



ARTICLE ORIGINAL

Profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des pneumopathies aiguës bactériennes en milieu pneumologique à Lomé *Epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic profile of acute bacterial pneumonia in respiratory field in Lome*

Okemba-Okombi Franck Hardain^{1,2}, Adjoh Komi Seraphin², Ossibi Ibara Bienvenu Roland³, Adambou-nou Stephane², Itoua Armel Claude⁴, Fiogbé Arnaud², Bemba Esthel Lee Presley¹, Bopaka Régis Gothard¹, Ossalé Abacka Kevin Boris¹, Illoye-Ayet Michel¹, Tidjani Osseni²

¹: Service de Pneumologie. CHU de Brazzaville. ²: Service de Pneumo-Phtisiologie. CHU Sylvanus Olympio Lomé.

³: Service de Maladies Infectieuses CHU de Brazzaville. ⁴: Laboratoire de Bactériologie CHU de Brazzaville

SUMMARY

Introduction. Acute bacterial pneumonia are looking for a real major public health problem, although there are recommendations for its management.

Objective. To describe the epidemiology, clinical, paraclinical and scalable patients hospitalized for acute bacterial pneumonia allure in Department of Pneumo-Phtisiology and Infectious Diseases, University Hospital Sylvanus Olympio Lomé.

Methods. Retrospective, descriptive and analytical study of the records of patients over 15 years hospitalized for acute bacterial pneumonia pace during the period January 1st 2010 to December 31, 2011 two years.

Results. 1034 patients were hospitalized with 212 for acute bacterial pneumonia pace or 20.5% of hospitalizations. We noted 112 men (52.8%) for 100 women (47.2%) with a sex ratio of 1.12. The average age was 42.3 years with a range of 16-95 years. Functional signs were represented by cough (99.53%), chest pain (99.53%), dyspnea (42.92%) and hemoptysis (3.30%). Traders / sellers accounted for 43.4% of cas.les comorbidities were found in 21.48% of cas.les radiological signs of severity were found in the majority of case. The HIV prevalence was estimated at 48.6% cases. The search for the germ was not contributive. la mortality was assessed at 18.9% and the average length of stay was 12.54 days. Amoxicillin-clavulanic acid was used in a probabilistic way in 80, 20% of cases.

Conclusion. The diagnosis of acute bacterial pneumonia seems easy pace. The high mortality rate must look for other factors to improve the overall prognosis of patients who suffer.

KEYWORDS: Acute pneumonia, bacterial-looking, epidemiology, treatment, Lomea

RESUME

Introduction. Les pneumopathies aiguës d'allure bactériennes constituent un véritable problème majeur de santé publique bien qu'ils existent des recommandations pour sa prise en charge.

Objectif. Décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutif des patients hospitalisés pour pneumopathies aiguës d'allure bactérienne au Service de Pneumo-Phtisiologie et Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé.

Méthodologie. Étude rétrospective, descriptive et analytique des dossiers des patients de plus de 15 ans hospitalisés pour pneumopathies aiguës d'allure bactérienne durant la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 Décembre 2011 soit deux ans.

Résultats. 1034 patients ont été hospitalisés dont 212 pour une pneumopathie aigue d'allure bactérienne soit 20,5% des hospitalisations. On notait 112 hommes (52,8%) pour 100 femmes (47,2%) soit un sex ratio de 1,12. l'âge moyen était de 42,3 ans avec des extrêmes de 16-95 ans. Les signes fonctionnels étaient représentés par : toux (99,53%), douleur thoracique (99,53%), dyspnée (42,92%) et hémoptysie (3,30%). Les commerçants/vendeurs représentaient 43,4% des cas.les comorbidités ont été retrouvées dans 21,48% des cas.les signes radiologiques de gravité ont été retrouvés dans la majorité des cas. La prévalence du VIH était estimée à 48,6% des cas. La recherche du germe n'a pas été contributive. la mortalité a été évaluée à 18,9% et la durée moyenne d'hospitalisation était de 12,54 jours. L'amoxicilline-acide clavulanique a été utilisé de façon probabiliste dans 80,20% des cas.

Conclusion. Le diagnostic des pneumopathies aiguës d'allure bactérienne paraît aisé. Le fort taux de mortalité doit faire rechercher d'autres facteurs afin d'améliorer le pronostic global des patients qui en souffrent.

MOTS CLES: Pneumopathies aiguës, allure bactérienne, épidémiologie, traitement, Lomé

Auteur correspondant: Dr. Franck Hardain OKEMBA-OKOMBI. Service de Pneumologie CHU de Brazzaville. Coordinateur du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose - Congo. E-mail: franckokemba@gmail.com

INTRODUCTION

Les pneumopathies aiguës communautaires constituent une pathologie très fréquente en milieu pneumologique et représentent la deuxième cause d'hospitalisation après la tuberculose [1]. Leur étiologie est principalement bactérienne et leur diagnostic microbiologique reste difficile [2]. Bien qu'ayant fait l'objet des recommandations, des conférences de consensus et autres aides aux bonnes pratiques, ces dernières années, elles constituent encore une préoccupation majeure en santé publique.

OBJECTIFS

Décrire le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutif des patients hospitalisés pour pneumopathie aiguë d'allure bactérienne dans le Service de Pneumo-phtisiologie et Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus OLYMPIO de Lomé au TOGO afin d'améliorer leur prise en charge.

MÉTHODOLOGIE

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée sur une période de 2ans (du 1^e janvier 2010 au 31 Décembre 2011), portant sur les dossiers des patients âgés de plus de 15 ans hospitalisés pour pneumopathie aiguë d'allure bactérienne.

Les paramètres étudiés, recueillis sur une fiche d'enquête préétablie étaient les suivants: l'âge, le sexe, la profession, la provenance, les antécédents, les signes fonctionnels respiratoires, les signes généraux, l'examen physique, les examens paracliniques, l'évolution.

Ont été inclus, les patients de plus de 15 ans hospitalisés pour pneumopathie aiguë d'allure bactérienne. Ont été exclus, les infections bronchiques et surinfections des bronchopathies chroniques, les dossiers des patients dont l'examen des crachats à la recherche des bacille - acido - alcool - résistants était positif.

L'analyse statistique des données était faite à l'aide du logiciel Epi Info version 3.5.1. Tous les tests étaient interprétés avec un seuil de significativité de 5%.

RÉSULTATS

Durant la période de l'étude 1034 patients étaient hospitalisés dont 212 pour une pneumopathie aiguë d'allure bactérienne soit 20,5% des hospitalisations.

Il y'avait 112 hommes (52,8%) pour 100 femmes (47,2%) soit un sex ratio de 1,12. Les Tableaux 1 et 2 renseignent sur leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et paracliniques.

L'examen cyto bactériologique des crachats n'était pas fait.

Le traitement probabiliste institué était fait à base d'amoxicilline seule chez 16,03% des patients (n = 34), d'amoxicilline - acide clavulanique chez 80,20% (n = 170) des patients, d'amoxicilline - acide clavulanique + macrolides chez 45,24% (n = 19) des patients et d'amoxicilline - acide clavulanique + aminosides chez 21,42% (n = 9) des patients.

L'évolution était favorable dans 81,13% des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 12,54 jours.

La mortalité était notée dans 18,87% des cas (n = 40).

DISCUSSION

Au plan méthodologique, notre étude présente des limites. Il s'est agi d'une étude rétrospective, le diagnostic de pneumopathie bactérienne n'a pas été documenté. Dans tous les cas, il s'agissait d'un diagnostic de présomption.

TABLEAU 1		
Caractéristiques épidémiologiques		
Variables	Effectif	%
Age (ans)		
< 20	13	6,13
21 - 40	85	40,10
41 - 60	98	46,22
> 60	16	7,55
Âge moyen (extrêmes)	42,3 (16 - 95)	
Sexe		
Hommes	112	52,83
Sex ratio	1,12	
Lieu de résidence		
Lomé et environs	204	96,23
Autres villes	48	3,77
Tabagisme	34	16,03
Hypertension artérielle	7	3,30
Diabète	1	0,47
Drépanocytose homozygote	3	1,41

TABEAU 2		Caractéristiques cliniques et paracliniques	
Variabiles	Fréquence	(%)	
<i>Signes fonctionnels</i>			
Toux	211	99,53	
Dyspnée	91	42,92	
Douleurs thoracique	211	99,53	
Hémoptysie	7	3,30	
<i>Signes généraux</i>			
Température moyenne (extrêmes)	38° (37,5 - 38,6)		
TAS moyenne (extrêmes)	105,6(60 - 180) mmHg		
TAD moyenne (extrêmes)	66,4(40 - 120) mmHg		
FR moyenne (extrêmes)	28,23 cycles/ min		
<i>Signes physiques</i>			
Syndrome de condensation pulmonaire	176	83,02	
<i>Signes radiographiques</i>			
Pleurésie para pneumonique	18	8,49	
Syndrome alvéolaire	201	94,80	
Images cavitaires	11	5,20	
<i>Signes biologiques</i>			
Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles	96	45,28	
Une leucopénie	25	11,79	
Anémie hypochrome microcytaire	160	75,47	
Augmentation de la vitesse de sédimentation	48	22,64	
VIH +	103	48,06	
<i>TAS: tension artérielle systolique ; TAD: tension artérielle diastolique ; FR: fréquence respiratoire</i>			

La prévalence hospitalière de 20,50% est loin de représenter la réalité. Une étude multicentrique serait souhaitable afin de mieux édifier et préciser le poids réel de cette pathologie en milieu hospitalier au TOGO. Au Burkina Faso [3] une étude avait trouvé une prévalence similaire de 20,8%, contrairement au Sénégal [4] où la même étude avait trouvé une prévalence assez basse. La dernière étude avait une durée inférieure à la nôtre (18 mois).

L'âge moyen de nos patients était de 43,29 ans avec des extrêmes de 16 et 95 ans. Cette constatation pouvait être en rapport avec un biais de recrutement. Les pneumopathies aiguës d'allure bactériennes concernaient surtout les patients dont l'âge était compris entre 21 et 60 ans de sexe masculin (43,4%) résidant à Lomé, exerçant le métier de commerçant

ou de vendeur, le plus souvent marié avec un sex ratio de 1,12. Ce taux est superposable à celui trouvé en Côte d'Ivoire [5]. Ceci s'explique par le fait que dans les pays à faible revenu, les hommes consomment plus l'alcool et le tabac ce qui les rend plus fragiles à développer les pneumonies.

Les facteurs de risque que nous avons trouvés sont ceux classiquement décrits dans la littérature [4, 6, 7]. On notait le tabagisme chez 16,03% des patients, l'hypertension artérielle chez 3,30%, la drépanocytose chez 1,41% et le diabète chez 0,47% des patients. La prévalence globale de l'infection à VIH était de 48,6%, taux légèrement supérieurs à celui trouvé en Côte d'Ivoire par un autre auteur [7]. L'infection à VIH a une incidence réelle sur les pneumopathies aiguës d'allures bactériennes, et constitue un facteur

de comorbidité et de pronostic majeur [5, 8]. Une émergence de souches résistantes à la pénicilline a été signalée autrefois chez des patients infectés par le VIH, d'où la récurrence de ces pneumonies [9].

Au plan clinique, le diagnostic a été porté à partir des signes fonctionnels (toux, douleur thoracique, dyspnée) associés plus ou moins à une fièvre.

La température moyenne était à 38°C, la fréquence respiratoire moyenne à 28,23 cycles/min, la tension artérielle systolique moyenne à 105,6 mmHg, la diastolique moyenne à 66,4 mmHg. Le syndrome de condensation pulmonaire était présent dans la majorité des cas, accompagné de pleurésie para pneumonique dans certains cas et des images cavitaires dans d'autres.

Plusieurs auteurs s'accordent sur ces éléments de diagnostic comportant des signes d'infection respiratoire aiguë (fièvre, toux, expectorations) et d'un infiltrat pulmonaire. Bien que ce dernier puisse être diagnostiqué cliniquement, la plupart des auteurs et toutes les recommandations publiées exigent une radiographie du thorax [6, 10-13].

Au plan biologique, l'hyperleucocytose et l'anémie n'influençaient pas la prise en charge des patients car moins importante ; leur valeur n'ont pas suffi à les considérer comme signes biologiques de gravité. Néanmoins, une formule sanguine avec une leucocytose > 15 000/ μ L ou une neutrophilie > 8 000/ μ L oriente bien vers le diagnostic d'une pneumopathie bactérienne.

Les hémocultures ont été nécessaires mais elles n'ont pas été faites. Les sérologies pour la recherche des antigènes aussi n'ont pas été faites faute du plateau technique, voilà pourquoi, le diagnostic des pneumopathies aiguës bactériennes était un diagnostic de présomption.

Au plan radiographique, le syndrome alvéolaire était majoritairement retrouvé et bon nombre des patients avait des signes de gravité relatifs avec l'étendue des lésions, et les signes associés (les pleurésies et les cavitations). Ces résultats sont superposables à ceux décrits par certains auteurs [4,11].

Ainsi, pour le diagnostic des pneumopathies aiguës d'allure bactérienne la radiographie est d'un apport capital, permettant de faire un diagnostic différentiel et d'orienter l'étiologie.

Au plan thérapeutique, l'antibiothérapie était probabiliste. Plusieurs études s'accordent à préciser la probabilité de cette antibiothérapie dans la prise en charge des pneumopathies aiguës d'allure bactérienne

[4, 12-15].

L'amoxicilline - acide clavulanique a été utilisée dans 80,20% des cas.

L'association d'amoxicilline - acide clavulanique et macrolides était faite dans 45,24%, amoxicilline-acide clavulanique et aminoside dans 21,42%.

Koffi [5], avait trouvé 42% des associations faites d'amoxicilline - acide clavulanique et macrolides. Cette association a été également rapportée par Zougba [3] et Kayanto [13] ce qui corrobore bien avec les recommandations françaises [14].

Cette approche thérapeutique est orientée d'une part vers les germes les plus fréquemment rencontrés élargissant ainsi le spectre d'action dans les pneumonies non documentées et d'autre part elle couvre une coinfection à germes atypiques dans les pneumonies à pneumocoques (pneumonies mixtes) et fait bénéficier d'un effet anti-inflammatoire des macrolides [10].

La monothérapie est préconisée chez les patients ne présentant pas de facteur de risque, l'association d'antibiotique étant réservée aux situations d'échec ou de présence de facteurs de risque.

Les pneumopathies bactériennes même sous traitement restent mortelles.

Nous avons enregistré 40 décès soit 18,87 %. Ce taux est supérieur à ceux trouvés par Kayanto: 9,1% et Mortensen [16]: 11%, mais inférieur à celui trouvé par Horo [7]: 27,21%.

Cette mortalité est en rapport avec l'agent étiologique probable (bien que non retrouvé dans notre série), la qualité de la prise en charge et peut être aussi les comorbidités car pour Horo [7], la survenue de décès était influencée par, la prescription d'antibiotiques avant l'hospitalisation, le délai de mise en route du traitement symptomatique et étiologique et la régularité du traitement étiologique.

CONCLUSION

Le diagnostic des pneumopathies aiguës d'allure bactérienne paraît aisé.

Le retard de consultation et l'inaccessibilité des patients pour certains examens complémentaires à visée étiologique rendent la prise en charge difficile.

Ainsi, Le fort taux de mortalité doit faire rechercher d'autres facteurs afin d'améliorer le pronostic global des patients souffrant de pneumopathies aiguës d'allure bactérienne.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun.

REFERENCES

1. Charles PG, Whit by M, Fuller AJ. The etiology of community-acquired pneumonia in Australia: why penicillin plus doxycycline or macrolide is the appropriate therapy. *Clin Inf Dis* 2008; 46(10): 1513-21.
2. Agence Française d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - les pneumonies aiguës communautaires. Paris, Anaes décembre 2001.
3. Zougba A Z, Ouedraogo M, Bouncougou K, Ki Z, Ouedraogo S Z, Ouedraogo G, Bambara M, Birba E, Millongo G R C, Some L, Drabo Y S. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pneumopathies aiguës bactériennes dans le service de pneumologie du centre hospitalier National de sanou Souro de Bobo-Dioulasso. *Médecine d'Afrique Noire* 2000; 47(11): 470-471.
4. Dia Kane Y, Diatta A, Oumar Touré N, El Hadji Mamadou N, Niang A, Thiam K, Hane A A. Broncho-pneumopathie aigüe communautaire en milieu hospitalier : Aspects épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique. *Rev Pneumol Trop* 2007; 8: 29-31.
5. Koffi N, Ngom A, Kouassi B, Horo K, Mansare L, Aka-Danguy E. évaluation de l'antibiothérapie probabiliste dans les pneumopathies d'allures bactériennes hospitalisées en milieu africain. *Bull.soc.path.exot.* 2001; 94: 397-400.
6. Stahl J P. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. XVe conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. *Med Mal Inf* 2006; 36: 235-44.
7. Horo K, Koffi N, Kouassi B, N'gom A S, Kenmogné K, Ahui B J, Aka-Danguy. facteurs de décès par pneumopathie aigüe communautaire en milieu africain à Abidjan. *Rev Pneumol Trop* 2004; 1: 10-13.
8. Almirall J, Bolibar I, Vidal J. Epidemiology of community-acquired pneumonia in adults: a population-based study. *Eur Respir J* 2000; 15(4):757-63.
9. Akram A R, Chalmers JD, Hill A T. Predicting mortality with severity assessment tools in out-patients with community-acquired pneumonia. *QJM* 2011; 104 (10):871-9.
10. Huchon G. *Pneumologie*. Masson, Paris juillet 2001:383p.
11. Chalmers J D, Singanayagam A, Akram A R. Severity assessment tools for predicting mortality in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. Systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2010; 65(10): 878-83
12. Gazaille V, Phan C, Vergenègre A, Melloni B, Bonnaud F. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française pour la prise en charge des pneumopathies communautaires : évaluation au CHU de Limoges. *Rev Mal Respir* 2005;22:1S69
13. Kayantao D, Koné A, Pouabe T R, M'baye O, Diallo S, Sissoko B, Sangaré S. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des pneumopathies bactériennes à l'hôpital du point G à Bamako. *Médecine d'Afrique Noire* 2001; 48 (10).
14. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections basses de l'adulte et de l'enfant. www.afssaps.sante.fr octobre 2005.
15. Catherinot E, Bron C, Rivault E, Couderc L J. Infections respiratoires basses communautaires. In: Étienne Lemarié. *la pneumologie fondée sur les preuves*. 3e Editions. Paris : Margaux orange 2013; 3-40.
16. Mortensen E M, Coley C M, Singer D E, Marie T J, Obrosky D S, Kapoor W N, Fine M J: Causes of death for patients with community-acquired Pneumonia: Results from the pneumonia patient outcome research team cohort study. *Arch Intern Med* 2002; 162:1059-64.