

Article Original

Mortalité Hospitalière en Urologie dans un Hôpital Universitaire de Libreville (Gabon) : Causes et Facteurs Associés – Une Étude Rétrospective sur 6 Ans

In-Hospital Mortality of Urologic Patients in a University Hospital of Libreville, Gabon: Causes and Associated Factors – A 6-Year Retrospective Study

Mbethe D, Ndong Ngou Milama S, Nzalimbaninou Mboula PN, Allogho Mbouye G, Nguyen Akendengue L, Bissiriou Izoudine, Adande Menest E, Mougougou A

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18651217>

RÉSUMÉ

Affiliations

Service d'urologie du centre hospitalier universitaire de Libreville

Auteur correspondant

Mbethe Dimitri

E-mail : dimitri.mbethe@yahoo.fr

Mots clés : urologie, mortalité, cancers urologiques, infections de l'appareil urinaire

Key words: urology, mortality, urological cancers, urinary tract infections

Article history

Submitted: 15 December 2026

Revisions requested: 4 February 2026

Accepted: 22 February 2026

Published: 25 February 2026

Introduction. Les études de mortalité spécifiques aux services d'urologie sont rares en Afrique centrale. Cette lacune limite l'identification des priorités d'intervention. Cette étude visait à analyser les causes de décès et les caractéristiques des patients décédés dans le service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL) au Gabon. **Méthodes.** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive monocentrique incluant tous les patients hospitalisés au service d'urologie du CHUL de janvier 2020 à décembre 2025, par les urgences ou la consultation externe, et décédés durant leur séjour. Les données démographiques, cliniques, thérapeutiques et les causes de décès ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées. **Résultats.** Sur 1 265 patients hospitalisés, 56 décès ont été enregistrés, soit un taux de mortalité de 4,4 %. L'âge moyen était de $55,4 \pm 12$ ans, avec une nette prédominance masculine (87,5 %, sex-ratio 7/1). Les comorbidités principales étaient l'hypertension artérielle (41,1 %) et le diabète (associé à l'HTA dans la même proportion). Les pathologies cancéreuses représentaient 69,6 % des causes de décès, dominées par l'adénocarcinome prostatique (50,0 % des décès), suivies des tumeurs vésicales (12,5 %). Les pathologies infectieuses (gangrène de Fournier, prostatites) comptaient pour 14,3 %, et les pathologies urologiques non infectieuses (hypertrophie bénigne, lithiase) pour 12,5 %. Plus de la moitié des patients (58,9 %) étaient admis dans un tableau d'altération sévère de l'état général. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours (extrêmes 2 jours – 5 mois). Seuls 10,7 % des patients avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale d'urgence avant leur décès. **Conclusion.** Le cancer de la prostate est la première cause de mortalité hospitalière en urologie à Libreville, responsable de la moitié des décès. Le diagnostic tardif, souvent à un stade avancé avec altération de l'état général, est le principal déterminant de cette mortalité. Un programme national de sensibilisation et de dépistage précoce des maladies urologiques, en particulier du cancer prostatique, est une priorité de santé publique au Gabon.

ABSTRACT

Introduction. Studies on urology-specific mortality are scarce in Central Africa, hindering the identification of priority interventions. This study aimed to analyze the causes of death and characteristics of patients who died in the urology department of Libreville University Hospital (CHUL) in Gabon. **Methods.** We conducted a single-center retrospective descriptive study including all patients hospitalized in the urology department of CHUL from January 2020 to December 2025, admitted through emergencies or outpatient clinics, who died during their stay. Demographic, clinical, therapeutic data, and causes of death were collected from medical records and analyzed. **Results.** Among 1,265 hospitalized patients, 56 deaths were recorded, a mortality rate of 4.4%. Mean age was 55.4 ± 12 years, with a marked male predominance (87.5%, sex ratio 7:1). Main comorbidities were hypertension (41.1%) and diabetes (combined with hypertension in the same proportion). Cancers accounted for 69.6% of deaths, dominated by prostate adenocarcinoma (50.0% of all deaths), followed by bladder tumors (12.5%). Infectious pathologies (Fournier's gangrene, prostatitis) represented 14.3%, and non-infectious urologic conditions (benign prostatic hyperplasia, lithiasis) 12.5%. Over half of patients (58.9%) were admitted with severe deterioration of general condition. Mean hospital stay was 10 days (range 2 days – 5 months). Only 10.7% of patients underwent emergency surgery before death. **Conclusion.** Prostate cancer is the leading cause of in-hospital urologic mortality in Libreville, responsible for half of deaths. Late diagnosis, often at an advanced stage with altered general condition, is the main determinant of this mortality. A national awareness and early screening program for urologic diseases, particularly prostate cancer, is a public health priority in Gabon.

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est déjà connu sur le sujet. La mortalité hospitalière en urologie est principalement liée aux cancers urologiques, aux infections sévères et aux complications postopératoires. En Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques spécifiques manquent, en particulier au Gabon.

L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude a analysé rétrospectivement sur six ans les causes de décès et les caractéristiques des 56 patients décédés dans le service d'urologie du CHU de Libreville, principal centre de référence du Gabon.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Le taux de mortalité urologique est de 4,4 %. Les cancers représentent près de 70 % des décès, avec l'adénocarcinome prostatique en tête (50 % de tous les décès). Les patients décèdent jeunes (âge moyen 55 ans), souvent avec des comorbidités (HTA/diabète dans 41 % des cas) et dans un tableau d'altération sévère de l'état général (59 %). Seul un patient sur dix avait bénéficié d'une chirurgie d'urgence.

Implications pour la pratique, les politiques ou la recherche future. Le dépistage précoce du cancer de la prostate par dosage du PSA et toucher rectal chez les hommes à risque (dès 45 ans) doit être systématisé et gratuit. La création d'un registre national des cancers urologiques est indispensable. L'éducation sanitaire sur les signes d'appel des pathologies urologiques doit être renforcée auprès des populations et des médecins de premier recours.

INTRODUCTION

Les études de mortalité en milieu hospitalier sont très souvent générales, comparant souvent simplement les taux par service [1]. Celles spécifiquement portées les services de chirurgie urologiques sont rares. Les publications à ce sujet qui existent, se focalisent généralement sur une pathologie donnée [2,3,4]. C'est pourquoi il nous a semblé important d'aborder de manière plus générale cette question. Notre travail avait donc pour but d'étudier les causes de décès au service d'urologie du CHU de Libreville, d'en identifier les facteurs favorisants, dans le but de baisser le taux de mortalité au cours d'hospitalisation.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective colligeant tous les décès sur une période allant de janvier 2020 à décembre 2025, au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). Les données ont été obtenues à l'aide des dossiers médicaux des patients admis et décédés au service durant la dite période. Nous avons réparti les dossiers selon les critères suivant: ont été inclus, tous les patients hospitalisés au service d'urologie pendant la période d'étude et qui y sont décédés indépendamment du genre, de l'âge; tous patients ayant un dossier médical complet. Les patients dont les dossiers n'étaient pas complets ont été exclus.

Nous avons étudié les paramètres suivants : l'âge, le sexe, les comorbidités, le diagnostic à l'admission, le tableau clinique à l'admission et le traitement administré la durée d'hospitalisation et la cause de décès. Les données ont été

recueillies grâce à une fiche de recueil standardisées, saisies et analysées avec le logiciel Excel 2010.

RÉSULTATS

Pendant notre période d'étude 1265 patients ont été hospitalisés ; dont 56 décès, soit un taux de mortalité de 4,4%. Nous avons retrouvé 49 hommes et 7 femmes, soit un sex-ratio de 7. L'âge moyen des patients décédés était de 55,4 (± 12 ans). Il y avait 41,07% de patients qui présentaient un antécédent d'hypertension artérielle (HTA) ou de diabète (tableaux I).

Tableau I. Antécédents médicaux des patients décédés

Antécédents (ATCD)	N	%
Aucun	26	46,4
HTA / Diabète	23	41,07
Insuffisance rénale	04	7,14
Leucémie	01	1,8
VIH	01	1,8

On a 69,6% des patients qui présentaient une néoplasie, dont 28 cas d'adénocarcinome de la prostate, 07 tumeurs de vessie, 01 tumeur rénale et 02 cancers du col de l'utérus (dont la prise en charge dans notre service a été la montée de sonde JJ ou la pose de néphrostomies uni- et ou bilatérale), soit respectivement 50%, 12,5%, 1,8% et 3,6% Les pathologies infectieuses représentaient 14,3%, et comprenaient des pathologies de type gangrène de Fournier, prostatite, infection urinaire (Tableau II). Les pathologies non infectieuses représentaient 12,5%, et comprenaient l'hypertrophie bénigne, la lithiase urinaire.

Tableau II. Répartition selon les types de pathologie

Pathologies	N	%
Pathologies cancéreuses	39	69,6
Pathologies infectieuses	8	14,3
Pathologies non infectieuses urologiques	7	12,5
Pathologies non urologiques	2	3,6

Tableau III. Interventions chirurgicales réalisées

Traitement chirurgical	N	%
Adénomectomie prostatique+cystolithotomie	1	1,8
Montée de sonde JJ	2	3,6
Nécrosectomie scrotale	3	5,3
Néphrostomies	1	1,8

Lors de l'hospitalisation, 58,9% de nos patients ont été admis dans un tableau d'altération de l'état général, d'altération de l'état de conscience, de syndrome anémique clinique, de syndrome infectieux clinique et de déshydratation globale modérée. 17,9% présentaient un tableau de syndrome douloureux généralisé; 19,6% étaient en hématurie macroscopique à l'admission.

Seuls 10,7% présentaient une urgence chirurgicale (gangrène de Fournier, insuffisance rénale obstructive), ayant donc justifier un geste chirurgical en urgence (montée de sonde JJ, néphrostomie, nécrosectomie) ; un décès après adénomectomie prostatique programmée (1,8%) a été enregistré (Tableau III).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec des extrêmes de 2 jours et 5 mois.

DISCUSSION

La mortalité hospitalière dans notre étude était de 4,4%. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Dekou et al (10,1%) [5]. Il est relativement comparable à celui de Sine et al [6] au Sénégal qui était de 2,9%. Cette différence de mortalité dans le milieu hospitalier en urologie dans les pays de l'ouest pourrait s'expliquer par la densité de la population Sénégalaise et par les situations politiques et militaires auxquelles la Côte d'Ivoire a fait face pendant la période de réalisation du travail soumis (2000-2007), car selon les auteurs, la crise sociopolitique avait désorganisé le système sanitaire des grandes villes. D'autre part, ce résultat comparé à celui de Takongmo et al au Cameroun [7] qui a fait le même travail dans un service de chirurgie générale, montre un taux de mortalité similaire à 3,14%.

L'âge moyen de nos patients était de 55,4 ans, largement inférieur à celui retrouvé par Dekou et al [5] en Côte d'Ivoire, Sine et al [6] au Sénégal qui étaient respectivement de 63,4 ans et 63,6 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le cancer de la prostate constituant la cause principale de décès dans notre série, son âge moyen de survenue est de 56,3 ans [6]. Nous avons retrouvé 49 hommes et 7 femmes, soit un sex-ratio de 7. Cette nette prédominance masculine est retrouvée dans la littérature [8] s'expliquant par la prédominance de la pathologie prostatique.

On retrouvait des facteurs de comorbidité tels que l'HTA et le diabète chez 41,07% des patients et une insuffisance rénale chez 7,14%. Ondongo Atipo au Congo [9] trouve des chiffres similaires, de l'ordre de 42%, avec une prédominance de l'HTA, du diabète et de l'insuffisance cardiaque.

Dans notre série, le taux de mortalité élevé est d'origine néoplasique (69,6%), avec clairement une prédominance de l'adénocarcinome de la prostate (28 cas). Cewa et al [10] au Togo trouve 84%; soulignant encore d'avantage l'importance des campagnes de sensibilisation et de dépistage sur le cancer de la prostate [8 ; 11].

Dans les pathologies non infectieuses, l'hypertrophie bénigne de la prostate était retrouvée majoritairement chez 8,9% des patients. La gangrène de Fournier et les infections urinaires (haute et basse) étaient retrouvées à part égale (8,9%) et représentaient les pathologies infectieuses les plus fréquentes. Sine [6] a quant à lui, retrouvé approximativement les mêmes chiffres avec 11,3% de causes infectieuses notamment la gangrène de Fournier.

Nous avons retrouvé des décès liés à des pathologies non urologiques notamment sur une leucémie et un Sars-Cov 2, chez des patients connus du service d'urologie mais n'ayant pas à ce moment une pathologie en rapport avec leur antécédent urologique, admis au service par défaut de lit disponible aux services correspondant à leurs affections.

La majorité des patients étaient en altération de l'état général sévère lors de leur admission (58,9%). Cela explique la cause de décès qu'était souvent l'arrêt cardio-

respiratoire. Cette altération corrélée à un fort taux de décès est aussi trouvé par Ondongo [9] à Brazzaville au service d'urologie, mais aussi le résultat au Congo RDC par Paluku Mwalitsa JP [12] dans une étude similaire dans un service de médecine interne.

Les décès survenus en post-opératoire d'une intervention chirurgicale ne représentaient que 12,5% des cas. Ce faible taux de décès après traitement chirurgical en urologie est également retrouvé par Takongmo [7] qui rapporte 3,3% seulement de décès. Ce taux est supérieur comparativement au taux de décès après chirurgie abdominale trouvé par Bwelle Motto et al au Cameroun [13]. Sur 7 patients, la nécrosectomie pour gangrène de Fournier, suivie de la montée de JJ, étaient les gestes chirurgicaux les plus retrouvés. Offobo et al [14] trouve une mortalité de 4,8% chez des patients admis pour gangrène de Fournier, comme facteur de comorbidité le diabète chez tous les sujets décédés. Concernant cette pathologie, la littérature rapporte un taux de mortalité d'environ 16% [15, 16].

La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,4 jours (1-150 jours), durée assimilable à celle retrouvée par Sine [6] qui était de 12,3 jours. Drabo et al [17] à Ouagadougou dans une étude similaire dans un service médecine interne trouve également une durée moyenne d'hospitalisation de 10 jours.

CONCLUSION

Cette étude révèle que le cancer de la prostate est, de loin, la première cause de mortalité hospitalière en urologie à Libreville, représentant à lui seul la moitié des décès. Ce constat est d'autant plus préoccupant que l'âge moyen des patients décédés est de seulement 55 ans, soit une décennie plus jeune que dans les séries occidentales. Ce décalage reflète un diagnostic trop tardif, confirmé par la fréquence des syndromes d'altération de l'état général à l'admission (59 %).

Les comorbidités associées – hypertension artérielle et diabète, présentes chez deux patients sur cinq – aggravent le pronostic vital et compliquent la prise en charge. La faible proportion de gestes chirurgicaux d'urgence (11 %) suggère que la majorité des patients arrivent à un stade où toute thérapie curative est illusoire.

En pratique, ces résultats imposent un changement de paradigme. Le dépistage du cancer de la prostate doit devenir systématique chez tout homme de 45 ans et plus consultant en médecine générale. La sensibilisation des populations aux signes précoces (troubles urinaires, douleurs) doit être intensifiée via les médias et les campagnes de santé communautaire. À l'échelle nationale, la création d'un registre du cancer et la formation continue des urologues aux techniques de diagnostic précoce sont des mesures urgentes pour inverser cette tendance mortelle.

Limite de l'étude

La principale limite de ce travail tient à sa nature rétrospective, qui expose au risque de données manquantes dans les dossiers médicaux, notamment concernant les causes immédiates de décès (choc septique, embolie pulmonaire, etc.) qui ne sont pas toujours précisées. Le caractère monocentrique de l'étude, bien que

réalisé dans le plus grand CHU du pays, peut concentrer les cas les plus désespérés, créant ainsi un biais de recrutement qui ne reflète pas nécessairement la mortalité urologique globale au Gabon. Enfin, l'absence de comparaison avec les patients ayant survécu limite l'identification formelle de facteurs de risque de mortalité statistiquement significatifs.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont approuvé la correction finale. Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit.

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement les structures les ayant permis de réaliser l'étude et tous les patients.

Conflit d'Intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cette étude.

Financement

Aucun financement n'a été reçu pour cette étude.

Éthique

La recherche a été menée conformément à la réglementation en vigueur concernant les principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki. Les auteurs déclarent que les travaux décrits n'ont impliqué aucune expérimentation sur des humains ou des animaux. Les auteurs déclarent que ce rapport ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les patients.

REFERENCES

- Benbekhti S, Saïm H, Chabni H et al. La mortalité hospitalière au centre hospitalier universitaire de Tlemcen, Algérie, 2013–2014.
- Rebillard X, Grosclaude P, Leonec N et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer urologique en France en 2012. *Progrès en Urologie*. 2013; 2 :57-66.
- Kratzer TB, Mazzitelli N, Start J et al. Prostate cancer statistic, 2025. *CA cancer J clin*. 2025;75(6):485-497
- Schafer E J, Laversanne M, Sung H et al. Recent patterns and trends in global prostate cancer incidence and mortality: An update. *Eur Urol*. 2025, 87(3):302-313.
- Dekou A, Ouegnin GA, Konan PG et al. Contribution à l'étude de la mortalité dans un service d'Urologie: Le cas du service d'urologie du CHU de Cocody d'Abidjan de 2000 à 2006. *African Journal of Urology*. 2009;15(1): 44-52.
- Sine B, Fally, Sow et al. La mortalité spécifique en urologie dans un hôpital de référence au Sénégal: analyse d'une série de 132 décès. *Afric j of Urol*, 2016. 22(4): 329-332.
- Takongmo S, Angwafo F, Binam F et al. Mortalite hospitaliere en milieu chirurgical: necessite de l'audit medical. *Médecine d'Afrique Noire* : 1993, 40 (12): 729-733.
- Mbethe D, Mougougou A, NdangNgou Milama S et al. ncidence du Cancer de la Prostate au Gabon: Cas de Novembre Bleu 2020. *Health research in Africa*. 2024; 2(6): 38-42.
- Ondongo Atipo AM, Ondziel Opara AS, Odzébé AWS et al. Causes de décès dans le service d'urologie du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville : Une étude de 343 patients. *Health sciences and deseases*. 2019, 20 (1): 55-59.
- Sewa E.V , Tengue K, Kpatcha M.T et al. Mortalité par cancer dans le service d'urologie du centre hospitalier et universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, Togo. *Medecine et Sante Tropicales*. 2017 ; 27 : 443-445.
- Ntama A, Owon'Abessolo P, Sango AJF et al. Épidémiologie et Diagnostic du Cancer de la Prostate dans la Ville de Douala (Cameroun). *Health sciences and deseases*. 2023; 24 (7): 33-38.
- Paluku Mwalitsa JP. Mortalité intra-hospitalière dans le service de médecine interne à l'Est de la République démocratique du Congo : cas spécifique des cliniques universitaires du Graben/Butemb. *Revue interdisciplinaire du Graben* 2023; 55-62
- Bwelle Motto GR, Chopkeng Ngoumfe JC, Bang GA. Profil clinique et opératoire des patients décédés après chirurgie abdominale non traumatique à l'hôpital central de Yaoundé. *Health sciences and deseases*. 2022; 22 (5) :104-108
- . Ngakani Offobo S, Edou Allo'o A, Ipouka Doussiemou S et al. La gangrène de Fournier à Franceville : Particularités épidémiocliniques, traitement et évolution. *Health sciences and deseases*. 2025, 26(10): 30-35.
- Eke N: Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg*. 2000, 87: 718-728. 10.1046/j.1365-2168.2000.01497.x
- Kacem A, Ouanes Y, Chaker K et al. Gangrène de Fournier : profil épidémiologique, aspect clinique et prise en charge thérapeutique. *Infectious deseases now*. 2021, 51(5): S106.
- Drabo YJ, Some ML, Kabore J et al. Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du centre hospitalier national de ouagadougou sur 4 ans. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (12): 655-659.