

ETIOLOGIES DES PLEURESIES DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU POINT G

DIALLO. S (1), HASSAN.M (1), SISSOKO. F (1), M'BAYE. O (1), GOMEZ. P (1)

(1) : Service de pneumologie de l'hôpital du point G, Bamako Mali BP : 333 TEL : (223) 222 50 03

RESUME : Dans le but de décrire les aspects épidémiologiques, étiologiques et évolutifs des pleurésies dans le service de pneumologie de l'hôpital du point G au Mali, une revue des dossiers médicaux des patients hospitalisés dans le service du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002 a été réalisée. Les pleurésies représentaient 15,9 % des hospitalisations. Le sexe ratio était de 2,3 en faveur des hommes avec une moyenne d'âge à 41 ans. 55 % des pleurésies étaient localisées à droite. Dans 60 % des cas le liquide était séro-fibrineux ; purulent dans 25 % des cas et hémorragique dans 15 % des cas. La tuberculose était l'étiologie la plus fréquente avec 37 % des cas. Selon l'aspect du liquide la tuberculose représentait 54,3 % des pleurésies séro-fibrineuses, tandis que 60 % des pleurésies hémorragiques étaient dus au cancer. La sérologie VIH a été réalisée chez 89 patients et elle était positive dans 56 % des cas. Dans l'association pleurésie/ VIH l'étiologie tuberculeuse représentait 56 %. Parmi les 369 patients nous avons dénombré 100 décès soit 27 % et 86 % de ces décès sont survenus avant un mois d'hospitalisation. Bien que nous assistions à une augmentation de la fréquence des pleurésies néoplasiques, la tuberculose reste la première étiologie des pleurésies. Sa co-infection avec le VIH est la principale cause de morbidité et de mortalité.

Mots clé : pleurésie, étiologies, point G, Bamako, Mali

Summary: This study describes epidemiologic, etiologic and evaluative aspects of

Pleurisy pneumology department of Point "G". From 1st January 1998 to 31 December 2002 was realised a study about hospitalized patients in the department. Pleurisy represented 15,9% of hospitalizations. The sex Ratio was 2,3 for men aged of 41 years. 55% of pleurisy were located on right. In 60% of cases the liquid was sero-fibrin, purulent in 25% of cases and haemorrhagic in 15%. Tuberculosis was the most frequent etiology with 37% of cases. According to liquid aspect tuberculosis represented 54,3% of sero-fibrin pleurisy in one hand, on the other 60% of haemorrhagic pleurisy was due to cancer. The serology HIV have been realised on 89 patients and it was positive on 56% of cases. Association pleurisy/HIV tuberculosis etiology represented 56% of cases. Among 369 patients we have counted 100 deaths, 27% and 86% of these death occurred before a month of hospitalization. Even if the frequency of neoplastic pleurisy increases, tuberculosis stills the 1st etiology of pleurisy. It co-infection with HIV is the principal cause of morbidity and mortality.

Key words: Pleurisy, Etiology, Point G, Bamako, Mali

INTRODUCTION

Les pleurésies sont définies comme étant dues à la présence de liquide dans l'espace habituellement virtuel situé entre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale. Bien que de diagnostic relativement facile par l'examen physique et la radiographie thoracique leurs étiologies, aujourd'hui mieux inventoriées sont très diverses et nécessitent souvent beaucoup d'investigations. Leur pronostic pour la plupart, est fonction de la rapidité du diagnostic étiologique et de la mise en route d'un traitement approprié. Les épanchements pleuraux sont très mal documentés au Mali. En effet les seuls travaux menés par Koné en 1983, par Traoré en 1988 et par Maïga en 2000 n'en ont donné qu'un aperçu épidémiologique. Aujourd'hui nous ne savons pas la fréquence réelle des étiologies responsables de pleurésie au Mali, ni comment la situation épidémiologique des épanchements pleuraux a-t-elle évolué durant les cinq dernières années, ni enfin quel est l'impact de la pandémie du VIH/SIDA sur leur épidémiologie. Aussi nous est-il paru opportun de faire le point sur une pathologie fréquente et potentiellement grave.

PATIENTS ET METHODE : Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a porté sur l'analyse de dossiers de patients hospitalisés dans le

service de pneumo-phtisiologie (PPH) de l'hôpital du point G (HPG) de Bamako entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2002. Les dossiers retenus étaient ceux des patients hospitalisés et traités dans le service de PPH pour pleurésie durant la période d'étude et comportant au minimum une radiographie du thorax et un examen cyto bactériologique et chimique du liquide pleural. La recherche de Bacilles de Kock (BK) était systématique dans les crachats et la sérologie VIH était réalisée chez les patients consentants. Une fiche de collecte des données épidémiologiques, cliniques et évolutives a été établie

RESULTATS : 1 Aspects épidémiologiques :

De janvier 1998 à décembre 2002 (5 ans) le service de PPH de l'HPG a reçu 2323 patients hospitalisés dont 369 cas de pleurésies soit une prévalence de 15,9 %.

L'âge moyen des patients était de 41 ans avec des extrêmes allant de 5 à 86 ans. La tranche d'âge 30-39 était la plus représentée avec 20,8 % des cas. Notre série était composée de 112 femmes et de 257 hommes avec un sex-ratio de 2,3 en faveur des hommes. Cinquante cinq pour cent des pleurésies étaient localisées à droite. Dans 60 % des cas le liquide était séro-fibrineux ; purulent dans 25 % des cas et hémorragique dans 15 % des cas. 2 Aspects étiologiques : La tuberculose était l'étiologie la plus

fréquente avec 37 % des cas.(Tableau I) Selon l'aspect du liquide la tuberculose représentait 54,3 % des pleurésies séro-fibrineuses, tandis que 60 % des pleurésies hémorragiques étaient dus au cancer. La pleurésie tuberculeuse était à liquide séro-fibrineux dans 90 % des cas et la pleurésie cancéreuse à liquide hémorragique dans 67 % des cas. La pleurésie purulente représentait 25 % et le germe a été retrouvé dans 31 % des cas. Les germes les plus rencontrés étaient les bacilles à Gram (-). La sérologie VIH a été réalisée chez 89 patients et elle était positive dans 56 % des cas. Dans l'association pleurésie/ VIH l'étiologie tuberculeuse représentait 56 %.(tableau II)

3 L'évolution : Parmi les 369 patients nous avons dénombré 100 décès soit 27 %. Ces décès étaient survenus avant un mois d'hospitalisation dans 86% des cas. Le cancer était la première cause de décès avec 21 %, suivi par la pleurésie purulente et la tuberculose à 19 % chacune. Le taux de létalité était de 28 % chez les VIH (+)

COMMENTAIRES : La prévalence des pleurésies dans notre étude est de 15,9 %. Ouedrago au Burkina Faso (BF) en 1995-1997 avait trouvé 13,82 % (1) et enfin N.Koffi en Côte d'Ivoire (RCI) en 1990-1994 16 % (2). Ces fortes prévalences en Afrique, pourraient s'expliquer par la tuberculose qui est en forte progression en raison de l'infection VIH. Les hommes étaient plus atteints que les femmes dans notre étude. Ce phénomène est retrouvé dans toutes les séries africaines (1, 2,3) et européennes (4). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique les hommes ont plus facilement accès aux services de santé et aussi que les femmes sont moins exposées au facteur de risque qu'est le tabagisme ; ce qui n'est pas le cas en Europe et c'est ce qui explique le pourcentage plus élevé de la pleurésie néoplasique chez la femme dans ce continent (4). La tranche d'âge la plus atteinte se situait entre 30 et 39 ans avec une moyenne de 41 ans, ce qui est comparable à l'étude de Riangone en RCI (5) ; mais non conforme aux études européennes dont la moyenne d'âge se situe entre 65 et 71 ans (4). Cette grande différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique la tuberculose étant la principale responsable des pleurésies, la primo infection se fait très jeune en raison de la forte endémie tuberculeuse tandis qu'en Europe la première cause des pleurésies est la pleurésie maligne, ce qui est volontiers plus fréquente après 60 ans. La pleurésie était surtout localisée à droite (55 %), ce qui est conforme aux résultats de

Riangone (5). Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les infections pulmonaires secondaires aux obstructions bronchiques sont plus fréquentes à droite du fait de la disposition anatomique des bronches et aussi un nombre important de pleurésies dues aux infections hépatiques ou péri hépatiques sont localisées à droite. Le liquide séro-fibrineux était le plus fréquent. Il représentait 60 % dans notre série. Dans celle de N Koffi en RCI il était de 64 % (2) et de 63,15 % dans la série de Ouedrago (1). Miguères avait trouvé jusqu'à 71 % (6). Ce léger écart entre la série de Miguères et les séries africaines pourrait s'expliquer par le fait que dans les pays industrialisés les pleurésies purulentes sont nettement moins fréquentes depuis l'avènement d'antibiotiques très efficaces. Dans notre étude la principale étiologie des pleurésies est la tuberculose avec 37 % des cas ; cependant des études réalisées dans le même service par Koné et Traoré avaient trouvé respectivement 70,78 % et 75,8 %. Ces résultats traduisent une nette régression des pleurésies tuberculeuses en faveur des pleurésies néoplasiques. Mais ceci n'est pas conforme aux séries africaines en particulier en Côte d'Ivoire deux études successives en 1983-1984 et en 1990-1994 (2) donnaient respectivement 44 % et 66 % de pleurésie tuberculeuse pour 3 % de pleurésie cancéreuse. Au Rwanda une étude donnait 86 % de pleurésie tuberculeuse contre 6,66 % de pleurésie néoplasique (7). En Afrique en raison de la faiblesse du plateau technique un certain nombre de pleurésies restent non étiquetées et c'est souvent un faisceau d'arguments qui est recherché pour valider ou réfuter un diagnostic ou même souvent un traitement d'épreuve est tenté, ce qui peut biaiser les résultats. La séroprévalence de l'infection VIH dans notre série est de 56,2% contre respectivement 72 % ; 63% et 82% dans les études ivoirienne (2), Tanzanienne (8) et Rwandaise(7). Chez les patients VIH positifs, l'étiologie tuberculeuse est de 56% ; 61,31% au BF(1) ; 68% en République Démocratique du Congo(RDC)(9) ; 74,3% en RCI(10). Ces résultats devraient nous inciter à rechercher une infection VIH dans tous les cas de pleurésie tuberculeuse avérée. Le taux de mortalité est de 27 % et 86 % de ces décès survenaient avant un mois d'hospitalisation. ; Le cancer était la première cause de décès (21 %) et cela parce que presque la quasi-totalité des cancers pleuraux étaient secondaires et parvenaient tardivement dans le service après plusieurs recours.

CONCLUSION : Bien que nous assistions à une augmentation de la fréquence des pleurésies néoplasiques, la tuberculose reste la première étiologie des pleurésies. Sa co-infection avec le VIH est la principale cause de morbidité et de mortalité.

REFERENCES

1 OUEDRAOGO M, OUEDRAOGO S M, ZOUBGA A Z, BADOUM G, ZIGANIE A, BAMBARA M et al.Aspects épidémiocliniques de la pleurésie séro-fibrineuses au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo. Med Afr Noire 2000 ; 47: 8-9.
 2 KOFFI N, AKA-DANGUY E, KOUASSI B, NGOM A, BLEHOU D J. Les étiologies des pleurésies en milieu africain : l'expérience du service de pneumologie de Cocody(Abidjan Cote d'Ivoire) Rev Pneumol Clin 1997; 53 : 196-6.
 3 TIDJANI O, AMONI D. Intérêt de la ponction biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams pour le diagnostic des pleurésies non tuberculeuses.Rev Méd. C. I 1975 ; 72 : 33-5.
 4 RAMUS PH, FREOUR P.L'étiologie des pleurésies, modifications survenues en 10 ans.Bordeaux Méd, 1977 ; 1301-6.

5 RIANGONE A. Apport de la ponction biopsie pleurale dans le diagnostic étiologique des épanchements.(à propos de 200 observations).These Med. Abidjan 1976
 6 MIGUERES J, JOVER A. Pleurésie à liquide clair.Encycl. Méd. Chir, Poumon 1988 ; 6041 A 30 12,94.
 7 BATUNGWANAYO J, TAE LMAN H, ALLENS S, BOGAERTS J, KAGNAME A, VAN DE PERRE P.Pleural effusion, Tuberculosis and HIV1 infection in Kigali, Rwanda AIDS 1993; 1: 73-9.
 8 KITINYA J, RICHTRE C, PEREMBOUM R, CHANDE H, MTONI I.Influence of HIV status on pathological changes in tuberculos pleuritis.Tuber Lung Dis. 1994; 3: 195-8.
 9 KASHONGWE M, KUMBONEKI L, MIZERERO M, OKENGE Y.Epanchements liquidiens de la plèvre chez l'adulte en milieu tropical : expérience des cliniques universitaires de Kinshasa.Plubl Med Afr. 1990; 106: 16-26.
 10 DOMOUA K, N'DHATZ M, COULIBALY G, AKA-DANGUY E, TRAORE F, KONAN J B, ET AL.Aspects étiologiques et problèmes thérapeutiques des pleurésies purulentes Abidjan (Côte d'Ivoire).Rev Mal Resp 2001; 1: 1S144.

Tableau I : REPARTITION DES ETIOLOGIES DES PLEURESIES EN FONCTION DE L'ASPECT DU LIQUIDE

ASPECTS ETIOLOGIE	LSF N %	LP N %	LH N %	TOTAL
TUBERCULOSE	121 54%	9 10%	5 9%	135
CANCER	16 7%	0 0%	33 60%	49
INFECTIONS NON TUBERCULEUSES	43 19,3%	0 0%	0 0%	43
PLEURESIES PURULENTES	0 0%	82 90%	0 0%	82
INSUFFISANCE CARDIAQUE	13 6%	0 0%	0 0%	13
INSUFFISANCE HEPATO-CELLUL	1 0,4%	0 0%	0 0%	1
SYNDROME NEPHROTIQUE	2 0,9%	0 0%	0 0%	2
TRAUMATIQUE	0 0%	0 0%	1 2%	1
VIRALE	1 0,4%	0 0%	0 0%	1
INDETERMINEE	26 11,7%	0 0%	16 29%	42
TOTAL	223 100%	91 100%	55 100%	369

STATUT VIH ETIOLOGIE	HIV (+) N %	HIV (-)	TOTAL
TUBERCULOSE	28 56%	14	42
INFECTIONS NON TUBERCULEUSES	12 24%	6	18
PLEURESIE PURULENTE	10 20%	19	29
TOTAL	50 100%	39	89

Khi= 8,23 **p**= 0,016

Tableau II: REPARTITION DES PATIENTS HIV+ EN FONCTION DES ETIOLOGIES DES PLEURESIES