

┌

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PNEUMOPATHIES AIGUËS BACTERIENNES DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL SANOU SOURO DE BOBO-DIOULASSO

A.Z ZOUBGA*, M. OUEDRAOGO**, K. BONCOUNGOU**, C. KI**, S.M. OUEDRAOGO***, G. OUEDRAOGO**,
M. BAMBARA», E. BIRBA**, G.R.C. MILLOGO**, L. SOME**, Y.J. DRABO***

RESUME

Dans le but d'évaluer les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des pneumopathies aiguës bactériennes dans le service de pneumologie du centre Hospitalier National Souro de Bobo-Dioulasso, une étude transversale du 1er février 1997 au 31 janvier 1998 a été réalisée sur 106 patients souffrant de pneumopathies aiguës non tuberculeuses et, âgés d'au moins 15 ans.

Les pneumopathies aiguës bactériennes ont représenté 20,8 % de l'ensemble des admissions avec une prédominance dans la population ayant un niveau socio-économique défavorisé, fragilisée aussi en plus par l'alcool et le tabac.

Les hommes ont été plus touchés que les femmes avec un sex-ratio de 1,8. Il n'y a pas eu de prévalence particulièrement élevée chez les sujets à sérologie VIH positive par rapport aux sujets à sérologie VIH négative. Les aspects cliniques et thérapeutiques ne différaient pas en fonction de la sérologie VIH des patients.

Les signes cliniques et radiologiques ont prédominé plus sur le poumon droit que sur le poumon gauche, dans 83 % des cas.

85 % des pneumopathies aiguës ont évolué favorablement sous bêta-lactamine.

Cependant, il serait souhaitable de mettre en place des réseaux sentinelles pour la surveillance locale régulière de l'écosystème bactérien afin de détecter à temps des modifications à même de compromettre les protocoles thérapeutiques.

Mots-clés : Pneumopathies aiguës bactériennes, épidémiologie, clinique, traitement.

INTRODUCTION

Les pneumopathies bactériennes non tuberculeuses constituent 50 % des pneumopathies infectieuses et sont la première cause de décès par maladies infectieuses en Afrique (1, 2).

Dans les pays en développement aux ressources limitées, le diagnostic étiologique de ces pneumopathies est onéreux et souvent impossible. Par conséquent, l'orientation probabiliste du traitement antibiotique doit tenir compte du tableau clinique.

Il nous a paru important d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des pneumopathies aiguës bactériennes dans la pandémie du VIH dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier National Souro (CHNSS) de Bobo-Dioulasso.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective transversale menée sur 12 mois, de février 1997 à janvier 1998 au CHNSS de Bobo-Dioulasso dans le service de pneumologie. La population étudiée a été recrutée par un échantillonnage consécutif intéressant tous les patients âgés d'au moins 15 ans, présentant à l'admission des signes cliniques de pneumopathies évoluant depuis moins de 1 mois, dont la recherche de bacilles de Koch à l'examen direct des crachats est négative et ayant bénéficié d'une radiographie pulmonaire de face.

Chez chaque patient, des données anamnestiques et cliniques ont été recueillies, des examens complémentaires en fonction du terrain ont été effectués.

Le traitement a consisté en une antibiothérapie probabiliste

* Service de pneumologie du Centre Hospitalier National Souro SANOU de Bobo Dioulasso (CHNSS).

** Service de pneumologie du Centre Hospitalier National Yalgado

OUEDRAOGO de Ouagadougou (CHNYO).

*** Service de Médecine Interne du CHNYO.

en fonction du tableau, associée parfois à d'autres traitements adjuvants.

La surveillance de l'évolution du traitement a été clinique et radiologique.

RESULTATS

Sur 509 patients hospitalisés dans le service, 106 cas de pneumopathies aiguës bactériennes ont été enregistrés dont 67 hommes et 39 femmes. 67 % des patients avaient un âge compris entre 20-45 ans et 76,3 % ont été hospitalisés dans la première semaine de leur maladie. 61,3 % des patients étaient d'un niveau socio-économique bas (ménagères, cultivateurs). 78,3 % des patients étaient tabagiques ou alcooliques et 41,5 % des malades avaient une sérologie positive pour le VIH.

La majorité des patients a été recrutée durant la période de décembre à mars correspondant à la période de l'harmattan qui est, un vent sec et froid à taux d'empoussièrement élevé, desséchant les muqueuses et véhiculant de nombreux germes.

La toux, la douleur thoracique ou le point de côté, la dyspnée ont représenté les principaux motifs de consultation.

Les signes physiques ont prédominé à l'hémithorax droit, caractérisés surtout par la matité à la percussion (68,9 %) et des râles crépitants (67,9 %).

Sur le plan radiologique, 83 % des patients ont présenté des images radiologiques anormales siégeant plus au niveau du poumon droit que du poumon gauche avec une préférence pour les bases pulmonaires (42,5 %). Les lésions étaient faites d'opacités parenchymateuses associées dans 5 cas à des pleurésies réactionnelles.

Sur le plan thérapeutique, 87,7 % des malades ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste à base d'Ampicilline en IVD en début de traitement ; 85 % ont connu une évolution favorable et ont continué leur traitement avec de l'amoxicilline per os.

Le taux de létalité a été de 9,43 %.

Les aspects cliniques et thérapeutiques des patients n'ont pas différé selon la sérologie VIH.

La durée moyenne d'hospitalisation a été 10,6 jours pour les patients VIH négatifs et 15 jours pour les patients VIH positifs.

COMMENTAIRES

Les pneumopathies aiguës bactériennes ont constitué

20,8 % des admissions dans le service de pneumologie du CHNSS en 1998. MBOUSSA à Brazzaville en 1990 trouvait 32,65 %. En France, en 1992, LEOPHONTE et coll. ont trouvé que les pneumopathies ne représentaient que 1 % de l'ensemble des infections respiratoires.

Les infections respiratoires hautes, source potentielle des infections respiratoires basses, dans les pays en voie de développement ne motivent pas le plus souvent une consultation précoce en raison de la modestie des revenus des patients et de l'inaccessibilité géographique des structures sanitaires.

En accord avec d'autres auteurs (6), notre étude a montré que ces infections survenaient surtout dans la couche sociale défavorisée, vivant dans la promiscuité, le surpeuplement et la pollution atmosphérique.

Les hommes sont les plus touchés (2, 5) avec un sex-ratio de 1,8 du fait des professions les exposant aux dangers de la pollution atmosphérique, à l'astreinte physique et au risque de l'alcoolisme et du tabagisme. Contrairement à d'autres auteurs qui trouvent une prévalence élevée de pneumopathie aiguë chez les sujets VIH positifs, du fait de l'immunodéficience acquise (16) notre étude n'a pas trouvé de différence significative.

Les signes d'appel des pneumopathies (toux, douleurs thoraciques et/ou point de côté, dyspnée) et la prédominance des signes cliniques plus à droite qu'à gauche ont été notés par d'autres auteurs (2, 4) du fait de la situation anatomique de la bronche souche droite qui forme un angle obtus avec la trachée.

Les aspects radiologiques, compatibles avec la clinique, guident le plus souvent le choix de l'antibiothérapie probabiliste (7) dans le traitement des pneumopathies aiguës bactériennes.

L'antibiothérapie probabiliste soutenue par d'autres auteurs (7), a fait ses preuves dans notre série avec 85 % de guérison pour un séjour moyen de 10,6 jours pour les patients VIH négatifs et 15 jours pour les VIH positifs.

La létalité dans notre étude de 9,43 % est comprise dans l'intervalle de 4 à 21 % rapporté par MERCAT et coll. (19). 60 % de ces décès sont survenus dans les 24 premières heures d'hospitalisation comme en témoigne BEDOS et coll. Les pneumopathies aiguës constituent souvent des urgences thérapeutiques nécessitant des moyens de réanimation adaptés et une antibiothérapie énergique et précoce, ce qui n'est pas toujours le cas dans nos conditions d'exercice.

Les tableaux cliniques et thérapeutiques des patients (87,7 % traités aux bêta-lactamines) ne diffèrent pas en fonction de la sérologie VIH, ce qui pourrait présager que les germes en cause ne présentent pas de spécificité selon le terrain.

CONCLUSION

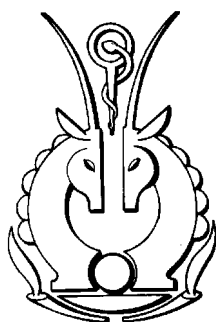
Les pneumopathies aiguës bactériennes représentent une

cause de morbidité et de mortalité qui touche surtout la population jeune de 20 à 45 ans, socialement défavorisée exposée au risque de l'alcool, du tabac. 85 % ont évolué favorablement sous bêta-lactamines.

Cependant pour éviter l'apparition de résistances, il serait souhaitable de mettre en place des réseaux sentinelles pour la surveillance locale régulière de l'écosystème bactérien afin de détecter à temps des modifications à même de compromettre les protocoles thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DOMOUA K, N'DHATZ, COULIBALY G et A.
Complication pulmonaire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en Afrique sub-saharienne.
Rev Pneumol. clinique. 1997 ; 53 : 79-84.
- 2 - DUVAL X., PATY MC, LONGET P. et al.
Pneumopathies dues à Streptococcus pneumoniae chez 27 malades infectés par le VIH.
Press Méd. 1995 ; 24 (15) : 715-718.
- 3 - LEOPHONTE P., LARIOS-RAMOS L., ROUQUET RM.
Pneumonies extra-hospitalières.
Rev. du praticien, 1989, 39 (18) 1570-75.
- 4 - KOULIA - SHIRA S., ONDOA P., YOUMBISSI TJ., MONNY-LOBE M., AUCKENTNALER R.
Pneumopathies communautaires de l'adulte dans un milieu hospitalier à Douala. Epidémiologie et clinique.
Méd. Afr. Noire 1994, 41 (4) : 218-22.
- 5 - MBOUSSA J.
Affections respiratoires en milieu hospitalier à Brazzaville, Congo.
Rev Pneumol. Cliniq. 1990 ; 46 : 61-65.
- 6 - DOMOUA K., M'DHATZ., COULIBALY G. et al.
Pneumopathies aiguës bactériennes au cours de l'infection rétrovirale, aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutifs.
Méd. Trop. 1993 ; 53 : 505-509.
- 7 - LEOPHONTE P., ROUQUET M., DIDIER A., LEMOZY J.
Identification des pneumopathies infectieuses bactériennes. Limites du laboratoire - Stratégies antibiothérapie empirique.
Méd. Mal. Infect 1986 ; 6 :- 418-424.
- 8 - BEDOS JP., VALLEE E., ROME P., GESLIN P., CHASTANG CL.
Pneumopathies à S. pneumoniae de sensibilité diminuée à la pénicilline, données épidémiologiques, facteurs de risques et impact thérapeutique.
Méd mal. Infect. 1991, 25 : 740-7.
- 9 - MERCAT A., DANTZEUBERG B.
Pneumopathies communautaires (immunodéprimés exclus).
In : Edition technique - EMC - Pneumologie, 1992 ; 6003 D10 : 11 p.



Retrouvez
« Le Pharmacien d'Afrique »
 sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que
 Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
 Odonto-Stomatologie Tropicale