



ORIGINAL ARTICLE

Current state of pleurisy in Pulmophtisiologie Department of Lamorde National Hospital in Niamey, Niger

État des lieux de la pleurésie dans le service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital National Lamorde de Niamey, Niger

MM. Assao Neino¹, A. Gagara Im¹, AR. Ouédraogo², D. Maizoumbou³

¹: Service Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital National Lamordé. Niamey, Niger

²: Service de Pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo. Burkina Faso

³: Clinique Médicale Lacouroussou

SUMMARY

Pleural effusion is a public health problem. In Niger, there has been any study realized in the pneumo-physiology department (PPD) of the Lamorde National Hospital (LNH) in Niamey since its foundation. The aim of our work is to assess the situation of pleurisy by determining their epidemiological, clinical and therapeutic aspects in the PPD of LNH.

Is was a 4-year retrospective study (April 1, 2009 to March 31, 2013) of inpatient and follow-up cases for pleurisy. We collected 51 cases of pleurisy in 4 years, 5.2% of hospitalizations. The male was predominated by 72.5% and the average age of patients was 44.9 years with extremes of 15 and 85 years. The average time for consultation was 28 days. More than half (52.9%) of the pleural effusions were located on the right. The interstitial syndrome and pneumothorax were the most common associated radiological lesions with 49% and 23.5%, respectively. Pleural fluid was exudative in 92.2% of cases and direct examination of 35 cases of sputum in the search for AFB was positive in 13.7%. Tuberculosis pleurisy was the most frequent etiology with 52.9%. Thoracic drainage was performed in 27.4% of cases and the progression was favorable in 76.5% of patients with a lethality of 11.7%. Pneumothorax and pachypleuritis were the most frequent complications with 23.5% and 17.6%, respectively.

Pleurisy remains a frequent pathology in pneumology, early diagnosis and adequate treatment avoid complications.

KEYWORDS: Pleurisy, epidemiology, etiology, Niamey

RÉSUMÉ

Les pleurésies constituent un problème de santé publique. Au Niger aucune étude du genre n'a été faite dans le service de pneumo-phtisiologie (SPP) de l'hôpital National Lamordé (HNL) de Niamey depuis sa création. Le but de notre travail est de faire l'état des lieux des pleurésies en déterminant leurs aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le SPP de HNL.

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 4 ans (1^{er} Avril 2009 au 31 mars 2013) portant sur les dossiers des patients hospitalisés et suivis pour pleurésies. Nous avons colligé 51 cas de pleurésies en 4 ans soit 5,2% des hospitalisations. Le sexe masculin prédominait 72,5% et l'âge moyen des patients était de 44,9 ans avec des extrêmes de 15 et 85 ans. Le délai moyen de consultation était de 28 jours. Plus de la moitié (52,9%), des épanchements pleuraux liquidiens étaient localisés à droite. Le syndrome interstitiel et le pneumothorax étaient les lésions radiologiques associées les plus fréquentes avec respectivement 49% et 23,5%. Le liquide pleural était exsudatif dans 92,2% des cas et l'examen direct des 35 cas d'expectorations à la recherche de BAAR était positif dans 13,7%. La pleurésie tuberculeuse était l'étiologie la plus fréquente 52,9%. Le drainage thoracique a été réalisé dans 27,4% des cas et l'évolution était favorable chez 76,5% des patients avec une létalité de 11,7%. Le pneumothorax et la pachypleurite étaient les complications les plus fréquentes avec respectivement 23,5% et 17,6%.

La pleurésie demeure une pathologie fréquente en pneumologie, un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent d'éviter les complications.

MOTS CLÉS: Pleurésies, épidémiologie, étiologie, Niamey

Corresponding author: Dr. MM. Assao Neino. Service Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital National Lamordé. Niger
E-mail: mourt2000@yahoo.fr

INTRODUCTION

La pleurésie ou épanchement pleural liquidien est définie par la présence d'une quantité anormale de liquide dans la cavité pleurale [1]. Dans les pays développés, la fréquence des épanchements notamment infectieux est en nette diminution du fait d'un diagnostic précoce et d'une antibiothérapie adaptée. En 50 ans leur fréquence est passée de 1/50 à 1/155 cas et leur pronostic a également été transformé favorablement [2].

Cependant dans les pays en développement où le retard diagnostique et thérapeutique restent fréquents, les pleurésies conservent une part des aspects qu'elles révélaient autre fois en Europe et aux Etats-Unis [2]. Si le diagnostic des pleurésies est posé facilement par l'examen physique et la radiographie pulmonaire, la recherche étiologique dans les pays en développement constitue un défi pour le pneumologue car les étiologies sont multiples et le plateau technique souvent peu performant ou inexistant.

Au Niger, le service de pneumo-physiologie (SPP) de l'hôpital National Lamordé (HNL) de Niamey a été créé en Avril 2009 et c'est le service national de référence en matière de prise en charge des pathologies respiratoires. Le service recevait et traitait toutes les pleurésies (exsudatives et transsudatives) et était géré par les médecins internistes jusqu'en 2012 par manque de pneumologue. En plus aucune étude sur la pleurésie n'a été réalisée dans le service, ceci nous a poussés à réaliser ce travail dont le but est de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pleurésies dans le SPP de HNL.

MATERIELS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 4 ans (1^{er} Avril 2009 au 31 mars 2013) portant sur les dossiers des patients hospitalisés et suivis pour pleurésies.

Nous avons inclus dans notre étude, tous les patients ayant réalisé au moins une radiographie de thorax de face et une ponction pleurale exploratrice. Les résultats avaient été collectés sur une fiche d'enquête et analysés par le logiciel Epi Info dans sa version 3.5.1.

RESULTATS

Nous avons colligé 51 cas de pleurésies en 4 ans soit 5,2% des hospitalisations. Le sexe masculin prédominait 72,5% et l'âge moyen des patients était de 44,9 ans avec des extrêmes de 15 et 85 ans.

Les antécédents personnels les plus fréquents étaient l'HTA (9,8%), la tuberculose pulmonaire (5,9%), le diabète (2%; *Tableau 1*).

TABLEAU 1 Répartition des patients en fonction des antécédents personnels

Antécédents personnels	N (%)
Hypertension artérielle	5 (9,8%)
Tuberculose	3 (5,9%)
Tabac	2 (3,9%)
Diabète	1 (2%)
Drépanocytose SC	1 (2%)
Goitre	1 (2%)

Le délai moyen de consultation était de 28 jours. La toux (58,8%), la dyspnée (43,1%) et la douleur thoracique (41,2%) étaient les signes fonctionnels les plus retrouvés, quant aux signes extra respiratoires c'était les œdèmes des membres inférieurs (35,7%) et l'ascite (28,6%) (*Tableau 2 et Tableau 3*).

TABLEAU 2 Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels respiratoires

Signes fonctionnels respiratoires	N (%)
Toux	30 (58,8%)
Dyspnée	22 (43,1%)
Douleur thoracique	21 (41,2%)
Hémoptysie	1 (2%)

TABLEAU 3 Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels extra-respiratoires

Signes fonctionnels extra-respiratoires	N (%)
Œdème des membres inférieurs	5 (35,7%)
Ascite	4 (28,6%)
Vomissement	2 (14,3%)
Céphalée	2 (14,3%)
Épigastrie	1 (7,1%)
Hoquet	1 (7,1%)
Lombalgie	1 (7,1%)

Les signes généraux étaient dominés par la fièvre (53%), l'amaigrissement (43,1%) et l'asthénie (35,3%; *Tableau 4*).

Plus de la moitié (52,9%), des épanchements pleuraux liquidiens étaient localisés à droite, 45,1 % à gauche et 2 % étaient bilatéraux (*Tableau 5*).

Le syndrome interstitiel (49%), le pneumothorax (23,5%), le syndrome alvéolaire (13,7%), la cardiomégalie (5,8%) et les excavations (4%) étaient les lésions radiologiques associées (*Tableau 6*).

Le liquide pleural était exsudatif dans 92,2%, transudatif dans 7,8% des cas et l'examen direct des 35

cas d'expectorations à la recherche de BAAR était positif dans 13,7%. Aucune sérologie VIH positive n'avait été retrouvée. La pleurésie tuberculeuse était l'étiologie la plus fréquente 52,9% suivie de la pleurésie bactérienne à germe banal (37,3%), d'origine rénale (3,9%), d'origine cardiaque (3,9%) et métastatique (2%; *Tableau 7*).

Le drainage thoracique a été réalisé dans 27,4% des cas et l'évolution était favorable chez 76,5% des patients avec une létalité de 11,7% (*Tableau 8*).

Les complications retrouvées étaient le pneumothorax 23,5%, la pachypleurite 17,6% et l'enkystement 9,8% (*Tableau 9*).

TABLEAU 4		Répartition des patients en fonction des signes généraux
Signes généraux	N (%)	
Fièvre	27 (53%)	
Amaigrissement	22 (43,1%)	
Asthénie	18 (35,3%)	
Anorexie	17 (33,3%)	
Pâleur conjonctivale	5 (9,8%)	

TABLEAU 5		Localisation de la pleurésie
Localisation de la pleurésie	N (%)	
Droite	27 (52,9%)	
Gauche	23 (45,1 %)	
Bilatérale	1 (2%)	
Total	51 (100%)	

TABLEAU 6		Répartition des patients en fonction des lésions radiologiques associées à la pleurésie
Lésions radiologiques associées	N (%)	
Syndrome interstitiel	25 (49%)	
Pneumothorax	12 (23,5%)	
Syndrome alvéolaire	7 (13,7%)	
Cardiomégalie	3 (5,8%)	
Excavation	2 (4%)	

TABLEAU 7		Répartition des patients en fonction de l'étiologie
Etiologie	N (%)	
Pleurésie tuberculeuse	27 (52,9%)	
Pleurésie à germe banal	19 (37,3%)	
Pleurésie d'origine cardiaque	2 (3,9%)	
Pleurésie d'origine rénale	2 (3,9%)	
Pleurésie métastatique	1 (2%)	
Total	51 (100%)	

TABLEAU 8		Répartition des patients en fonction le traitement reçu
Traitement reçu	N (%)	
Antibiotique non spécifique à la tuberculose	37 (72,5%)	
Ponction pleurale évacuatrice	30 (58,8%)	
Antituberculeux	27 (52,9%)	
Corticoïdes oral	20 (39,2%)	
Drainage	14 (27,4%)	
Oxygène	6 (11,7%)	
Transfusion	2 (4%)	
Kinésithérapie	1 (2%)	

TABLEAU 9		Répartition des patients selon la complication
Complication	N (%)	
Pneumothorax	25 (49%)	
Pachypleurite	12 (23,5%)	
Enkystement	7 (13,7%)	

DISCUSSION

Aspects socio-épidémiologiques

Au total, en 4 ans sur les 974 patients hospitalisés dans le service, 51 cas de pleurésie avaient été diagnostiqués soit 5,2% des hospitalisations. Cette prévalence est inférieure à plusieurs études africaines notamment au Sénégal en 2011, au Burkina en 1997, au Mali en 2002 et en Côte d'Ivoire en 1994 qui avaient retrouvés respectivement 11,34% [3], 13,82% [4], 15,9 % [5] et 16% [6].

Dans notre étude les hommes étaient plus atteints que les femmes avec un taux de 72,5%. Cette prédominance masculine était retrouvée dans de nombreuses études dont celle de Joëlson et coll [7], Ouedraogo et coll [4], et Diallo et coll [5]. L'âge moyen de nos patients était de 44,9 ans (extrêmes de 15 et 85 ans), l'étude de Diallo et coll [5] au Mali en 2002 avait retrouvé 41 ans et celle de Ndiaye et coll [3] en 2011 au Sénégal 41,9ans.

Aspects cliniques et paracliniques

Le délai moyen de consultation des patients était de 28 jours, ce résultat est inférieur à celui de Ndiaye et coll au Sénégal [3] qui avait retrouvé 91 jours. Dans notre étude 52,9% des pleurésies étaient localisées à droite, ce résultat est conforme à celui de Diallo et coll [5] en 2002 qui avait retrouvé 55 % de localisation droite.

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 syndrome interstitiel et le pneumothorax étaient les lésions radiologiques associées les plus fréquentes avec respectivement 49% et 23,5%.

En effet la radiographie thoracique retrouve fréquemment des nodules dans 70% des cas [8]. Le pneumothorax étant l'une des pathologies fréquentes survenant au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire pourrait s'expliquer par l'existence de 7 patients (13,72%) ayant des crachats BAAR positifs.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

REFERENCES

1. Atoul P. Épanchement liquidien de la plèvre, Orientation diagnostique, service de pneumologie, hôpital de La Conception. 13385 Marseille. *La revue du praticien (Paris)* 1999; 49, Page 751.
2. Boussoffara R. Service de pédiatrie hôpital Mahdia; conduite pratique devant les pleurésies purulentes. *Samu.org/JAMU* 2003/JAMU 96.

Le liquide pleural était exsudatif chez 47 patient (92,2%), ce résultat est proche de celui de Ndiaye et coll [3] au Sénégal en 2011 qui avait retrouvé 94,5% de liquide exsudatif.

Aspects étiologiques

La pleurésie tuberculeuse et bactérienne à germe banal étaient les étiologies les plus fréquentes avec respectivement 52,9% et 37,3%. Ndiaye et coll [3] au Sénégal avaient retrouvé respectivement 57,16% et 34,25%. Au Mali, Diallo et coll [5] avait retrouvé 37 % de pleurésie tuberculeuse.

L'étiologie cardiaque et rénale étaient retrouvées chez 7,8% (4 malades) des patients avec chacune 3,9%, quant à la pleurésie néoplasique elle représentait 2% (1 patient). Ce résultat est proche à celui de Ndiaye et coll [3] au Sénégal qui avaient retrouvé 1,96% de pleurésie néoplasique. Cependant Joëlson et coll [7] au Madagascar en 2009 avait trouvé 14,85% de pleurésie néoplasique.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

Plus de la moitié (52,9%) de nos patients (27 patients) avait reçu un traitement antituberculeux et 14 patients (27,4%) avaient bénéficiés d'un drainage thoracique. L'évolution était favorable chez 39 patients (76,5%) et 6 patients (11,7%) étaient décédés. Au Sénégal Ndiaye et coll. [3] avaient retrouvé 78,7% d'évolution favorable et 12% de décès.

Le pneumothorax et la pachypleurite étaient les complications les plus fréquentes, retrouvés respectivement chez 12 patients (23,5%) et 9 patients (17,6%). Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les patients consultaient tardivement (délai diagnostique moyen des patients était de 28 jours) et d'autre part par la fréquence élevée de pneumothorax dans les complications de la tuberculose et du risque élevé de pneumothorax iatrogène.

CONCLUSION

La pleurésie est fréquente dans le service de pneumo-phtisiologie de HNL de Niamey. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent d'éviter les complications.

3. Ndiaye EM, Diouf NF, Toure NO, et al. Profil épidémiologique, clinique, paraclinique, étiologique, thérapeutique, et évolutif des pleurésies à propos de 254 cas colligés à la clinique de pneumologie du CHNU de FANN (Sénégal). 6è Congrès de la société Africaine de Pneumologie de Langue Française 2013; Page 58.
4. Ouedraogo M, Ki C, Ouedraogo SM, Zoubga AZ, et al. Aspects epidemio-clinique de la pleurésie sero-fibrineuse au Centre Hospitalier National YALGADO OUEDRAOGO. *Médecine d'Afrique Noire* 2000;47: 8-9.
5. Diallo S, Hassan M, Sissoko F, et al. Étiologies des pleurésies dans Le service de pneumologie de l'hôpital du point G. *Mali Médical* 2006; T XXI: N°4: 39-41.
6. Koffi N, Aka-Danguy E, Kouassi B, Ngom A, Blehou DJ. 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.
7. Joelson LR, Radonirina LA, Robert JR, Marie DHV, Kiady R, Jobeline R, et al. Etiologies des pleurésies exsudatives: à propos de 424 cas à Madagascar. *Pan Afr Med J.* 2011; 9: 35.
8. Lacronique J. *Internat Médecine Pneumologie*. Edition Vernazobres Grego 94, BD de l'hôpital 75012 Paris, page 24.