



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Epidemiological, diagnostic and progressive aspects of the pleuropulmonary pathology of pregnant women

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et évolutifs de la pathologie pleuropulmonaire de la femme enceinte

KB. Ossalé Abacka¹, FH. Okemba Okombi^{1,2}, H. Lankoandé Siri³, PP. Koumeke¹, EPL. Bemba^{1,2}, RG. Bopaka^{1,2}, O. Akoli Ekoya³, A. Koné^{4,5}, M. Illoye Ayet¹, K. Horo^{4,5}.

¹: Service de Pneumologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, République du Congo

²: Université Marien Ngouabi de Brazzaville, Brazzaville, République du Congo

³: Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville, République du Congo

⁴: Service de Pneumo-Phtisiologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

⁵: Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire

ABSTRACT

Introduction. During pregnancy, several adaptations are necessary to meet the increased metabolic needs of the mother and fetus. The aim of this work is to identify the main pleuropulmonary pathologies in women during pregnancy at the Brazzaville university hospital center.

Methods. We carried out a prospective and descriptive study over a 2-year period from January 1, 2017 to December 31, 2018, on the analysis of the files of pregnant women hospitalized in the pneumology department.

Results. 39 subjects were included in the survey. The average age was 17.0 ± 7.7 years with extremes ranging from 17 to 46 years. Cough and dyspnea were the most common respiratory symptoms, 94.87% and 79.49%, respectively; followed by respiratory distress in 64.10% of cases. The radiological abnormalities found were: alveolar syndrome 35.90%, interstitial syndrome 15.38%, alveolo-interstitial syndrome 30.77%, bronchial dilations 5.13%, cavitary syndrome 10.25%, pleural fluid effusion syndrome 23.08%, mediastinal lymphadenopathy 15.38%, cardiomegaly 5.13%. The infectious pathology was predominant (89.74%), the most frequent cause was tuberculosis (48.72%) followed by infections with common germs (28.21%).

Conclusion. The pleuropulmonary pathology of pregnant women in Brazzaville follows the same distribution as that of the general population. It remains dominated by infections.

KEYWORDS: Pregnancy; Respiratory symptom; Infection; Pleuropulmonary pathology.

RÉSUMÉ

Introduction. Au cours de la grossesse, plusieurs adaptations sont nécessaires pour répondre aux besoins métaboliques augmentés de la mère et du fœtus. Le but de ce travail est d'identifier les principales pathologies pleuropulmonaires de la femme au cours de la grossesse au centre hospitalier universitaire de Brazzaville.

Méthodes. Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive sur une période de 2 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2018, portant sur l'analyse des dossiers des femmes enceintes hospitalisées dans le service de pneumologie.

Résultats. 39 sujets ont été incluses dans l'enquête. L'âge moyen était de 17.0 ± 7.7 ans avec des extrêmes allant de 17 à 46 ans. La toux et la dyspnée étaient les symptômes respiratoires les plus retrouvés, 94,87% et 79,49% respectivement suivies de la détresse respiratoire dans 64,10% des cas. Les anomalies radiologiques retrouvées étaient: syndrome alvéolaire 35,90%, syndrome interstitiel 15,38%, syndrome alvéolo-interstitiel 30,77%, dilatations des bronches 5,13%, syndrome cavitary 10,25%, syndrome d'épanchement pleural liquidien 23,08%, adénopathies médiastinales 15,38%, cardiomégalie 5,13%. La pathologie infectieuse était prédominante (89,74%), la cause la plus fréquente était la tuberculose (48,72%) suivie des infections à germes banals (28,21%).

Conclusion. La pathologie pleuropulmonaire de la femme enceinte à Brazzaville suit la même distribution que celle de la population générale. Elle reste dominée par les infections.

MOTS CLÉS: Grossesse; Symptôme respiratoire; Infection; Pathologie pleuropulmonaire.

Corresponding author: OSSALE ABACKA kévin Boris. 186, rue Saint-Paul Talangai Brazzaville
E-mail: bennkoyi@yahoo.fr

INTRODUCTION

Au cours de la grossesse, plusieurs adaptations sont nécessaires pour répondre aux besoins métaboliques augmentés de la mère et du fœtus; ces besoins sont la conséquence des modifications anatomiques et fonctionnelles du système cardiorespiratoire du fait de facteurs hormonaux et de l'augmentation progressive de la taille de l'utérus [1-3]. Les conséquences engendrées sont à la base de la décompensation de certaines pathologies préexistantes ou encore peuvent faire le lit d'autres maladies notamment infectieuses et cardiovasculaires [4,5]. Hormis les modifications anatomiques et fonctionnelles, certains facteurs extrinsèques peuvent influencer l'état de santé de la femme enceinte, parmi lesquels le comportement socio-culturel, la qualité des soins bénéficiés par la gestante [6]. Parmi les pathologies développées par la femme pendant la grossesse, les atteintes pleuropulmonaires occupent une place non négligeable. De manière générale, l'épidémiologie des maladies respiratoires change d'une zone du monde à une autre. Ainsi, dans les pays industrialisés la pathologie respiratoire est dominée par les conséquences du tabagisme et les maladies dégénératives, tandis qu'en Afrique sub-saharienne, la pathologie infectieuse est au premier plan [7-9]. Le but de ce travail est d'identifier les principales pathologies pleuropulmonaires de la femme au cours de la grossesse au centre hospitalier universitaire de Brazzaville.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive sur une période de 2 ans allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018, portant sur l'analyse des dossiers des femmes enceintes hospitalisées dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B) pendant cette période. Le CHU-B est le seul centre de santé doté d'un service de pneumologie en république du Congo. Les variables étudiées, obtenues à travers une fiche d'enquête, sont représentées par les caractéristiques socio-culturelles (âge, niveau d'instruction, religion, adresse, statut matrimonial), les caractéristiques cliniques (antécédents, terme de la grossesse, consultations prénatales, mode d'approvisionnement en médicaments, les signes cliniques), les caractéristiques paracliniques (radiologiques et biologiques), le diagnostic et le devenir du couple mère-enfant. Toutes les femmes enceintes hospitalisées dans le service pendant la période d'étude ont été incluses. Nous avons exclu de cette étude les femmes chez lesquelles les explorations paracliniques n'ont pu être réalisées. L'analyse des données était faite à base du logiciel Epi info7.1.3.3. L'analyse uni variée a permis de présenter les données générales.

En analyse bi variée nous avons présenté l'influence des variables qualitatives entre elles, selon le test de Khi deux ou de Fisher exact. Le seuil de p inférieur à 0,05 a été considéré comme significatif.

RÉSULTATS

Résultats généraux

Durant la période d'étude, 46 femmes enceintes ont été admises en hospitalisation dans le service de pneumologie du CHU de Brazzaville; 39 ont été incluses dans l'enquête. L'âge moyen était de $17 \pm 7,7001$ ans avec des extrêmes allant de 17 à 46 ans. Les patientes dont l'âge était compris entre 20 et 30 ans représentaient 48,72% de la population d'étude. Les patientes qui avaient un niveau d'études secondaire et celles dont l'âge compris entre 20 et 30 ans ont été affectées dans les proportions de 79,49% et 48,72% respectivement. Les protestantes, les célibataires et les commerçantes ont été concernées dans les proportions respectives de 92,31%, 89,74 % et 33,33% (Tableau 1).

Tableau 1 Distribution des patientes selon les caractéristiques socio-démographiques et culturelles		
Caractéristiques socio-démographiques et culturelles	Effectif (N = 39)	Pourcentage %
Niveau d'études		
Primaire	5	12,82
Secondaire	31	79,49
Supérieur	2	5,13
Non scolarisée	1	2,56
Adresse		
Ville	37	94,87
Compagne	2	5,13
Religion		
Catholique	2	5,13
Protestante	36	92,31
Musulmane	1	2,56
Etat civil		
Mariée	2	5,13
Célibataire	35	89,74
Veuve	2	5,13
Tranche d'âge		
Moins de 20 ans	5	12,82
20 - 30 ans	19	48,72
31 ans - 40 ans	12	30,77
Plus de 40 ans	3	7,67
Profession		
Agent de santé	1	2,56
Commerçante	13	33,33
Elève	11	28,21
Etudiante	2	5,13
Cultivatrice	1	2,56
Coiffeuse	1	2,56
Aucune	10	25,64

TABLEAU 2 Distribution des patientes selon les modalités de la prise en charge avant l'admission en pneumologie		
Modalités de la prise en charge	Effectif N= 39	Pourcentage (%)
<i>Consultations prénatales</i>		
oui	30	76,92
non	9	23,08
<i>Début des symptômes</i>		
1 ^{er} trimestre	5	12,82
2 ^{eme} trimestre	17	43,59
3 ^{eme} trimestre	17	43,59
<i>Agent de santé en charge de la grossesse</i>		
Obstétricien	2	5,26
Médecin généraliste	1	2,63
Sage-femme	34	89,47
Non suivie	1	2,63
<i>Type de traitement reçu</i>		
médicamenteux	32	82,05
traditionnel	0	0,00
aucun	7	17,95
<i>Modalité d'approvisionnement en médicaments</i>		
prescription médicale	16	41,03
prescription de la sage-femme	8	20,51
automédication	8	20,51
conseil à la pharmacie	7	17,95

Dans 76,92% des cas, les patientes effectuaient des consultations prénatales et, elles étaient pour la plupart suivies par une sage-femme (89,47%). Les symptômes respiratoires ont débuté aux deuxième et troisième trimestres dans 43,59% des cas pour chaque période. Devant ces symptômes, elles bénéficiaient d'une prescription médicamenteuse dans 41,03% des cas (Tableau 2).

La toux et la dyspnée étaient les symptômes respiratoires les plus retrouvés, 94,87% et 79,49% respectivement suivies de la détresse respiratoire dans 64,10% des cas. L'intoxication éthylique a été retrouvée chez 15,38% patientes; 12,82% patientes étaient déjà connues séropositives au VIH. Dans 46,15% le diagnostic de l'affection respiratoire a été fait en post-partum.

Les anomalies radiologiques retrouvées étaient: syndrome alvéolaire 35,90%, syndrome interstitiel 15,38%, syndrome alvéolo-interstitiel 30,77%, dilata-tions des bronches 5,13%, syndrome cavitair 10,25%, syndrome d'épanchement pleural liquidien 23,08%, adénopathies médiastinales 15,38%, cardiomégalie 5,13% (Tableau 3).

TABLEAU 3 Distribution des patientes selon les caractéristiques cliniques		
Caractéristiques cliniques	Effectif (N = 39)	Pourcentage %
<i>Antécédents retrouvés</i>		
Consommation d'alcool	6	15,38
Asthme	2	5,13
Tuberculose pulmonaire	2	5,15
Drépanocytose	2	5,13
Cirrhose hépatique	1	2,56
HTA	1	2,56
Infection à VIH	5	12,82
<i>Moment du diagnostic de l'affection respiratoire</i>		
1 ^{er} trimestre	4	10,26
2 ^{eme} trimestre	8	20,51
3 ^{eme} trimestre	9	23,08
Post-partum	18	46,15
Fièvre	29	74,36
<i>Signes fonctionnels respiratoires</i>		
Toux	37	94,87
Douleur thoracique	17	43,59
Dyspnée	31	79,49
Hémoptysie	3	7,69
Vomique	0	0,00
<i>Signes physiques</i>		
Syndrome condensation pul-monaire	11	28,21
Hypoxémie	14	35,89
Râles crépitants	26	66,66
Détresse respiratoire	25	64,1
Pleurésie	7	17,94
Insuffisance cardiaque gauche	2	5,12
Râles sibilants	4	10,25
Examen physique normal	4	10,25

La radiographie thoracique était normale dans 5,13%. L'anémie a été retrouvée dans 64,10% et le syndrome inflammatoire biologique dans 69,23%. Le taux de séropositivité au VIH était de 25,64%.

La pathologie infectieuse était prédominante (89,74%), la cause la plus fréquente était la tuberculose (48,72%) suivie des infections à germes banals (28,21%).

L'issue thérapeutique était favorable dans 92,31%, l'hypotrophie avait affecté 64,10% des nouveau-nés. Deux patientes sont décédées, l'une d'une hémoptysie et l'autre d'une insuffisance respiratoire aiguë (Tableau 4).

TABLEAU 4 Distribution des patientes selon les aspects diagnostiques et évolutifs		
	Effectif	Pourcentage
<i>Diagnostic</i>		
Bronchite aiguë	1	2,56
Crise d'asthme	2	5,13
OAP cardiogénique	3	7,69
Pleurésie à germes banals	1	2,56
Pneumocystose pulmonaire	1	2,56
Pneumopathie à germes banals	9	23,08
Pneumopathie pétrolière	1	2,56
Surinfection des séquelles pulmonaires	2	5,13
Tuberculose et pneumocystose pulmonaire	1	2,56
Tuberculose pleurale	2	5,13
Tuberculose pulmonaire	16	41,03
<i>Issue thérapeutique</i>		
Favorable	36	92,31
Sortie contre avis médical	1	2,56
Décès	2	5,13
<i>Poids de l'enfant à la naissance</i>		
Eutrophique	12	30,77
Hypotrophique	25	64,10
Non évalué	2	5,13
<i>Causes de décès maternel</i>		
Hémoptysie	1	50,00
Insuffisance respiratoire aiguë	1	50,00

Analyse bivariée

Le niveau d'études, l'activité professionnelle et la religion ont eu un impact sur le choix du personnel soignant pour les consultations prénatales.

Ainsi le bas niveau d'études, l'activité commerciale et la religion protestante ont été fortement liés au suivi des patientes par une sage-femme, les différences sont significatives, 0,02; 0,0007 et 0,000 respectivement (Tableau 5).

Cependant ces conditions socio-culturelles n'ont pas influencé le diagnostic (Tableau 6).

TABLEAU 5 influence des conditions socio-culturelles sur le choix du personnel soignant					
	Personnel soignant				P
	Obstétricien	Médecin généraliste	Sage-femme	Aucun	
<i>Niveau d'études</i>					
Primaire	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0
Secondaire	6,45%	3,23%	90,32%	0,00%	,0
Supérieur	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	2
Non scolarisée	0,00%	0,00%	100%	0,00%	
<i>Profession</i>					
Agent de santé	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0
Commerçante	0,00%	0,00%	100%	0,00%	,0
Cultivatrice	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0
Elève	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0
Etudiante	0,00%	0,00%	100%	50,00%	7
Coiffeuse	0,00%	0,00%	100%	0,00%	
Aucune	10,00%	10,00%	80,00%	0,00%	
<i>Religion</i>					
Catholique	0,00%	0,00%	100%	0,00%	0,
Protestante	5,17%	0,00%	91,43%	2,86%	0
Musulmane	0,00%	100%	0,00%	0,00%	0

Les caractéristiques socio-culturelles (adresse, profession et niveau d'études) et le moment de début des symptômes n'avaient pas d'influence sur le diagnostic retrouvé (Tableau 6).

Avoir été à l'école étaient associés à un taux de guérison élevé (p= 0,000).

Cependant l'âge, la profession et le moment de début des symptômes n'avaient pas d'impact sur le devenir des patientes de façon significative (Tableau 7).

TABLEAU 6	Influence des caractéristiques socio-culturelles sur le diagnostic											
	Diagnostic											p
	BA %	CA %	OAPC %	PGB %	PC %	PAB %	PP %	SISP %	TB+P %	TP %	TPM %	
<i>Adresse</i>												
Ville	2,70	5,40	8,11	2,70	2,70	24,32	2,70	5,41	2,70	5,41	37,84	0,9807
Compagne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	000	0,00	0,00	0,00	0,00	100	
<i>Profession :</i>												
Infirmière	0,00	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74401
Coiffeuse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Commerçante	0,00	7,69	7,69	0,00	7,69	23,08	0,00	0,00	7,69	0,00	46,15	
Cultivatrice	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100	
Elève	9,09	0,00	0,00	9,09	0,00	18,18	9,09	0,00	0,00	0,00	54,55	
Etudiante	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	
<i>Niveau d'études</i>												
Primaire	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	20,00	20,00	0,8984
Secondaire	3,23	6,45	3,23	3,23	3,23	19,35	3,23	6,45	3,23	3,23	45,16	
Supérieur	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	
Non scolarisée	0,00	0,00	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>Début des symptômes</i>												
1 ^{er} trimestre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00	0,00	20,00	0,00	0,00	40,00	0,5591
2 ^e trimestre	5,88	5,88	0,00	0,00	0,00	11,76	5,88	5,88	0,00	5,88	5,88	
3 ^e trimestre	0,00	5,88	17,65	5,88	5,88	29,41	0,00	0,00	5,88	5,88	23,53	
<i>Moment de diagnostic</i>												
1 ^{er} trimestre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00	0,00	25,00	0,00	0,00	50,00	0,5656
2 ^e trimestre	12,50	12,50	0,00	0,00	0,00	12,50	12,50	0,00	0,00	0,00	50,00	
3 ^e trimestre	0,00	11,11	11,11	11,11	11,11	33,33	0,00	0,00	0,00	11,11	11,11	
post-partum	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	22,22	0,00	5,56	5,56	5,56	50,00	

BA : bronchite aiguë, CA : crise d'asthme, OAPC : œdème aigu du poumon cardiogénique, PGB : pleurésie à germes banals, PC : pneumocystose, PAB : pneumopathie aiguë bactérienne, PP : pneumopathie pétroliques, SISP : surinfection des séquelles pulmonaires, TB+P : tuberculose et pneumocystose pulmonaires, TPM : tuberculose pulmonaire, TP : tuberculose pleurale.

TABLEAU 7	Distribution des patientes selon les facteurs pronostiques				
	Issue thérapeutique			p	
	Favorable	Décès	SCAM		
<i>Tranche d'âge</i>					
Moins de 20 ans	100%	0,00%	0,00%	0,8001	
20 - 30 ans	94,74%	5,26%	0,00%		
31 - 40 ans	83,34%	8,33%	8,33%		
Plus de 40 ans	100%	0,00%	0,00%		
<i>Niveau d'études</i>					
Primaire	80,00%	20,00%	0,00%	0,000	
Secondaire	96,77%	3,23%	0,00%		
Supérieur	100%	0,00%	0,00%		
Non scolarisée	0,00%	0,00%	100%		
<i>Profession</i>					
Infirmière	100%	0,00%	0,00%	0,6663	
Coiffeuse	100%	0,00%	0,00%		
Commerçante	100%	0,00%	0,00%		
Cultivatrice	100%	0,00%	0,00%		
Elève	100%	0,00%	0,00%		
Etudiante	100%	0,00%	0,00%		
Aucune	70,00%	20,00%	10,00%		
<i>Début des symptômes</i>					
1 ^{er} trimestre	13,89%	0,00%	000%		0,7985
2 ^e trimestre	44,44%	50,00%	000%		
3 ^e trimestre	41,67%	50,00%	100%		
<i>Moment du diagnostic</i>					
1 ^{er} trimestre	11,11%	0,00%	0,00%	0,8653	
2 ^e trimestre	22,22%	0,00%	0,00%		
3 ^e trimestre	22,22%	50,00%	0,00%		
Post-partum	44,44%	50,00%	100%		

DISCUSSION

La grossesse est un phénomène vécu par l'organisme maternel comme une semi-allogreffe temporaire. Durant cet événement des modifications au niveau de l'organisme maternel sont nécessaires pour permettre la tolérance cette allogreffe et l'adaptation de l'organisme maternel à ce nouvel état. Au plan respiratoire, le rétrécissement du calibre des voies aériennes supérieures par congestion peut induire un trouble du sommeil, une rhonchopathie ou des signes de rhinite ; l'élargissement de la cage thoracique et l'ascension du diaphragme permettent l'augmentation de la taille de l'utérus responsable de la diminution de la capacité fonctionnelle résiduelle, de la légère diminution ou pas du tout de la capacité pulmonaire totale. Le volume expiratoire maximal-seconde et la capacité vitale sont normaux. On note également une augmentation du volume courant sans augmentation significative de la fréquence respiratoire est responsable de la hausse de la consommation d'oxygène et de la production du dioxyde de carbone, ainsi que de facteurs hormonaux (progestérone et œstrogènes). Cette augmentation de la ventilation minute de repos entraîne une augmentation de la pression partielle artérielle en oxygène et la baisse de celle du dioxyde de carbone (responsable d'une alcalose respiratoire) dont la conséquence ultérieure est le transfert d'oxygène à travers la placenta [1]. Les modifications cardiovasculaires au cours de la grossesse sont nombreuses : une augmentation du débit cardiaque entre 30 et 50% par augmentation du volume d'éjection systolique et d'une tachycardie due à la demande métabolique placentaire et fœtale, une augmentation du volume plasmatique jusqu'à 45% et du nombre de globules rouges de 20 à 30% responsable d'une hémodilution à l'origine d'une anémie physiologique, une augmentation du travail myocardique compensée par la diminution des résistances vasculaires systémiques secondaire à la production des médiateurs (progestérone, prostaglandines, dioxyde d'azote) et au développement de la circulation placentaire à bas niveau de résistance, et la compression de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale par augmentation du volume de l'utérus [1,10]. Ces modifications physiologiques imposées par le développement placentaire et fœtal créent les conditions à la survenue des décompensations aiguës des pathologies cardio-respiratoires préexistantes et des maladies infectieuses.

Nous avons réalisé une enquête prospective et descriptive portant sur l'analyse des dossiers des patientes enceintes hospitalisées dans le service de pneumologie du CHU de Brazzaville. Durant cette période, 39 patientes ont été incluses à l'étude. Les sujets dont l'âge est compris entre 20 et 30 ans

étaient les plus touchés (48,72%). Il en est de même des patientes ayant un niveau scolaire secondaire (79,49%), des protestantes (92,31%), des célibataires (89,74%) et des patientes œuvrant dans le secteur informel. Dans 76,92% des cas ces femmes enceintes étaient suivies ; le type d'agent de santé le plus fréquenté était la sage-femme. Dans 43,59% les symptômes respiratoires ont débuté au deuxième trimestre et le diagnostic de l'affection respiratoire a été porté en post-partum dans 46,15%. La pathologie infectieuse était dominante.

La tranche d'âge de 20 à 30 ans correspond à la période dans laquelle l'activité sexuelle est intense. La mauvaise politique de l'emploi en république du Congo génère un taux de chômage élevé. En 2015, ce taux avait été estimé à 42% pour la population jeune par le programme des nations unies pour le développement [11]. Le manque d'emploi dans la population jeune expose à des comportements sexuels à risque, donc pourvoyeurs des grossesses non désirées. Ces conditions réunies font le lit d'une précarité du niveau de vie. La mauvaise condition de vie est elle-même source des maladies environnementales, le plus souvent infectieuses. Le fait que les voies aériennes basses, d'une superficie d'environ 80-120 m², sont au contact direct et étroit avec le milieu externe, elles sont la cible privilégiée de ces maladies. Ces pathologies infectieuses sont dominées par la tuberculose. Selon l'organisation mondiale de la santé, dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale atteint 100/100 000 habitants ou plus, le dépistage systématique de la tuberculose évolutive chez la femme enceinte devra être considéré comme faisant partie des soins prénatals [12]. La sage-femme était l'agent de santé le plus fréquenté par les gestantes. Cela peut être expliqué par le coût élevé de la prise en charge de la grossesse chez l'obstétricien comparée à celle réalisée par la sage-femme. Les facteurs comme le bas niveau d'instruction et la précarité des conditions socio-économiques des patientes sont également des éléments qui incitent les gestantes à fréquenter plus la sage-femme que l'obstétricien. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (92,31%). Etant donné que la pathologie dominante était infectieuse, cette évolution majoritairement favorable est liée à la bonne observance des recommandations des consensus. Deux patientes sont décédées. L'une d'elle est morte par hémoptysie cataclysmique. Cette patiente était porteuse d'une cirrhose hépatique. L'association cirrhose du foie et grossesse est une situation à la fois rare et mauvaise, car le risque de décompensation de la cirrhose est accru. Cette décompensation est due à l'augmentation de l'hypertension portale et l'aggravation de l'insuffisance hépatocellulaire. Le pronostic maternel et/ou fœtal est en jeu et la mortalité restée élevée [13,14]. L'autre patiente est décédée

dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë. Cette patiente séropositive au VIH était affectée par une pneumocystose pulmonaire avec atteinte infiltrante diffuse et bilatérale responsable d'une défaillance multiviscérale. L'hypotrophie observée chez 64,10% des nouveau-nés est le reflet du retard de croissance intra-utérin imputable à l'action conjuguée de l'hypoxémie chronique et l'anémie chez la mère. En effet, l'apport insuffisant en oxygène, car l'organe de ventilation est affecté, entraîne l'altération des échanges entre la mère et le fœtus.

Cette altération est d'autant plus exagérée que la gestante présente une anémie.

CONCLUSION

La pathologie pleuropulmonaire de la femme enceinte à Brazzaville suit la même distribution que celle de la population générale. Elle reste dominée par les infections.

La tuberculose est l'infection la plus fréquente. Le pronostic reste globalement bon.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

- Daccord C, Fitting J-W. Poumon et grossesse. *Rev Med Suisse* 2013 ; 9 : 2142-9.
- Faivre J, Verroudt N, Ghiglione S, Mignon A. Cardiopathies et grossesses. *Réanimation* 2009 ; 18 : 215-22.
- Gosset-Woimant M, Sanchez O, Roux A Meyer G. Embolie pulmonaire et grossesse. *La lettre du pneumologue*. Mars -Avril 2013 ; 16(2) : 46-50.
- Prudhomme A, Frys S, Tillie-Leblond. Exacerbations de l'asthme chez la femme enceinte. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28 : 834-8.
- Fdili Alaoui FZ, Bouguern H, Chaaara H, Melhouf MA. Tuberculose pulmonaire et grossesse à propos d'un cas. *La lettre du gynécologue*. Décembre 2009 ; 347 : 13-5.
- Touati-Micheri D, Bensalem A, Oulamara H. Grossesse et facteurs socio-économiques. *Nutrition clinique et Métabolisme*. Février 2017 ;(31)1 : 79-80.
- Ossalé Abacka KB, Bemba ELP, Bopaka RG, Okemba Okombi FH, Koumeka PP, Ahui JBM et al. Problématique de la prise en charge des pneumopathies interstitielles au CHU de Brazzaville. *Rev Pneumol Trop* 2017 ; 28 : 59-64.
- Annesi-Maesano I. Epidémiologie des maladies respiratoires. *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 20-7.
- Aït-Khaled N, Enarson D, Bousquet J. Les maladies respiratoires chroniques dans les pays en développement : Charge de morbidité et stratégies de prévention et de prise en charge. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* ; 2002 ; 6 : 52-60.
- Faivre J, Verroust N, Ghiglione S, Mignon A. Cardiopathie et grossesse ; *Réanimation* 2009 ; 18 : 215-22.
- République du Congo. Système des nations unies. Rapport national : des progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. Avril 2010, 81 p.
- Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatales pour que la tuberculose soit une expérience positive. Janvier 2018.
- Bagny A, Akolly DAE, Lawson-Ananiso LM, Bouglouga O, Douaguibe B, El Hadji Yacoubou R et al. Cirrhose et grossesse : à propos de 4 cas au CHU campus de Lomé (Togo). *Med Sante Trop* 2016 ; 26 : 382-385. Doi : 10.1684/mst.2016.0606.
- D'Alteroche L, Perarnau J-M, Perrotin F, Bacq Y. Portal hypertension and pregnancy. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008 ; 32 : 541-6. Doi : 10.1016/j.gcb. 2008.02028