



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Clinical, radiographic, and progressive characteristics of community-acquired acute bacterial pneumonias in smokers at Bouaké University Hospital - Côte d'Ivoire

Particularités cliniques, radiographiques et évolutives des pneumopathies aiguës bactériennes communautaires chez les sujets tabagiques au CHU de Bouaké - Côte d'Ivoire

Yéo Liomèhin¹, Kéita N Oumar², Djè Bi I Hospice¹, Toh Bi Youzan¹, Dembélé Rokiatou¹, Kpi Y Hermann², Soumahoro N Junior², Méité N², Anon Jean-Claude¹, Silué D Souleymane³, Achi H Vincent¹

¹Service de Pneumologie, CHU de Bouaké/Université Alassane Ouattara Bouaké/ Côte d'Ivoire

²Service de Pneumologie, CHU de Bouaké/Côte d'Ivoire

³Centre Hospitalier Régional de Bouaké/Côte d'Ivoire

ABSTRACT

Introduction. Community-Acquired Acute Bacterial Pneumonias (CAABP) represent a major cause of morbidity and mortality. Smoking is an important contributing factor. This study aimed to describe the clinical, radiographic, and outcome characteristics of CAABP in smokers.

Methodology. A retrospective case-control study was conducted comparing smokers and non-smokers hospitalized for CAABP in the pulmonology department of Bouaké University Hospital between January 1, 2023, and December 31, 2024.

Results. The prevalence of CAABP was 41.0%. Dyspnea was more frequent in smokers (63.4% vs. 39.0%; OR = 2.7). Consultation delays ≥ 15 days were also more common (43.9% vs. 22.0%; OR = 2.78). Symptom onset was more progressive (61.0% vs. 29.3%; OR = 0.26), and fever was less marked (68.3% vs. 26.8%; OR = 0.17). Alveolar syndrome did not differ significantly. Bilateral involvement was more frequent in smokers (36.6% vs. 14.6%; OR = 3.36). Hospitalization lasting ≥ 15 days (34.1% vs. 7.3%; OR = 6.56) and mortality (19.5% vs. 7.3%; OR = 4.41) were also higher.

Conclusion. In smokers, CAABP presented with less pronounced symptoms, more frequent bilateral involvement, and higher mortality. Strengthening tobacco control measures may reduce CAABP incidence and improve outcomes.

KEYWORDS: Acute bacterial pneumonia; Smokers; Clinical presentation; Outcome.

RÉSUMÉ

Introduction. Les Pneumopathies Aiguës Bactériennes Communautaires (PABC) représentent une cause majeure de morbi-mortalité. Le tabagisme constitue un facteur favorisant important. Cette étude visait à décrire les caractéristiques cliniques, radiographiques et évolutives des PABC chez les sujets tabagiques.

Méthodologie. Étude rétrospective cas-témoins comparant les sujets tabagiques et non-tabagiques hospitalisés pour PABC au service de pneumologie du CHU de Bouaké, du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024.

Résultats. La prévalence des PABC était de 41,0%. La dyspnée était plus fréquente chez les tabagiques (63,4% vs 39,0% ; OR=2,7). Le délai de consultation ≥ 15 jours était plus observé (43,9% vs 22,0% ; OR=2,78). Le début des symptômes était plus progressif (61,0% vs 29,3% ; OR=0,26) et la fièvre moins marquée (68,3% vs 26,8% ; OR=0,17). Le syndrome alvéolaire ne différait pas significativement. Les atteintes bilatérales étaient plus fréquentes chez les tabagiques (36,6% vs 14,6% ; OR=3,36). La durée d'hospitalisation ≥ 15 jours (34,1% vs 7,3% ; OR=6,56) et la létalité (19,5% vs 7,3% ; OR=4,41) étaient également plus élevées.

Conclusion. Chez les tabagiques, les PABC se manifestaient par des signes moins bruyants, des atteintes bilatérales plus fréquentes et une létalité accrue. La lutte contre le tabagisme pourrait réduire l'incidence des PABC et améliorer leur pronostic.

MOTS CLÉS: Pneumopathies aigues bactériennes; Sujets tabagiques; Clinique; Evolution.

Corresponding author: YEO Liomèhin. Service de Pneumologie, CHU de Bouaké.
Email: yeoliomehin@yahoo.fr.

INTRODUCTION

Les pneumopathies aigues bactériennes communautaires constituent un problème de santé publique dans le monde et particulièrement dans les pays en développement à cause de leur fréquence et leur morbi-mortalité. Elles sont potentiellement graves et constituent la deuxième cause d'hospitalisation dans les services de pneumologie de certains pays d'Afrique subsaharienne comme le Togo, le Mali et la Côte d'Ivoire [1-3]. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques. Elles sont favorisées par certains facteurs notamment l'immunodépression par le VIH, le diabète, le tabagisme, la malnutrition, les maladies respiratoires chroniques, l'éthylose chronique, la mauvaise hygiène dentaire etc... [4]. Parmi ces facteurs de risque, le tabagisme occupe une place importante. En effet, le tabagisme entraîne une altération des mécanismes de défense de l'appareil respiratoire par la diminution de l'épuration muco-ciliaire et une dysfonction de l'activité des macrophages alvéolaires. L'exposition chronique aux composantes toxiques de la fumée du tabac favorise et entretient une inflammation chronique des bronches avec un risque accru aux infections bactériennes [5]. De ce fait, les PABC du sujet tabagique présenteraient probablement des particularités par rapport à celles du sujet non tabagique. Cette hypothèse nous a emmené à réaliser la présente étude dont l'objectif général était d'améliorer la prise en charge des PABC chez les sujets tabagiques. Les objectifs spécifiques étaient de :

- Décrire les caractéristiques cliniques des PABC chez les sujets tabagiques,
- Décrire les caractéristiques radiographiques et évolutives des PABC chez les sujets tabagiques.

MÉTHODE

Cadre et population

Notre étude s'est déroulée dans le service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké/Côte d'Ivoire. C'est le seul service spécialisé dans la prise en charge des maladies respiratoires en dehors de ceux d'Abidjan. L'étude a concerné les dossiers des patients hospitalisés dans ledit service pour une pneumopathie aigue bactérienne pendant la période d'étude. Le diagnostic de pneumopathie aigue bactérienne était retenu devant les signes cliniques (fièvre, toux avec ou sans expectoration, foyers de râles crépitants à l'auscultation pulmonaire ou une condensation pulmonaire), radiographiques (opacité alvéolaire systématisée ou non, interstitielle ou alvéolo-interstitielle) et biologiques (hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles ou leucopénie). Le caractère communautaire a été évoqué devant une pneumopathie acquise en milieu extrahospitalier, l'absence d'hospitalisation dans les jours précédant le début de la pneumopathie ou devant la constitution

d'un foyer radiologique avant ou dans les deux premiers jours suivant l'admission. La population d'étude était constituée par les patients âgés de plus de 15 ans, hospitalisés pour une PABC pendant la période d'étude. Dans cette population, nous avons sélectionnés les sujets qui étaient tabagiques au moment du diagnostic de la PABC et les anciens tabagiques (Groupe 1). A partir de ce groupe, chaque patient tabagique a été apparié à un autre non tabagique hospitalisé pendant la même période pour cette pathologie, de sorte à constituer une population homogène (Groupe 2). N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients qui avaient d'autres facteurs d'immunodépression tels que l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le diabète, les cancers... et ceux ayant des dossiers médicaux incomplets (informations cliniques insuffisantes, absence de cliché de radiographie thoracique...)

Type et période d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée analytique de type cas-témoins, en comparant les caractéristiques cliniques, radiographiques et évolutives des PABC chez les sujets tabagiques (cas) et chez les sujets non-tabagiques (témoins) hospitalisés pour une PABC au service de pneumologie du CHU de Bouaké pendant la période du 1^{er} Janvier 2023 au 31 Décembre 2024.

Déroulement de l'étude

Les références des dossiers médicaux des patients hospitalisés pour une PABC pendant la période d'étude ont été identifiées à partir du registre d'hospitalisation du service. Ensuite, ces dossiers ont été dépouillés par un Médecin Interne en Pneumologie sous la supervision d'un Médecin Pneumologue. Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête standardisée, structurée et anonyme prévue à cet effet.

Analyse statistique des données

Le traitement de texte et la confection des tableaux ont été effectués avec le logiciel Word 2016. L'analyse statistique des données a été faite à l'aide du logiciel Epi Info 7.1. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes avec l'écart type et les valeurs extrêmes. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de proportions. Le test de Chi 2 ou de T-Student au seuil α à 5% a été utilisé pour la comparaison des proportions ainsi que les odds-ratios.

Paramètres étudiés

Notre étude a consisté à la comparaison des paramètres suivants au sein des 2 groupes:

- les caractéristiques sociodémographiques: âge et sexe,
- les données cliniques : mode de début des symptômes, délai de consultation, motif d'hospitalisation, saturation en oxygène en air ambiant à l'admission...
- les aspects radiographiques: latéralité des

- lésions, complications radiologiques,
- l'évolution en hospitalisation: durée et issue de l'hospitalisation.

Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée après l'accord du Chef du service de Pneumologie et de la Direction Médicale et Scientifique du CHU de Bouaké. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés en attribuant un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête. Le consentement des patients n'était pas requis (étude rétrospective). Les données recueillies ont été exploitées dans le cadre strict de cette étude.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 571 patients ont été hospitalisés au service de Pneumologie dont 234 pour les PABC, soit une fréquence de 41,0%. Les PABC étaient la première cause d'hospitalisation. Parmi les 234 sujets hospitalisés pour des PABC, 41 étaient tabagiques ou anciens tabagiques, soit une fréquence de 17,5%. Au sein de cette population, en tenant compte de nos critères de sélection, les 41 patients tabagiques ont été retenus auxquels 41 autres sujets non tabagiques ont été appariés de sorte à constituer une population homogène. Notre population d'étude était donc finalement constituée de 82 patients (*Figure 1*).

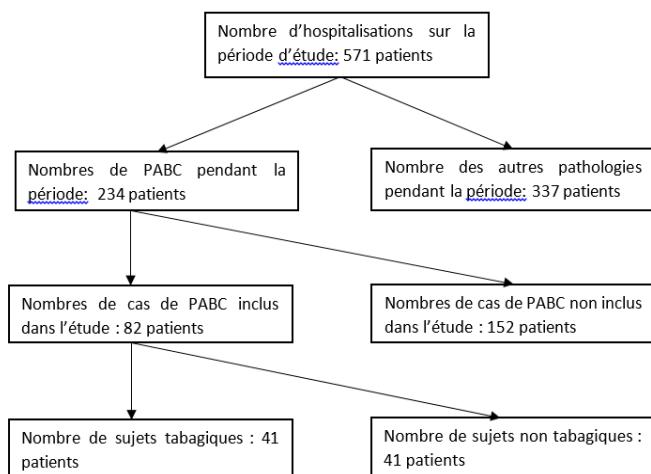


FIGURE 1: Diagramme de flux de sélection des patients
Caractéristiques socio-démographiques

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, les sujets de sexe masculin prédominaient dans les 2 groupes avec des sex ratios respectifs de 12,7 et 9,2. Les âges moyens étaient respectivement de 32,8+/-12,2 ans et 35,6+/-15,1 ans dans les groupes 1 et 2. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (*Tableau 1*).

Données cliniques

La dyspnée était le principal motif d'hospitalisation dans les deux groupes. Elle était plus retrouvée chez les sujets tabagiques (63,4% Versus 39,0%; OR=2,7; [1,10-6,61]). La toux était plus retrouvée dans le groupe des sujets non tabagiques (31,7% Versus 7,3%; OR=1,17 [0,04-0,65]). Le délai de consultation depuis l'apparition des premiers

Sujets tabagiques	n	Sujets Non tabagiques			p	OR ; IC 95%
		%	n	%		
Sexe						
Masculin	38	92,7	37	90,2	0,1	4,32 [0,46-40,48]
Féminin	3	7,3	4	9,8		
Tranche d'âge						
16 à 25 ans	1	2,4	2	4,8	0,31	0,49 [0,04-5,6]
26 à 35 ans	9	22,0	6	14,6	0,2	1,64 [0,52-5,13]
36 à 45 ans	11	26,8	6	14,6	0,09	2,13 [0,7-6,48]
46 à 55 ans	7	17,1	9	22,0	0,29	0,73 [0,24-2,2]
56 à 65ans	8	19,5	10	24,4	0,31	0,75 [0,26-2,15]
>65 ans	5	12,2	8	19,6	0,19	0,57 [0,17-1,93]
Age moye						
					35,6 +/- 15,1	
32,8 +/- 12,2						

symptômes de la maladie était supérieur ou égale à 15 jours chez les sujets tabagiques (43,9% Versus 22,0%; OR=2,78 [1,06-7,29]). Le mode de début des symptômes était progressif chez les sujets tabagiques (61,0% Versus 29,3% ; OR=0,26 [0,1-0,66]). La fièvre était moins élevée chez les sujets non tabagiques (68,3% Versus 26,8% ; (OR=0,17 [0,06-0,44])). A l'admission en hospitalisation, la saturation inférieure à 90% était plus retrouvée au sein des sujets tabagiques mais la différence observée n'était pas statistiquement significative (OR=2,2 [0,85-5,65]). Les caractéristiques cliniques sont résumées dans le (*Tableau 2*).

	TABLEAU 2 Données cliniques des Pneumopathies Aigues Bactériennes Communautaires					
	Sujets tabagiques	Sujets non tabagiques	P	OR ; IC 95%	n	%
Motif d'hospitalisation						
Dyspnée	26	63,4	16	39,0	0,01	2,7 [1,10-6,61]
Toux	3	7,3	13	31,7	0,00	1,17 [0,04-0,65]
Douleur	4	9,7	6	14,6	0,26	0,63 [0,16-2,42]
thoracique						
Hémoptysie	8	19,4	6	14,6	0,29	1,41 [0,44-4,51]
Délai de consultation						
1-7 jours	14	34,1	20	48,8	0,09	0,54 [0,22-1,32]
8-14 jours	9	21,9	12	29,3	0,23	0,68 [0,25-1,84]
≥15 jours	18	43,9	9	22,0	0,02	2,78 [1,06-7,29]
Mode de début des symptômes						
Brutal	16	39,0	29	70,7	0,00	0,26 [0,1-0,66]
Progressif	25	61,0	12	29,3		
Fièvre marquée						
Oui	13	31,7	30	73,2	0,00	0,17 [0,06-0,44]
Non	28	68,3	11	26,8		
Saturation en O2 à l'admission						
Normale	15	36,6	20	48,8	0,14	0,61 [0,25-1,46]
90-94%	10	24,4	11	26,8	0,4	0,88 [0,33-2,37]
<90%	17	41,5	10	24,4	0,05	2,2 [0,85-5,65]

Données radiologiques et évolutives

Le syndrome alvéolaire était plus retrouvé dans les deux groupes sans différence statistiquement significative de même que la topographie pulmonaire droite des lésions unilatérales. Les lésions pulmonaires étaient bilatérales chez les sujets tabagiques (36,6% Versus 14,6%; (OR=3,36 [1,15-9,36]). L'atteinte pleurale ou l'abcédation de la pneumopathie était statistiquement plus retrouvée chez les sujets tabagiques (31,7% Versus 7,3%; (OR=5,88 [1,53-22,6]). La durée d'hospitalisation était supérieure ou égale à 15 jours chez les sujets tabagiques (34,1% Versus 7,3%; OR=6,56 [1,71-25,1]) avec une létalité plus élevée (19,5% Versus 7,3%; OR=4,41 [1,06-18,3]). Les caractéristiques radiographiques et évolutives sont résumées dans le (Tableau 3)

		Aspects radiographiques et évolutifs des PABC					
		Sujets tabagiques		Sujets non tabagiques		P	OR ; IC 95%
		(n)	(%)	(n)	(%)		
Syndrome alvéolaire							
Oui	28	68,3	35	85,4	0,04	0,37 [0,13-1,1]	
Non	13	31,7	6	14,6			
Étendue des lésions							
Unilatérales droites	21	51,2	26	63,4	0,14	0,6 [0,25-1,46]	
Unilatérales gauches	5	12,2	9	22,0	0,13	0,49 [0,15-1,63]	
Bilatérales	15	36,6	6	14,6	0,01	3,36 [1,15-9,85]	
Pleuronpneumopathie ou abcès							
Oui	13	31,7	3	7,3	0,00	5,88 [1,53-22,6]	
Non	28	68,3	38	92,7			
Durée de l'hospitalisation							
1-7 jours	12	29,3	22	53,6	0,01	0,36 [0,14-0,88]	
8-14 jours	15	36,6	16	39,0	0,32	0,81 [0,33-1,98]	
≥15 jours	14	34,1	3	7,3	0,00	6,56 [1,71-25,1]	
Issue de l'hospitalisation							
Favorable	31	75,6	36	87,8	0,08	0,43 [0,13-1,4]	
SCAM*	2	4,9	2	4,9	0,5	1,0 [0,13-7,46]	
Décès	8	19,5	3	7,3	0,02	4,41 [1,06-18,3]	

DISCUSSION

Nous avons retrouvé très peu d'écrits sur ce thème, ce qui n'a pas rendu aisée la comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs. Aussi, du fait du caractère rétrospectif de notre étude, certaines informations telles que la quantification du tabagisme, les autres types de tabac consommé en dehors de la cigarette et les caractéristiques précises des signes fonctionnels étaient-elles insuffisamment renseignées dans les dossiers médicaux. Cela pourrait entraîner des biais dans le recueil des données. Cependant,

nos critères de sélection nous ont permis de réduire ce biais éventuel. Par ailleurs, le caractère princeps de cette étude dans la région du Gbéké fait son originalité en mettant à disposition des données exploitables sur les particularités des PABC chez les sujets tabagiques. Quand on considère les caractéristiques sociodémographiques, les deux populations d'étude étaient très semblables sans différence statistiquement significative. Les différences qui pourraient s'observer entre ces deux groupes ne seraient donc pas liées à ces paramètres.

Caractéristiques cliniques des PABC chez les sujets tabagiques

Le principal motif de consultation était la dyspnée chez les sujets tabagiques (63,4% versus 39,0%) alors que la toux avait plus motivé la consultation chez les sujets non tabagiques (31,7% versus 7,3%). Koffi *et al* n'avaient pas trouvé de différence significative entre les signes fonctionnels respiratoires chez les sujets tabagiques et les sujets non tabagiques à Abidjan en Côte d'Ivoire [6]. La dyspnée et la toux sont habituellement les principaux signes fonctionnels retrouvés au cours des PABC selon plusieurs auteurs [7-11]. Dans notre étude, la toux était plus retrouvée chez les sujets non tabagiques. En effet, la toux est un symptôme habituellement banal chez les sujets tabagiques à cause de l'altération du tapis muco-ciliaire, l'inflammation chronique des voies respiratoires et les bronchites chroniques observées chez ces patients. De ce fait, la toux devient un mécanisme de compensation pour le nettoyage des voies respiratoires inférieures. Cette toux inquiète donc rarement le sujet tabagique, c'est pourquoi elle constitue moins un motif de consultation chez le sujet tabagique. De façon générale, au cours des pathologies respiratoires, la toux est bien tolérée par les patients mais lorsque survient la dyspnée, elle les pousse à consulter car elle pourrait rapidement évoluer vers la détresse respiratoire avec mise en jeu du pronostic vital. Dans notre étude, la dyspnée constituait le motif de consultation plus chez les sujets tabagiques que chez les sujets non tabagiques. En effet, l'atteinte parenchymateuse avec altération des échanges gazeux alvéolo-capillaires et les sécrétions bronchiques induites par l'effet de la fumée du tabac sur les voies aériennes sous glottiques pourrait expliquer cette prédominance de la dyspnée chez les sujets tabagiques de même que l'hypoxémie au cours de la PABC au sein de cette population [5]. La PABC est une infection aigüe dont le mode de début est habituellement brutal. Dans notre étude, l'installation des symptômes était progressive chez les sujets tabagiques avec un long délai de consultation supérieur ou égale à 15 jours. Ce délai est jugé long pour une pathologie aigüe. Sawadogo avait trouvé un mode de début brutal chez 63,1% et un délai de consultation supérieur à 15 jours chez 29,2% des patients dans son étude au Mali où 53,8% de la population d'étude était tabagique [11]. En effet, l'immunodépression locale induite par le tabagisme pourrait rendre le tableau clinique moins bruyant. Koffi *et al* avaient plutôt trouvé que les signes cliniques des PABC étaient plus bruyants chez les sujets tabagiques [6]. En dehors des signes fonctionnels respiratoires, la PABC se manifeste par des signes généraux dominés par la fièvre à cause de l'origine bactérienne de cette maladie. Dans notre étude, la fièvre était moins marquée chez les sujets tabagiques ($p=0,000$; OR= 0,17 [0,06-0,44]). Kwas *et al* et Sawadogo avaient

respectivement trouvé la fièvre chez plus de 50% et 90,8% des patients en Tunisie et au Mali [10,11]. L'immunodépression locale induite par la fumée du tabac sur les poumons est responsable de la diminution de production des cytokines pro-inflammatoires qui sont responsables de l'élévation de la température corporelle. Cela a pour conséquence une atténuation de la réaction inflammatoire systémique aboutissant à une fièvre moins intense ou absente. Aussi, la nicotine contenue dans le tabac aurait-elle un effet sur le système nerveux central avec une modification du seuil de déclenchement de la fièvre. Ces raisons pourraient expliquer l'absence ou la faible intensité de la fièvre chez les sujets tabagiques dans notre étude.

Caractéristiques radiologiques et évolutives

La radiographie thoracique avait retrouvé un syndrome alvéolaire chez la majorité des patients au sein des deux populations sans différence significative. Le même constat a été fait par plusieurs auteurs [1,6,10,11]. Les lésions unilatérales prédominaient au poumon droit dans les deux populations sans différence significative. En effet, du fait de la disposition anatomique de la bronche souche droite (plus courte, plus large et plus verticale que la bronche souche gauche), les bactéries ont plus tendance à se retrouver dans le poumon droit, s'y multiplient et créent les infections. La bilatéralisation des lésions pulmonaires chez les sujets tabagiques s'expliquerait par la répartition symétrique de la fumée inhalée du tabac dans les deux poumons des sujets tabagiques. De ce fait, le poumon gauche du sujet tabagique est plus vulnérable que celui du sujet non tabagique. Maïga *et al* avaient trouvé la prédominance de lésions pulmonaires bilatérales chez le sujet âgé, dû probablement aux nombreuses comorbidités et à l'immunodépression sénile [12].

Au plan radiologique, les complications (pleurésie, abcès pulmonaire) étaient plus observées chez les sujets tabagiques. Kwas *et al* avaient trouvé plus de complications chez les sujets âgés [10]. L'immunodépression locale induite par la fumée du tabac et le retard de consultation des sujets tabagiques pourraient favoriser la survenue de complications sur ces poumons fragilisés indépendamment de la virulence des bactéries responsables des pneumopathies.

Les bactéries responsables des PABC n'ont été isolées que chez 4 patients (4,9%) dans notre étude. En effet, l'examen cytobactériologique des crachats n'est pas réalisable au CHU de Bouaké puis l'analyse bactériologique du liquide pleural (pleuropneumopathie), les hémodcultures et les autres examens bactériologiques à visée étiologique sont payants et aux frais des patients. Ces contraintes limitent la réalisation

des examens bactériologiques à visée étiologique quand on sait que cette pathologie atteint le plus souvent les couches sociales les plus défavorisées. Le traitement était surtout basé sur une antibiothérapie probabiliste avec l'association Amoxicilline-Acide clavulanique en première intention. La durée d'hospitalisation était plus longue (≥ 15 jours) chez les sujets tabagiques ($p=0,00$; $OR=6,6$ [1,71-25,11]). Zougba *et al* avaient trouvé une durée moyenne d'hospitalisation plus longue (15 jours) chez les sujets immunodéprimés par le VIH au Burkina Faso [8]. Kwas *et al* et Maïga *et al* avaient trouvé des durées d'hospitalisation plus longues chez les sujets âgés [10,12]. La létalité globale qui était de 13,4%, était plus élevée au sein des sujets tabagiques (19,5% versus 7,3%). Koffi *et al* avaient trouvé des taux de mortalité respectifs similaires de 20,9% et 8,0% au CHU de Cocody [6]. Kayantao et Zougba *et al* avaient trouvé des taux respectifs de mortalité de 9,1% et 9,4% au Mali et au Burkina Faso [7,8]. Au Togo et au Mali, Okemba *et al* et Sawadogo *et al* avaient trouvé des taux de mortalité globale plus élevés, respectivement de 18,9% et 35,4% [1,11]. Ces forts taux de mortalité s'expliqueraient par le fait que près de la moitié de la population d'étude (48,1%) était séropositive au VIH dans l'étude d'Okemba *et al* et l'étude de Sawadogo était réalisée dans un service d'urgences médicales où la mortalité est habituellement élevée. Le pronostic des PABC est défavorable chez ces sujets en fonction du degré d'immunodépression [13]. Dans notre étude, les patients tabagiques avaient un délai de consultation plus long puis ils présentaient plus de complications avec une durée d'hospitalisation plus longue. Ces facteurs pourraient expliquer le taux de décès plus élevé au sein de cette population. Sawadogo avait trouvé le délai de consultation supérieur à 15 jours et le tabagisme comme des facteurs associés au décès dans son étude au Mali [11].

CONCLUSION

les PABC étaient la première cause d'hospitalisation dans le service de pneumologie du CHU de Bouaké. Le tableau clinique était moins bruyant chez les sujets tabagiques avec un long délai de consultation et des lésions radiologiques bilatérales. La durée d'hospitalisation et la létalité étaient plus élevées chez les sujets tabagiques. La lutte contre le tabagisme devrait permettre de diminuer l'incidence des PABC et d'améliorer leur pronostic.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Non.

RÉFÉRENCES

1. Okemba-Okombi FH, Komi AS, Ibara OBR, Boumandoki JPC, Bemba ELP, Itoua AC *et al*. Evaluation de la prise en charge des pneumopathies aigues d'allure bactérienne en milieu pneumologique africain. J Func Vent Pulm. 2015 ; 19 (6) : 17-25.
2. Kayantao D, Kéita B, Sangaré S. Etude des causes d'hospitalisation de 1987 à 1991 dans le service de pneumo -phtisiologie de l'hôpital du Point G à Bamako (Mali). Méd Afr Noire. 1998 ; 45 (12) : 700-3.

3. Horo K, Godé VC, Ahui JBM, Kouassi BA, Djéréké GB, Cardenat M et al. Pneumonies communautaires d'allure bactérienne chez le sujet infecté par le VIH : étude préliminaire. *Rev Pneumol Clin.* 2009; 65(3): 137-42.
4. Torres A, Peetermans WE, Viegi G, Blasi F. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a littérature review. *Thorax.* 2013 ; 68 :1057-65.
5. Perriot J, Underner M, Doly-Kuchcik L. Tabac : quels risques pour la santé ? *La Revue du Praticien.* 2012 ; 333-8.
6. Koffi MO, Koné A, Kouassi BA, Godé F ; Manéwa FS, Horo K et al. Manifestations cliniques et paracliniques de la pneumopathie aiguë bactérienne chez le sujet tabagique dans un service de pneumologie à Abidjan. *Rev Mal Respir.* 2015 ; 32 (s) : A 158.
7. Kayantao D, Koné A, Tchaméni PR, M'baye O, Diallo S, Cissoko B. et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des pneumopathies bactériennes à l'Hôpital du Point G à Bamako. *Méd Afr Noire.* 2001 ; 48 (10) : 428-31.
8. Zougba AZ, Ouédraogo M, Boncounou K, Ki C, Ouédraogo SM, Ouédraogo G. et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pneumopathies aiguës bactériennes dans le service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo-Dioulasso. *Méd Afr Noire* 2000. ; 47 (11) : 470-2.
9. Soumaré D, Ouattara K, Kanouté T, Gakou B, Baya B, Guindo I. et al. La pneumopathie aigue bactérienne communautaire du sujet âgé en pneumologie au Centre Hospitalier et Universitaire du Point-G, Bamako-Mali. *Mali Méd.* 2022 ; 37(3) : 54-7.
10. Kwas H, Habibech S, Zendah I, Khattab A, Ghedira H. Particularités de la pneumopathie aigue communautaire chez le sujet âgé. *Tunis Méd.* 2017 ; 95(2) : 92-6.
11. Sawadogo B. Pneumopathies aigues bactériennes communautaires aux urgences du CHU du Point G : profil épidémiologique, clinique et évolutif. [Thèse Méd]. Univ Bamako/Mali : Faculté des Sciences, des Techniques et de Technologie 2012.
12. Maiga S, Adambounou AS, Aziagbe AK, Ouedraogo AR, Efalou PJ, Gbadamassi A. et al. Particularités des pneumopathies bactériennes du sujet âgé en milieu hospitalier à Lomé (Togo). *Rev Mal Respir.* 2018 ; 35 (s) : A250.
13. Godet C, Beraud G, Cadranel J. Pneumonies bactériennes chez les personnes infectées par le VIH (hors mycobactéries). *Rev Mal Respir.* 2012 ; 29(8) : 1058-66.