1994, p573-578.
11. Carrere Debat D, Tempelhoff G, Holzapfel I. Groupe d'étude multicentrique du Service d'accueil: Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensive Med Urgences, Paris, 1991; (7): 4 p 232.
12. Meuzebou Nkakmany A. Etats de choc : aspects épidémiologiques-cliniques et pronostiques dans le Service de Réanimation du CHU Gabriel Touré. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Mali 2010. Disponible sur (Internet): <http://www.keneya.net/cgi-bin/fmpos/wxis/fmpos/theses/iah/>.Thèse de Médecine N°15M10
13. Caubel A. Insuffisance respiratoire aiguë : diagnostic et traitement aux urgences. *Service Réanimation polyvalente, centre hospitalier Bretagne-Sud*, (15)issues 7-8,December 2006 p 523-532.
14. Diop Th M, Mangané M, Almeimoune A, Dembélé AS, Diango MD. Urgences cardiovasculaires au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. *MALI Med* 2018 TOME XXXIII N°3 p1-3.
15. Schnakers C, Majerus S, Laureys S. Diagnostic et évaluation des états de conscience altérée. *Réanimation*, France, (13), issue 5, July 2004, p. 368–375.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

16. Junquero D, Rival Y. Syndrome métabolique : quelle définition pour quel(s) traitement(s), MEDECINE/SCIENCES décembre 2005;(21): 12 p.1045-1053.
17. Orban J-C, Ichai I. Complications métaboliques aiguës du diabète. Réanimation médicochirurgicale, hôpital Saint-Roch, CHU de Nice, 5, 06006 Nice cedex, France, 26 septembre 2008,17 p.761-767 internet:WWW.Sciencedirect.com.
18. Sacko M. Aspect épidémiologique-clinique des AVC hémorragiques. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako ; 2018 Thèse n°125.
19. Coulibaly M. Urgences cardiologiques à Bamako, Mali: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako 2012. Thèse de Médecine N°12M197
20. Woolfenden AR, Albers GW. Cardio embolic stroke .In: curent review of cerebrovascular disease's fisher and J Bogousslavsky, 4^e Edition, 2001 p.123-36.
21. Silly Y, Pombourcq C. Accident vasculaire cérébral. Santé Magazine. 2012 (cité 29 déc 2019); Disponible sur Internet: <https://www.santemagazine.fr/sante/fiche-maladie/avc-accident-vasculaire-cerebral-177349>
22. Merceron S, Gayat E, Mebazaa A. L'Œdème aigu du poumon. Congrès Médecins Essent 2012; Sfar Tous Droits Réservés : 18.
23. Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale. Oedème aigu pulmonaire [Internet].Université Virtuelle Francophone. Créé 2010-2011;Disponible sur:<http://campus.cerines.fr/reanimation-medicale/enseignement/reamed5/site/html/cours.pdf>
24. Thomas L. Prise en charge des urgences hypertensives. Can Fam Physician [Internet]. oct 2011 Université Virtuelle Francophone cité 17 déc 2019;57(10) p363 Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3192101/>
25. Sissoko.A.D.Agence Nationale d'évaluation des Hopitaux. Référentiels de Chirurgie générale - Mali 2015 (posté le 15 01 2016 par Mali actu).
26. Albanese Jacques, Le polytraumatisé. Springer Science & Business Media Germany 2002 p356
27. Agence nationale d'évaluation des hôpitaux. Référentiel Urgence - Mali. 2015; disponible sur: Mali-Web.org
28. Coulibaly T. Etude des AVC du sujet jeune dans les services de cardiologie et neurologie au Mali. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie 2001. Thèse de Médecine N°01M123.
29. Babatasi C. La salle d'accueil des urgences vitales. Conférence Experts Réf SFMU. 2004 P687-7.
30. Zahra Lkharrat F. Gestion des problèmes organisationnels à la salle d'accueil des urgences vitales. Maroc: Université Sidi Mohamed Ben Abdellah - Faculté de Médecine et de Pharmacie 2019, Thèse de Médecine N°029/19 p107.

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

31. Ndjoh Ngoh MG. Délais de prise en charge des patients aux urgences du CHU Gabriel Touré. Mali: FMPOS 2015, Thèse de Médecine N°15M330 p97.
32. Assez N, Lemanski-Brulin C, Aboukais W, Sebilleau Q, Adriansen C, Rouyer F, et al. Défis de la prise en charge du syndrome coronaire aigu en pré-hospitalier. Arch Cardiovasc Dis Suppl 2012; 4(3) p223-231. <https://doi.org/10.1007/S13341-011-0116-2>.

X-Annexes :

RESUME :

NOM : DIOMBANA

PRENOM : KOUNADY

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

TITRE : Profil épidémiologique-clinique des patients admis dans la salle d'accueil des urgences vitales de l'Hôpital du Mali

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS : MALI

SERVICE D'INTERET : Urgences

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

Une urgence vitale est une situation où la vie du patient est en danger si aucun soin rapide n'est fait. En zone tropicale les urgences surviennent presque toujours dans un contexte socio-économique défavorable. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique-clinique des patients admis dans la salle d'accueil des urgences vitales.

Il s'agit d'une étude prospective allant du 1er janvier au 30 juin 2019 portant sur tous les patients admis au SAUV (salle d'accueil des urgences vitales).

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle, la saisie a été faite sur world 2013 et analysées avec SPSS version 21.

Durant la période d'étude 3 811 patients ont été admis dont 85 cas d'urgences vitales (CCMU III, IV et V) avec soit une fréquence d'admission de 2,23%. L'âge moyen était de 39,20 ans, le sexe masculin était prédominant avec 70,6%, les ouvriers étaient majoritaires avec 27,1%. Près de la moitié soit 52,94% de nos patients étaient des admissions directes, l'altération de la conscience était le motif de recours le plus fréquent avec 29,41% des cas suivie d'accident de la voie publique. Un bilan sanguin (NFS, Glycémie, Créatininémie, Groupage rhésus), une TDM cérébrale ont été réalisés chez 68,23%. La pathologie médicale la plus représentée était l'accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH) avec 27,3% et les polytraumatismes (39,02%) parmi les cas chirurgicaux. La mortalité était de 34,1%

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

Mots clés : Urgences vitales, mortalité, l'altération de la conscience

Fiche d'Enquête

N° :

I-Données Sociodémographiques

Q1-Age : 0-10ans 11-20ans 21-30ans 31-40ans 41ans-50

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

51-60ans 61an et plus.

Q2-sexe : masculin féminin

Q3-Profession fonctionnaire salarié commerçant
ouvrier scolaire universitaire cultivateur ménagère
chauffeur/apprenti Retraité autre à préciser :.....

Q4-Statut matrimonial : marié(e) divorcé(e) célibataire veuf(ve)

Q5- Résidence : Bamako autres localités

Q6-Mode d'admission : référer amener par les parents évacuer

Autre à préciser :.....

Q7-Mode de transport : sapeur SAMU voiture personnelle

autre à préciser :.....

Q8-Motif de consultation : altération de la conscience douleur

Dyspnée AVP accident de travail accident de sport CBV

morsure chute fièvre autre à
préciser :.....

II-Examens clinique et paraclinique :

Q9-Etat général : bon passable mauvais

Q10-Conjonctives : colorées moyennement colorées pales

Q11-CCMU : CCMU1 CCMU2 CCMU3 CCMU4 CCMU5

Q12-Conscience (score de Glasgow) : De 3 à 8 de 9 à 12 de 13 à 15

Q13-Examen cardiaque : Normal Si pathologique à
préciser :.....

Q14-Examen pleuro - pulmonaire : Normal Si pathologique à
préciser :.....

Q15-Examen abdominal : Normal Si pathologique à
préciser :.....

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Q16-Examen osteo-articulaire : Normal Si pathologique à préciser :.....

Q17-Examen gynécologique : Normal Si pathologique à préciser :

pré Eclampsie Eclampsie rupture prématuré des membranes

Hémorragie sur grossesse agression sexuel IVG

Q18-Bilan biologique : NFS : HB..... ; GB..... ; GR.....

Plaq ; Groupage-RH ;

Urée..... Créat Troponine..... ;

Hémoculture: positif négatif

si oui germe isole ;

ATB sensible..... ; D-DIMERES.....

Glycémie..... ; GE : positif Nombre de trophozoides..... ;

Négatif Bandelettes ;

Ionogramme sang :

Na :..... ; K :..... ;Ca:..... ;Mg :.....cl.....

autre à préciser :.....

Q18-Bilan d'imagerie médicale : Rx standard Echographie abdomino

pelvienne TDM cérébrale TDM Thoracique TDM Abdomino-

pelvienne autre à préciser :.....

III-DIANOSTIC

Q19-PATHOLOGIES MEDICALES : AVC Embolie pulmonaire

Paludisme grave Envenimations Crise HTA Crise d'ulcère

Crise d'asthme OAP Gastro-entérite Colique nephretique

Diabète compliqué Intoxication Crise d'hystérie Déshydratation

Syndrome coronarien aigu

Autre à préciser :.....

Q20-PATHOLOGIES CHIRURGICALES NON TRAUMATIQUES :

Péritonite Appendicite Occlusion Hernie étranglée

Autre à préciser :.....

Q21-PATHOLOGIES CHIRURGICALES TRAUMATIQUES :

TC Polytraumatisme Hémopéritoine Hémothorax

Pneumothorax Poly blessure Luxation Poly fracture

Autre à préciser :.....

IV-TRAITEMENT

CONDITIONNEMENT :

VVP ; VVC ; Oxygénothérapie ; IOT ; ventilation mécanique

Q22-MEDICAL : Antalgique Anti-inflammatoire Cristalloïdes

Colloïdes SAT-VAT Antipaludique Antihypertenseurs

Antidiabétiques Sédatifs Sérum antivenimeux Intubation

Amines

Autre à préciser :.....

Q23-CHIRURGICAL : Drainage Intervention chirurgicale

Autre à préciser :.....

V-ORIENTATION :

Q24- SAU : Déchoquage BOX

Q25-Devenir :

Réanimation Traumatologie Chirurgie

Gynéco-obstétrique Médecine Référent Sortie après soins

Evacuer Décès Décharge

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

Autre à préciser :.....

Q26-Nombre de séjours au SAUV :

0H-10H 11H- 24H 1JR-4JRS 5jrs-10jrs 10jrs et plus

SERMENT D'HIPPOCRATE

Profil épidémiologique-clinique des patients admis en SAUV de l'Hôpital du Mali

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.