KIVU MEDICAL JOURNAL
e-ISSN: 2710-1894 p-ISSN: 2710-1886

https://www.kivumedicaljournal.com

Facteurs associés à la mortalité du sepsis chez l'adulte en unité de soins intensifs à GOMA, en République Démocratique du Congo.

Factors associated with mortality from sepsis in adult intensive care units in Goma, Democratic Republic of Congo.

John Katembo Libanga[1,2], Séverin Juamungu Ananias[1,2], Ariane Gakuru Namwiza[1,2], Irénéé Munyemuyisa Kahehero[3], Boajaj Fares[4], Fiona Parsonson[5], Kasereka Kihemba[6], Kennedy Kambale Kasonia[1,2], Serge Kahatwa Kiringa[1,2],Eugénie Kamabu Mukekulu[2], Jean-Pierre Mumbere Kigayia[3,7], Maurice Nyamalyongo Masoda[1,2], Charles Kahindo Kangitsi[1], Ndabahweje Minani[1], Zacharie Tsongo Kibendelwa[8]

1 Département de Médecine interne, Université de Goma, Goma, RD Congo
2 Département de Médecine interne, Hôpital Heal Africa, Goma, RD Congo
3 Faculté de médecine, Université de Goma, Goma, RD Congo
4 Faculté de médecine, Université Paris cité, Paris, France
5 Département des maladies infectieuses et tropicales, Australie
6 Département d'Anatomo-pathologie et laboratoire, Hôpital Heal Africa, Goma, RD Congo
7 Département d'anesthesiologie et service de soins intensifs, Hôpital Heal Africa, Goma, RD Congo
8 Faculté de médecine, Université de Kisangani, Kisangani, RD Congo

Pour citer cet article : Katembo JL, Juamungu SA, Gakuru AN, Munyemuyisa IK, Fares B, Parsonson F, Kihemba K, Kambale KK, Kahatwa SK, Kamabu EM, Mumbere JPK, Masoda MN, Kahindo CK, Minani N, Tsongo ZK. Facteurs associés à la mortalité du sepsis chez l'adulte en unité de soins intensifs à GOMA, en République Démocratique du Congo. Kivu Medical Journal 2026 ; 4(1), 1-7 https://doi.org/10.64263/kmj.v4i1.83

Article reçu : 06-03-2026

Accepté : 25-07-2026

Publié : 28-07-2026

Publisher's Note: KMJ stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Copyright : © 2026 Katembo JL et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Correspondance :
John Katembo Libanga, MD, MMed.
Département de Médecine Interne, Université de Goma, Goma, RD Congo
Email : jkatembolibanga@gmail.com

Résumé

Introduction: Le sepsis est une cause majeure de morbi-mortalité en soins intensifs, particulièrement dans les régions à ressources limitées ou les retards diagnostics et de prise en charge thérapeutique aggravent souvent le pronostic. En République Démocratique du Congo, les données locales sont rares. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs associés à la mortalité chez le patient adulte atteint de sepsis en unité de soins intensifs polyvalents de l'hôpital tertiaire HEAL Africa de Goma.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique menée d'avril 2024 à Mars 2025. Tous les patients adultes admis aux soins intensifs pour sepsis ont été inclus selon les critères sepsis-3. Les données anamnestiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été analysées. Les facteurs associés à la mortalité ont été identifiés par régression logistique multivariée.

Résultats : Sur 486 admissions, 121 cas de sepsis ont été recensés (24,8 %), dont 104 analysés. L'âge médian était de 52 ans (IQR : 67-35) et le sexe ratio H/F de 1,3. La mortalité était de 30,8 %. Les facteurs indépendamment associés à la mortalité étaient la présence d'au moins deux comorbidités (OR=57,1 ; p=0,001), un score SOFA ≥8 (OR=6,3 ; p=0,028), un délai d'administration des antibiotiques ≥2 heures (OR=5,8 ; p=0,044) et la ventilation mécanique (OR=41,6 ; p < 0,0001).

Conclusion: Le sepsis chez l'adulte est fréquent en soins intensifs à Goma et associé à une mortalité élevée. Les comorbidités multiples, la gravité initiale et le retard de prise en charge sont les déterminants majeurs du pronostic. La prise en charge adéquate et précoce pourrait réduire la mortalité.

Mots clés : Sepsis ; Soins intensifs ; Mortalité ; Facteurs associés.

Check for updates

Abstract

Introduction: Sepsis is a major cause of morbidity and mortality in intensive care units, particularly in resource-limited settings where delays in diagnosis and therapeutic management often worsen the prognosis. In the Democratic Republic of Congo, local data remain scarce. The objective of this study was to identify factors associated with mortality among adult patients with sepsis in the polyvalent intensive care unit of the tertiary HEAL Africa Hospital in Goma.

Materials and Methods: This was a retrospective analytical study conducted from April 2024 to March 2025. All adult patients admitted to intensive care for sepsis were included according to Sepsis-3 criteria. Anamnestic, clinical, biological, and therapeutic data were analyzed. Factors associated with mortality were identified using multivariate logistic regression.

Results: Out of 486 admissions, 121 cases of sepsis were recorded (24.8%), of which 104 were analyzed. The median age was 52 years (IQR: 35–67), with a male-to-female ratio of 1.3. Mortality was 30.8%. Independent factors associated with mortality were the presence of at least two comorbidities (OR = 57.1; p = 0.001), a SOFA score ≥8 (OR = 6.3; p = 0.028), a delay in antibiotic administration ≥2 hours (OR = 5.8; p = 0.044), and mechanical ventilation (OR = 41.6; p < 0.0001).

Conclusion: Sepsis in adults is frequent in intensive care units in Goma and is associated with high mortality. Multiple comorbidities, initial severity, and delays in management are the major determinants of prognosis. Adequate and early management could reduce mortality.

Keywords: Sepsis; Intensive care; Mortality; Associated factors

Introduction

Le sepsis est actuellement défini comme étant une dysfonction d'organes résultant d'une réponse inappropriée de l'hôte à une infection suspectée ou évidente [1]. A l'échelle mondiale, le sepsis constitue un problème majeur de santé publique. Selon les estimations récentes, plus de 48,9 millions de cas incidents liés au sepsis et 11 millions de décès ont été enregistrés en 2017, ce qui représente près de 20 % de la mortalité globale toutes les étiologies confondues [2]. Bien que la majorité de ces décès surviennent dans les pays à revenu faibles ou intermédiaires, les données épidémiologiques sont parcellaires et largement sous estimées en raison des limites dans le diagnostic et le système d'information sanitaire insuffisant.

En Afrique subsaharienne, le fardeau lié au sepsis est lourd. Plusieurs études menées en unité de soins intensifs rapportent des taux de mortalité compris entre 30% et plus de 60 %, nettement supérieurs à ceux observés dans les pays à revenu élevé [3,4]. Cette surmortalité est associée à une combinaison des facteurs incluant la sévérité initiale des patients atteints de sepsis, le nombre élevé de comorbidités, la charge élevée des maladies infectieuses, l'émergence des bactéries multi résistantes ainsi que des retards de prise en charge [5].

En République Démocratique du Congo, les données sur le sepsis aux soins intensifs sont limitées et proviennent essentiellement de quelques centres universitaires. Les études disponibles rapportent une mortalité particulièrement élevée notamment en cas de choc septique, avec des taux dépassant parfois 80 % dans quelques centres hospitaliers [3,6,7]. Toutes fois ces données restent hétérogènes, anciennes pour la plupart et ne reflètent nécessairement pas la réalité actuelle des unités de soins intensifs des structures sanitaires de l'Est du pays.

La ville de Goma, située dans une région marquée par une instabilité sécuritaire quasi-permanente, de déplacements massifs de populations et une forte endémicité des maladies infectieuses, constitue un contexte particulièrement vulnérable au sepsis. Malgré l'existence des structures hospitalières de références telles que l'hôpital HEAL Africa, aucune étude récente à notre connaissance n'a spécifiquement analyser les facteurs associés à la mortalité du sepsis chez l'adulte en unité de soins intensifs dans ce milieu. L'identification de ces facteurs est pourtant essentielle pour orienter les stratégies locales d'amélioration de prise en charge, optimiser

l'allocation des ressources limitées et réduire la mortalité évitable.

Ainsi la présente étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés à la mortalité chez les patients adultes atteints de sepsis admis en unité de soins intensifs polyvalents à l'hôpital HEAL Africa de Goma. En apportant les données locales actualisées, ce travail vise à contribuer à une meilleure compréhension du sepsis dans un contexte de ressources limitées et à soutenir le développement d'interventions adaptées à la réalité des soins intensifs en République Démocratique du Congo.

Matériels et méthodes

Type et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale et analytique menée dans l'unité des soins intensifs polyvalents de l'hôpital tertiaire HEAL Africa, situé à Goma, dans la province du Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo. L'étude a couvert une période de 12 mois, allant du 1er Avril 2024 au 31 Mars 2025.

Population d'étude

La population étudiée était constituée de tous les patients adultes âgés d'au moins 18 ans, admis en unité de soins intensifs durant notre période d'étude avec un diagnostic de sepsis. Le diagnostic a été défini selon les critères du consensus international sepsis-3, reposant sur la présence d'une infection suspectée ou confirmée associée une augmentation du score SOFA (Sequential Organ Faillure Assessment) d'au moins 2 points par rapport à l'état initial.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus, tous les patients adultes admis en unité de soins intensifs pour sepsis.

Ont été exclus de l'analyse, des patients présentant des dossiers médicaux incomplets ou manquants, ainsi que ceux transférés ou décédés dans les deux premières heures suivant l'admission en unité de soins intensifs.

Echantillonnage

Un échantillonnage exhaustif et consécutif a été réalisé des admissions remplissant les critères. (Figure 1)

Variables étudiées

La variable dépendante était l'issue hospitalière en unité de soins intensifs, catégorisée en décès et survie. Les variables indépendantes comprenaient : Les caractéristiques socio-démographiques (âge et sexe)

Les comorbidités (Diabète sucré, pathologies cardiovasculaires, insuffisance rénale chronique, pneumopathie chronique, cancer, VIH, traumatismes, etc), regroupées à moins de deux et au moins deux.

Les paramètres cliniques et biologiques à l'admission incluant le score qSOFA, le score SOFA (calculés à partir des données cliniques et biologiques de patients, le score SOFA a par la suite été stratifié en variable catégorielle pour le pronostic (SOFA<8 et SOFA≥8)), diurèse, pression artérielle, l'état de la conscience, le foyer infectieux, le type d'infection et la lactatémie.

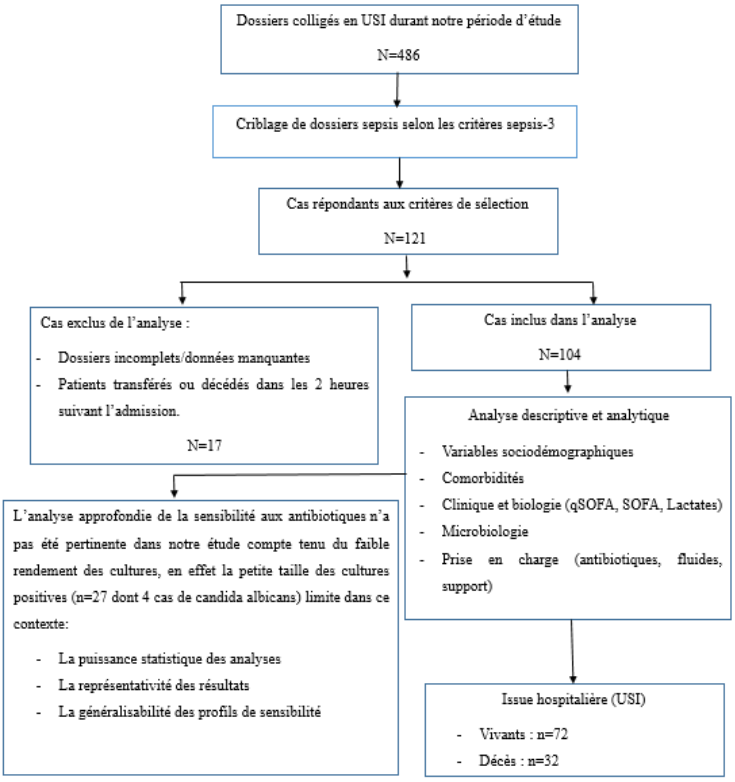

Figure 1 : Diagramme de flow

Les éléments microbiologiques (résultats de cultures)

Les éléments de la pris en charge thérapeutique : délai d'administration des antibiotiques, précoce (< 2 heures de l'admission) ou tardif (≥2 heures de l'admission) ; type d'antibiothérapie initiale (monothérapie/polythérapie) ; Type de fluides et délai début de fluides, précoce (1-3heures de l'admission) ou tardif (≥3heures de l'admission), utilisation de vasopresseur et la ventilation mécanique.

Collecte de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte standardisée, à partir des dossiers médicaux, des registres de soins intensifs et fiches de nursing. La collecte a été réalisée par une équipe de cliniciens formés aux définitions du sepsis, aux scores qSOFA, SOFA et après une phase de standardisation préalable.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les variables qualitatives ont été décrites par des fréquences et des pourcentages et les variables quantitatives par des moyennes et écart-types ou des médianes selon leur distribution. La normalité des distributions des variables quantitatives a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk, une valeur de p≥ 0,05 a été considérée comme compatible avec une distribution normale.

L'analyse bivariée a été utilisé le test de khi-carré ou le test exact de Ficher pour identifier les facteurs associés à la mortalité. Les variables cliniquement pertinentes et celles ayant un p value <0,05 en analyse bivariée ont été incluses dans le modèle multivarié afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à la mortalité. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95%). Le seuil de significativité statistique bilatéral a été fixé à p<0,05.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Goma (numéro d'approbation : UNIGOM/CEM/002/2024). Les données ont été anonymisées et traitées de manière confidentielle, conformément aux principes éthiques de la recherche biomédicale.

Résultats

Les informations générales

Tableau I : Répartition de patients selon les informations générales

Variables	Modalités	N=104	Pourcentage
Age(années)	18 à 65	74	71,2
	Plus de 65	30	28,8
Sexe du patient	Masculin	58	55,8
	Féminin	46	44,2
Zone de sante	Goma	52	50
	Karisimbi	44	42,3
	Nyiragongo	6	5,8
	Hors zone	2	1,9
Présence de comorbidité	Oui	69	66,3
	Non	35	33,7
Nombre de comorbidité	<2	87	83,7
	≥ 2	17	16,3
Etat matrimonial du patient	Célibataire	19	18,3
	Marié(e)	67	64,4
	Divorcé(e)	4	3,8
	Veuf(ve)	14	13,5

$(Age)\ Shapiro - Wilk\ (p) = 0{,}044 \quad Média = 52\ IQR = 67 - 35\ Min = 19\ ans \quad = 98\ ans$

Tableau II : Répartition des patients selon les paramètres cliniques et biologiques

Variables	Modalités	N=104	%
Delai de diagnostic	≤ 3h d'admission	64	61,5
	> 3h d'admission	40	38,5
Foyer infectieux	Cutanée	27	26,0
	Digestive	12	11,5
	Génitale	3	2,9
	ORL	2	1,9
	Pulmonaire	32	30,8
	Urinaire	28	26,9
Types d'infection	Communautaire	75	72,1
	Associée aux soins	29	27,9
Culture microbiologique faite	Hémoculture	33	31,7
	ECBU	22	21,2
	Coproculture	7	6,7
	Autres cultures*	15	14,4
	Culture non faite	27	26,0
Résultats des cultures	BGN	20	19,2
	CGN	2	1,9
	CGP	1	1,0
	Champignon	4	3,8
	Pas de pousse	50	48,1
	Culture non faite	27	26,0
Germes isoles	Candida albicans	4	3,8
	E. Coli	6	5,8
	Klebsiella	4	3,8
	Proteus	3	2,9
	Pseudomonas	7	6,7
	Staphylocoque aureus	3	2,9
	Culture non faite ou pas de pousse	77	74,0
Taux de lactates dans le sang	Inf a 4 $mmol/l$	47	45,2
	Sup ou égal 4$mmol/l$	57	54,8
Quick SOFA	Inf 2	0	0
	Sup ou égale 2	104	100
Score SOFA	< 8		
	≥8		

$Shapiro - Wilk\ (p) < 0{,}0001 \quad Médiane = 7\ IQR = 9 - 6\ Min = 3\ \ Max = \ 14$

** pyoculture, crachat, LCR, écouvillon, sperme, secrétions vaginales, BGN : Bacille Gram Negatif, CGP : Cocci Gram positif, CGN : Cocci Gam Négatif, ECBU : Examen cytobacteriologique des urines*

La plupart des patients sont âgés de 18 à 65 ans (71,2 %), avec un âge médian de 52 ans (intervalle interquartile de 67-35) et des extrêmes allant de 19 à 98 ans. Le test de Shapiro-Wilk était significatif (p = 0,044), indiquant une distribution non normale de l'âge. Les hommes sont prédominants (55,8 %) avec un sexe-ratio de 1,3. Les

patients provenaient principalement des zones de santé de Goma (50,0 %). La majorité des patients présentent de comorbidités (66,3 %) avec la majorité soit 83,7% de patients ayant moins de 2 comorbidités associées. 64,4% de patients sont mariées. (Tableau I)

Les paramètres cliniques et biologiques

Le diagnostic a été posé dans les trois premières heures suivant l'admission chez 61,5 % des patients. Les foyers infectieux les plus fréquents étaient pulmonaires (30,8 %) et les infections étaient majoritairement communautaires (72,1 %). Une culture microbiologique n'a pas été réalisée chez 26,0 % des patients, et lorsqu'elle l'était, l'hémoculture était la plus fréquente avec 31,7 %. L'absence de pousse bactérienne était observée dans 48,1 % des cas. Les bacilles Gram négatif représentaient la principale catégorie isolée avec 19,2 %. Sur le plan biologique et clinique, plus de la moitié des patients présentaient une hyperlactatémie ≥ 4 mmol/L (54,8%), tous les patients avaient score qSOFA ≥ 2 (100 %) à l'admission et près de la moitié soit 47,1% un score SOFA ≥ 8 (Tableau II)

Prise en charge

La monoantibiothérapie était légèrement plus fréquente avec 54,8 %. Une antibiothérapie a été initiée dans les deux premières heures chez 60,6 % des patients, et la majorité a reçu un remplissage vasculaire dans les 1 à 3 heures suivant l'admission (84,6 %). Le recours aux vasopresseurs concernait 41,3 % des patients, tandis que 29,8 % ont nécessité une ventilation mécanique (Tableau III)

Tableau III : Répartition des patients selon la prise en charge

Variables	Modalités	N=140	%
Antibiothérapie	Monoantibiothérapie	57	54,8
	Polyantibiothérapie	47	45,2
Délai de début antibiotique	< 2h de l'admission	63	60,6
	≥ 2h de l'admission	41	39,4
Délai de début de fluides	1-3h de l'admission	88	84,6
	>3 h de l'admission	16	15,4
Mise sous vasopresseur	Oui	43	41,3
	Non	61	58,7
Ventilation mécanique	Oui	31	29,8
	Non	73	70,2

Issue hospitalière et la durée de séjour

La durée de séjour en soins intensifs était inférieure à 7 jours chez 59,6 % des patients, avec une médiane de 5,5 jours (IQR : 7-4) et des extrêmes allant de 2 à 14 jours. Le test de Shapiro–Wilk était significatif (p < 0,001), indiquant une distribution non normale de la durée de séjour. La mortalité hospitalière s'élevait à 30,8 %.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'issue hospitalière et la durée de séjour

Variables	Modalités	N=140	%
Séjour aux soins intensifs	< 7 jours	62	59,6
	≥ 7 jours	42	40,4
Issue	Vivant	72	69,2
	Décès	32	30,8

Séjour aux soins intensifs ($Shapiro-Wilk\ (p)$< 0,001 $Médiane = 5{,}5\ IQR = 7-4$ $Min = 2\ jours$ $Max = 14\ jours$

Facteurs indépendamment associés à la mortalité

Après ajustement par régression logistique binaire, la présence d'au moins deux comorbidités est fortement associée à la mortalité (aOR = 57,09 ; IC95 % : 5,2–621,01 ; p = 0,001). Un score SOFA ≥ 8 augmente significativement le risque de décès (aOR = 6,3 ; IC95% : 1,2-32,6 ; p = 0,028). Le délai de début des antibiotiques inférieur à 2 heures est également associé à la mortalité (aOR = 5,8 ; IC95% : 0,97-35,7 ; p = 0,044). La ventilation mécanique apparait comme le facteur le plus fortement associé à la mortalité (aOR = 41,6 ; IC95% : 6,8- 250 ; p < 0,0001). En revanche, un taux de lactates < 4 $mmol/L$ (aOR = 0,44 ; IC95% : 0,08-2,3 ; p = 0,336) et un délai de début des fluides entre 1 et 3 heures (aOR = 8,19 ;IC95% : 0,96-71,4 ; p = 0,050) ne sont pas significativement associé à la mortalité. (Tableau V)

Tableau V : Régression logistique multivariée, facteurs indépendamment associés à la mortalité

Facteurs associés à la mortalité	Ddl	p	aOR	IC (95%)
Nombre de comorbidité (≥2)	1	0,001	57,09	5,2-621,01
Score sofa (≥8)	1	0,028	6,3	1,2- 32,6
Taux de lactates dans le sang (< 4$mmol/l$)	1	0,336	0,44	0,08-2,3
Délai de début de fluides (1-3heures)	1	0,050	8,19	0,96-71,4
Délai de début antibiotique (<2heures)	1	0,044	5,8	0,97- 35,7
Ventilation mécanique(oui)	1	<0,0001	41,6	6,8- 250

Après ajustement par régression logistique binaire, la présence d'au moins deux comorbidités est fortement associée à la mortalité (aOR = 57,09 ; IC95 % : 5,2–621,01 ; p = 0,001). Un score SOFA ≥ 8 augmente significativement le risque de décès (aOR = 6,3 ; IC95% : 1,2-32,6 ; p = 0,028). Le délai de début des antibiotiques inférieur à 2 heures est également associé à la mortalité (aOR = 5,8 ; IC95% : 0,97-35,7 ; p = 0,044). La ventilation mécanique apparait comme

le facteur le plus fortement associé à la mortalité (aOR = 41,6 ; IC95% : 6,8- 250 ; p < 0,0001). En revanche, un taux de lactates < 4 $mmol/L$ (aOR = 0,44 ; IC95% : 0,08-2,3 ; p = 0,336) et un délai de début des fluides entre 1 et 3 heures (aOR = 8,19 ;IC95% : 0,96-71,4 ; p = 0,050) ne sont pas significativement associé à la mortalité.

Discussion

Notre étude révèle un taux de mortalité hospitalière de 31 % chez les patients adultes avec sepsis en soins intensifs. Ce taux est légèrement bas à celui trouvé à Kinshasa (40%) par Diyoyo et al, à Addis-Abeba (41,8%) par Mulatu et al, à Brazaville (57,1%) par Niengo Outsouta et al, au Rwanda (51%) par Dennis et al [4,6–8] et comparable à celui trouvé en Tanzanie par Bonnewell qui a rapporté une mortalité de 29,3%, tandis qu'à Blantyre au Malawi, Lewis et al rapportaient une mortalité de 23,7% [9,10]. Ce taux de mortalité dans notre étude reste bien élevé et aussi comparable que ceux enregistrés en Europe, en Australie et en Amérique du Nord, où la mortalité du sepsis varie entre 20 et 30% et celle du choc septique autour de 33,7% à 30 jours[11]. Nos résultats identifient plusieurs facteurs indépendamment associés au décès. D'abord, la présence de deux comorbidités ou plus augmente le risque de décès (aOR=57 ; p=0,001).

Ces données rejoignent la littérature qui montre une surmortalité avec la charge comorbide (Charlson élevé, états de multimorbidité) et souligne que, dans plus de la moitié des décès, le sepsis et comorbidités se potentialisent [12]. Ce résultat est conforme au concept général de multimorbidité, où l'association de plusieurs maladies chroniques aggrave les issues cliniques. Comme le note Zador et al, souffrir de plusieurs affections chroniques est largement lié à une mortalité accrue[13].

Les marqueurs de la gravité aigue se sont révélés cruciaux. Un score SOFA ≥ 8 augmentait significativement le risque de mortalité (aOR=6,3 ; p=0,028).

Un SOFA élevé reflète une défaillance multiviscérale sévère, et plusieurs études indiquent qu'un seuil de 8–10 marque un point d'inflexion où la mortalité augmente significativement[14].

En pratique ceci implique l'intégration du score SOFA dans l'évaluation de patients pour guider la réanimation et l'escalade thérapeutique en unité de soins intensifs. Dans la stratégie de prise en charge thérapeutique, le délai de l'antibiothérapie ≥2heures (aOR=5,8 ; p=0,044) ainsi que la ventilation mécanique (aOR = 41,6 ; p < 0,0001) augmentaient significativement le risque de décès.

Cependant la ventilation mécanique serait aussi un marqueur de la gravité dans le sepsis, indiquée en cas de défaillance respiratoire. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations Surviving Sepsis Campaign 2021 : qui préconisent un antimicrobien ≤1 h en cas de choc ou forte probabilité d'infection et ≤3 h si sepsis sans choc après évaluation rapide ; de même, un remplissage initial précoce (≈30 mL/kg) est associé à de meilleurs résultats [15]. Plusieurs travaux confirment la dégradation du pronostic vital à chaque heure de retard de prise en charge chez les patients les plus graves[16,17]. De grandes cohortes confirment une mortalité supérieure chez les patients septiques ventilés par rapport à ceux non ventilés, ce qui reflète avant tout le fait que ces interventions sont posées chez les patients les plus gravement atteints. [18,19].

Des implications pratiques dans ce contexte pourraient s'intéresser à sécuriser une chaîne temporelle (alerte-triage-prélèvements-ATB-fluides). Notre étude a le mérite de fournir des données récentes locales sur le sepsis dans une unité de soins intensifs de l'Hôpital tertiaire HEAL AFRICA, contribuant ainsi à combler le déficit de données en Afrique subsaharienne. En revanche, elle a des limites, notamment le caractère mono centrique et rétrospectif, la taille réduite de l'échantillon, l'insuffisance des examens microbiologiques, l'exclusion précoce de cas de décès (2heures de l'admission), l'absence des résultats sur le profil de sensibilité aux antibiotique et le faible rendement des cultures limitant ainsi l'évaluation de l'impact direct des bactéries et de la multirésistance de bactéries aux antibiotiques sur la mortalité, un axe aussi important dans la stratégie pour améliorer le pronostic.

Conclusion

Cette étude rétrospective, faite aux soins intensifs polyvalents de l'hôpital HEAL AFRICA à Goma sur une période de 12 mois (du 1er avril 2024 au 31 mars 2025), visait à rechercher les facteurs associés à la mortalité du sepsis chez l'adulte.

Dans cette étude, nous avons relevé 4 facteurs majeurs qui demeurent associés à la mortalité après une régression logistique, notamment la ventilation mécanique, la multi morbidité (≥ 2), la sévérité initiale (SOFA ≥ 8) et le retard d'antibiothérapie (≥ 2 h). Un taux de mortalité légèrement bas par rapport à celui signalé par d'autres études subsahariennes a été retrouvé dans cette étude réalisé à HEAL AFRICA, toute fois les études occidentales démontrent que la mortalité du sepsis chez l'adulte en milieu hospitalier africain reste très élevée. Face à ce défi, nous recommandons de prescrire et administrer les antibiotiques dans l'heure suivant la reconnaissance du sepsis.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:801–10. https://doi.org/10.1001/JAMA.2016.0287.
2. Global report on the epidemiology and burden of sepsis : current evidence, identifying gaps and future directions. World Health Organization; 2020.
3. Kwizera A, Urayeneza O, Mujyarugamba P, Baelani I, Meier J, Mer M, et al. Epidemiology and Outcome of Sepsis in Adults and Children in a Rural, Sub-Sahara African Setting. Crit Care Explor 2021;3:E0592. https://doi.org/10.1097/CCE.
4. Mulatu HA, Bayisa T, Worku Y, Lazarus JJ, Woldeyes E, Bacha D, et al. Prevalence and outcome of sepsis and septic shock in intensive care units in Addis Ababa, Ethiopia: A prospective observational study. African Journal of Emergency Medicine 2021;11:188–95. https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.10.001.
5. Keeley AJ, Nsutebu E. Improving sepsis care in Africa: an opportunity for change? Pan Afr Med J 2021;40.
6. Diyoyo L, Mbombo W, Manzombi J, Bamenga T, Kilembe A. Prise en charge du choc septique en réanimation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa - Annales africaines de médecine 2016:487–94. https://anafrimed.net/prise-charge-choc-septique-reanimation-aux-cliniques-universitaires-de-kinshasa/ (accessed January 17, 2026).
7. Niengo Outsouta G, Monkessa CMME, Elombila M, Gallou Leyono-Mawandza PD, Ontsira Ngoyi EN, Tsouassa Wa Ngono GB, et al. Sepsis et choc septique en réanimation à Brazzaville (Congo). Health Sci Dis 2023:101–8.
8. Hopkinson DA, Mvukiyehe JP, Jayaraman SP, Syed AA, Dworkin MS, Mucyo W, et al. Sepsis in two hospitals in Rwanda: A retrospective cohort study of presentation, management, outcomes, and predictors of mortality. PLoS One 2021;16:e0251321. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251321.
9. John Bonnewell by P, Rubach MP, Egger JR, Crump JA, Thielman NM, Park LP. Sepsis in sub-Saharan Africa: a prospective observational study of clinical characteristics, management, and outcomes for adolescents and adults with sepsis in northern Tanzania 2020.
10. Lewis JM, Abouyannis M, Katha G, Nyirenda M, Chatsika G, Feasey NA, et al. Population Incidence and Mortality of Sepsis in an Urban African Setting, 2013-2016. Clin Infect Dis 2020;71:2547–52. https://doi.org/10.1093/CID/CIZ1119.
11. Bauer M, Gerlach H, Vogelmann T, Preissing F, Stiefel J, Adam D. Mortality in sepsis and septic shock in Europe, North America and Australia between 2009 and 2019- results from a systematic review and meta-analysis. Crit Care 2020;24. https://doi.org/10.1186/S13054-020-02950-2.
12. Thomas-Rüddel DO, Fröhlich H, Schwarzkopf D, Bloos F, Riessen R. Sepsis and underlying comorbidities in intensive care unit patients : Analysis of the cause of death by different clinicians-a pilot study. Med Klin Intensivmed Notfmed 2024;119:123–8. https://doi.org/10.1007/S00063-023-01037-4.
13. Zador Z, Landry A, Cusimano MD, Geifman N. Multimorbidity states associated with higher mortality rates in organ dysfunction and sepsis: a data-driven analysis in critical care. Crit Care 2019;23:247. https://doi.org/10.1186/S13054-019-2486-6.
14. Shariq T, Rahman AS, Jamal Q, Siddiqui M, Khan U, Taufiq F. The SOFA score as a mortality predictor in ICU patients: insights from a tertiary care hospital in Pakistan. BMC Res Notes 2025;19:12. https://doi.org/10.1186/S13104-025-07596-3.
15. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med 2021;47:1181–247. https://doi.org/10.1007/S00134-021-06506-Y.
16. Prescott HC, Angus DC. Enhancing Recovery From Sepsis: A Review. JAMA 2018;319:62–75. https://doi.org/10.1001/JAMA.2017.17687.
17. Im Y, Kang D, Ko RE, Lee YJ, Lim SY, Park S, et al. Time-to-antibiotics and clinical outcomes in patients with sepsis and septic shock: a prospective nationwide multicenter cohort study. Crit Care 2022;26. https://doi.org/10.1186/S13054-021-03883-0.
18. Liu N, Ren J, Yu L, Xie J. Mechanical ventilation associated with worse survival in septic patients: a retrospective analysis of MIMIC-III. Journal of Emergency and Critical Care Medicine 2020;4. https://doi.org/10.21037/jeccm.2020.01.01.
19. Dhital R, Basnet S, Poudel DR. Predictors and outcome of invasive mechanical ventilation in hospitalized patients with sepsis: data from National Inpatient Sample. J Community Hosp Intern Med Perspect 2018;8:49–52. https://doi.org/10.1080/20009666.2018.1450592