



## **6<sup>ème</sup> Congrès de la Société Africaine de Pneumologie** **1<sup>er</sup> Congrès de la Société Béninoise de Pneumologie**

Cotonou, Palais des Congrès : 21 Novembre au 23 Novembre 2013.

### **Comité d'organisation :**

**Président d'Honneur** : Pr Martin GNINAFON

**Président** : Pr Sévérin ANAGONOU

**Vice- Président** : Pr Gabriel ADE

**Secrétaire Général** : Dr Gildas AGODOKPESSI

**Secrétaire Général Adjoint** : Dr Serge ADE

**Trésorier** : Dr Ablo Prudence WACHINO

**Membres** : Dr Dissou AFFOLABI, Dr Narcisse TOUNDOH, Dr Ferdinand KASSA,  
Dr Diane CAPO-CHICHI, Dr Brice GUENDEHOU, Dr Raimatou AKPONA

### **Comité Scientifique International**

Pr Almamy Abdoul HANE (Sénégal), Pr Elisabeth AKA DANGUY (Côte d'Ivoire), Pr Osséni TIDJANI (Togo), Pr Mamadou BAH (Sénégal), Pr Benjamin FAYOMI (Bénin), Pr Ali BENKHEDER (Tunisie), Pr Habib DOUAGUI (Algérie), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Martial OUEDRAOGO (Burkina), Pr Emmanuel AFANZE (Cameroun), Pr Mor NDIAYE (Sénégal), Pr Jean Marie KAYEMBE (Congo RDC), Pr Joseph MBOUSSA (Congo, Brazaville), Pr Ngoran KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Abdoukarim S NGOM (Côte d'Ivoire), Pr Serge Médard K DOMOUA (Côte d'Ivoire), Pr Yves TANAUH (Côte d'Ivoire), Pr Mouhamadou NDIAYE (Sénégal), Pr Méliane SANOGO-NDHATZ (Côte d'Ivoire), Pr Alexandre BOKO (Côte d'Ivoire), Pr Vincent ACHI (Côte d'Ivoire), Pr Kingninlman HORO (Côte d'Ivoire), Pr Alimata BAKAYOKO (Côte d'Ivoire), Pr Nafi TOURE O (Sénégal), Pr Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Yves TREMBLAY (Canada), Pr Pierre L'HER P (France), Pr Jean Pierre KLEISSBAUER (France), Pr Yves TANAUH (Côte d'Ivoire), Pr Fabien HOUNGBE (Bénin), Pr Sikiratou KOUMAKPAÏ (Bénin), Dr Franck SOYEZ (France), Dr Bernard PIGEARIAS (France).



## **6<sup>ème</sup> Congrès de la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française (SAPLF)**

## **1<sup>er</sup> Congrès de la Société Béninoise de Pneumologie (SOBEP)**

# **PROGRAMME SCIENTIFIQUE**



du **21** au **23** Novembre 2013 au Palais  
des Congrès de Cotonou

JOUR 1	Jeudi 21 Novembre 2013
<p><b>Session intégrée</b> 8H30 - 10H30</p>	<p><b>Plénière1 : Poumon et environnement tropical</b></p> <p><b>Présidium</b> : FAYOMI B. (Bénin), KOFFI N B. (Côte d'Ivoire), GNINAFON M. (Bénin), ANAGONOU S. (Bénin), TOLOBA Y. (Mali)</p> <p><b>Conférence 1</b> : Interactions Environnement - Poumons : BEN KHEDER A. (Tunisie)  <b>Conférence 2</b> : Pollution atmosphérique en Afrique : FAYOMI B. (Bénin)  <b>Conférence 3</b> : Asthme et environnement tropical NGOM S (Côte d'Ivoire)</p>
<b>Pause-café</b>	
<p><b>Session Intégrée</b> 10H45- 12H45</p>	<p><b>Session 1A : Communications orales: Asthme</b></p> <p><b>Présidium</b> : BENKHEDER A (Tunisie), NGOM AS (Côte d'Ivoire), AFANZE E. (Cameroun)</p> <p><b>Session 1B : Communications orales: poumon et environnement.</b></p> <p><b>Présidium</b> : OUEDRAOGO M. (Burkina), NDIAYE Mor (Sénégal), BAKAYOKO A. (Côte d'Ivoire)</p>
12H30-13h30	<p><b>SYMPOSIUM ASTRA ZENECA</b>  <b>Conférence 4 : Asthme et environnement intérieur</b></p>
<b>Affiches scientifiques : BOKO K. (Côte d'Ivoire), ADE S. (Bénin)</b>	
<p><b>Session Intégrée</b> 14H15 - 15H45</p>	<p><b>Session 2 : Poumon et environnement tropical / Pédiatrie</b></p> <p><b>Présidium</b> : BA M. (Sénégal), KOUMAKPAI S. (Bénin), D'ALMEIDA M. (Bénin),</p>
<p><b>Session Intégrée</b> 16H-17H30</p>	<p><b>Session 3: EFP / SPLF</b></p> <p><b>Présidium</b> : PIGEARIAS B. (France), .BENKHEDER A. (Tunisie), GNINAFON M. (Bénin), KOFFI N B (Côte d'Ivoire),</p> <p><b>Conférence 5</b> : "La médecine fondée sur l'épreuve de l'expertise et de la raison: Intuition et Raison en médecine " (B. PIGEARIAS)  <b>Conférence 6</b> : "La longue marche de la pneumologie francophone" (B. PIGEARIAS)  <b>Conférence7</b> : "Les projets actuels de l'EFP: implications de la SAPLF" (A.BENKHEDER et B Ngoran KOFFI)</p>
<p><b>Activité non intégrée</b></p>	<p><b>Cérémonie d'ouverture</b></p>

JOUR 2	Vendredi 22 Novembre 2013
Session Intégrée 8H30 - 10H30	<p><b>Plénière 2: Maladies orphelines en Pneumologie tropicale</b></p> <p><b>Présidium:</b> AKA DANGUY (Côte d'Ivoire), DOUAGUI H. (Algérie), DOMOUA KMS (Côte d'Ivoire), HORO K (Côte d'Ivoire), ADJOH S (Togo)</p> <p><b>Conférence 8:</b> Aperçu général et PEC des maladies orphelines HORO K. (Côte d'Ivoire)</p> <p><b>Conférence 9:</b> La sarcoïdose en milieu tropical : DOMOUA S. (Côte d'Ivoire)</p> <p><b>Conférence 10 :</b> CAT devant une allergie alimentaire : DOUAGUI H. (Algérie)</p>
<i>Pause-café</i>	
Session Intégrée 10H45- 12H45	<p><b>Session 4 A: Communications orales : Maladies orphelines</b></p> <p><b>Présidium:</b> MBOUSSA J. (Congo), DOMOUA S. (Côte d'Ivoire), WACHINOUP AP (Bénin)</p> <p><b>Session 4 B : Communications orales : libres</b></p> <p><b>Présidium :</b> ADE G. (Bénin), ACHI V. (Côte d'Ivoire), M BOKO KA (Côte d'Ivoire)</p>
<i>Déjeuner</i>	
<b>Affiches scientifiques : NGAKOUTOU R (Tchad), TOURE O N (Sénégal)</b>	
Session Intégrée 14H15 - 15H45	<p><b>Session 5 A: Syndrome d'Apnées durant le sommeil</b></p> <p><b>Présidium:</b> KOFFI N B (Côte d'Ivoire), PIGEARIAS B (France), KABEYA N (France), AGODOKPESSI G. ( Bénin)</p> <p><b>Conférence 11:</b> Le syndrome d'apnées durant le sommeil : physiologie et physiopathologie Franck SOYEZ (France)</p> <p><b>Conférence 12 :</b> Le couple cœur /poumon normal à l'Epreuve du sommeil normal, ou les paradoxes de la normalité endormie Bernard PIGEARIAS (France)</p> <p><b>Conférence 13 :</b> La prise en charge du syndrome d'apnées durant le sommeil et les réalités du terrain en Afrique tropicale (Franck N. K. KABEYA)</p> <p><b>Session 5 B : Communications orales : Pneumopathie bactérienne</b></p> <p><b>Présidium:</b> ZANNOU M. (Bénin), HORO K. (Côte d'Ivoire), AFFOLABI D. (Bénin),</p>
<i>Pause-café</i>	
Session Intégrée 16H-17H30	<p><b>Session 6: Conférences</b></p> <p><b>Présidium:</b> KOFFI N B (Côte d'Ivoire), KUABAN C (Cameroun), DOMOUA KMS Y (Côte d'Ivoire), NDIAYE Mor (Sénégal)</p> <p><b>Conférence 14 :</b> Méthodologie de la recherche TREMBLAY Y (Canada)</p> <p><b>Conférence 15 :</b> Place de la radiographie thoracique dans la tuberculose L'HER P (France)</p>
Activité non intégrée	<b>DINER DE GALA</b>

JOUR 3	Samedi 23 Novembre 2013
<p><b>Session Intégrée</b> 8H30 - 10H30</p>	<p><b><u>Plénière 3</u> : Tuberculose et mycobactérioses atypiques</b></p> <p><b>Présidium:</b> KLEISSBAUER (France), TANAUH Y (Côte d'Ivoire), GNINAFON M (Bénin), ANAGONOU S (Bénin), DAIX AT (Côte d'Ivoire)</p> <p><b>Conférence 16:</b> Diagnostic bactériologique de la Tuberculose en 2013: ANAGONOU S (Bénin)</p> <p><b>Conférence 17:</b> Tuberculose multirésistante en Afrique : Etat des lieux et perspectives KUABAN C (Cameroun)</p> <p><b>Conférence 18:</b> Tuberculose multirésistante en Afrique : Gestion programmatique TREBUCQ A (L'Union)</p> <p><b>Conférence 19:</b> Pleurésie purulente tuberculeuse : Place de la chirurgie NDIAYE M. (Sénégal)</p>
<i>Pause-café</i>	
<p><b>Session Intégrée</b> 10H45- 12H45</p>	<p><b><u>Session 7A</u> : Communications orales : Clinique de la Tuberculose</b></p> <p><b>Présidium :</b> KAYEMBE JM (Congo), Malick El Hadj KANE (Mauritanie), BADOUM G (Burkina)</p> <hr/> <p><b><u>Session 7B:</u> Communications orales : Biologie de la Tuberculose et Multirésistance</b></p> <p><b>Présidium :</b> N'DATZ M (Côte d'Ivoire), TOURE O (Sénégal), MBATCHOU N HB (Cameroun)</p>
<b>Déjeuner</b>	
<b>Affiches scientifiques : PEFURA EW (Cameroun), BAKAYOKO S (Côte d'Ivoire)</b>	
<p><b>Session Intégrée</b> 14H15 - 15H45</p>	<p><b><u>Session 8</u> : Formation du pneumologue en Afrique</b></p> <p><b>Présidium:</b> AKA DANGUY E (Côte d'Ivoire), HANE AA (Sénégal), KUABAN C (Cameroun).</p> <p><b>Conférence 20 :</b> Formation du pneumologue en Afrique/Etat des lieux et perspectives TIDJANI O. (Togo),</p> <p><b><u>Session 9</u> : Assemblée Générale (AG) SAPLF</b></p> <p><b>CLOTURE</b></p>
<i>Pause-café</i>	

## **SOMMAIRE**

### **COMMUNICATIONS ORALES**

Session 1A: <b>Asthme</b> .....	11
Session 1B : <b>Poumon et environnement.</b> .....	17
Session 2 : <b>Poumon et environnement tropical/ Pédiatrie</b> .....	27
Session 4A : <b>Maladies orphelines</b> .....	48
Session 4B : <b>Communications orales libres</b> .....	56
Session 5B : <b>Pneumopathie bactérienne</b> .....	65
Session 7A : <b>Clinique de la tuberculose</b> .....	86
Session 7B : <b>Biologie de la tuberculose et multirésistance</b> .....	97

### **COMMUNICATIONS AFFICHEES**

<b>Poumon et environnement (n°1-13)</b> .....	35
<b>Communications libres affichées (n°14-27)</b> .....	73
<b>Communications libres affichées (n°28-54)</b> .....	103

<b>PLENIERES ET CONFERENCES</b> .....	121
---------------------------------------	-----



# **6<sup>ème</sup> Congrès de la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française (SAPLF)**

## **1<sup>er</sup> Congrès de la Société Béninoise de Pneumologie (SOBEP)**

### **PROGRAMME DETAILLE**

du **21** au **23** Novembre 2013 au Palais  
des Congrès de Cotonou



# Symbicort® Pour une vie pleine et sans **CONTRAINTE**

On peut quelque fois accepter des compromis ....  
Mais jamais quand il s'agit de **RESPIRATION...**

**MENTIONS LEGALES ABREGÉES:** Symbicort Turbuhaler, 160/4,5 microgrammes par inhalation, poudre pour inhalation. Composition qualitative et quantitative: Chaque dose délivrée (la dose libérée par l'embout buccal) contient: budésonide 160 microgrammes par inhalation et fumarate de formotérol dihydraté 4,5 microgrammes par inhalation. Symbicort Turbuhaler 160/4,5 microgrammes par inhalation délivre la même quantité de budésonide et le formotérol que le Turbuhaler mono-produit correspondant, à savoir le budésonide 200 microgrammes / inhalation (dose mesurée) et le formotérol 6 microgrammes par inhalation (dose mesurée) alternativement désigné comme dose à 4,5 microgrammes par inhalation (dose délivrée). Indications thérapeutiques: Asthme: Symbicort Turbuhaler est indiqué dans le Traitement continu de l'asthme persistant, dans les situations où l'administration par voie inhalée d'un médicament associant un corticoïde et un bronchodilatateur bêta-2-agoniste de longue durée d'action est justifiée; chez les patients insuffisamment contrôlés par une corticothérapie inhalée et la prise d'un bronchodilatateur bêta-2-agoniste de courte durée d'action par voie inhalée à la demande; ou chez les patients contrôlés par l'administration d'une corticothérapie inhalée associée à un traitement continu par bêta-2-agoniste de longue durée d'action par voie inhalée. BPCO: Traitement symptomatique de la BPCO sévère (VEMS < 50 % de la valeur théorique) chez les patients présentant des antécédents d'exacerbations répétées et des symptômes significatifs malgré un traitement continu par bronchodilatateur de longue durée d'action. Posologie et mode d'administration: l'asthme: Symbicort Pour il existe deux approches de traitement: A. Entretien Symbicort thérapie: Symbicort est pris comme traitement d'entretien régulier avec une part d'action rapide comme bronchodilatateur de secours. B. Symbicort traitement d'entretien et de secours: Symbicort est considéré comme un entretien régulier traitement et au besoin en réponse à des symptômes. Posologie et administration: la thérapie d'entretien A. Symbicort: Il convient d'informer les patients qu'ils doivent avoir en permanence à leur disposition leur bronchodilatateur d'action rapide en traitement de secours pour soulager les symptômes aigus d'asthme. Doses recommandées: Adultes (18 ans et plus): 1-2 inhalations deux fois par jour. Certains patients peuvent nécessiter jusqu'à un maximum de 4 inhalations deux fois par jour. Les adolescents (12-17 ans): 1-2 inhalations deux fois par jour. En pratique courante, lorsque les symptômes ont régressé avec deux prises quotidiennes, un rythme d'administration en une prise par jour peut éventuellement être envisagé dans le cadre de la recherche de la dose minimale efficace si le médecin estime nécessaire de maintenir un traitement par bêta-2-mimétique longue durée d'action pour le contrôle des symptômes. Une augmentation de la consommation de bronchodilatateur à action rapide est le signe d'une déstabilisation de la maladie sous-jacente et nécessite une réévaluation du traitement de l'asthme. Enfants (6 ans et plus): Un dosage plus faible est disponible pour enfants de 6-11 ans. B. Symbicort traitement d'entretien et de secours: Les patients de prendre une dose d'entretien quotidienne de Symbicort et en outre prendre Symbicort au besoin en réponse à des symptômes. Les patients doivent être informés d'avoir toujours Symbicort disponibles pour une utilisation de sauvetage. Les patients prennent quotidiennement Symbicort en traitement continu de fond et utilisent aussi Symbicort en cas de besoin en réponse à la survenue de symptômes d'asthme pour les soulager. Les patients doivent être informés qu'ils doivent avoir en permanence Symbicort à leur disposition en traitement de secours. L'utilisation de Symbicort en traitement continu de fond et pour soulager les symptômes d'asthme sera évaluée notamment chez des patients: ayant un contrôle insuffisant de l'asthme avec recours fréquent aux bêta-2-mimétiques de courte durée d'action inhalés; ayant eu des antécédents d'exacerbations d'asthme ayant nécessité une intervention médicalisée. Une surveillance médicale attentive des effets indésirables dose-dépendants est nécessaire chez les patients consommant de façon fréquente des doses journalières élevées de Symbicort Turbuhaler pour soulager leurs symptômes d'asthme. Doses recommandées: Adultes (18 ans et plus): La dose d'entretien recommandée est de 2 inhalations par jour, données soit en une inhalation le matin et le soir ou 2 inhalations le matin ou le soir. Pour certains patients, une dose d'entretien de 2 inhalations deux fois par jour peut être appropriée. Les patients doivent prendre 1 inhalation supplémentaire à la demande en réponse à des symptômes. Si les symptômes persistent après quelques minutes, une autre inhalation doit être prise. Pas plus de 6 inhalations doivent être prises en une seule occasion. Une dose quotidienne totale de plus de 8 inhalations n'est généralement pas nécessaire, cependant, une dose quotidienne totale de 12 inhalations peut être utilisée pour une période limitée. Les patients qui utilisent plus de 8 inhalations par jour devraient être fortement conseillés de consulter un médecin. Ils doivent être réévalués et leur traitement d'entretien doit être reconsidéré. Enfants et adolescents de moins de 18 ans: entretien Symbicort et de secours n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents. BPCO: Adultes: 2 inhalations deux fois par jour. Contre-indications: hypersensibilité (allergie) au budésonide, de formotérol ou au lactose inhalé. Effets indésirables: Depuis Symbicort contient à la fois du budésonide et de formotérol, le même schéma d'effets indésirables tels que déclarés pour ces substances peut se produire. Aucune augmentation de l'incidence des effets indésirables n'a été observée après l'administration concomitante des deux composés. Durée de vie: 2 ans. Précautions particulières de conservation: Ne pas stocker au dessus de 30 ° C. Conserver le récipient bien fermé. Informations complémentaires disponibles sur demande à l'adresse ci-dessous :



**AstraZeneca**  
AstraZeneca Middle East & North Africa-MENA  
14C, Ahmed Kamel Street  
New Maadi, Cairo - 11435 Egypt  
Tel: +20 (2) 25170661/2/3  
Fax: +20 (2) 25170664

**Symbicort®**  
budésonide/formotérol

SYM-01-003-06/2014

**JEUDI 21 NOVEMBRE 2013.**

**SALLE BLEUE**

8h30 – 10h30

**PLENIERE 1 : Poumon et environnement tropical (Conférence)**

**Présidium :** FAYOMI B (Bénin), KOFFI N B (Côte d'Ivoire), GNINAFON M (Bénin),  
ANAGONOU S. (Bénin), TOLOBA Y (Mali)

**Conférence 1 :** Interactions Environnement - Poumons BEN KHEDER A (Tunisie)

**Conférence 2 :** Pollution atmosphérique en Afrique FAYOMI B (Bénin)

**Conférence 3 :** Asthme et environnement tropical NGOM S (Côte d'Ivoire)

10h45 – 12h30 **SESSION 1A & SESSION 1B** (Communications orales)

**SALLE BLEUE**

**SESSION 1A : Asthme et environnement tropical**

**SALLE AMERIQUE**

**SESSION 1B : Poumon et environnement**

**SALLE BLEUE**

12h30 – 13h30 : SYMPOSIUM ASTRA ZENECA

**Conférence 4 : Asthme et environnement intérieur**

**Orateur:** HORO K (Côte -d'Ivoire)

**SALLE BLEUE**

14h15 – 15h45 **SESSION 2 : Poumon et environnement tropical / Pédiatrie**

(Communications orales)

## **SALLE BLEUE**

**16h00 – 17h30 SESSION 3 : EFP / SPLF** (Conférences)

**Présidium** : PIGEARIAS B (France), BENKHEDER A. (Tunisie), GNINAFON M (Bénin),  
KOFFI N B (Côte-d'Ivoire),

**Conférence 5** : "La médecine fondée sur l'épreuve de l'expertise et de la raison: Intuition et Raison en médecine " (PIGEARIAS B.)

**Conférence 6** : "La longue marche de la pneumologie francophone" (PIGEARIAS B.)

**Conférence 7** : "Les projets actuels de l'EFP: implications de la SAPLF"  
(BENKHEDER A. et KOFFI B. Ngoran)

## **SALLE BLEUE**

### **CEREMONIE D'OUVERTURE**

**Présidium** : Ministre de la Santé,

Ministre de l'Enseignement Supérieur,

Bureau SAPLF,

Comité d'organisation.

Jeudi 21 novembre

Salle Bleue

(Communications orales)

## **SESSION 1A : Asthme et environnement tropical**

### **Co1 : Prévalence élevée de l'asthme au quartier Bastos à Yaoundé, peuple de chauves-souris**

Afane Ze Emmanuel, Ekono Bitchong Claire, Pefura Yone Eric Walter, Olinga Medjo Ubald, Simo Léonie, Poka Virginie.

### **Co2 : Profils épidémiologique, clinique et paraclinique de l'asthme dans le service de Pneumologie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNUF) à Dakar. Etude prospective et descriptive à propos de 116 cas.**

Thiam K., Toure N.O., Dia Kane Y., Diatta A., Ndiaye E.M., Mbaye F.B.R., et al.

### **Co3 : Profil de sensibilisation aux pneumallergènes courants chez les patients asthmatiques à Bobo Dioulasso – Burkina Faso**

E. Birba, G. Badoum, M. Ouédraogo, A.Z. Zoubga

### **Co4 : Sensibilisation aux acariens chez les patients asthmatiques à Yaoundé, Cameroun**

Eric Walter Pefura-Yone, Emmanuel Afane-Ze, Christopher Kuaban

### **Co5: Profil de sensibilisation aux allergènes des patients vus en consultation d'allergologie à Dakar**

A. Niang, M.N. Séye, M. Thiakane, K. Ba-Fall, P.S. Mbaye

### **Co6 : Panorama des principaux pneumallergènes chez l'asthmatique adulte allergique à Cotonou.**

G. Agodokpessi, N. Dovoédo, S. Adé, Ap. Wachinou, G. Adé, M. Gninafon

### **Co7 : Impact de l'asthme sur la vie sexuelle des patients à Bobo Dioulasso, Burkina Faso.**

Birba E, Badoum Ouédraogo G, Ouédraogo G, Ouédraogo A. S, Yaméogo A A, Sourabié A, Zoubga A.Z, Ouédraogo M.

### **Co8 : Connaissances et utilisation des aérosols doseur pressurisés (ADP) de $\beta$ -2 mimétiques chez les asthmatiques en crise à Dakar.**

PSE Agne, I Wone, A Niang, A Cissé, A A Hane

### **Co9 : Acteurs de santé dans la prise en charge de l'asthme au Burkina Faso**

Badoum G, Ouédraogo SM, Ouédraogo G, Boncougou K, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Djibril MA, Kyélem CG, Ouédraogo M, Drabo YJ

### Co1

#### PREVALENCE ELEVEE DE L'ASTHME AU QUARTIER BASTOS A YAOUNDE, PEUPLE DE CHAUVES-SOURIS

Afane Ze Emmanuel, Ekono Bitchong Claire, Pefura Yone Eric Walter, Olinga Medjo Ubald, Simo Léonie, Poka Virginie.

*Service de Pneumologie Hôpital Jamot de Yaoundé.*

**Correspondance** : [emmanuelafane@yahoo.fr](mailto:emmanuelafane@yahoo.fr)

**Introduction** : Ce travail s'est destiné à réaliser des tests peakflowmétriques à un échantillon d'habitants du quartier Bastos, peuplé de chauves-souris. Une enquête réalisée dans ce quartier en 2009 y a révélé une prévalence de 36% de signes d'asthme. Notre but était de confirmer le taux élevé de l'asthme par des épreuves peakflowmétriques.

**Patients et méthode** : Il s'agissait d'une enquête basée sur la mesure du DEP (Débit Expiratoire de Pointe). Deux quartiers, Bastos et Ngouso ont été revisités comme en 2009. Une mesure du DEP a été réalisée dans les 2 quartiers : Bastos, peuplé de chauves-souris (36% de signes d'asthme contre 2,4% à Ngouso, non peuplé de chauves-souris). Cinquante sujets ont été sélectionnés dans chacun des quartiers.

**Résultats** : 45 habitants sur les 50 de Bastos (90%) contre 2 à Ngouso (4%) reconnaissent la présence de chauves-souris dans leur quartier. La différence est significative ( $p < 0,0001$ ). La variation du DEP a été franche chez 16 sujets de Bastos versus 2 de Ngouso. La prévalence de l'asthme est de 32% à Bastos versus 4% à Ngouso ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusion** : La prévalence de l'asthme demeure plus élevée à Bastos densément peuplé de chauves-souris. La pollution de l'environnement par les déjections disséminées des chauves-souris autour des habitations y jouerait un rôle.

**Mot(s) Clé(s)** : Chauves-souris, déjections, asthme.

### Co2

#### PROFILS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE L'ASTHME DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN (CHNUF) A DAKAR. Etude prospective et descriptive à propos de 116 cas.

Thiam K., Toure N.O., Dia Kane Y., Diatta A., Ndiaye E.M., Mbaye F.B.R., et al.

*Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal*

**Correspondance** : [thiamkhadie@yahoo.fr](mailto:thiamkhadie@yahoo.fr)

**Introduction** : L'asthme est un problème de Santé Publique avec une morbi-mortalité élevée.

**Patients et Méthodes** : C'est une étude descriptive de Janvier à Mars 2013 portant sur le profil épidémiologique, clinique et para-clinique des asthmatiques reçus en consultation à la clinique de Pneumologie du CHNU de Fann.

**Résultats** : Nous avons inclus 116 asthmatiques sur 1280 patients (9,1%). Le sex-ratio était de 0,56 et l'âge moyen de 36ans. Quatre patients (3,4%) étaient tabagiques et 2,6% étaient des ex-fumeurs. Une atopie était retrouvée chez 81% des malades ; il s'agissait souvent d'une allergie alimentaire avec des manifestations cutanées et/ou ORL (44%). Un asthme familial est noté chez 76,7% des malades. Plus de la moitié (62,1%) des asthmatiques étaient reçus dans un tableau de crise d'asthme. Tous les patients avaient bénéficié de la mesure du DEP avant le traitement. Il était en moyenne de 285 l/mn. La spirométrie, réalisée dans 54,3% des cas, montrait un TVO réversible. Les facteurs étiologiques retrouvés étaient la poussière de maison et de stockage (75%), l'encens (68,9%), et le tabagisme passif familial (66,3%).

**Conclusion** : L'asthme reste l'urgence respiratoire la plus fréquente avec un retentissement socio-économique important d'où la nécessité d'une bonne coopération Médecin – Malade.

### Co3

#### PROFIL DE SENSIBILISATION AUX PNEUMALLERGENES COURANTS CHEZ LES PATIENTS ASTHMATIQUES A BOBO DIOULASSO – BURKINA FASO

E. Birba<sup>1</sup>, G. Badoum<sup>2</sup>, M. Ouédraogo<sup>2</sup>, A.Z. Zoubga<sup>1</sup>

*1 : Service de Pneumologie, CHU Sanou Sourô, Institut Supérieur des Sciences de la Santé Bobo Dioulasso. Burkina Faso*

*2 : Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou. Burkina Faso*

**Correspondance** : [birbaemile@yahoo.fr](mailto:birbaemile@yahoo.fr)

**Introduction** : Dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients asthmatiques, nous avons étudié le profil de sensibilisation aux pneumallergènes courants chez les sujets asthmatiques reçus en consultation de pneumologie à Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 896 patients asthmatiques reçus de janvier 2005 à décembre 2012. La sensibilisation a été objectivée par prick-test cutané allergologique.

**Résultats** : Sept cent quatre vingt un patients (87.1%) ont présenté des réactions positives aux pneumallergènes testés. Les sensibilisations aux allergènes d'acariens ont été les plus fréquentes (69,2%), suivies de celles aux allergènes de blattes (31,7%) et aux moisissures (28,3%). Des réactions positives aux allergènes de chat (9,2%), de chien (9,2%), du latex (6,7%) et de la souris (0,8%) ont été également rencontrées.

**Conclusion** : Les sources allergéniques identifiées sont des facteurs déclenchant ou aggravant d'asthme. L'éducation des patients doit être orientée vers des mesures rigoureuses d'éviction allergéniques.

**Mots Clés**: Sensibilisation - Pneumallergènes – asthmatiques– Bobo Dioulasso

### Co4

#### SENSIBILISATION AUX ACARIENS CHEZ LES PATIENTS ASTHMATIQUES A YAOUNDE, CAMEROUN

Eric Walter Pefura-Yone<sup>1</sup>, Emmanuel Afane-Ze<sup>1</sup>, Christopher Kuaban<sup>2</sup>

*1 : Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I ; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun*

*2 : Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I ; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé ; Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun*

**Correspondance** : [pefura2002@yahoo.fr](mailto:pefura2002@yahoo.fr)

**Introduction** : La sensibilisation des patients asthmatiques aux acariens est peut décrite en Afrique sub-saharienne.

**Objectifs** : Déterminer la prévalence et investiguer les facteurs associés à la sensibilisation aux acariens chez les patients adolescents et adultes suivis pour asthme à Yaoundé.

**Méthodes** : Cette étude transversale a été réalisée de Janvier 2012 à juin 2013 (18 mois) à l'Hôpital Jamot de Yaoundé et au cabinet médical CEDIMER. Tous les malades asthmatiques vus en consultation pendant la période d'étude et chez qui un test cutané aux pneumallergènes avait été effectué ont été inclus dans l'étude.

**Résultats** : Des 201 patients inclus, 132 (65,7%) patients étaient de sexe féminin, d'âge médian (intervalle interquartile) de 36 (20-54) ans et 134 (66,7%) patients avaient des tests cutanés positifs aux acariens. La sensibilisation à Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae et à Blomia tropicalis était respectivement retrouvée chez 53,2%, 49,8% et 47,8% des patients.

Les facteurs allergologiques indépendants associés à une sensibilisation aux acariens étaient la sensibilisation à l'*alternaria alternata* [odds ratio (intervalle de confiance à 95%) :16,61(2,18-126,46)] et à la blatte germanique [2,92(1,20-7,25)].

**Conclusion** : La sensibilisation aux acariens touche deux-tiers des asthmatiques à Yaoundé et s'intègre le plus souvent dans un contexte de polysensibilisation.

**Mots Clés**: asthme, acariens, Cameroun

## Co5

### PROFIL DE SENSIBILISATION AUX ALLERGENES DES PATIENTS VUS EN CONSULTATION D'ALLERGOLOGIE A DAKAR

\*A. Niang, \*\*M.N. Séye<sup>1</sup>, \*\*M. Thiakane,\* K. Ba-Fall,\* P.S. Mbaye

\**Service de Médecine Interne et de Pneumologie,*

\*\**Service de Pédiatrie, Hôpital Principal Dakar*

**Correspondance** : [niang.abdou@gmail.com](mailto:niang.abdou@gmail.com)

**Introduction** : Les allergies constituent l'une des causes principales de morbidité. En Afrique noire peu de travaux sont consacrés aux maladies allergiques. Nos objectifs étaient d'étudier le profil de sensibilisation des patients reçus en consultation d'allergologie à l'Hôpital Principal de Dakar.

**Malades et Méthodes** : Etude prospective réalisée sur 06 mois avec une batterie comportant 24 extraits standardisés d'allergènes. Etaient inclus les patients ayant des tests cutanés allergologiques (prick- tests) réalisés selon l'interrogatoire et l'histoire clinique.

**Résultats** : Etaient inclus 133 patients (56H et 77F), d'âge moyen 18,64 ans [2 - 68 ans]. Les principales indications étaient l'asthme et la rhinite, suivis de la recherche d'allergie oculaire, cutanée ou alimentaire. Cinquante-sept patients avaient des prick-tests positifs dont 49 avec une polysensibilisation à plusieurs allergènes. Six patients avaient une hyporéactivité cutanée sans prise médicamenteuse. La sensibilisation aux acariens (47/57) était la plus fréquente avec *D. farinae* (42/47) ; *D. pteronyssinus* (39/47) et *Blomia tropicalis* (36/47). Vingt-deux avaient une polysensibilisation aux crustacés (18 à la crevette) ; 12 aux animaux (10 aux poils de chats), 1 seul aux pollens (5 Graminées) et aucun cas de sensibilisation à l'arachide ou au latex

**Conclusion** : Notre travail souligne la prévalence de la polysensibilisation aux allergènes de l'environnement intérieur.

## Co6

### PANORAMA DES PRINCIPAUX PNEUMALLERGENES CHEZ L'ASTHMATIQUE ADULTE ALLERGIQUE A COTONOU.

G. Agodokpessi<sup>1,2</sup>, N. Dovoedo<sup>1</sup>, S. Ade<sup>1</sup>, Ap. Wachinou<sup>1</sup>, G. Ade<sup>1,2</sup>, M. Grinafon<sup>1,2</sup>

*1 Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie,*

*2 Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.*

**Correspondance** : [aggildas@yahoo.fr](mailto:aggildas@yahoo.fr)

**Introduction:** L'allergie est la principale étiologie de l'asthme. L'objectif de ce travail était de décrire le profil de sensibilisation aux pneumallergènes des patients asthmatiques allergiques à Cotonou.

**Méthode:** Une étude transversale descriptive a été réalisée du 01 Avril au 30 Juin 2013 au CNHP-P de Cotonou. Tous les asthmatiques adultes vus en consultation pendant la période ont subi un prick-test. Les extraits allergéniques standardisés (Stallergènes) utilisés étaient: acariens (Dermatophagoïdes Pteronyssinus (DP), Dermatophagoïdes Farinae (DF), Blomia Tropicalis (BT), blattes, 5 graminées, alternaria, chiens et chats. Le test était positif lorsque le diamètre de la papule était  $\geq$  à la moitié de celui du témoin positif, ou lorsque le diamètre de la papule était  $\geq$  3mm de celui du témoin négatif.

**Résultats:** Des 253 asthmatiques testés, 247 (97,6%) ont présenté au moins une réaction positive au test. L'âge moyen était de 44ans. Le sex ratio était de 0,81. La sensibilisation aux acariens était la plus fréquente (97% avec 97,2% pour DF, 96,8 pour DP et 96,4% pour BT), suivie des blattes (71,3%), 5graminées (71,3%), Alternaria (71%), Chien (68%) et Chat (63,6%). Le nombre moyen de sensibilisation était  $6 \pm 2$ .

**Conclusion:** Les asthmatiques à Cotonou ont une polysensibilisation dominée par les acariens suivis des blattes et des graminées.

**Mots clés** : Asthme, allergie, pneumallergène, prick-test, Cotonou.

## Co7

### IMPACT DE L'ASTHME SUR LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS A BOBO DIOULASSO, BURKINA FASO.

Birba E, Badoum Ouédraogo G, Ouédraogo G, Ouédraogo A. S, Yaméogo A A, Sourabié A, Zoubga A.Z, Ouédraogo M

*Service de Pneumologie, CHU Sanou Sourô, Institut Supérieur des Sciences de la Santé Bobo Dioulasso. Burkina Faso; Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou. Burkina Faso*

**Correspondance** : [birbaemile@yahoo.fr](mailto:birbaemile@yahoo.fr)

**Introduction** : L'asthme est une affection respiratoire chronique invalidante dont les symptômes peuvent altérer la qualité de vie des patients. Parmi les critères de qualité de vie évalués, la répercussion de l'asthme sur la vie sexuelle a été rarement étudiée

Le but de ce travail était d'apprécier l'impact éventuel de l'asthme sur la sexualité des patients afin de dégager des conseils à leur prodiguer.

**Méthode** : Les données ont été recueillies par un questionnaire administrée une population d'asthmatiques adultes non sélectionnés, de sévérité variable, entre janvier et juin 2013. Ce questionnaire a été rempli de façon confidentielle et anonyme.

**Résultats** : Parmi 162 patients âgés en moyenne de 25 ans nous avons noté que 51 % s'étaient gênés par leur asthme lors des rapports sexuels ; pour 42 % cette gêne respiratoire a une incidence sur la réussite de l'acte sexuel ; 32 % « s'économisent » lors du rapport sexuel, en limitant la durée ou la fréquence; 27 % ont recours à un traitement préventif de la crise avant un rapport sexuel.

**Conclusion** : Ainsi, l'asthme a un retentissement sur la qualité de vie sexuelle des patients des asthmatiques Cet impact devrait être recherché par le médecin afin de proposer au patient des solutions thérapeutiques.

**Mots clés** : impact - asthme - vie sexuelle

## Co8

### CONNAISSANCES ET UTILISATION DES AEROSOLS DOSEUR PRESSURISES (ADP) DE B – 2 MIMETIQUES CHEZ LES ASTHMATIQUES EN CRISE A DAKAR.

PSE Agne<sup>1</sup>, I Wone<sup>2</sup>, A Niang<sup>1</sup>, A Cissé<sup>1</sup>, AA Hane<sup>1</sup>

1 *Clinique de Pneumo – Phtisiologie, Centre Hospitalier National Universitaire de FANN – Dakar*

2 *Service de Médecine Préventive et Santé Publique, FMPOS/UCAD, Dakar.*

**Correspondance** : [pselagne@yahoo.fr](mailto:pselagne@yahoo.fr)

Nous avons voulu évaluer les connaissances et l'utilisation de l'aérosol doseur pressurisé (ADP) chez les asthmatiques au service de Pneumologie.

**Patients et méthodes** : Du 1er janvier au 31 décembre 2011, les asthmatiques en crise et disposant d'un ADP ont été recrutés. Les données concernant l'histoire de l'asthme, l'ADP, la crise et le contrôle par l'Asthma Control Test ont été recueillies. La cotation de la prise était faite de façon binaire selon que l'étape soit bien exécutée ou non. Le score du patient est situé entre 0 et 10.

**Résultats** : 103 patients âgés de 12 à 76 ans (34,05 ±13,23) ont été recrutés. L'âge au diagnostic était de 34,05 ans ±14,88.

59% des patients ont été diagnostiqués lors d'une crise. Le suivi du patient était absent dans 77% des cas. Le délai d'utilisation des ADP allait de 0 à 600 mois avec une médiane de 60 mois.

L'ADP était obtenu par prescription médicale dans 83% des cas. La description et la démonstration de la technique de prise de l'ADP ont été réalisées pour 87% des patients.

Vingt huit patients (27,1%) avaient consulté le jour de la crise. La consommation quotidienne de  $\beta$  – 2 mimétiques d'action immédiate avant la consultation répartissait les patients en 4 groupes d'utilisation croissante. 4 patients avaient un bon contrôle de l'asthme évalué par l'Asthma Control Test.

L'évaluation de la prise de l'ADP montrait un score moyen de 5,49 ± 2,13. Seul 4 % des patients enquêtés avaient une bonne technique de prise de l'ADP.

**Conclusion** : Les asthmatiques enquêtés ne sont pas contrôlés et ont un retard de consultation en cas de crise, une méconnaissance et une mauvaise utilisation de l'ADP.

## Co9

### ACTEURS DE SANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME AU BURKINA FASO

Badoum G1, Ouédraogo SM2, Ouédraogo G1, Boncungou K1, Ouédraogo/Sondo A3, Savadogo M3, Djibril MA4, Kyélem CG2, Ouédraogo M1, Drabo YJ5

1 : *Service de pneumo-phtisiologie, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou*

2 : *Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso*

3 : *Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou*

4 : *Service de réanimation médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé*

5 : *Service de médecine interne, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou*

**Correspondance** : [macco72@yahoo.fr](mailto:macco72@yahoo.fr)

**Objectif** : Identifier les entraves à la meilleure prise en charge du patient asthmatique par les acteurs de la santé à Ouagadougou

**Méthode** : Etude transversale prospective à visée descriptive sur une période d'un an de Janvier à décembre 2012.

**Résultat** : La technique de démonstration de la prise de l'aérosol doseur n'était pas maîtrisée par 54% des médecins. Une ordonnance médicale n'était pas exigée par 91% des pharmaciens avant la délivrance des médicaments ( $\beta$ 2-mimétiques et les corticoïdes) quelque soit l'état clinique du patient. La vérification de la conformité de la prescription médicale était faite par 30% des pharmaciens, la démonstration de la prise de l'aérosol doseur à l'officine était assurée par 73,6% des pharmaciens et bien maîtrisée par 34,5%.

Dans le cadre du traitement de l'asthme, 43,2 % des infirmiers savaient que les bronchodilatateurs et les corticoïdes étaient les médicaments les plus utilisés. Les bronchodilatateurs inhalés d'action rapide étaient recommandés par 40,6 % des infirmiers dans l'asthme intermittent, cette prescription n'est pas conforme aux recommandations.

**Conclusion** : Un besoin de formation/recyclage est exprimé par la quasi-totalité des acteurs de santé intervenant dans la prise en charge de l'asthme au Burkina Faso.

**Mot(s) Clé(s)** : Acteurs de santé, asthme, Burkina Faso

Jeudi 21 novembre

Salle Amérique

(Communications orales)

## **SESSION 1B : Poumon et environnement**

### **Co10 : Pollution par fumée de cuisine : manifestations cliniques chez les femmes exposées**

F.S.Manewa; B.A. Kouassi; M.O. Koffi; K. Samaké; J.M. Ahui; C.B. Gode; K. Horo; A. N'Gom; B.N. Koffi; E. Aka-Danguy

### **Co11 : Symptômes respiratoires chroniques, co-morbidités respiratoires et fonction pulmonaire chez les personnes infectées par le VIH exposées à la biomasse à Yaoundé, Cameroun**

Eric Walter Pefura-Yone, Christopher Kuaban, Gaspariy Fodjeu, Emmuel Afane-Ze

### **Co12 : Impact des produits phytosanitaires sur le poumon : cas de la fibrose pulmonaire chez les agriculteurs de Côte d'Ivoire**

C Godé, R Samaké, S Manewa, M Koffi, JM Ahui-Brou, B Kouassi, K Horo, A Koné, A N'gom, E Aka-Danguy.

### **Co13 : Analyse des facteurs de risque liés à la survenue d'affections respiratoires dans une cimenterie au Bénin : cas de la cimenterie d'Onigbolo.**

G. Agodokpessi, B. Aguemon, A.P. Ayelo, S. Adé, G. Adé, B. Fayomi, M. Gninafon.

### **Co14 : Place du bilan respiratoire dans le bilan de santé des travailleurs des mines au Burkina faso**

Ouédraogo SM, Badoum G, Maïga S, Boncounou K, Ouédraogo G, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Kyélem CG, Ouédraogo M.

### **Co15 : Pollution atmosphérique et pathologies respiratoires dans la ville de Cotonou Bénin**

M Adjobimey, G Agodokpessi, AV Hinson, B Fayomi, M Gninafon.

### **Co16 : Impact de la pollution atmosphérique sur la santé de la population urbaine à Abidjan**

B Kouassi, M O Koffi, K Horo, A Gobey, C Godé, B Ahui, N Koffi, A N'Gom. E Aka-Danguy B Ahui, F S Manewa, B Samaké, M Itchy, A Koné K Konaté, E Aka-Danguy, M Tchamran,

### **Co17 : Prévalence et déterminants du tabagisme en milieu scolaire à Douala, Cameroun**

Mbatchou Ngahane Bertrand Hugo, Atangana Huguette, Wandji Adeline, Tengang Bruno Kuaban Christopher; Kamgue Charlotte.

**Co18 : Connaissances et comportement des étudiants en Médecine vis-à-vis du tabagisme dans les universités nationales du Bénin**

Adé G, Yovo S, Adé S, Agodokpessi G, Wachinou P, Toundoh N, Anagonou S, Gninafon M.

**Co19 : Prévalence du tabagisme en milieu scolaire dans le Département de Dakar**

Wayzani M, Thiam K, Dia Kane Y, Mbaye F.B.R, Diatta A, Niang A, Ndiaye E.H.M, Agne P.S.E, Henzazi H, Fall N, Diouf Niang N.F, Cissé M.F, Kashongwé I.M, Kanouté Bamba T, Baleka A.R, Konté Leye H, Kouatcha M.M, Diatta M.N.B, Danga A.N, Rakoto H, Touré N.O.

**Co20 : Tabagisme et autres addictions chez les militaires ivoiriens**

B A Kouassi, K Horo, M O Koffi, B Ahui, C Godé, J M Yéo-Tenena, S Manewa, A Koné, S Irié, N Koffi, A N'Gom, E Aka-Danguy,

**Co21 : Etude sur la prévalence de la BPCO et ses facteurs étiologiques à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès**

Ndiaye EM, Diatta A, Thiam K, Touré NO, Cissé MF, Dia Y, Mbaye FBR, Niang A.

**Co22 : Aspects épidémiologiques du tabagisme : Résultats d'une étude transversale réalisée à Saint Louis du Sénégal**

F. Dia Ndoye; O .Ba; A .Kane; K .Niang, M.Ndour Mbaye

## Co10

### POLLUTION PAR FUMÉE DE CUISINE : MANIFESTATIONS CLINIQUES CHEZ LES FEMMES EXPOSÉES

F.S.Manewa ; B.A. Kouassi ; M.O. Koffi ; K. Samaké ; J.M. Ahui ; C.B. Gode ; K. Horo ; A. N'Gom ; B.N. Koffi ; E. Aka-Danguy

*Service de Pneumologie du CHU de Cocody, Département de thorax et vaisseaux ; Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Correspondance** : [manewafotso@yahoo.fr](mailto:manewafotso@yahoo.fr)

**Introduction** : La fumée de cuisine constitue un facteur de pollution non négligeable. Quelles sont les manifestations cliniques chez les personnes qui sont ainsi exposées? L'objectif de ce travail était de décrire les manifestations cliniques liées à l'exposition à la fumée de cuisine.

**Méthodologie** : Etude prospective transversale comparative portant sur les manifestations cliniques observées chez des femmes travaillant sur un site de production d'Attikié à Abidjan. Deux groupes de femmes ont été identifiés : celles chargées exclusivement de la cuisson et celles chargées du broyage du manioc. L'interrogatoire des 196 femmes rencontrées portait sur le métier exercé, le type de feu utilisé et les signes fonctionnels constatés.

**Résultats** : L'âge moyen était de 35,47 ans avec des extrêmes de 17 et 70 ans. 108 femmes (55,7%) exerçaient un métier de cuisine versus 88 non cuisinières. La plupart des femmes cuisinaient au feu de bois (68,5%) et en plein air (56,4%). Parmi les manifestations respiratoires, la douleur thoracique (60,2%) et les sifflements (9,3%) prédominaient chez les femmes exposées à la fumée de cuisine avec des différences statistiquement significatives ( $p_1= 0,002$  ;  $p_2= 0,04$ ). L'obstruction nasale (44,4%), le prurit nasal (31,5%) et l'odynophagie (15,7%) étaient les signes ORL les plus retrouvés chez les femmes cuisinières. Pour les manifestations ophtalmo-logiques, on notait fréquemment des larmoiements (70,8%) et des prurits oculaires (50%) chez les femmes exposées. Ailleurs, les femmes cuisinières étaient plus sujettes à des céphalées (79,6%).

**Conclusion** : Les manifestations cliniques liées à la fumée de cuisine peuvent être révélatrices de pathologies gravissimes, d'où l'intérêt d'une exploration clinique minutieuse.

**Mot(s) Clé(s)** : pollution - fumée de cuisine – exposition - manifestations

## Co11

### SYMPTOMES RESPIRATOIRES CHRONIQUES, CO-MORBIDITÉS RESPIRATOIRES ET FONCTION PULMONAIRE CHEZ LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH EXPOSÉES A LA BIOMASSE A YAOUNDE, CAMEROUN

Eric Walter Pefura-Yone<sup>1</sup>, Christopher Kuaban<sup>2</sup>, Gaspary Fodjeu<sup>1</sup>, Emmanuel Afane-Ze<sup>1</sup>

*1 : Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun*

*2 : Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun ; Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun*

**Correspondance** : [pefura2002@yahoo.fr](mailto:pefura2002@yahoo.fr)

**Objectifs** : Déterminer l'influence de l'exposition domestique importante à la biomasse sur la santé respiratoire des patients infectés par le VIH-1 à l'Hôpital Jamot de Yaoundé

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale réalisée de novembre 2012 à février 2013 à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Les ménages à forte exposition à la biomasse étaient ceux qui utilisaient préférentiellement de l'énergie provenant de la biomasse pour la cuisson des aliments.

**Résultats** : Des 461 patients inclus, 312 (67,7%) étaient des femmes et 174 (37,7%) avaient une forte exposition à la biomasse. L'âge médian des patients avec forte exposition à la biomasse était plus élevé que chez ceux avec faible exposition à la biomasse (44,5 versus 40 ans,  $p<0,001$ ). Après ajustement sur d'éventuels facteurs confondants, les patients avec une forte exposition à la biomasse avaient un volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS) médian plus faible (91% versus 89% de la valeur prédite,  $p=0,027$ ) et avaient plus fréquemment une obstruction bronchique (4,6% versus 1%,  $p=0,024$ ).

**Conclusion** : Une forte exposition à la biomasse est associée à une baisse du VEMS et à une plus grande fréquence de l'obstruction bronchique chez les patients infectés par le VIH à Yaoundé.

**Mot(s) Clé(s)** : biomasse domestique, VIH, fonction respiratoire, santé respiratoire, obstruction bronchique.

## Co12

### IMPACT DES PRODUITS PHYTOSANITAIRES SUR LE POUMON : CAS DE LA FIBROSE PULMONAIRE CHEZ LES AGRICULTEURS DE COTE D'IVOIRE

Godé C, Samaké R, Manewa S, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

*Service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody Abidjan Côte d'Ivoire.*

**Correspondance** : [nigivie2004@yahoo.fr](mailto:nigivie2004@yahoo.fr)

**Introduction** : l'agriculture est un secteur d'activité essentiel en Côte d'Ivoire puisqu'elle occupe 66% de la population active. Elle emploie 6 millions de personnes avec 600 000 exploitations, et utilise des produits phytosanitaires dans le but de rentabiliser la productivité des cultures. L'objectif était d'apprécier la prévalence de la fibrose pulmonaire chez ces patients et d'en décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques.

**Méthodologie** : Les auteurs ont mené une étude rétrospective et descriptive sur une période de 138 mois, du 1er janvier 2002 au 31 juin 2013 chez les agriculteurs. Etaient inclus dans notre étude, tous les patients agriculteurs hospitalisés pour fibrose pulmonaire.

**Résultats** : l'âge moyen était de 67,5 ans, avec une prédominance masculine, La prévalence était de 0,27%. La durée moyenne d'exposition était de 04ans. Les images en "rayon de miel" bilatérales et diffuses prédominant dans les tiers inférieurs du poumon étaient prédominantes (92,86%). Tous ces patients présentaient une insuffisance respiratoire chronique. Le cout de la prise en charge rendait impossible la réalisation de bilans diagnostics et de retentissement ainsi que la mise en route de l'oxygénothérapie de longue durée chez 98% des patients.

**Conclusion** : Du fait de la population exposée et des difficultés de prise en charge autant pour le praticien que pour le patient, l'utilisation des produits toxiques en milieu agricole constitue un problème de santé publique.

**Mot(s) Clé(s)** : Fibrose pulmonaire ; agriculteurs ; produits phytosanitaires

## Co13

### ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE LIES A LA SURVENUE D'AFFECTIONS RESPIRATOIRES DANS UNE CIMENTERIE AU BENIN : CAS DE LA CIMENTERIE D'ONIGBOLO.

G. Agodokpessi (1), B. Aguemon (3), A.P. Ayelo (2), S. Adé (1), G. Adé (1), B. Fayomi (2), M. Gninafon (1)

1. *Centre National Hospitalier Pneumo-Phtisiologie, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.*
2. *Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé au Travail et Environnement, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.*
3. *Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.*

**Correspondance** : Gildas Agodokpessi, BP321, Cotonou, Bénin. Email : [aggildas@yahoo.fr](mailto:aggildas@yahoo.fr)

**Contexte et objectif** : La poussière de ciment augmente le risque des symptômes respiratoires ce qui augmente le temps d'arrêt de travail et le risque d'apparition de pathologies pulmonaires graves. L'objectif de cette étude est d'étudier la prévalence et les facteurs de risque des affections respiratoires liées à l'exposition professionnelle de ciment à Onigbolo au Bénin.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique auprès des travailleurs du site de la cimenterie d'Onigbolo. Ils ont été répartis en deux groupes: le premier constitué de travailleurs directement exposés à la poussière de ciment et le second du personnel de bureau. Les travailleurs inclus étaient interrogés sur les symptômes respiratoires et une spirométrie leur avait été réalisée. La régression logistique a été utilisée pour étudier les associations entre les facteurs de risque et la survenue des affections respiratoires

**Résultats** : Sur les 507 travailleurs enrôlés, 418 soit 82,45% étaient directement exposés à la poussière de ciment. La prévalence des affections respiratoires, était de 15,38%. La proportion des affections respiratoires était significativement plus élevée chez les sujets âgés de 50 ans et plus.

L'éternuement (42%), l'obstruction nasale (34,12%), la conjonctivite (31,16%) et la rhinorrhée (28%) étaient les symptômes prédominants. 32,15% présentaient un trouble ventilatoire restrictif. Il n'y avait ni trouble ventilatoire obstructif, ni trouble mixte. L'analyse multivariée n'avait révélé aucune association statistiquement significative.

**Conclusion** : Le risque respiratoire lié à l'inhalation de poussière de ciment semble bien réel et existe aussi bien chez les travailleurs directement exposés que chez ceux qui sont indirectement exposés

**Mots clés** : Cimenterie, prévalence, facteurs de risque, affection respiratoire ; Bénin

## Co14

### PLACE DU BILAN RESPIRATOIRE DANS LE BILAN DE SANTE DES TRAVAILLEURS DES MINES AU BURKINA FASO

Ouédraogo SM<sup>1</sup>, Badoum G<sup>2</sup>, Maïga S<sup>2</sup>, Boncounougou K<sup>2</sup>, Ouédraogo G<sup>2</sup>, Ouédraogo/Sondo A<sup>3</sup>, Savadogo M<sup>3</sup>, Kyélem CG<sup>1</sup>, Ouédraogo M<sup>2</sup>

1 : Service de médecine interne, CHU Sourou Sanon, Bobo-Dioulasso

2 : Service de pneumo-physiologie, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou

3 : Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

**Correspondance** : [macco72@yahoo.fr](mailto:macco72@yahoo.fr)

**Introduction** : La pneumoconiose qui est une pathologie résultant de l'inhalation de la poussière. Au Burkina, l'exploitation minière se fait souvent sans aucune mesure de protection à l'inhalation de ces poussières.

**Objectif** : Evaluer la place du bilan respiratoire chez les travailleurs des mines au Burkina Faso

**Matériels et méthode** : il s'est agi d'une étude transversale descriptive à recrutement rétrospectif. L'étude s'est déroulée entre le 01 Janvier 2010 et le 31 Décembre 2012.

**Résultats** : Au total 331 mineurs ont été colligés. L'âge moyen des mineurs était de 33, 05 ± 5,9 ans. Les signes fonctionnels respiratoires ont été les plus notés avec un taux de 63,8% et dominés par la dyspnée d'effort (19,6%). La radiographie thoracique a été normale chez 202 mineurs et le syndrome bronchique a été le plus fréquent parmi les résultats pathologiques. Pour ce qui est de la visite médicale annuelle, la spirométrie a été normale chez 63 mineurs soit 58,9%. Parmi les résultats pathologiques, les TVO ont été les plus retrouvés avec un taux de 16,8%.

**Conclusion** : Le bilan respiratoire reste un maillon fort pour la prévention de la survenue de pathologies respiratoires chez tout travailleur de mines.

**Mot(s) Clé(s)** : bilan respiratoire, bilan de santé, mineur, pneumoconiose, Burkina Faso

## Co15

### POLLUTION ATMOSPHERIQUE ET PATHOLOGIES RESPIRATOIRES DANS LA VILLE DE COTONOU -BENIN

Adjobimey M (1,2), Agodopkessi G (1), Hinson AV (2), Fayomi B (2), Gninafon M (1)

1-Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthysiologie ;

2-UER de Santé au Travail et Environnement, FSS, Cotonou, Bénin.

Correspondance [menonladjob@yahoo.fr](mailto:menonladjob@yahoo.fr)

**Introduction :** Quelle est l'influence de la pollution atmosphérique sur les fonctions respiratoires des riverains des axes routiers de la ville de Cotonou ?

**Patients- méthode:** Etude transversale exposés non exposés. Il a été procédé à des mesures du niveau des gaz tels que le monoxyde de carbone, le dioxyde de soufre et le dioxyde de nitrite à l'intérieur et à l'extérieur de 60 maisons situées le long d'une voie à haut trafic comparativement à une voie à faible trafic. Une spirométrie a été faite aux habitants des maisons.

**Résultats :** Le niveau du CO est plus élevé dans le haut trafic par rapport au bas trafic: intérieur des maisons (65ppm contre 43,2ppm), extérieur des maisons (160ppm contre 115ppm). Le niveau du SO<sub>2</sub> est plus élevé dans le haut trafic que dans le bas trafic : Intérieur des maisons (2,8 contre 0,49ppm), extérieur des maisons (4,3 contre 0,83ppm). La fréquence des symptômes respiratoires est de 78,3% pour le haut trafic contre 43,3% pour le bas trafic (p= 0,0001 OR 4,73 IC [2,13-10,51]).

La fréquence des anomalies spirométriques est de 23,3% pour le haut trafic contre 5% pour le bas trafic. (P= 0,004 OR= 5,78 IC [1,43 - 27,10])

**Conclusion :** Le niveau de pollution est plus élevé à l'intérieur des maisons du haut trafic. Des troubles respiratoires ont été mis en évidence.

**Mots clés :** Pollution –Gaz - Environnement- Poumons

## Co16

### IMPACT DE LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE SUR LA SANTE DE LA POPULATION URBAINE A ABIDJAN

B Kouassi (1,2), M O Koffi (1,2), K Horo (1,2), A Gobey(1), C Godé (1,2), B Ahui(1), N Koffi (1), A N'Gom (1). E Aka-Danguy (1) B Ahui (1), F S Manewa (1,2), B Samaké(1), M Itchy (1,2), A Koné (1,2), K Konaté (1,2), E Aka-Danguy (1), M Tchamran (1),

1. Service de pneumologie CHU de Cocody Abidjan BP VI3 Abidjan Côte d'Ivoire

2. ONG « Sauvons le Poumon » 22 BP 1105 Abidjan 22

Correspondance: [kouassiboko@hotmail.fr](mailto:kouassiboko@hotmail.fr)

**Contexte :** La pollution atmosphérique touche surtout les pays en développement. Malgré les dégâts provoqués, on ne note aucun système de réglementation de ce fléau

**Objectifs :** déterminer les conséquences sanitaires provoquées par la pollution.

**Méthodologie :** Etude prospective transversale et comparative portant sur les manifestations cliniques liées à la pollution atmosphérique. Deux catégories de populations exerçant à Adjamé (Abidjan) depuis au moins 5 ans ont été enrôlées : en plein air et dans des bureaux climatisés. Ont été exclus, les personnes ayant des antécédents pulmonaires (asthme, terrain atopique, ...), ORL, d'intoxication tabagique ... Nous avons enrôlé 400 personnes soit 200 personnes par groupe.

**Résultats :** Les manifestations O.R.L étaient les plus rencontrées et prédominaient chez les sujets exerçant en plein air avec des différences statistiques significatives. Il s'agissait de chatouillement laryngé (73%), d'obstruction nasale (91%), d'éternuement (48%), de prurit nasal (73%).

Les manifestations pulmonaires étaient aussi significativement retrouvées chez les sujets exerçant en plein air (61 %) contre 15 % en air conditionné. Il s'agit de dyspnée (84%), de toux (51%), de douleurs thoraciques (72%) et des sifflements (100%). Ces manifestations apparaissent de façon significative et plus précocement dans le groupe des personnes exerçant en plein air.

**Conclusion :** La pollution atmosphérique a des risques certains sur la santé des populations exposées. Elle touche surtout les personnes exerçant en pleine air où les activités industrielles et automobiles sont denses.

**Mot(s) Clé(s) :** Mots clés : pollution atmosphérique, signes cliniques, activités, plein air, air conditionné, activité.

### Co17

#### PREVALENCE ET DETERMINANTS DU TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE A DOUALA, CAMEROUN

Mbatchou Ngahane Bertrand Hugo<sup>1</sup>, Atangana Huguette<sup>2</sup>, Wandji Adeline<sup>3</sup>, Tengang Bruno<sup>4</sup>, Nyankiye Emmanuel<sup>5</sup>, Kuaban Christopher<sup>6</sup>, Kamgue Charlotte<sup>3</sup>.

*1-Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala) ;2-Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, 3-Hôpital Laquintinie de Douala,4-Centre des Maladies Respiratoires de Douala ; 5-Cabinet de Pneumologie d'Akwa, Douala ; 6-Faculty of Health Sciences, University of Bamenda.*

**Correspondance** : [mbatchou.ngahane@yahoo.com](mailto:mbatchou.ngahane@yahoo.com)

Le tabagisme est un problème de santé publique dont la prévalence est en augmentation dans les pays du Sud. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les déterminants du tabagisme en milieu scolaire à Douala.

Il s'agissait d'une étude transversale conduite de Janvier 2013 à Avril 2013 et incluant les élèves du second cycle des établissements scolaires. Un questionnaire comportant des questions relatives aux données sociodémographiques, connaissances, comportement et attitudes vis-à-vis du tabagisme était auto-administré. La recherche des facteurs associés au tabagisme était faite grâce à un modèle de régression logistique.

Sur 3170 fiches d'enquête distribuées, 2623 ont été retenues et 547 exclues pour données incomplètes. La prévalence du tabagisme était de 11,2% (293 élèves) dont 8,4% de fumeurs réguliers et 2,8% de fumeurs occasionnels. Les facteurs associés au tabagisme étaient : l'âge supérieur à 20 ans [OR= 1,10 (IC 95% 1,03-1,17)], le sexe masculin [OR= 3,61 (2,52-5,16)], le fait d'avoir un parent fumeur [OR= 1,69 (1,04-2,76)], l'enseignement général [OR= 1,85 (1,23-2,78)], le fait d'avoir un ami fumeur [OR=6,66 (4,69-9,45)]

Les mesures prévention et de lutte contre le tabagisme doivent être intensifiées et ciblées sur les facteurs à lui associés.

**Mot(s) Clé(s)** : tabagisme, Afrique, épidémiologie.

### Co18

#### CONNAISSANCES ET COMPORTEMENT DES ETUDIANTS EN MEDECINE VIS-A-VIS DU TABAGISME DANS LES UNIVERSITES NATIONALES DU BENIN

Ade G, Yovo S, Ade S, Agodokpessi G, Wachinou P, Toundoh N, Anagonou S, Gninafon M.

*1Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthysiologie, Cotonou, Bénin.*

**Correspondance** : [adeserg@yahoo.fr](mailto:adeserg@yahoo.fr)

**Introduction** : Le tabagisme reste un véritable fléau mondial, responsable d'une importante morbi-mortalité. La lutte anti-tabagique (LAT) est donc primordiale faisant appel à toutes les composantes de la société, en particulier les médecins.

**Objectif** : Evaluer le niveau de connaissance et le comportement des étudiants en Médecine des Universités nationales du Bénin.

**Patients et méthode** : Etude transversale portant sur 605 étudiants de la 1<sup>ère</sup> à la 7<sup>ème</sup> année (207 de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et 398 de celle de Parakou) avec auto-administration d'un questionnaire.

**Résultats** : Environ 6,8% connaissent toutes les composantes de la fumée du tabac; et 30,6% savent que le tabac peut être responsable d'atteintes respiratoires, cardiovasculaires, digestives, gynéco-obstétricales et urologiques.

D'eux, 71(11,7%) sont fumeurs soit réguliers (3,3%) soit occasionnels (8,4%). Les principales raisons d'initiation au tabac sont l'effet de mode (23,9%), l'imitation des amis (21,1%) et le plaisir (21,1%). Le test de Fargestrom montre une dépendance nulle chez 77% des fumeurs.

La principale source d'information sur le tabac était les masses médias (64,5%), suivis de loin par les cours à la faculté (27,4%). Personne ne connaît le conseil minimal.

**Conclusion** : Il est important d'insérer des cours sur le tabagisme dans les écoles de formation médicale du pays.

**Mots clés** : Tabagisme, étudiants en Médecine, fumeurs, composantes de la fumée du tabac, pathologies.

## Co19

### PREVALENCE DU TABAGISME EN MILIEU SCOLAIRE DANS LE DEPARTEMENT DE DAKAR

Wayzani M, Thiam K, Dia Kane Y, Mbaye F.B.R, Diatta A, Niang A, Ndiaye E.H.M, Agne P.S.E, Henzazi H, Fall N, Diouf Niang N.F, Cissé M.F, Kashongwé I.M, Kanouté Bamba T, Baleka A.R, Konté Leye H, Kouatcha M.M, Diatta M.N.B, Danga A.N, Rakoto H, Touré N.O.

*Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)*

**Correspondance** : [mehdyway@hotmail.com](mailto:mehdyway@hotmail.com)

**Introduction** : Le tabagisme, première cause de décès évitable dans le monde, est responsable de pathologies qui trouvent souvent leur fondement dans la période juvénile. L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence du tabagisme en milieu scolaire dans le département de Dakar.

**Patients et méthodes** : C'est une étude transversale et descriptive, menée de Septembre 2011 à Juin 2012 dans 27 écoles.

**Résultats**: Nous avons interrogé 1654 élèves dont 848 garçons (51.3%) et 806 filles (48.7%). L'enquête retrouvait 68 fumeurs (4.1%) avec une prédominance masculine soit 70.6% (48/68). L'âge moyen des fumeurs était de 16.88 ( $\pm 2.23$ ) ans (extrêmes : 11-22 ans) et plus de la moitié d'entre eux soit 55.9% (38/68) avait un âge compris entre 16-18 ans. L'influence de l'entourage familial était le facteur initiateur le plus fréquemment retrouvé (25%). Les ex-fumeurs représentaient 3.6% de l'échantillon (n=60) avec un âge moyen de 16.37 ( $\pm 2.02$ ) ans. La peur des parents était le motif d'arrêt le plus évoqué (41.7%).

**Conclusion**: Cette étude confirme la réalité du tabagisme au Sénégal particulièrement en milieu scolaire. Elle montre l'urgence de la mise en place d'une politique de prévention surtout auprès des jeunes.

**Mot(s) Clé(s)** : Tabagisme, Milieu scolaire, Prévention.

## Co20

### TABAGISME ET AUTRES ADDICTIONS CHEZ LES MILITAIRES IVOIRIENS

B A Kouassi (1,3), K Horo (1,3), M O Koffi (1,3), B Ahui (1), C Godé (1,3), J M Yéo-Tenena (2), S Manewa (1), A Koné(1), S Irié (1), N Koffi (1), A N'Gom (1), E Aka-Danguy (1),

(1) *Service de pneumologie CHU de Cocody BP V 13 Abidjan*

(2) *Service de psychiatrie CHU Cocody BP V 166 Abidjan 01*

(3) *ONG « Sauvons le poumon » 22 BP 1105 Abidjan 22*

**Correspondance** : [kouassiboko@hotmail.fr](mailto:kouassiboko@hotmail.fr)

**Contexte** : Les conduites addictives seraient à l'origine d'une baisse de productivité, d'absentéisme et de conflit. On note une augmentation croissante de l'ensemble des addictions. D'où l'importance de la prévention et de la prise en charge de ces addictions surtout dans la population active.

**Objectif** : Déterminer la prévalence et identifier les facteurs favorisant le tabagisme et les autres addictions chez les militaires

**Méthodologie** : Etude prospective, descriptive et analytique de type transversale portant sur le tabagisme et les autres addictions chez les militaires. Sur une période de 2 mois, nous avons interrogé l'armée de terre régulièrement engagée de deux (02) grands sites à Abidjan: le groupement ministériel des moyens généraux et le nouveau camp d'akouédo.

**Résultats** : Au total, 811 militaires ont été interrogés. Il s'agit essentiellement de sujets de sexe masculin (99,5%) avec un âge moyen de 35ans. Les habitudes tabagiques étaient : 33,6% de fumeurs, 13,5% d'anciens fumeurs et 52,77 % de non fumeurs.

S'agissant de l'alcool, la prévalence était de 62,9%. Seulement 4,9% ont avoué consommer de la drogue. Les facteurs favorisant étaient : la curiosité (47,6%), le mimétisme (19,1%) et le stress (25,6%).

Le tabagisme et la drogue étaient significativement retrouvés chez les militaires de niveau d'instruction faible et exerçant sur le terrain. Le militaire tabagique consommait plus l'alcool et la drogue avec des différences statistiquement significatives.

**Conclusion :** Le tabagisme et les autres addictions sont fortement retrouvés dans la population militaire ; il s'agit le plus souvent de poly-consommations provoquées par le stress.

**Mot(s) Clé(s) :** Addiction, tabagisme, alcoolisme, drogue, facteurs, militaire, Abidjan

## Co21

### ETUDE SUR LA PREVALENCE DE LA BPCO ET SES FACTEURS ETIOLOGIQUES A L'HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU DE THIES

Ndiaye EM<sup>1,2</sup>, Diatta A<sup>2</sup>, Thiam K<sup>2</sup>, Touré NO<sup>2</sup>, Cissé MF<sup>2</sup>, Dia Y<sup>2</sup>, Mbaye FBR<sup>2</sup>, Niang A<sup>2</sup>.

*1-Hôpital Saint Jean de Dieu, Thiès ; 2-Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal*

**Correspondance :** [elmamdiaye@yahoo.fr](mailto:elmamdiaye@yahoo.fr)

**Introduction :** La BPCO est une affection grave et sa prévalence est sous-estimée dans nos pays où il n'existe pratiquement pas d'études. L'objectif principal était de déterminer sa prévalence hospitalière et d'identifier les principaux facteurs de risque de la BPCO.

**Matériels et Méthodes :** Etude rétrospective réalisée au niveau du service de Médecine Interne de L'HSJD de THIES, durant la période allant de janvier 2011 à Décembre 2012 portant sur tous les patients âgés de plus de 40 ans chez qui une BPCO a été diagnostiquée.

**Résultats :** Quarante-quatre patients sur 346 reçus en consultation pour une pathologie respiratoire avaient une BPCO soit une prévalence de 12,7 %. L'âge moyen était de 50,3 ans avec une nette prédominance masculine, sex-ratio à 2.19.

L'IMC était anormal chez 27 patients (61.36 %) dont 16 étaient maigres avec une prédominance masculine (93,75%). Onze avaient une obésité de type I ou II et étaient majoritairement des femmes (54,5%). La majorité des patients avait une dyspnée stade II (54,5%), stade III avec 20,45%, stade I avec 20,4 % et le stade IV avec 4,54 %. La BPCO était légère dans 9,09 % des cas, modérée dans 56,82 %, sévère dans 29,55 % et très sévère dans 4,55 % des cas selon la classification GOLD. Le VEMS moyen était de 53,3 %. Le tabagisme était le facteur étiologique le plus fréquent avec 63,36 % des cas, suivi de l'exposition domestique par la fumée de bois (16 %) essentiellement des femmes et 3 cas (6,8 %) au gaz d'échappement d'automobile.

**Conclusion :** La BPCO est une maladie fréquente dans notre pratique quotidienne dont le facteur de risque principal reste le tabac surtout chez les Hommes. Chez la femme il est important de rechercher dans notre contexte la notion d'exposition à la fumée de bois.

**Mot(s) Clé(s):** BPCO, Prévalence, GOLD, Tabagisme, fumée de bois

## Co22

### ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DU TABAGISME : RESULTATS D'UNE ETUDE TRANSVERSALE REALISEE A SAINT LOUIS DU SENEGAL

F. Dia Ndoye; O. Ba; A. Kane; K. Niang, M.Ndour Mbaye

*Hôpital Général Grand Yoff, Dakar Sénégal*

**Correspondance** : oumarbadiom@gmail.com

**Introduction** : Le tabagisme constitue un problème mondial de santé publique, en raison de sa prévalence élevée et de ses conséquences sur la morbidité et la mortalité. Il est important de connaître l'ampleur de ce fléau dans nos pays afin d'élaborer des programmes de lutte plus adaptés.

**Objectif** : Etudier les habitudes tabagiques en milieu rural.

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive par sondage réalisée du 03 au 30 Mai 2010 à St-Louis dans le nord du Sénégal. L'échantillonnage utilisé était un sondage aléatoire systématique, stratifié en grappes par tranche d'âge avec pour unité d'échantillonnage le ménage. La base de sondage était représentée par les données du recensement général et de l'habitat de Saint Louis. Un total de 120 grappes de 10 individus chacune a été tiré pour constituer l'échantillon d'étude. Le tirage a été fait sur la base de probabilités proportionnelles à la taille des quartiers.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être sénégalais ; être âgé de 15 ans au moins lors de l'enquête ; habiter dans la ville de Saint Louis. Critères d'exclusion : toute personne refusant de participer à l'étude. Collecte des données par fiche d'enquête selon le model STEPS OMS portant sur des données socio-démographique, comportementale.

L'analyse statistique des données a été faite à l'aide d'un logiciel Epi info version 3.5.1. Les comparaisons ont été faites grâce aux tests du Khi 2 significative pour un seuil de 5%.

**Résultats** : L'étude a porté sur 1424 individus dont 69% de femmes (n=983) et 31% d'hommes (n=441), sexe ratio 0,44 avec un âge moyen de 40 ans (extrêmes 15 ans et 83 ans).La prévalence du tabagisme actif était de 8% .La cigarette était le mode de consommation le plus utilisé avec une prédominance masculine dès l'âge de 15 ans. D'autres comorbidités ont été retrouvées : alcoolisme, HTA, obésité, sédentarité.

**Conclusion** : Le tabagisme constitue une réalité dans le milieu rural, il est important de sensibiliser les populations afin de diminuer l'incidence des maladies respiratoires chroniques et autres maladies non transmissibles.

**Mot(s) Clé(s)** : Tabagisme - Maladies respiratoires chroniques-Sénégal

Jeudi 21 novembre

Salle Bleue

(Communications orales)

## **SESSION 2 : Poumon et environnement tropical / Pédiatrie**

**Présidium :** Ba M (Sénégal), Koumakpaï S (Bénin), d'Almeida M (Bénin),

**Co23 : Utilité de la CPAP nasale dans l'unité de néonatalogie du CNHU-HKM de Cotonou : résultats préliminaires.**

Bagnan-Tossa L., Bello D., D'Almeida M., Ayivi B.

**Co24 : Morbidité et mortalité des Infections respiratoires aiguës chez l'enfant au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou, Bénin.**

D'Almeida M, Alihonou F, Bagnan L, Alao M J, Sagbo G, Lalya F, Tessi R, Koumakpaï S.

**Co25 : Déterminants de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour pneumonie**

Lukute N, Shiku D, Kayembe N, Aketi L.

**Co26 : Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur la prise en charge de l'asthme chez l'enfant à Niamey**

A.IM.Gagara, L Douti, S K.Adjo, MM.Assao N, D. Maizoumbou B, V.Bakonde, O.Tidjani,

**Co27 : Aspects épidémiologiques de la tuberculose de l'enfant à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique et à l'hôpital Jamot de Yaoundé.**

Ekono Bitchong C, Douanla A, Idrissou Bouba, Afane Ze E.

**Co28 : Profil épidémiologique et résultats du traitement de la tuberculose chez les enfants à Cotonou, Bénin**

Adé S, Adé G, Agodokpessi G, Affolabi D, Koumakpai S, Trébuçq A, AD Harries, Anagonou S.

**Co29 : La tuberculose pulmonaire à l'ère de l'infection à VIH : aspects épidémiologiques, cliniques et radiographiques**

G.Ouédraogo, G. Badoum, K. Bouncougou, E.Birba, M. Ouédraogo, Y.J Drabo

**Co30 : Ressources humaines et matérielles pour la prise en charge de la tuberculose de l'enfant en milieu urbain à Ouagadougou**

S.O.Ouédraogo/Yugbare, I. Ouali, F. Koueta, H. Sawadogo, L. Dao, L Kam, D YE

**Co31 : Poumons détruits de l'enfant sur corps étrangers : indications et résultats**

Flavien Kendja, Raphaël Ouedé, Hyacinthe Ehounoud, Blaise Demine, Paul Yapo Yapo, Yves Tanauh.

**Co32 : La tuberculose de l'enfant en milieu urbain à Ouagadougou**

S.O.Ouédraogo/ Yugbaré, I.Ouali, F. Koueta H. Sawadogo, L.Dao, L Kam, D Yé

**Co33 : La bronchotomie d'extraction des corps étrangers bronchiques chez l'enfant : indications et résultats.**

Flavien Kendja, Raphaël Ouedé, Hyacinthe Ehounoud, Blaise Demine, Paul Yapo Yapo, Yves Tanauh.

### Co23

UTILITE DE LA CPAP NASALE DANS L'UNITE DE NEONATOLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU : RESULTATS PRELIMINAIRES.

Bagnan-Tossa L.\*, Bello D.\*, d'Almeida M.\*, Ayivi B.\*

\*Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA de Cotonou.

Correspondance : [tossabagn@yahoo.fr](mailto:tossabagn@yahoo.fr)

**Introduction** : La CPAP nasale qui est une méthode de ventilation non invasive pouvant être une alternative pour la prise en charge des détresses respiratoires néonatales dans nos conditions de travail au Bénin et en Afrique. Depuis la mise en place de deux appareils de CPAP nasale en Janvier 2013 dans l'unité de néonatalogie du CNHU de Cotonou, il nous a paru opportun de faire une étude préliminaire après 8 mois d'utilisation.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant du 01 février au 30 septembre 2013. Elle a porté sur tous les nouveau-nés admis pour détresse respiratoire et mis sous CPAP pendant la période d'étude dans l'unité de néonatalogie du CNHU-HKM de Cotonou.

**Résultats** : Au total, 275 nouveau-nés ont été admis pour détresse respiratoire sur 2199 reçus pendant la période d'étude soit 12,5%. Le taux de létalité était de 33,8%. Les nouveau-nés mis sous CPAP représentaient 12,7% (n=35). Le sex ratio était de 1,91. Près de 70% des nouveau-nés avait un âge gestationnel inférieur à 33 semaines d'aménorrhée. La prématurité était le principal motif d'admission (54,3%). Le poids de naissance était en majorité inférieur à 2500g. L'indication de mise sous CPAP la plus fréquente était la maladie des membranes hyalines (69%). Le taux de létalité était de 48,6%.

**Conclusion** : La létalité des détresses respiratoires néonatales demeure élevée en néonatalogie au CNHU de Cotonou. La faible proportion de nouveau-nés mis sous CPAP démontre les difficultés liées à son utilisation. Il serait important de revoir les indications de la CPAP et disposer de tout le matériel nécessaire pour son utilisation efficiente.

**Mots-clés** : détresse respiratoire, CPAP, néonatalogie.

### Co24

MORBIDITE ET MORTALITE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS CHEZ L'ENFANT AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE (CNHU) DE COTONOU, BENIN

D'Almeida M\*, Alihonou F, Bagnan L, Alao M J, Sagbo G, Lalya F, Tessi R, Koumakpai S.

Unité d'Enseignement et de Recherche en Pédiatrie, FSS 01 BP 188 Cotonou.

Correspondance : [dalmeidine@yahoo.fr](mailto:dalmeidine@yahoo.fr)

**Introduction** : Les infections respiratoires aiguës (IRA) de l'enfant entraînent une morbidité et une mortalité élevées dans les pays en développement. L'objectif était de déterminer les différents types d'IRA observés ; les moyens thérapeutiques utilisés et l'évolution sous traitement.

**Patients et méthodes** : L'étude était rétrospective transversale et descriptive réalisée dans le service de Pédiatrie et de Génétique Médicale du CNHU de Cotonou de janvier 2008 à décembre 2009 et portant sur 718 enfants admis pour IRA.

**Résultats** : La prévalence hospitalière était de 7,3%. Les enfants étaient essentiellement âgés de un à 59 mois (87,8%). La sex-ratio était de 1,2. Parmi eux 13% n'avaient pas reçu tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination requis pour fleurage. Une comorbidité était notée avec l'infection à VIH 4,5%, la drépanocytose 8% et la malnutrition aigüe 25%. Les IRA basses étaient les plus fréquentes (82%). Les principaux types d'IRA étaient la pneumonie (55,4%), la staphylococcie pleuropulmonaire (14,5%), les rhinopharyngites (10,6%), les bronchites (8,2%), les bronchiolites (7,9%) L'antibiothérapie était utilisée dans tous les cas, associée pour certains à la désinfection nasale dans les rhinopharyngites, la corticothérapie, les bronchodilatateurs et la kinésithérapie dans les bronchiolites. La létalité était de 7,1%, dominée par les pneumonies (6,8%).

**Conclusion** : Au CNHU de Cotonou, les IRA chez l'enfant sont dominées par les pneumonies avec une létalité importante. Des mesures préventives dont la vaccination antipneumococcique contribueront à réduire la morbidité et la mortalité dues aux IRA.

**Mots clés**: IRA, pneumonie, staphylococcie pleuropulmonaire, morbidité, mortalité.

## Co25

### DETERMINANTS DE LA MORTALITE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS HOSPITALISES POUR PNEUMONIE

Lukute N\*, Shiku D\*, Kayembe N\*\*, Aketi L\*.

\* *Département de pédiatrie, service cardiopulmonaire et maladies infectieuses, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RD Congo*

\*\* *Département de médecine interne, service de pneumologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa.*

**Correspondance** : [lukutengandu\\_guy@yahoo.fr](mailto:lukutengandu_guy@yahoo.fr)

**Introduction** : La pneumonie est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde. Selon l'OMS, entre 11 à 20 millions d'enfants atteints de pneumonie devront être hospitalisés et plus de 2 millions d'entre eux mourront.

**Objectif** : Identifier les déterminants de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour pneumonie

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude transversale et analytique menée dans quatre hôpitaux de Kinshasa. Les paramètres cliniques et paracliniques étaient considérés comme éléments d'hospitalisation. La régression logistique a permis de rechercher la relation entre les paramètres et décès. Les analyses bi et multivariées ont été réalisées en vue de déterminer l'association entre les variables et le décès. L'association était statistiquement significative si  $p < 0,05$ .

**Résultats** : L'étude a porté sur 200 enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour pneumonie dont 58,4% de sexe masculin. Nous avons enregistré 54 décès. La malnutrition, la cyanose, l'hyperglycémie, l'hypoglycémie, le syndrome alvéolaire et l'atteinte pulmonaire bilatérale sont des paramètres associés à la mortalité ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion** : Cette étude montre que les déterminants de la mortalité sont à la fois cliniques et paracliniques.

**Mot(s) Clé(s)** : Déterminants ; mortalité ; enfants ; hospitalisés ; pneumonie

## Co26

### EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES AGENTS DE SANTE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME CHEZ L'ENFANT A NIAMEY

A.I M. Gagara (1), L Douti (2), S K.Adjo (2), Mm.Assao N (2), D. Maizoumbou B (3), V. Bakondé (2), O.Tidjani (2),

*1-Hôpital National de Lamordé (Niamey); 2-FMMP de Lomé ; 3-Faculté de médecine de Niamey.*

**Correspondance** : [assiatougagara@gmail.com](mailto:assiatougagara@gmail.com)

Il s'agissait d'une étude prospective qui avait duré sur une période de 6 mois et qui avait concerné cent onze agents de santé dont 74 femmes travaillant dans les différentes structures sanitaires de Niamey avec une moyenne d'âge de 37 ans. Leur niveau de connaissances par rapport au traitement de la crise d'asthme et le traitement de fond était variable d'une catégorie à une autre.

La connaissance sur l'existence de l'évaluation de sa sévérité de l'asthme était satisfaisante pour la plupart des agents. La connaissance sur le traitement de la crise d'asthme par voie inhalée avec chambre d'inhalation est satisfaisante et de façon significative pour les pédiatres/ D.E.S de pédiatrie par rapport aux autres catégories du personnel. Il existe un biais de compréhension pour le traitement de fond et une mauvaise connaissance sur le suivi thérapeutique. En effet, la plupart des agents de santé enquêtés utilisent la voie orale et injectable lors du traitement de fond qu'ils pensent connaître. Globalement les agents de santé ont des connaissances parcellaires et variables sur le traitement de l'asthme chez l'enfant.

**Mot(s) Clé(s)**: Asthme- agents de santé- connaissances-Niamey (Niger).

### Co27

#### ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE LA TUBERCULOSE DE L'ENFANT A L'HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET PEDIATRIQUE ET A L'HOPITAL JAMOT DE YAOUNDE

Ekono Bitchong C, Douanla A, Idrissou Bouba, Afane Ze E.

*Hopital Jamot de Yaounde, Cameroun*

**Correspondance :** ekonoclaire@yahoo.fr

**Introduction :** Au Cameroun, la situation épidémiologique de la tuberculose de l'enfant est mal connue.

L'objectif de ce travail était de déterminer le profil épidémiologique de la tuberculose chez les enfants de 0 à 15 ans.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive conduite de Janvier 2008 à décembre 2011 à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique et à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

62 322 dossiers ont été consultés dont 235 cas de tuberculose. Seuls 98 ont été exploitables.

**Résultats :** 37,30% de patients bacillifères ont été perdus de vue. Les 10-15 ans étaient majoritaires (47,4%). 88,1% des enfants étaient vaccinés au BCG. La notion de contagion tuberculeuse était présente à 64,8%. La toux, la fièvre, et l'amaigrissement étaient les signes et symptômes majeurs. Les pathologies associées récurrentes étaient la malnutrition (45,2%) et l'infection au VIH (15,4%). La tuberculose pulmonaire prédominait (76,9%). L'évolution sous traitement était favorable dans 93,6% des cas. Le taux d'échec au traitement antituberculeux était de 1,3%.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose, Epidémiologie, Enfant.

### Co28

#### PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET RESULTATS DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS A COTONOU, BENIN

Adé S<sup>a</sup>, Adé G<sup>a</sup>, Agodokpessi G<sup>a</sup>, Affolabi D<sup>a</sup>, Koumakpai S<sup>b</sup>, Trébuq A<sup>c</sup>, AD Harries<sup>c</sup>, Anagonou S<sup>a</sup>

*a) Programme National contre la Tuberculose, Bénin*

*b) Service de Pédiatrie, CNHU-HKM, Bénin*

*c) Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, Paris, France.*

**Correspondance :** [adeserg@yahoo.fr](mailto:adeserg@yahoo.fr)

**Introduction:** Dans le monde, et particulièrement en Afrique subsaharienne, peu de données sont publiées par les programmes nationaux sur la tuberculose (TB) parmi les enfants. L'objectif de cette étude était de déterminer l'incidence de la TB parmi les enfants (<15 ans) à Cotonou entre 2009 et 2011 ainsi que les résultats du traitement.

**Patients et Méthode:** Etude transversale portant sur une cohorte rétrospective avec revue des dossiers de tous les enfants (<15 ans) traités pour une TB à Cotonou.

**Résultats:** Entre 2009 et 2011, 182 enfants étaient traités pour une tuberculose (4,5% de l'ensemble des cas). Le taux d'incidence des cas déclarés de TB se situe entre 8 et 13/100000. La séroprévalence de l'infection à VIH était 29%. Dans l'ensemble, le taux de succès thérapeutique était 72%. Il était moindre chez les enfants atteints d'une TB à bacilloscopie négative (62%) et les coinfectés par le VIH (58%).

**Conclusion:** Le nombre d'enfants traités pour TB est faible. Il est nécessaire d'améliorer le diagnostic de la TB infantile et le suivi de ces enfants, particulièrement les cas à bacilloscopie négative et les coinfectés.

**Mots clés:** Tuberculose – Enfants – Traitement – Résultats.

## Co29

### LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A L'ERE DE L'INFECTION A VIH : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET RADIOGRAPHIQUES

G.Ouédraogo<sup>1</sup>, G. Badoum<sup>1</sup>, K. Bouncoungou<sup>1</sup>, E.Birba<sup>2</sup>, M.Ouédraogo<sup>1</sup>, Y.J.Drabo<sup>3</sup>

1. Service de Pneumologie CHUYO Ouagadougou ;  
2. Service de Pneumologie CHUSS Bobo Dioulasso ;  
3. Service de Médecine Interne CHUYO Ouagadougou.

**Correspondance** : [georges.ouedraogo@yahoo.fr](mailto:georges.ouedraogo@yahoo.fr)

**Objectifs** : Etudier, dans le contexte de l'infection à VIH, les aspects épidémiologiques, cliniques et radiographiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant dans la ville de Ouagadougou.

**Méthodes** : Etude rétrospective à visée descriptive (1er janvier 2007 au 30 septembre 2012). Ciblant les enfants de 0 à 15 ans, traités comme cas de tuberculose pulmonaire dans les centres de santé de la ville de Ouagadougou.

**Résultats** : 163 patients retenus, 96 mois de moyenne d'âge. La co-infection TB-VIH était de 34, 4% .Le sexe ratio était de 0,71. La vaccination par le BCG effective dans 72,6% des cas .Notion de contact avec adulte chez 63,8% des patients avec 71,1% de source intrafamiliale. Les signes cliniques : la toux (96,3%), la fièvre vespérale (76,8%), les signes digestifs (60,12%) avaient été observés dans les deux groupes d'enfants avec une comparaison significative (p=0,04). Les lésions radiographiques rencontrées : l'atteinte alvéolaire (24,7%), les pleurésies (21,9%), les lésions interstitielles. Les miliaires étaient plus fréquentes chez les nourrissons (26,6%). La bacilloscopie était positive dans 31,3% des cas.

**Conclusion** : Le diagnostic de la tuberculose est évoqué devant les données cliniques et paracliniques. Les images radiographiques de la tuberculose pulmonaire sont multiples, parfois aspécifiques dans le contexte du VIH.

**Mot(s) Clé(s)** : tuberculose pulmonaire/enfant/co-infection VIH et tuberculose/radiographie

## Co30

### RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE DE L'ENFANT EN MILIEU URBAIN A OUAGADOUGOU

S.O.Ouédraogo/ Yugbare<sup>1,2</sup> , I.Ouali<sup>2</sup> , F. Kouéta <sup>1,2</sup>  
H. Sawadogo<sup>2</sup> , L.Dao<sup>1,2</sup>, L Kam<sup>1,3</sup> , D Ye<sup>1,2</sup>

1 Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso. ; 2 Service de pédiatrie médicale du CHUP-CDG ; 3 Service de pédiatrie du CHU-YO.

**Correspondance** : [solanngedile@hotmail.com](mailto:solanngedile@hotmail.com)

**Introduction** : La prise en charge de la tuberculose de l'enfant rencontre d'énormes difficultés au Burkina Faso.

**Objectif** : Analyser les ressources humaines et matérielles pour la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant de 0 à 14ans.

**Patients et méthode** : Une entrevue a été réalisée du 1<sup>er</sup> février au 28 Février 2013 avec les agents des centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulle, centre national de lutte anti tuberculeux et dans les cinq centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) de la ville de Ouagadougou. L'état des lieux des ressources humaines et matérielles pour la prise en charge de la tuberculose ont été recueillies.

**Résultats** : Au total 25 agents (78%) sur 32 ont été soumis à une entrevue dont 8 infirmiers d'Etat et 17 infirmiers brevetés. Le nombre moyen d'année de service est de 3,51 ans avec des extrêmes de 4 mois et 11 ans. Aucun agent n'a reçu une formation sur la tuberculose de l'enfant depuis son affectation au CDT et au CHU. L'appréciation des locaux des différents CDT par les agents montre que 68,4% jugent leurs locaux aérés et adaptés aux cas de tuberculoses infantiles Tous les CDT disposent d'un peson pour la prise de poids, d'un registre général des cas de tuberculose, des carnets et dossiers de suivi.

Cependant, il n'existe pas de registre pour l'enregistrement des données de la tuberculose de l'enfant. Il ressort que 66,7% des agents trouvent que le matériel dont ils disposent n'est pas adapté au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant. Les moyens disponibles pour la recherche du bacille de Koch restent l'examen direct des crachats. Les antituberculeux de forme pédiatrique existent pour 62,5% des agents mais ne sont pas disponibles au niveau des CHU.

**Conclusion :** Un équipement adéquat des CDT, une coordination et la formation du personnel est plus que nécessaire pour une meilleure prise en charge de la tuberculose de l'enfant.

**Mot(s) Clé(s):** Tuberculose- enfant- ressources Ouagadougou- Burkina Faso.

## Co31

### LA TUBERCULOSE DE L'ENFANT EN MILIEU URBAIN A OUAGADOUGOU

S.O.Ouédraogo/Yugbaré<sup>1,2</sup>, I.Ouali<sup>2</sup>, F. Koueta<sup>1,2</sup>  
H.Sawadogo<sup>2</sup>, L.Dao<sup>1,2</sup>, L.Kam<sup>1,3</sup>, D.Yé<sup>1,2</sup>

1- *Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso*

2- *Service de pédiatrie médicale du CHUP-CDG, Téléphone : (00 226) 50 36 67 76 /77/79, BP : 1198 BP : 01 Ouagadougou 01*

3- *Service de pédiatrie du CHU-YO Adresse : Solange Ouédraogo/Yugbaré,*

**Correspondance :** solangeodile@hotmail.com

**Introduction :** La tuberculose de l'enfant demeure une préoccupation majeure dans nos pays aux conditions de travail très difficiles.

**Objectif :** Etudier la morbidité et la mortalité de la tuberculose chez l'enfant de 0 à 14ans.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif menée du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2011 aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo, centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulle, centre national de lutte anti tuberculeux et dans les cinq centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose de la ville de Ouagadougou. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, et paracliniques des enfants âgés de 0 à 14 ans ayant reçu un traitement anti tuberculeux ont été recueillis.

**Résultats :** La tuberculose de l'enfant représente 4% de l'ensemble des cas de tuberculose. L'âge moyen était de 7,62 ans avec un sex ratio de 0,93. La notion de contagion était notifiée chez 37 patients (23,56%). La fièvre prolongée et la toux d'une durée de plus de 14 jours étaient les principaux motifs de consultations. Les atteintes pulmonaires représentaient 63% contre 37% pour la tuberculose extra pulmonaire. La coïnfection VIH-tuberculose était retrouvée dans 20,4% des cas. La microscopie directe a retrouvé un taux de positivité de 29,65%. Les arguments de mise sous traitement étaient épidémiocliniques dans plus de 50% des cas. La létalité était élevée avec un taux de 8,2% et les facteurs de risque de décès étaient le sexe masculin p=0,03, l'hospitalisation p= 0.04 et la malnutrition p=0,03.

**Conclusion :** La mortalité de la tuberculose de l'enfant demeure une préoccupation au Burkina Faso. Il est donc impératif d'entreprendre des actions plus soutenues dans le sens d'une meilleure prévention, d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate des enfants.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose- enfant- morbidité- mortalité- Ouagadougou- Burkina Faso

### Co32

#### POUMONS DETRUIES DE L'ENFANT SUR CORPS ETRANGERS : INDICATIONS ET RESULTATS

Flavien Kendja, Raphaël .Ouédé, Hyacinthe Ehounoud ; Blaise Demine, Paul Yapo Yapo, Yves Tanauh.

*Service de Chirurgie thoracique, Département de thorax et vaisseaux ; CHU de Cocody Abidjan.*

**Correspondance** : [kendjaflavien@yahoo.fr](mailto:kendjaflavien@yahoo.fr)

**Introduction** : Les corps étrangers inhalés négligés sont fréquents chez les enfants et aboutissent souvent à des destructions pulmonaires.

**Objectif** : Présenter notre expérience des poumons détruits de l'enfant sur corps étrangers inhalés

**Méthodes** : Etude rétrospective de 1990 à 2011 qui a concerné 8 enfants opérés (7 garçons et une fille) pour un poumon détruit sur corps étranger intra bronchique ancien de nature métallique. Les manifestations respiratoires marquées par des infections pulmonaires à répétition évoluaient de 5 mois à 3ans. Les territoires détruits étaient localisées à droite dans 7 cas.

**Résultats** : Huit résections pulmonaires réglées ont été réalisées (une pneumonectomie droite, 6 lobectomies droites et une lobectomie gauche) en raison des destructions parenchymateuses adjacentes à l'obstruction. Le séjour post opératoire a été de 12 jours Les suites opératoires ont été simples avec à un an avait noté une bonne récupération clinique et radiologique et une reprise de la scolarité.

**Conclusion** : Les exérèses pulmonaires pour poumons détruits sur corps étrangers intra-bronchiques malgré les bons résultats doivent être le recours ultime au profit de L'extraction par endoscopie et les mesures préventives surtout chez l'enfant.

**Mot(s) Clé(s)** : bronches - corps étrangers - chirurgie

### Co33

#### LA BRONCHOTOMIE D'EXTRACTION DES CORPS ETRANGERS BRONCHIQUES CHEZ L'ENFANT : INDICATIONS ET RESULTATS.

Flavien Kendja, Raphaël .Ouédé, Hyacinthe Ehounoud ; Blaise Demine, Paul Yapo Yapo, Yves Tanauh.

*Service de Chirurgie thoracique, Département de thorax et vaisseaux ; CHU de Cocody Abidjan.*

**Correspondance** : [kendjaflavien@yahoo.fr](mailto:kendjaflavien@yahoo.fr)

**Introduction** : Les corps étrangers inhalés sont fréquents chez les enfants et sont de traitement endoscopique.

**Objectif** : Présenter les résultats de la bronchotomie dans la prise en charge

**Patients et méthodes** : Cette étude rétrospective de 1990 à 2013 a concerné 12 enfants dont une fille d'un âge moyen de 5,6 ans (2 à 13 ans) chez qui une bronchotomie d'extraction de corps étranger encasté a été réalisée après échec L'extraction endoscopique.

**Résultats** : La bronchotomie a été unique (11 cas) et double (1 cas) à cause des migrations per opératoires du corps étranger. Le corps étranger était métallique (7 cas), alimentaire (2 cas), plastique (2 cas) et dentaire (1 cas). Il siégeait dans la bronche lobaire : inférieure droite (9 cas), supérieure droite (1 cas) inférieure gauche (2 cas). Les suites opératoires ont été simples sans sténose bronchique à long terme. La mortalité était nulle.

**Conclusion** : La bronchotomie d'extraction demeure une alternative en cas d'échec de la voie endoscopique pour éviter la destruction pulmonaire qui impose une chirurgie radicale

**Mot(s) Clé(s)** : corps étranger; bronche; enfant; chirurgie

**Jeudi 21 novembre**

## **COMMUNICATIONS AFFICHEES**

### **Poumons et environnement**

#### **Ca1 : Pathologies respiratoires (PR) en milieu carcéral au Mali**

Y toloba, BF Sissoko, K Ouattara, D Soumaré, O Boré, O Dolo, O M'Baye, B Baya, G Berthé, S Diallo

#### **Ca2 : Morbi-mortalité liée aux maladies respiratoires chez les malades infectés par le VIH à Brazzaville**

E.L.P. Bemba, K.B.A. Ossale, F.O. Okemba, R. Bopaka, A. Nkanga, A. Ekoutou, J. Mboussa

#### **Ca3 : Evaluation du tabagisme chez les gendarmes en Côte d'Ivoire**

Koffi M O, Manewa F S, Samaké K, Koné A, Ehousso N E, Kouassi B A, Horo K, Godé C, Ahui B, Koné F, Itchy M V, Koffi N B, Aka-Danguy E.

#### **Ca4 : Habitudes tabagiques chez les militaires à Abidjan**

F.S.Manewa ; B.A. Kouassi ; M.O. Koffi ; K. Samaké ; A. Koné ; J.M. Ahui ; C.B. Gode; K. Horo ; A. N'Gom ; B.N. Koffi ; E. Aka-Danguy

#### **Ca5 : Comportement tabagique des malades mentaux suivis en ambulatoire à l'hôpital psychiatrique de Bingerville**

Yéo-Tenena YJM, Bakayoko AS, Konan KP, Koua AM, Aka ACV, Nguessan KR, Kone D.

#### **Ca6 : Evaluation des connaissances générales des médecins sur la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)**

Cissé MF, Ndiaye EM, A W Sarr, Touré NO, Thiam K, Diatta A, Dia Y, Mbaye FBR, Niang A.

#### **Ca7: Place de la spirométrie dans le dépistage des pathologies respiratoires en milieu professionnel au Bénin : cas d'une usine de peinture.**

Aguemon B, Ayelo Ap, Gounongbé Cf, Agodokpessi G, Saizonou J, Fourn L, Fayomi B

**Ca8: Contribution à l'évaluation des méthodes d'aide au sevrage chez des fumeurs en zone urbaine : cas de la ville d'Abidjan**

Godé C, Koné A, Samaké R, Manewa S, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

**Ca9 : Sevrage tabagique : connaissances, attitudes et pratiques des médecins du CHU de Cocody**

Koné A., Koffi M.O.B., Samaké K., Kouassi B.A., Ahui B.J.M., Godé V.C., Horo K., Koffi N., Danguy-aka E.

**Ca10: Evaluation des connaissances des professionnels de santé sur l'asthme en Côte d'Ivoire**

Koffi M O, Manewa F S, Samaké K, Koné A, Sika A E, Kouassi B A, Horo K, Godé C, Ahui B, Koné F, Itchy M V, Ngom A, Koffi N B, Aka-Danguy E.

**Ca11 : Prévalence des symptômes respiratoires chez les travailleurs du pont de péage pesage exposés aux gaz d'échappement des véhicules Cotonou -Bénin**

Adjobimey M, Hinson AV, Fayomi B.

**Ca12 : Prévalence et déterminants de la broncho-pneumopathie chronique obstructive à la fin du traitement de la tuberculose pulmonaire à Yaoundé, Cameroun**

Eric Walter Pefura-Yone, Pierre Eugène Tagne-Kamdem, Christopher Kuaban.

**Ca13 : Anticorps anti-helicobacter pylori : Quelle influence sur le développement et l'évolution de l'asthme en Côte d'Ivoire**

Koffi KS, Dasse SR, N'guessan C, Coulibaly KJ, Meite S, Ouattara A, Kacou-Ndouba A, Dosso M.

## Ca1

### **PATHOLOGIES RESPIRATOIRES (PR) EN MILIEU CARCERAL AU MALI**

Y toloba<sup>1</sup>, BF Sissoko<sup>1</sup>, K Ouattara<sup>1</sup>, D Soumaré<sup>1</sup>, O Boré<sup>2</sup>, O Dolo<sup>2</sup>, O M'Baye<sup>1</sup>, B Baya<sup>1</sup>, G Berthé<sup>1</sup>, S Diallo<sup>1</sup>

*1Service de Pneumologie, CHU de Point-G, Bamako, Mali*

*2Centre de la Maison centrale d'arrêt de Bamako, Mali*

**Correspondance:** [toloba71@yahoo.fr](mailto:toloba71@yahoo.fr)

**Introduction :** Les éléments de la stratégie Halte à la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) consacrent des mesures en faveur des personnes en situation particulière (prisonniers). Les PR en milieu carcéral présentent des problèmes de prise en charge. L'objectif était d'étudier les PR dans la maison Centrale d'arrêt (MCA) de Bamako.

**Méthodes :** Etude rétrospective, de Mai 2012 à Avril 2013, dans la MCA de Bamako. Le registre médical et le dossier des patients ont servi pour la collecte des données. La signification statistique a été étudiée par le logiciel SAS 9.3 avec un seuil de 5 % ( $p < 0,05$ ).

**Résultats :** sur 2740 admissions, 207 concernaient les PR (7,5%). Il s'agissait d'hommes, âge moyen  $30 \pm 13$  ans, extrêmes de 19 et 71 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 29 ans (45,8%). Les PR les plus retrouvées étaient : bronchite (40,2%), IRA et asthme (20%). La tuberculose représentait 8%. Le tabagisme (90%) était un facteur de survenue de la toux et corrélé à l'âge ( $p < 0,005$ ).

**Conclusion :** Par leurs fréquences, les PR nécessitent une collaboration entre les structures sanitaires carcérales et les services spécialisés pour une meilleure prise en charge.

**Mot(s) Clé(s) :** prison, pathologie respiratoire, Mali.

## Ca2

### **MORBI-MORTALITE LIEE AUX MALADIES RESPIRATOIRES CHEZ LES MALADES INFECTES PAR LE VIH A BRAZZAVILLE**

E.L.P. Bemba, K.B.A. Ossale, F.O. Okemba, R. Bopaka, A. Nkanga, A. Ekoutou, J. Mboussa

*Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville, Congo*

**Correspondance:** [bemba1@gmx.fr](mailto:bemba1@gmx.fr)

**Introduction :** L'incidence de l'infection VIH est perceptible sur la santé respiratoire. Les affections opportunistes respiratoires sont au 1er plan des manifestations du SIDA. Cette étude a pour but d'apprécier la mortalité et la morbidité chez les patients infectés par le VIH hospitalisés au service de pneumologie du CHU de Brazzaville.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive portant sur 343 patients infectés par le VIH hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU de Brazzaville

**Résultats :** Il ressort de cette étude que 95% (292/343) des patients sont infectés par le VIH1. L'âge moyen était 40,25ans. Les pathologies les plus fréquentes étaient la tuberculose 58,9% (202/343), pneumonies bactériennes 20,7% (71/343). La mortalité globale était de 19,2% (66/343). La pathologie la plus létale était la tuberculose soit 54,54%. Les patients au stade C du SIDA représentaient 69.2% (231/343).

**Conclusion :** Les pathologies respiratoires au cours du VIH sont très létales du fait qu'elles surviennent pour la plupart au stade tardif, chez les patients aux conditions socio-économiques modestes.

**Mot(s) Clé(s) :** morbidité, mortalité, maladies respiratoires

### Ca3

#### EVALUATION DU TABAGISME CHEZ LES GENDARMES EN COTE D'IVOIRE

Koffi M O<sup>1</sup>, Manewa F S<sup>1</sup>, Samaké K<sup>2</sup>; Koné A<sup>1</sup>, Ehoussou N E<sup>1</sup>, Kouassi B A<sup>1</sup>, Horo K<sup>1</sup>, Godé C<sup>1</sup>, Ahui B<sup>1</sup>, Koné F<sup>1</sup>; Itchy M V<sup>1</sup>, Koffi N B<sup>1</sup>, Aka-Danguy E<sup>1</sup>.

1- *Service de Pneumologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire*; 2 - *Service de Pneumologie CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Correspondance:** [komarcol@hotmail.fr](mailto:komarcol@hotmail.fr)

**Introduction :** Le tabagisme pose un véritable problème de santé publique. La sensibilisation de toute la population et en particulier des sujets actifs comme les gendarmes s'impose.

**Objectifs :** Evaluer les habitudes tabagiques des gendarmes et déterminer les facteurs favorisant ce tabagisme.

**Méthodologie :** Nous avons effectué une étude prospective transversale descriptive sur 02 mois (avril à mai 2012) dans 04 grands camps de Gendarmerie à Abidjan.

**Résultats :** La prévalence du tabagisme chez les gendarmes était de 16,15%. La population des fumeurs était jeune avec un âge moyen de 30,38 ans, l'âge d'initiation tabagique de 19,3 ans en moyenne. Les facteurs favorisant cette initiation étaient la recherche de plaisir (42,55%), le stress (34,04%) et le mimétisme (19,15%). En général, les gendarmes fumeurs avaient commencé à fumer avant d'entrer à la Gendarmerie (82,98%) et avaient moins de 10 ans de carrière (80,80%). Le comportement tabagique était influencé de façon significative par certains facteurs notamment la situation matrimoniale (45,74% étaient célibataires), le grade (96,81% étaient des sous-officiers), le lieu d'activité (61,70% étaient des hommes de terrain) et la consommation d'alcool (84,04% étaient éthyliques).

**Conclusion :** L'intoxication tabagique est de l'ordre de 16% dans la Gendarmerie et est favorisée par des facteurs liés au métier des armes.

**Mot(s) Clé(s) :** Tabagisme – Gendarmes – Facteurs favorisants – Abidjan.

### Ca4

#### HABITUDES TABAGIQUES CHEZ LES MILITAIRES A ABIDJAN

F.S.Manewa ; B.A. Kouassi ; M.O. Koffi ; K. Samaké ; A. Koné ; J.M. Ahui ; C.B. Gode ; K. Horo ; A. N'Gom ; B.N. Koffi ; E. Aka-Danguy

*Service de pneumologie du CHU de Cocody, département de thorax et vaisseaux.*

**Correspondance:** [manewafotso@yahoo.fr](mailto:manewafotso@yahoo.fr)

**Contexte :** Le tabagisme est responsable de multiples pathologies invalidantes. Afin de lutter contre ce fléau au sein de l'armée, force vive de défense de la nation, une évaluation des habitudes tabagiques chez les militaires s'impose.

**Objectif :** Déterminer la prévalence et identifier les facteurs favorisant le tabagisme chez les militaires

**Méthodologie :** Etude prospective descriptive de type transversale portant sur le tabagisme chez les militaires à Abidjan. Pendant deux mois, nous avons interrogé l'armée de terre sur deux grands sites : le groupement ministériel des moyens généraux et le nouveau camp d'Akouedo.

**Résultats :** Au total, 811 militaires ont été interrogés. Il s'agissait essentiellement de sujets de sexe masculin (99,5%) avec un âge moyen de 35,6 ans. Les habitudes tabagiques étaient : 33,6% de fumeurs actuels, 13,5% d'anciens fumeurs et 52,77% de non fumeurs. L'âge moyen d'initiation tabagique était de 19,51 ans avec des extrêmes de 18 et de 35 ans. La majorité des militaires de notre étude (280 soit 73,11%) avait commencé à fumer bien avant leur entrée dans l'armée contre 84 pendant leur carrière (soit 21,93%). Les facteurs à l'initiation tabagique étaient le plaisir (47,78%), le stress (25,59%), le mimétisme (19,06%). Les jeunes étaient les plus nombreux à fumer (70,7%). Le niveau d'études inférieur au secondaire était retrouvé chez 282 militaires (92,31%). Les militaires ayant une ancienneté inférieure à 10 ans étaient ceux qui consommaient significativement du tabac.

La situation tabagique était significativement liée au grade; 80,22% des fumeurs étaient des militaires de rang versus 2,56% chez les officiers. La majorité des fumeurs se trouvait sur le terrain (199 soit 72,89%) contre 74 soit 27,11% dans l'administration avec une différence significative (p=0,001)

**Conclusion** : Telle une menace terroriste, le tabagisme est à nos portes et s'attaque directement au symbole de notre défense à savoir nos militaires.

**Mot(s) Clé(s)** : habitude- tabagisme- facteur- militaire- Abidjan

## Ca5

### COMPORTEMENT TABAGIQUE DES MALADES MENTAUX SUIVIS EN AMBULATOIRE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE

Yeo-Tenena YJM<sup>1</sup>, Bakayoko AS<sup>2</sup>, Konan KP<sup>1</sup>, Koua AM<sup>3</sup>, Aka Acv<sup>1</sup>, Nguessan Kr<sup>1</sup>, Koné D<sup>4</sup>.

*1 : Service d'hygiène mentale, Institut National de Santé Publique d'Adjamé, Côte d'Ivoire ; 2 : Service de Pneumo-physiologie, CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire ; 3 : UFR Sciences médicales Bouaké, Côte d'Ivoire ; 4 : Hôpital psychiatrique de Bingerville, Côte d'Ivoire ;*

**Correspondance** : [sandia211@hotmail.com](mailto:sandia211@hotmail.com)

**Introduction** : Le tabagisme et ses conséquences sont aussi bien rencontrées en santé mentale que dans les autres services.

**Objectif** : Décrire le comportement tabagique des malades mentaux suivis à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

**Matériel et Méthode** : Etude transversale à visée descriptive et analytique conduite sur 3 mois (Juin à Août 2011) analysant les réponses à un questionnaire et les dossiers médicaux des patients.

**Résultats** : La prévalence du tabagisme actif était de 17,1%. Les patients tabagiques étaient tous des hommes avec un âge moyen de 33,1 ans et une durée moyenne de consommation tabagique de 12,3 ans. L'abus des substances (57,7%) et les schizophrénies (20%) étaient les pathologies psychiatriques les plus concernées. Parmi les patients ayant commencé à fumer avant la maladie psychiatrique (90%), 75% avaient intensifié leur consommation au cours de la maladie. 72,5% des enquêtés avaient tenté d'arrêter de fumer (plus de 3 tentatives pour 37,9% d'entre eux). L'alcool était la substance la plus associée aux autres substances psychoactives (47,5%).

**Conclusion** : Le tabagisme des malades mentaux semble proche de celui de la population générale avec cependant un usage concomitant de plusieurs substances psychoactives ; Une psychoéducation prenant en compte les patients et les familles s'avère nécessaire.

**Mot(s) Clé(s)** : Comportement tabagique- troubles mentaux- substances psychoactives

## Ca6

### EVALUATION DES CONNAISSANCES GENERALES DES MEDECINS SUR LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

Cissé MF<sup>1</sup>, Ndiaye EM<sup>2</sup>, A W Sarr<sup>3</sup>, Touré NO<sup>1</sup>, Thiam K<sup>1</sup>, Diatta A<sup>1</sup>, Dia Y<sup>1</sup>, Mbaye FBR<sup>1</sup>, Niang A<sup>1</sup>.

1-Service de pneumologie chnu de fann/dakar ;

2-UFR de médecine de Thiès Abdoul Waheb sar

3- Service de cardiologie chnu Aristide le Dante

**.Correspondance :** [elmamdiaye@yahoo.fr](mailto:elmamdiaye@yahoo.fr)

**Introduction :** La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un problème de santé publique de plus en plus croissant dans le monde. Elle est souvent sous diagnostiquée par les médecins et cela dans tous les pays. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des médecins en matière de BPCO.

**Méthodes :** Cette étude a été menée auprès de 53 médecins (spécialistes et en cours de formation) exerçant dans les services de Pneumo-phtisiologie du CHNU de FANN (CHNUF), de Cardiologie du CHNU Aristide le Dantec (HALD) et de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY), de Médecine Interne du CHNU Aristide le Dantec (HALD) et de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY) pour évaluer leur niveau de connaissance de la maladie.

**Résultats :** Tous les médecins connaissaient au moins une manifestation clinique de la BPCO telle que la dyspnée (100%) mais seuls 17 d'entre-eux (32,1%) évoquaient les 3 principaux signes à la fois (dyspnée, toux et expectoration). Le principal facteur étiologique de la BPCO, le tabac, était connu par 90,6% des médecins. Les autres facteurs étaient par contre ignorés de plus de la moitié des médecins.

L'Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR) était considérée dans 83% des cas comme l'examen paraclinique de référence pour la confirmation de la BPCO. Douze médecins savaient que le résultat attendu était un syndrome obstructif peu ou pas réversible sous bronchodilatateur.

Les moyens thérapeutiques étaient connus de plus du quart des médecins (28,30%). Cependant la réhabilitation physique qui est une étape très importante de la prise en charge était ignorée par 99% des médecins.

Il en est de même pour la prise en charge nutritionnelle. Sur le plan de la prise en charge, 88,7% (47) des médecins sont conscients du fait que le but du traitement était de ralentir la progression de la maladie.

Concernant l'histoire naturelle de la BPCO, 94,33% (50) savaient que la maladie était régulièrement émaillée d'épisodes d'exacerbations et que la majorité d'entre elles semble être d'origine infectieuse, bactérienne ou virale. Par ailleurs, ils semblaient ignorer les multiples retentissements extra respiratoires pouvant eux aussi aggraver le pronostic vital.

**Conclusion :** Ces résultats montrent l'intérêt à renforcer la connaissance en matière de BPCO par les médecins qui reste une maladie fréquente et sous diagnostiquée. Ceci permettrait un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate

**Mots-clés :** BPCO, Tabac, Spirométrie, GOLD.

## Ca7

### PLACE DE LA SPIROMETRIE DANS LE DEPISTAGE DES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES EN MILIEU PROFESSIONNEL AU BENIN : CAS D'UNE USINE DE PEINTURE.

Aguemon B<sup>1,5</sup>, Ayelo AP<sup>1,5</sup>, Gounongbé Cf<sup>2</sup>, Agodokpessi G<sup>3,5</sup>, Saizonou J<sup>4</sup>, Fourn L<sup>1,5</sup>, Fayomi B<sup>1,5</sup>

1-Département Santé Publique, Santé au Travail et Environnement

2-Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin

3-Centre National Hospitalier de Pneumo-Physiologie de Cotonou

4- Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Bénin

5- Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, Bénin

**Correspondance** : Email : [paulayelo@yahoo.fr](mailto:paulayelo@yahoo.fr)

**Introduction** : Cette étude visait à dépister les troubles ventilatoires chez les travailleurs d'une usine de peinture à Cotonou et identifier les facteurs qui y sont associés.

**Méthode** : Il s'agit d'étude transversale réalisée en 2011 sur 105 travailleurs d'une usine de peintures à Cotonou, Bénin. Les sujets ont subi un interrogatoire à la recherche des antécédents respiratoires et des habitudes tabagiques, un examen clinique respiratoire, une radiographie de thorax et un test spirométrique.

**Résultats** : Les sujets tous de sexe masculin avaient un âge moyen de 42±8 ans et une ancienneté moyenne au poste de 15±8 ans. L'étude a permis de dépister 29 cas de déficit respiratoire dont 10 cas de syndrome mixte, 3 cas de syndrome obstructif et 16 cas de syndrome restrictif. Les cas de déficit respiratoire enregistrés prédominaient chez les sujets les plus anciens au poste, ceux ayant des antécédents respiratoires et les fumeurs.

**Conclusion** : Les résultats montrent que les anomalies spirométriques observées ne sont pas isolées. Les habitudes tabagiques, les antécédents respiratoires, l'ancienneté au poste et les conditions de travail semblent influencer la survenue des troubles fonctionnels respiratoires. Une étude analytique de cohorte ou de cas-témoins conviendrait pour mieux prouver l'association entre l'exposition aux peintures et les anomalies dépistées.

**Mots clés** : Peintures-Poumons-Spirométrie-Cotonou.

## Ca8

### CONTRIBUTION A L'EVALUATION DES METHODES D'AIDE AU SEVRAGE CHEZ DES FUMEURS EN ZONE URBAINE : CAS DE LA VILLE D'ABIDJAN

Godé C<sup>1</sup>, Koné A<sup>1</sup>, Samaké R<sup>1</sup>, Manewa S<sup>1</sup>, Koffi M<sup>1</sup>, Ahui-Brou JM<sup>1</sup>, Kouassi B<sup>1</sup>, Horo K<sup>1</sup>, Koné A<sup>1</sup>, N'gom A<sup>1</sup>, Aka-Danguy E<sup>1</sup>.

1: Service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody Abidjan Côte d'Ivoire.

**Correspondance** : [nigivie2004@yahoo.fr](mailto:nigivie2004@yahoo.fr)

**Introduction** : le tabagisme, problème de santé publique, est un fléau à l'origine de pathologies mortelles évitables. La lutte contre le tabagisme est essentiellement basée sur l'information des populations sur les dangers du tabac. Pour les fumeurs l'aide au sevrage tabagique est primordial et permet de diminuer les risques des pathologies. L'objet de cette étude était d'évaluer les méthodes de sevrage tabagique utilisées et leur impact sur le comportement tabagique des fumeurs.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude transversale sur une période de 01 mois, du 01 aout au 31 aout 2012. Etaient inclus dans cette étude tous les fumeurs actifs âgés de 18 ans et plus résidant à Abidjan.

**Résultats** : Sur une population d'étude de 150 fumeurs, on notait une prédominance masculine (93,6%), un âge moyen de 36,58ans. 94,8% ne connaissaient aucune structure médicale d'aide au tabac, la source d'information demeurait l'internet (58,3%) ; les motifs d'arrêt étaient respiratoires (44%). Les méthodes utilisées étaient non conventionnelles dans 67,3% des cas. La moyenne de tentatives d'arrêt était de 5 ; 24% incriminaient le manque de motivation comme cause de l'échec des tentatives de sevrage, quand 28% l'attribuaient à la dépendance tabagique.

**Conclusion** : les méthodes d'aide au sevrage, utilisées par les fumeurs sont non conventionnelles, d'où l'intérêt d'une large diffusion des possibilités médicales d'aide au sevrage auprès de cette population.

**Mot(s) Clé(s)** : fumeurs, méthodes d'aide au sevrage.

## Ca9

### SEVRAGE TABAGIQUE : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MEDECINS DU CHU DE COCODY

Koné A<sup>1</sup>., Koffi M.O.B<sup>1</sup>., Samaké K<sup>2</sup>., Kouassi B.A.<sup>1</sup>, Ahui B.J.M<sup>1</sup>., Godé V.C<sup>1</sup>., Horo K<sup>1</sup>., Koffi N<sup>1</sup>., Danguy-aka E<sup>1</sup>.

1-Service de Pneumologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

2- Service de Pneumologie CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

**Correspondance** : [alima\\_kone@yahoo.fr](mailto:alima_kone@yahoo.fr)

**Contexte** : Les conséquences liées au tabagisme sont multiviscérales. De ce fait tout médecin quel que soit sa spécialité doit s'impliquer dans l'aide au sevrage afin de prévenir les pathologies liées au tabagisme.

**Objectifs** : Décrire l'attitude des médecins face à un patient tabagique et identifier les différentes méthodes utilisées par les médecins dans l'aide au sevrage tabagique

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude prospective, transversale et analytique portant sur l'évaluation des connaissances des médecins sur le sevrage tabagique. Nous avons interrogé du 1er juillet au 30 octobre 2012 les médecins régulièrement affectés au CHU de Cocody, quelles que soient les spécialités.

**Résultats** : Au total, 124 médecins ont été interrogés et repartis en deux groupes selon les spécialités médicales et chirurgicales. La prévention et le dépistage n'étaient pas abordés par les médecins dans leur pratique quotidienne. Moins de la moitié des enquêtés (44,4%) interrogeaient systématiquement leurs patients sur leurs habitudes tabagiques. seuls 23,5% des médecins des spécialités médicales connaissaient le test de Fagerström (p= 0,0085). L'auto-sevrage et les substituts nicotiques étaient les méthodes les plus connues des deux groupes. L'aide au sevrage était organisée par 23,5% des médecins des spécialités médicales (p= 0,0216)

**Conclusion** : Les médecins du CHU de cocody sont faiblement impliqués dans l'aide au sevrage tabagique

**Mot(s) Clé(s)** : tabagisme, sevrage, connaissances, médecins, Abidjan

## Ca10

### EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR L'ASTHME EN COTE D'IVOIRE

Koffi M O<sup>1</sup>;Manewa F S<sup>1</sup> ,Samaké K2 , Koné A<sup>1</sup>, Sika A E<sup>1</sup>, Kouassi B A<sup>1</sup> , Horo K<sup>1</sup> ,Godé C<sup>1</sup> ,Ahui B<sup>1</sup> ,Koné F<sup>1</sup>, Itchy M V<sup>1</sup> ,Ngom A<sup>1</sup> ,Koffi N B<sup>1</sup> , Aka-Danguy E<sup>1</sup>

1-Service de Pneumologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

2- Service de Pneumologie CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

**Correspondance**: [komarcol@hotmail.fr](mailto:komarcol@hotmail.fr)

**Introduction** : L'asthme, trouble respiratoire chronique, est piètrement diagnostiqué et sous traité.

**Objectif** : Evaluer les connaissances des professionnels de santé sur la maladie asthmatique.

**Méthodologie** : Nous avons mené une étude prospective transversale à visée descriptive et comparative qui s'est déroulée dans les CHU de Cocody et Bouaké pendant une période de 02 mois (septembre à novembre 2012).

**Résultats** : 88,9% des professionnels de santé savaient que l'asthme est une maladie des bronches.

En dehors des crises, 51,2% des enquêtés reconnaissaient que les EFR avec test de provocation représentaient l'examen permettant de faire le diagnostic de l'asthme. Au plan thérapeutique, 64% reconnaissaient que les bronchodilatateurs de courte durée d'action étaient essentiels dans le traitement de la crise d'asthme. Cependant 12,8% savaient que les corticoïdes inhalés étaient essentiels dans le traitement de fond. Sur le volet préventif, les pneumallergènes les plus cités étaient les poils d'animaux (59%), les acariens (58 %) et les pollens (32,8%). Les médecins semblaient avoir plus de connaissances sur l'asthme que les pharmaciens et les infirmiers.

**Conclusion** : Le traitement et la prévention étaient les aspects les moins connus.

**Mot(s) Clé(s)** : Evaluation – Connaissances – Asthme – Professionnels de santé – Côte d'Ivoire.

### Ca11

PREVALENCE DES SYMPTOMES RESPIRATOIRES CHEZ LES TRAVAILLEURS DU PONT DE PEAGE PESAGE EXPOSES AUX GAZ D'ÉCHAPPEMENT DES VEHICULES COTONOU- BENIN

Adjobimey M, Hinson AV, Fayomi B

*UER en Santé au Travail et Environnement, FSS, Cotonou*

**Correspondance:** [menonladjob@yahoo.fr](mailto:menonladjob@yahoo.fr)

**Introduction :** Quelle est la fréquence des symptômes respiratoires chez les travailleurs exposés à la fumée des gaz d'échappement ?

**Objectif :** Evaluer la prévalence des symptômes respiratoires chez les travailleurs du pont de péage pesage d'Ekpè.

**Patients et Méthode:** Etude de type transversale incluant les travailleurs exposés aux gaz d'échappement des véhicules.

**Résultats :** La fréquence des symptômes respiratoires est : toux chronique (42,3%) ; bronchorrhée chronique (46,2%) ; rhinorrhée (65,2%) ; éternuement à répétition (75%) ; douleur thoracique (38,5%). Il y a une absence de perturbation du débit expiratoire de pointe. Par ailleurs 5,8% ont présenté un asthme ou constaté une exacerbation des crises d'asthme après l'embauche.

**Conclusion :** L'exposition aux gaz d'échappement des véhicules favorisent la survenue des symptômes respiratoires

**Mots clés :** Poumons, Travail, Environnement

### Ca12

PREVALENCE ET DETERMINANTS DE LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE A LA FIN DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A YAOUNDE, CAMEROUN

Eric Walter Pefura-Yone<sup>1</sup>, Pierre Eugene Tagne-Kamdem<sup>2</sup>, Christopher Kuaban<sup>3</sup>.

*1-Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun ; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun*

*2-Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun*

*3- Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun ; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun; Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun.*

**Correspondance :** [pefura2002@yahoo.fr](mailto:pefura2002@yahoo.fr)

**Introduction :** D'autres facteurs en dehors du tabac comme la tuberculose peuvent contribuer au développement de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

**Objectifs :** Déterminer la prévalence et rechercher les facteurs associés à la BPCO chez les patients tuberculeux pulmonaires bacillifères ayant terminé le traitement antituberculeux.

**Patients et Méthodes :** Cette étude transversale a été réalisée de novembre 2012 à février 2013(4 mois) à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. La régression logistique a été utilisée pour rechercher les facteurs associés à la BPCO à la fin du traitement antituberculeux. Une valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative.

**Résultats** : Des 185 patients inclus (57,8% de sexe masculin), 38 (20,5%) patients étaient des fumeurs ou ex-fumeurs et leur âge médian (intervalle interquartile) était de 32 (24 - 45) ans. La prévalence de la BPCO était de 7,6% et le seul facteur indépendant associé à la BPCO était l'atteinte radiologique supérieure à quatre zones au début du traitement [odds ratio ajusté (intervalle de confiance (IC) à 95%) : 9,570 (1,97 - 46,53),  $p=0,006$ ].

**Conclusion** : La prévalence de la BPCO est relativement élevée chez les patients tuberculeux bacillifères à la fin du traitement et l'atteinte radiographique extensive est le principal déterminant de cette affection à Yaoundé.

**Mot(s) Clé(s)** : broncho-pneumopathie chronique obstructive, tuberculose, déterminants

### Ca13

#### ANTICORPS ANTI-HELICOBACTER PYLORI : QUELLE INFLUENCE SUR LE DEVELOPPEMENT ET L'EVOLUTION DE L'ASTHME EN COTE D'IVOIRE

Koffi KS<sup>1,4</sup>, Dassé SR<sup>2</sup>, N'guessan C<sup>2</sup>, Coulibaly KJ<sup>1</sup>, Meite S<sup>3</sup>, Ouattara A<sup>1</sup>, Kacou-N'douba A<sup>1,4</sup>, Dosso M<sup>1</sup>

1 : Institut Pasteur de Côte d'Ivoire ;

2 : Laboratoire d'Immunologie Centre Hospitalo-Universitaire de Cocody ;

3 : Laboratoire de Bactériologie Virologie Centre Hospitalo-Universitaire de Yopougon ;

4 : Laboratoire de Bactériologie Virologie Centre Hospitalo-Universitaire de Cocody

**Correspondance** : koffi.ks@gmail.com

**Introduction** : Helicobacter pylori (H. pylori) est responsable de maladies gastriques et extra digestives, notamment respiratoires. Son lipopolysaccharide est capable d'orienter la réponse immunitaire vers les profils Th1 ou Th2 en stimulant les toll-like receptors (TLR) des cellules dendritiques de la muqueuse respiratoire. Cette stimulation des TLR pourrait influencer l'évolution de l'asthme.

**Objectif** : Rechercher une corrélation entre les anticorps anti-H. pylori, le développement de l'asthme et son évolution.

**Patients et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée de janvier 2008 à juin 2009. Elle a concerné 34 sujets asthmatiques (Cas) et 63 donneurs de sang non asthmatiques (Témoins). Les anticorps anti-H. pylori ont été détectés chez tous les patients. Une spirométrie a également été réalisée chez les Cas. Les variables ont été comparées par le test de  $\chi^2$  ; les risques ont été appréciés par les odds ratio au seuil  $\alpha$  de 5 %.

**Résultats** : La séroprévalence des anticorps anti-H. pylori était moins élevée chez les Cas que chez les Témoins sans différence statistique. La présence d'anticorps anti-H. pylori n'était liée ni au risque de développer de l'asthme ni au risque de survenu d'asthme partiellement ou non contrôlé.

**Conclusion** : Les anticorps anti-H. pylori n'avaient pas d'influence sur l'asthme.

**Mot(s) Clé(s)**: Asthme, H. pylori, anticorps

# PENSEZ À L'ASTHME

# AVEZ-VOUS DU MAL À RESPIRER? MOI, ÇA NE M'ARRÊTE PAS.

LOUIS SAHA Footballeur professionnel - France & Lazio



AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE  
RESPIRATION SIFFLANTE OU  
UNE OPPRESSION THORACIQUE



AVEZ-VOUS UNE TOUX QUI  
REVIENT CONTINUELLEMENT ET  
QUI S'AGGRAVE LA NUIT ?



AVEZ-VOUS PARFOIS  
DU MAL À RESPIRER ?



VOUS SENTEZ VOUS MAL QUAND IL  
FAIT FRAIS, OU LORSQU'IL Y'A DE LA  
POUSSIÈRE OU DE LA FUMÉE AUTOUR  
DE VOUS ?

Si vous avez du mal à respirer comme Louis,  
consulter un médecin ou rendez vous à la structure  
sanitaire la plus proche.

**gsk**  
GlaxoSmithKline

**VENDREDI 22 NOVEMBRE 2013**

**SALLE BLEUE**

**8h30 – 10h30**

**PLENIERE 2 : Maladies orphelines en Pneumologie tropicale**

(Conférences)

**Présidium:** AKA DANGUY (Côte d'Ivoire), DOUAGUI H. (Algérie), DOMOUA KMS (Côte d'Ivoire),  
HORO K (Côte d'Ivoire), ADJOH S (Togo)

**Conférence 8** : Aperçu général et PEC des maladies orphelines HORO K (Côte d'Ivoire)

**Conférence 9** : La sarcoïdose en milieu tropical: DOMOUA S (Côte d'Ivoire)

**Conférence 10** : CAT devant une allergie alimentaire DOUAGUI H (Algérie)

**10h45 – 12h45**

**SESSION 4A & SESSION 4B**

**SALLE BLEUE**

**SESSION 4A : Maladies orphelines (Communications)**

**SALLE AMERIQUE**

**SESSION 4B : Communications orales libres**

14h15 – 15h45      **SESSION 5A & SESSION 5B**

### **SALLE BLEUE**

#### **SESSION 5 A: Syndrome d'Apnées durant le sommeil**

(Conférences)

**Présidium:** N B KOFFI (Côte d'Ivoire), B PIGEARIAS (France), Franck SOYEZ (France),  
N KABEYA (France), G AGODOKPESSI. (Bénin)

**Conférence 11 :** Le syndrome d'apnées durant le sommeil : physiologie et physiopathologie  
(Franck SOYEZ)

**Conférence 12 :** Le couple cœur/poumon normal à l'Epreuve du sommeil normal, ou les  
paradoxes de la normalité endormie (Bernard PIGEARIAS)

**Conférence 13 :** La prise en charge du syndrome d'apnées durant le sommeil et les réalités du  
terrain en Afrique tropicale (Franck N. K. KABEYA)

### **SALLE AMERIQUE**

#### **SESSION 5 B : Communications orales : Pneumopathie bactérienne**

**Présidium:** F. HOUNGBE (Bénin), M. ZANNOU (Bénin), K. HORO (Côte d'Ivoire),  
D. AFFOLABI (Bénin),

### **SALLE BLEUE**

16h00 – 17h30 : **SESSION 6 : Conférences**

**Présidium:** KOFFI N B (Côte d'Ivoire), KUABAN C (Cameroun), DOMOUA KMS Y  
(Côte d'Ivoire), NDIAYE Mor (Sénégal)

**Conférence 14 :** Méthodologie de la recherche Y TREMBLAY (Canada)

**Conférence 15 :** Place de la radiographie thoracique dans la tuberculose (L'HER P, France)

### **COMMUNICATIONS AFFICHEES**

**Vendredi 22 novembre**

**Salle Bleue**

**SESSION 4A : Maladies orphelines (communications orales)**

**Co34 : Allergie sévère au paracétamol – A propos d'un cas**

Agne Pse, Danfakha B, Hane AA

**Co35 : Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : A propos de huit observations au service de pneumologie du CHU de Cocody**

S.F.Manewa, A.B.Kouassi, K. Horo, M. O. Koffi, J. M. Ahui, M. V. Itchy, C. Brou-Gode, A Koné, E Aka-Danguy, N Koffi, A N'Gom, K Konaté, M Tchamran

**Co36 : Destruction pulmonaire kystique sévère due à une histiocytose langerhansienne chez une adolescente de 14 ans à Cotonou, Bénin**

A.P. Wachinou, G. Agodokpessi, S.S. Adè, B.D. Diallo, M.Agossou, G. Adè, M. Dupuy-Grasset, M Gninafon, F Bonnaud

**Co37 : Manifestations pleuro-pulmonaires au cours des connectivites au Centre National Hospitalo-Universitaire de Cotonou.**

Zomalhèto Z, Adé S, Agbodandé K, Gounongbé M, Avimadjè A

**Co38 : Pneumopathie chronique récidivante révélant un syndrome de KARTAGENER, à propos d'un cas.**

I.M. Kashongwe, K. Thiam, Y. Dia Kane, A. Diatta, M.Wayzani, N.O. Touré

**Co39 : Le syndrome d'apnée du sommeil en milieu hospitalier tropical à Cotonou.**

Agodokpessi G, Gnonlonfoun D, Adé S, Wachinou Ap, Agbodandé A, Adé G, Gninafon M.

**Co40 : Le lymphome pulmonaire primitif de type Malt : une tumeur pulmonaire rare**

Niang A, Salomon Lawson, Ba PS, Fall C. A.K, Mbengue A, Diop Y, Diédhiou I, Ba-Fall K, Mbaye PS.

**Co41 : Cancer à petites cellules primitif pleural : un nouveau cas**

Agbodande KA, Molard A, Favre-Metz C, Barnig C, N'Guyem A, De Blay F, Quoi E.

**Co42 : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers broncho-pulmonaires primitifs (CBPP) dans le service de Pneumologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.**

Assao Neino MM, Adjoh KS, Gagara A, Maizoumbou Dan Aouata, Adambounou S, Okemba-Okombi FH, Ouédraogo AR, Akpo K, Gbadamassi G, Fiogbé AA, Eyene-eyene LF, Soumanna A, Bako M, Almou F, Boukari M, Efalou J, Bodjrenou M, Issa H, Tidjani O.

**Co43 : Aspects épidémiologiques et particularités de la prise en charge des cancers broncho-pulmonaires primitifs au Sénégal : A propos de 64 cas.**

A. Niang, P.S Ba, Salomon Lawson, M. Diagne - Gueye, A.R. Ndiaye, T.O. Soko, A. Mbengue, Y. Diop, M. Thiakane, K. Ba-Fall, P.S. Mbaye

**Co44 : Mise en place d'un registre de cancer au Sénégal : Etude préliminaire**

S. Baldé; O.Ba; M. Diop; G. Diouf, A. Boye; T. Fall; D. Dia; M. Mbengue

### Co34

#### ALLERGIE SEVERE AU PARACETAMOL – A PROPOS D'UN CAS

Agne Pse<sup>1,2</sup>, Danfakha B<sup>2</sup>, Hane A A<sup>2</sup>

1 Clinique de Pneumologie – Centre Hospitalier National Universitaire de FANN

2 Service des Urgences – Hôpital Général de Grand Yoff

**Correspondance** : [pselagne@yahoo.fr](mailto:pselagne@yahoo.fr)

**Introduction** : Le paracétamol a un excellent profil de sécurité. Nous rapportons un cas d'allergie récidivant au paracétamol.

**Observation** : En 2000, Melle AB rapporte un malaise généralisé la confiant au lit pendant 48 heures après la prise de 1 gr de Paracétamol pour une migraine. Le 10 mars 2006, après une avulsion dentaire, son dentiste lui prescrit du Diantalvic® (Paracétamol – Dexpropoxyphène). Informé de l'accident de 2000, celui-ci réduit la posologie de moitié. Après la prise d'une gélule, elle a présenté une bouffissure du visage d'installation immédiate accompagné de prurit et suivie par une dyspnée, d'une dysphonie, de vomissements et de perte fécale. A l'admission aux urgences, ses constantes étaient : une tension artérielle à 90/60mmHg, un pouls à 88 battements / minute, une fréquence respiratoire à 24 cycles /minute et une température à 37,6°C.

L'examen physique notait la persistance du prurit et la présence d'un œdème bilatéral des paupières, une hyperhémie conjonctivale et un œdème des lèvres. Le reste de l'examen était normal.

La prise en charge a consisté en une administration d'oxygène à raison de 6 L/mn, de macromolécules et Dexchlorphéniramine maléate 2mg par voie orale.

Après 4 h de surveillance, le prurit avait complètement régressé et la tension artérielle était de 120/80mmHg, le pouls à 64/mn et la fréquence respiratoire de 18 cycles/minute. La patiente rentrait à domicile avec une prescription de Diclofenac. Revue en consultation d'allergologie, elle ne signalait pas de plainte et tolérait le Diclofenac.

**Conclusion** : L'anaphylaxie médicamenteuse est rare mais peut être sévère. La méconnaissance et l'incrédulité devant un choc anaphylactique au paracétamol peut être une source de récurrence.

**Mots clés** : paracétamol, choc anaphylactique

### Co35

#### SARCOÏDOSE MEDIASTINO-PULMONAIRE : A PROPOS DE HUIT OBSERVATIONS AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY

S.F.Manewa, A.B.Kouassi, K. Horo, M. O. Koffi, J. M. Ahi, M. V. Itchy, C. Brou-Gode, A Koné, E Aka-Danguy, N Koffi, A N'Gom, K Konaté, M Tchamran,

Service de pneumologie du CHU de Cocody, BP V13 Abidjan 01

Les auteurs rapportent 8 cas de sarcoïdose médiastino-pulmonaire notifiés dans le service de PPH du CHU de Cocody.

Tous les patients étaient de race noire, cinq femmes et trois hommes. La moyenne d'âge était de 38,75 ans. Un patient sur Deux exerçait un métier d'agent de santé. Les signes cliniques et radiologiques étaient polymorphes, non spécifiques, trainant et faisaient suspecter une tuberculose pulmonaire ; ce qui avait occasionné la mise sous traitement antituberculeux chez six patients. La persistance de la symptomatologie malgré le traitement antituberculeux, avait suscité la recherche d'autres étiologies dont la sarcoïdose.

L'ECA était élevée chez six patients. Le diagnostic de sarcoïdose était confirmé par l'histologie dans six cas ; dans les deux autres séries, il s'agissait d'un diagnostic d'élimination. Les prélèvements histologiques étaient contributifs dans trois cas par fibroscopie bronchique, un cas par médiastinoscopie et deux cas par biopsie cutanée. Le bilan de la maladie avait objectivé une sarcoïdose médiastino-pulmonaire aux stades 2 et 3 pour la plupart. Les EFR avaient montré un cas d'insuffisance ventilatoire restrictive pure.

Les patients ont reçu une corticothérapie au long cours et l'évolution a été globalement satisfaisante.

**Mot(s) Clé(s)** : sarcoïdose, tuberculose, granulome, maladie de système, diagnostic, corticoïde

Co36

**DESTRUCTION PULMONAIRE KYSTIQUE SEVERE DUE A UNE HISTIOCYTOSE LANGERHANSIENNE CHEZ UNE ADOLESCENTE DE 14 ANS A COTONOU, BENIN**

A.P. Wachinou<sup>1</sup>, G. Agodokpessi<sup>1</sup>, S.S. Adé<sup>1</sup>, B.D. Diallo<sup>2</sup>, M.Agossou<sup>3</sup>, G. Adé<sup>1</sup>, M. Dupuy-Grasset<sup>2</sup>, M Gninafon<sup>2</sup>, F Bonnaud<sup>3</sup>

*1 Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie, Cotonou, Bénin*

*2 Service de pathologies respiratoires, CHU Limoges, France*

*3 Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé-Plateau, Bénin*

**Correspondance :** [wachinouprudence@yahoo.fr](mailto:wachinouprudence@yahoo.fr)

L'histiocytose langerhansienne est une maladie systémique rare caractérisée par une accumulation dans les organes atteints de cellules dendritiques de Langerhans. L'atteinte pulmonaire est peu fréquente. Nous rapportons ici le cas d'une adolescente de 14 ans, de nationalité béninoise qui a été admise pour le bilan d'une toux chronique accompagnée de dyspnée évoluant dans un contexte non fébrile. Le scanner thoracique montrait des lésions pulmonaires kystiques diffuses bilatérales avec prédominance dans les lobes supérieurs et les segments postérieurs. Le bilan biologique débuté à Cotonou a été complété en France avec la mise en évidence dans le liquide de LBA de 58% de CD1a+, élément très caractéristique des cellules de Langerhans. Le bilan complémentaire (Rx des os corps entier, échographie abdominale) a permis d'écarter une atteinte osseuse ou intra-abdominale. L'évolution après 15 mois de suivi a été marquée par des pneumothorax à répétition et une insuffisance respiratoire chronique oxygène-dépendante. Ce cas illustre le fait que les maladies pulmonaires orphelines sont bien présentes dans notre milieu. Toute présentation radio-clinique atypique devrait conduire à des investigations pointues, d'où la nécessité d'étoffer notre plateau technique.

**Mots clés :** histiocytose – maladie orpheline – insuffisance respiratoire.

Co37

**MANIFESTATIONS PLEURO-PULMONAIRES AU COURS DES CONNECTIVITES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE COTONOU.**

Zomalhèto Z<sup>1</sup>, Adé S<sup>2</sup>, Agbodandé K<sup>3</sup>, Gounongbé M<sup>1</sup>, Avimadjè A<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Service de rhumatologie du Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou*

*<sup>2</sup>Service de pneumologie du Centre National Hospitalier de pneumo-phtisiologie de Cotonou*

*<sup>3</sup>Service de médecine interne du Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou*

**Introduction :** Les localisations pleuro-pulmonaires des connectivites sont rares, et exceptionnellement révélatrices de la connectivite sous-jacente. Leur diagnostic est difficile, car il faut éliminer une pathologie infectieuse favorisée par le traitement corticoïde et immunosuppresseur de la connectivite, une pneumopathie iatrogénique médicamenteuse, voire une pathologie banale indépendante de la connectivite. L'objectif de ce travail est de déterminer les caractéristiques diagnostiques des atteintes pleuro-pulmonaires au cours des connectivites dans l'unité de rhumatologie du CNHU-HKM.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur des dossiers des patients vus l'unité de rhumatologie dans la période de janvier 2000 à Mars 2013 (14 ans). Dans un premier temps, les dossiers des patients ayant souffert d'une connectivite ont été recensés. Le diagnostic de connectivite a été retenu selon les différents critères diagnostiques HOOGENDIJK pour la Dermatopolymyosite (DPM), ACR 1987 pour la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), ACR 1997 pour le lupus érythémateux systémique (LES), ACR 1989 pour la sclérodemie AECG pour le Goujerot-sjögren, SHARP pour les connectivites mixtes. Dans un deuxième temps, les dossiers des patients ayant souffert de manifestations pleuro-pulmonaires ont été dépouillés. Le diagnostic d'atteinte pulmonaire a été posé sur des arguments clinique, radiologique et/ou après un test thérapeutique. Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel épi info 6.0.

**Résultats :** Sur 9785 patients vus dans l'unité de rhumatologie, 127 cas de connectivites ont été diagnostiqués soit une fréquence hospitalière de 1,3%. La sex-ratio était de 0,17 (22 hommes pour 105 femmes). L'âge moyen des patients était de 35,2± 5,2 [18-71]. La polyarthrite bilatérale et symétrique et les polyarthralgies inflammatoires étaient le principal mode de révélation. Selon les divers critères diagnostiques utilisés, La PR était diagnostiquée dans 84,3% des cas suivi du lupus systémique (n=19), des connectivites mixtes (n=3), et de la sclérodémie systémique (n=2). La dermatopolymyosite, et le Goujerot Sjögren étaient rares (n=1). 17 patients ont présenté des manifestations pleuro-pulmonaires. Elles étaient associées à d'autres atteintes séreuses (plèvre et péritoine) dans 6 cas. La toux était présente chez tous les patients. Elle était sèche dans n=14 cas et associée à une dyspnée dans n=5 cas. Les manifestations se présentaient comme suit : pleurésies rattachées au LES et à la PR (n=6), toxicité pulmonaire probablement liée au méthotrexate confirmée par l'arrêt du traitement de fond (n=5), broncho-pneumopathies infectieuses (n=4) et la fibrose pulmonaire en rapport avec la PR (n=2). L'évolution sous traitement (corticothérapie seule ou associée à un traitement de fond) a été favorable chez 14 patients, stationnaire chez 2 patients. Un (01) cas de décès a été noté.

**Discussion :** Les manifestations pulmonaires des connectivites sont diverses. Les pneumopathies interstitielles se rencontrent surtout au cours de la polyarthrite rhumatoïde et au cours de la sclérodémie, où prédomine la fibrose. Les pleurésies sont surtout observées au cours du lupus érythémateux disséminé. L'hypertension artérielle pulmonaire par atteinte vasculaire absente dans notre série est le plus souvent rencontrée au cours de la sclérodémie et du lupus érythémateux disséminé. Les anomalies fonctionnelles isolées (baisse de la diffusion du CO par exemple) ne sont pas rares au cours des connectivites mais elles n'ont pas pu être recherchées du fait de la non disponibilité de l'appareil dans notre pays.

**Conclusion:** Les atteintes pleuro-pulmonaires occupent une place non négligeable parmi les complications liées aux connectivites. La corticothérapie et le traitement de fond par les DMARDs ne sont pas non plus dénués de complications pulmonaires. La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire s'impose pour le dépistage précoce et la prise en charge de ces complications.

**Mots-clés :** pneumopathie, connectivite, DMARDs, Cotonou

## Co38

### PNEUMOPATHIE CHRONIQUE RECIDIVANTE REVELANT UN SYNDROME DE KARTAGENER, A PROPOS D'UN CAS.

I.M. Kashongwe, K. Thiam, Y. Dia Kane, A. Diatta, M.Wayzani, N.O. Touré

*Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)*

**Courriel :** innokash@yahoo.fr

**Introduction :** Le syndrome de Kartagener est une maladie génétique de transmission autosomique récessive. Elle se caractérise par une bronchorée chronique avec bronchectasie, une sinusite chronique et un situs inversus.

**Cas clinique :** Nous rapportons le cas d'une patiente de 17 ans, aux antécédents d'infection respiratoire à répétition. Elle avait consulté pour une bronchorrhée et des céphalées récidivantes remontant à 3 ans. L'examen physique mettait en évidence des râles crépitants à droite et une douleur à la pression des sinus fronto-maxillaires. La radiographie thoracique montrait un syndrome alvéolaire bilatéral à prédominance droite excavé. Le scanner thoraco-abdominal objectivait un situs inversus complet et confirmait la présence de bronchectasies kystiques bilatérales avec impaction mucoïde. La recherche de BAAR était négative. L'analyse du LBA per-fibroscopique isolait un *Enterobacter* spp. L'examen ORL notait une rhinosinusite fronto-maxillaire bilatérale. Le diagnostic de syndrome de Kartagener était retenu devant l'association bronchorée chronique avec bronchectasie, sinusite chronique et situs inversus.

**Conclusion :** Le syndrome de Kartagener est une pathologie rare souvent de découverte fortuite ou à la suite des surinfections de bronchectasies. Il fait partie d'un complexe polymalformatif nécessitant une enquête familiale minutieuse et une prise en charge multidisciplinaire.

**Mots clés :** Bronchorrhée, Pneumopathie chronique récidivante, Syndrome de Kartagener.

### Co39

#### LE SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL EN MILIEU HOSPITALIER TROPICAL A COTONOU.

Agodokpessi G (1,4), Gnonlonfoun D (2,4), Adé S (1,4), Wachinou AP (1,4), Agbodandé A(2,4), Adé G (1,4), Gninafon M (1, 4).

1: *Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie*

2: *Service de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou*

3: *Service de Médecine Interne du Centre National Hospitalier et Universitaire HKM de Cotonou.*

4: *Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.*

**Correspondance** : [aggildas@yahoo.fr](mailto:aggildas@yahoo.fr)

**Introduction** : Le syndrome d'apnée du sommeil reste peu connu des praticiens à Cotonou. L'objectif de ce travail était à travers l'analyse des aspects épidémiocliniques et de la prise en charge des cas, de poser la problématique de la prise en charge de cette maladie à Cotonou au Bénin.

**Patients et Méthode** : Il s'agissait d'une étude prospective et multicentrique prenant en compte tous les cas de SAS observés dans les services hospitaliers Universitaires de Cotonou dans la période entre le 1er Janvier 2009 et le 30 Juin 2013.

**Résultats** : 6 patients (5 hommes et 1 femme) d'âge adulte entre 48ans et 62ans ont été recensés. La somnolence diurne et le ronflement étaient quasi présents. Les co-morbidités retrouvés étaient : L'IMC >30kg/m<sup>2</sup> (6/6), HTA (6/6), le diabète (3/6). Dans 3 cas sur 6 le diagnostic a été porté sur le tracé polysomnographique ; pour les 3 autres le diagnostic a été porté sur le tracé oxymétrique nocturne de départ très suspecte et confirmé par un second tracé sous ppc. 3 cas sur 6 ont pu se procurer une machine de ppc, tandis que les 3 autres l'avaient eu par don. 4 fois sur 6 l'interface utilisée était un masque nasobuccal. 4 fois sur 6 l'observance était bonne avec une évolution favorable.

**Conclusion** : La prise en charge des SAS à Cotonou pose d'énormes difficultés logistiques. L'urgence est à la formation de ressources humaines et de groupe de travail pluridisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

**Mot(s) Clé(s)** : syndrome d'apnée du sommeil, oxymétrie nocturne, polysomnographie, pression positive continue, Cotonou.

### Co40

#### LE LYMPHOME PULMONAIRE PRIMITIF DE TYPE MALT : UNE TUMEUR PULMONAIRE RARE

\*Niang A, \*Salomon Lawson, \*Ba PS, \*Fall C. A.K, \*\*Mbengue A, \*\*\*Diop Y, \*Diédhiou I, \*Ba-Fall K, \*Mbaye PS.

\* *Service Médecine Interne*, \*\**Service de Radiologie*, \*\*\**Laboratoire d'Anatomie Pathologie Hôpital Principal de Dakar BP 3006 Dakar*

**Correspondance** : [niang.abdou@gmail.com](mailto:niang.abdou@gmail.com)

**Introduction** : Les lymphomes pulmonaires primitifs (LPP) sont très rares, représentant 0.5 à 1% des tumeurs malignes pulmonaires. Dans nos pays, malgré l'augmentation de la fréquence des tumeurs pulmonaires, aucun cas de LPP n'est décrit. Nous rapportons un cas confirmé de LPP de type MALT.

**Observation** : Monsieur S.B, 68 ans, non tabagique, est hospitalisé pour une toux chronique, des douleurs thoraciques et un amaigrissement. L'examen clinique retrouvait un état général passable (PS 2) et un syndrome de condensation pulmonaire droit.

La bactériologie était négative. La radiographie et le scanner thoraciques montraient une opacité droite mal systématisée et un infiltrat apical gauche.

La bronchoscopie montrait une infiltration de la paroi bronchique lobaire supérieure droite. L'histologie et l'immunohistochimie des biopsies bronchiques perendoscopiques montraient une population lymphoïde avec des petites cellules monomorphes, CD20 + et CD5+ en faveur d'une localisation bronchique d'un lymphome malin à petites cellules B de type MALT.

Le bilan d'extension ne retrouvait pas d'autres localisations. Une chimiothérapie (protocole CHOP) était réalisée avec bonne évolution.

**Conclusion** : Les LPP ne doivent pas être méconnues et doivent toujours faire éliminer un cancer bronchique voire une tuberculose. Nous soulignons les difficultés diagnostiques dans nos régions, surtout liées à l'inaccessibilité de l'immunohistochimie.

**Mot(s) Clé(s)** : Lymphome pulmonaire, primitif, tumeur, Dakar.

## Co41

### CANCER A PETITES CELLULES PRIMITIF PLEURAL : UN NOUVEAU CAS

Agbodandé KA <sup>1</sup>, Molard A <sup>2</sup>, Favre-Metz C <sup>2</sup>, Barnig C<sup>2</sup>, N'Guyem A <sup>2</sup>, De Blay F <sup>2</sup>, Quoix E <sup>2</sup>.

1 : Hôpital de Zone de Comè (Bénin)

2 : Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg (France)

Courriel : agbotem@yahoo.fr

**Introduction :** Le cancer à petites cellules (CPC) représente environ 15 à 20% des cancers bronchiques et se présente dans la majorité des cas comme une tumeur proximale. La présentation pleurale primitive est exceptionnelle.

**Objectif :** Rapporter un cas de CPC pleural.

**Cas clinique :** Un cas de cancer à petite cellules pleural chez une patiente de 72 ans a été suivi dans le service de pneumologie du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg. L'origine pleurale primitive a été confirmée par les résultats anatomopathologiques, l'immunohistochimie, et l'absence de masse pulmonaire associée. Une réponse complète a été obtenue au cours de la première ligne de chimiothérapie comprenant sels de platine et étoposide. La survie globale a été de 28 mois.

**Mots clés :** cancer à petites cellules ; mésothéliome, Tumeurs pleurales, diagnostic, Pleurésie.

## Co42

### ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES PRIMITIFS (CBPP) DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOME.

Assao Neino MM (1), Adjoh KS (1), Gagara A (2), Maizoumbou Dan Aouata (2), Adambounou S (1), Okemba-Okombi FH (1), Ouédraogo AR (1), Akpo K (1), Gbadamassi G (1), Fiogbé AA (1), Eyene-eyene LF (1), Soumanna A (1), Bako M (1), Almou F(1), Boukari M (1), Efalou J (1), Bodjrenou M (1), Issa H (1), Tidjani O (1).

1-Service de Pneumologie et des Maladies Infectieuses, CHU Sylvanus Olympio, Lomé TOGO  
2- Service de Pneumologie, CHU Lamordé, Niamey, Niger

Correspondance : [mourt2000@yahoo.fr](mailto:mourt2000@yahoo.fr)

**Introduction:** L'avènement de la fibroscopie bronchique a fondamentalement amélioré l'approche diagnostique des CBPP, en milieu pneumologique africain. Ce travail fait le bilan clinique et thérapeutique sur 5 ans des patients suivis pour CBPP.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 5ans (1er janvier 2007 au 31 décembre 2012) portant sur les dossiers des patients suivis pour CBPP.

**Résultats :** Ce travail a concerné 26 patients (6.68% des fibroscopies réalisées). 5/24 patients (20,83%) tous des hommes étaient tabagiques. Les signes fonctionnels prédominants étaient la douleur thoracique et la toux ; la moitié des patients présentaient une AEG, la pleurésie y était associée dans 34,61%. La grande majorité (68,41%) des patients avait été diagnostiqué à un stade tardif de la maladie (stade III et IV dans respectivement 15,78% et 52,63%). Les lésions endoscopiques étaient essentiellement des bourgeonnements 26,08%. L'examen anatomo-pathologique des biopsies, a retrouvé 30,76% de carcinome épidermoïde, 26,92% de cancer à petites cellules et 15,38% d'adénocarcinome. Le traitement était surtout fait de soins palliatifs (88,46%) de chimiothérapie anti cancéreuse (11,53%).

**Conclusion :** La lutte anti tabagique accrue, l'existence d'une chirurgie thoracique et les réunions de concertation pluridisciplinaires s'avèrent nécessaires pour une meilleure prise en charge des CBPP dans le service.

**Mot(s) Clé(s):** Cancer-broncho pulmonaire primitif, fréquence, Togo

### Co43

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PARTICULARITES DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES PRIMITIFS AU SENEGAL : A PROPOS DE 64 CAS.

A. Niang, \*P.S Ba, \*Salomon Lawson, \*M. Diagne - Gueye, \* A.R. Ndiaye, \*\*T.O. Soko, \*\*A. Mbengue, \*\*\*Y. Diop, \*\*\*\* M. Thiakane, \*K. Ba-Fall,\*P.S. Mbaye

\* Services Médicaux, \*\* Service Radiologie, \*\*\* Service Anatomie Pathologie, \*\*\*\* Centre Explorations Fonctionnelles Hôpital Principal Dakar, BP 3006. Dakar, Sénégal

Correspondance : [niang.abdou@gmail.com](mailto:niang.abdou@gmail.com)

**Introduction :** Les cancers broncho-pulmonaires primitifs (CBP), devenus un véritable problème de santé dans nos pays, ont une incidence en nette progression. Nos objectifs étaient de décrire leurs aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

**Malades et méthodes :** Etude rétrospective sur 06ans, à l'Hôpital Principal de Dakar, colligeant les cas de CBP confirmés.

**Résultats :** Etaient inclus 64 patients (55 hommes – 9 femmes) avec un tabagisme actif (78,1%) moyen à 26,4PA et un âge moyen de 57,3ans [35- 73]. Vingt-trois avaient une comorbidité. Les principaux signes révélateurs étaient : douleurs thoraciques, toux chronique, hémoptysie et/ou amaigrissement avec anomalies radiologiques. L'histologique était obtenue grâce à l'endoscopie bronchique (34 cas) ; la biopsie transpariétale scannoguidée (25 cas) ; ou d'une métastase (5 cas). Les histologies étaient : adénocarcinomes (31 cas), épidermoïdes (17 cas), carcinomes à grandes cellules indifférenciées (10 cas) et cancers à petites cellules (6 cas). Les stades étaient II (4 cas) ; III (18 cas) et IV (42 cas). Le traitement reçu était une chimiothérapie (37 cas) ; radiothérapie associée (4 cas) ; 2<sup>e</sup> ligne (1 cas). Un patient était opéré. La survie variait de 1 à 27mois.

**Conclusion :** Nous soulignons le rôle du tabac et le diagnostic tardif. La lutte anti-tabac et la mise en place de standards thérapeutiques adaptés au contexte socio-économique africain amélioreraient la prise en charge.

**Mot(s) Clé(s):** cancer bronchique, tabac, chimiothérapie, dakar

### Co44

MISE EN PLACE D'UN REGISTRE DE CANCER AU SENEGAL: ETUDE PRELIMINAIRE

S. Baldé (1); O. Ba (1); M. Diop (2); G. Diouf (1), A. Boye (1); T. Fall (1) ; D. Dia (1); M. Mbengue (1)

1 : Hôpital Général Grand Yoff, Dakar Sénégal ;  
2 : Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal

Correspondance : [oumarbadiom@yahoo.fr](mailto:oumarbadiom@yahoo.fr)

L'objectif de ce travail était d'étudier la fiabilité et la faisabilité d'un enregistrement en ligne des données des patients cancéreux afin de donner des recommandations claires en vue du démarrage du registre du cancer au Sénégal.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude préliminaire portant sur la mise en place d'un registre du cancer au Sénégal sur une période de trois mois allant du 01 Janvier au 31 Mars 2010. Il s'agissait d'une étude non exhaustive, menée au niveau de cinq structures sanitaires de la ville de Dakar (HOGGY, HALD, FANN, HPD et Institut Joliot Curie) sur des patients adultes.

**Résultats :** 289 cas ont été recensés parmi lesquels 44% (n=127) sont des hommes et 56% (n=162) sont des femmes avec un sex ratio de 0,8.

L'âge variait entre 20 à 90 ans avec une moyenne de 50 ans. Toutes les couches socioprofessionnelles étaient représentées, mais dans 90% des cas recensés, la profession n'était pas précisée. Le mode de diagnostic principal était essentiellement histologique avec 76% des cas (n=219). Les localisations les plus fréquentes étaient : ORL : 25% des cas, hépatique 7% des cas et broncho-pulmonaire 4,5% des cas. Chez l'homme, le cancer du foie était la localisation la plus fréquente alors que chez la femme les localisations prédominantes étaient le cancer du col de l'utérus avec 16% et le cancer du sein

Le carcinome épidermoïde constitue le type histologique le plus fréquent avec 68% des cas suivi de loin par l'adénocarcinome avec 22% des cas.

Trente Huit pourcent (38%) des patients étaient classés stade III et IV. Un quart de nos patients ont bénéficié d'un traitement palliatif. Par contre quinze (15%) ont bénéficié de la chimiothérapie alors que seulement 4% ont bénéficié de radiothérapie.

**Conclusion :** Le cancer est une réalité au Sénégal mais il reste sous diagnostiqué. Au vu de ces résultats préliminaires, il urge de rendre effectif le registre des cancers dans l'ensemble du pays.

**Mot(s) Clé(s) :** Cancers- registre des tumeurs- Sénégal

Vendredi 22 novembre

Salle Amérique

### **SESSION 4B : Communications orales libres**

**Co45 : 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.**

Ndiaye EM, Diouf NF, Touré NO, Thiam K, Diatta A, Dia Y, Mbaye FBR, Cissé MF, Niang A.

**Co46 : Etiologies des pleurésies du sujet âgé noir africain**

Adambounou A.S.; Adjoh K.S. ; Hamadou B.B. ; Nacanabo N.R.; Fiogbe AA.; Gbadamassi A.G.; Aziagbe K.A. ; Gagara Am; Efalou P.J. ; Okemba O.; Assao Neino M.M. ; Ouedraogo R. ; Akpo K.; Tidjani O.

**Co47: Aspects cliniques et thérapeutiques des pleurésies à liquide clair au CHU de Bouaké**

J.C. Anon, M.N. Ano, N.J. Kadiane, H. Dje-bi, S. Soumahoro, F.M. Silué, H.V. Achi, M. N'dhatz-Sanogo

**Co48 : Les pleurésies purulentes non tuberculeuses : données actuelles sur les étiologies chez l'adulte infecté par le VIH**

V.H. Achi, H.Bi Djè, MN Ano, J.C. Anon M.S. N'Dhatz

**Co49 : Aspects épidémio- thérapeutiques et évolutifs des pleurésies purulentes au service de pneumo-phtisiologie du CHU du Point-G.**

D. Soumare, K. Ouattara, B.F. Sissoko, Y. Toloba, I. Guindo, O.M'baye, S. Diallo.

**Co50 : Drainage thoracique par sonde nasogastrique au CHU de Bouaké : alternative au drain de Joly dans un contexte socio-économique difficile**

H I Djè Bi, KG Ayegnon; JC Anon, V Achi, M N Ano, M F Silué, P Ouattara, M. N'dhatz-Sanogo

**Co51 : Incidents et accidents liés a la fibroscopie bronchique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé**

Akpo K, Adjoh KS, Fiogbe AA, Adambounou S, Gbadamassi AG, Bava H, Gargara A, Ouédraogo AR, Okemba-Okombi FH, Tidjani O.

**Co52 : Facteurs associés à la tolérance de la bronchoscopie**

Mbatchou Ngahane Bertrand Hugo ; Wandji Adeline; Tengang Bruno; Nyankiye Emmanuel; Luma Henry; Kamgue Charlotte

**Co53 : La chirurgie carcinologique comme traitement de l'hypoxémie sévère dans le carcinome bronchiolo-alvéolaire**

Godé C, Samaké R, Manewa S, Koné A, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E

**Co54 : Résultats de la prise en charge des complications thoraciques des corps étrangers ingérés**

F Kendja, R Ouédé, H Ehounoud, B Demine, P Yapo Yapo, Y Tanauh

## Co45

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, PARACLINIQUE, ETIOLOGIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DES PLEURESIES A PROPOS DE 254 CAS COLLIGES A LA CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE DU CHNU DE FANN.**

Ndiaye EM<sup>1,2</sup>, Diouf NF<sup>1</sup>, Touré NO<sup>1</sup>, Thiam K<sup>1</sup>, Diatta A<sup>1</sup>, Dia Y<sup>1</sup>, Mbaye FBR<sup>1</sup>, Cissé MF<sup>1</sup>, Niang A.

Affiliation : 1- Service Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal) ; 2)

**Correspondance** : Ndiaye E M ; Tél: +221776502621 ;  
Courriel : elmamdiaye@yahoo.fr

**Introduction** : La pleurésie est une pathologie fréquente en pratique pneumologique notamment dans les pays à moyens limités. L'objectif cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'ensemble des pleurésies.

**Patients et méthode** : Etude rétrospective à partir de dossiers de patients hospitalisés pour pleurésie à la clinique de pneumologie du CHNU de Fann de janvier 2007 à décembre 2011.

**Résultats** : Nous avons colligé 254 dossiers de patients hospitalisés pour pleurésie soit une prévalence hospitalière de 11,34%. Le genre - ratio était de 2,34 et l'âge moyen 41,9 ans. Le délai diagnostique moyen des patients était de 91 jours  $\pm$  60 jours. Dans les antécédents, nous retrouvions 22.4% de tabagisme. Une tuberculose antérieure ou un contact tuberculeux ont été retrouvés dans 10.2% des cas. La prévalence était du VIH était de 6,3%. La pleurésie était sérofibrineuse dans 61,1% des cas, purulent (27, 32%), ou séro-hématique ne coagulant pas (14,45%). Le liquide pleural était exsudatif dans 94,5% des cas. Les étiologies étaient dominées par la pleurésie tuberculeuse (57,16%), la pleurésie bactérienne (34,25%).

On retrouvait une pleurésie néoplasique confirmée dans 1,9% des cas et 6,69% des malades avaient une pleurésie d'étiologie indéterminée.

L'évolution au cours de l'hospitalisation était favorable dans la majorité des cas (78,7%). La létalité était de 12% dont 7 patients (21,21%) avaient un terrain de VIH. Les facteurs associés aux décès étaient le délai diagnostique médian supérieur à 60 jours ( $p < 0,01$ ), un poids médian inférieur à 54 kgs ( $p < 0,01$ ), l'association fièvre + frissons + sueurs ( $p < 0,01$ ), les étiologies néoplasiques ( $p = 0,07$ ), les étiologies indéterminées ( $p < 0,01$ ).

**Conclusion** : Les pleurésies infectieuses notamment la tuberculose sont les plus fréquentes avec une prévalence élevée chez les sujets jeunes et de sexe masculin. La prise en charge doit être précoce afin de réduire la mortalité.

**Mot(s) Clé(s)** : pleurésie, thoracenthèse, tuberculose.

## Co46

### ETIOLOGIES DES PLEURESIES DU SUJET AGE NOIR AFRICAIN

**Auteur(s) / Affiliations :** Adambounou A.S. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Adjoh K.S. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Hamadou B.B. / *Service de pneumologie du CHU Douala (Cameroun)*; Nacanabo N.R. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Fiogbe AA. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Gbadamassi A.G. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Aziagbe K.A. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Gagara AM / *Service de pneumologie du CHU Lamordé Niamey (Niger)*; Efalou P.J. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Okemba O. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Assao Neino M.M. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Ouedraogo R. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Akpo K. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*; Tidjani O. / *Service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)*

**Correspondance:** Adambounou T.A.S. ;  
Tél: +22890136016; Courriel : amentos@yahoo.fr

**Introduction :** Les affections de la plèvre sont un phénomène fréquent en pratique clinique pneumologique en milieu hospitalier africain.

**Objectif :** Dresser le profil étiologique actuel des pleurésies chez les sujets âgés.

**Patients et méthode :** Il s'est agit d'une étude rétrospective portant sur 126 dossiers de pleurésie de patients, âgés d'au moins 55 ans, ayant été hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU de Lomé du 1<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2011.

**Résultat :** Les pleurésies représentaient 23,11% des motifs d'hospitalisation des sujets âgés. La sex-ratio était de 1. L'âge moyen des patients était de 65 ± 09 ans.

Le tableau clinique était dominé par la douleur thoracique (89%) et la toux (70%). L'épanchement pleural liquidien était à gauche dans 48,41%, bilatéral dans 04,76 %. L'abondance était moyenne dans 57,93%. Le liquide était surtout citrin (54%) et séro-hématique (31%). Les pleurésies étaient d'origine cancéreuse dans 32,54%, tuberculeuses dans 17,46%. Aucune étiologie n'avait été retrouvée dans 33,33% des cas. La mortalité était de 27,78%, dû essentiellement aux pleurésies cancéreuses et idiopathiques (86%).

**Conclusion :** Les cancers représentent les premières étiologies des pleurésies chez le sujet âgé. L'acquisition des nouvelles techniques d'exploration de la plèvre est capitale pour élucider les pleurésies idiopathiques, encore trop importantes.

**Mot(s) Clé(s) :** Etiologies - Pleurésie – Sujet âgé – Togo.

## Co47

### ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PLEURESIES A LIQUIDE CLAIR AU CHU DE BOUAKE

J.C. Anon, M.N. Ano, N.J. Kadiane, H. Dje-bi, S. Soumahoro, F.M. Silué, H.V. Achi, M. N'dhartz-Sanogo  
*Service de pneumologie, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire*

**Correspondance** : J.C. Anon ; Tél : +22531000717 ;  
Courriel : jchanalok@yahoo.fr

**Introduction** : La présence anormale d'un épanchement liquidien dans la cavité pleurale constitue un motif fréquent de consultation dans les services de pneumologie. Sa prise en charge est délicate dans les hôpitaux avec un plateau technique limité.

**Objectif** : Décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des pleurésies à liquide clair, afin d'en améliorer la prise en charge.

**Patients et méthode** : Etude rétrospective et descriptive des dossiers de 38 malades adultes, hospitalisés pour une pleurésie à liquide clair, dans le service de pneumologie au CHU de Bouaké, durant la période allant du 01/01/2012 au 31/12/2012. Des données sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques ont été analysées.

**Résultats** : Les pleurésies à liquide clair surviennent chez les adultes jeunes, avec un âge moyen de 42 ans. Elles touchent les hommes (53%) et les femmes (47%). Les principales manifestations cliniques sont : la fièvre (87%), la toux (87%), la douleur thoracique (74%), la dyspnée (66%), la détresse respiratoire (61%) et l'altération de l'état général (55%). Le syndrome d'épanchement pleural liquidien a été retrouvé chez 98% des malades. Il est parfois associé à une condensation pulmonaire (21%) ou à un épanchement gazeux (3%).

Les principales comorbidités associées aux pleurésies à liquide clair sont l'anémie (74%) et l'infection VIH (53%). L'analyse du liquide pleural a été réalisée chez 55% des malades. Un exsudat lymphocytaire a été mis en évidence dans 86% des cas. La biopsie pleurale n'a jamais été réalisée.

Les principales étiologies suspectées étaient la pleurésie tuberculeuse (61%), la pleurésie à germe pyogène (29%), la pleurésie carcinomateuse (8%) et les transsudats (6%). La conduite thérapeutique comprenait un traitement antituberculeux (61%) ou une antibiothérapie non spécifique (32%), associé à une ponction pleurale évacuatrice (97%) et à une kinésithérapie respiratoire (41%).

L'évolution a été favorable dans 82% des cas. La létalité hospitalière était de 3%. Des récurrences ont été rapportées chez 5 malades.

**Conclusion** : Le renforcement du plateau technique contribuera à améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pleurésies à liquide clair.

**Mots clés** : Epanchement pleural liquidien – Ponction pleurale – Biopsie pleurale.

### Co48

#### LES PLEURESIES PURULENTES NON TUBERCULEUSES : DONNEES ACTUELLES SUR LES ETIOLOGIES CHEZ L'ADULTE INFECTE PAR LE VIH

V.H. Achi, H. Bi Djè, M N Ano, J.C. Anon M.S. N'Dhatz,  
*Service de pneumo-physiologie, Centre Hospitalier  
Universitaire (CHU) de Bouaké*

**Correspondance** : ACHI H V ; Tél : +22507901016 ;  
Courriel : achvnt@yahoo.fr

**Objectif:** Identifier les principales bactéries responsables de pleurésies purulentes chez les patients adultes infectés par le VIH.

**Patients et méthode:** Étude rétrospective analysant les étiologies des pleurésies purulentes des patients admis dans le service de pneumologie du centre hospitalier universitaire de Cocody (Abidjan) de janvier 1998 à décembre 2010. Nous avons comparé les différents germes isolés selon le statut sérologique VIH des patients.

**Résultats:** Il s'agit de 42 patients atteints de pleurésies purulentes composés de 24 patients (63 %) VIH positif (15 hommes et neuf femmes) et de 18 patients (37%) VIH négatif (13 hommes et cinq femmes). L'âge moyen des patients infectés par le VIH était de 41 ans et celui des patients VIH négatif était de 45 ans. Pour les patients VIH positif, la séropositivité n'était connue préalablement à l'hospitalisation que pour deux patients et la majorité avaient un stade d'immunodépression sévère, le taux moyen de lymphocytes T CD4 était de 96 éléments/mm<sup>3</sup>. La pleurésie était mono-microbienne chez 20 (83 %) patients infectés par le VIH et chez 17 (94 %) patients VIH négatif. Elle était poly-microbienne chez quatre (17 %) patients immunodéprimés, contre un cas (5,5 %) VIH négatif. Les bactéries Gram négatives (58 %) dont surtout *Pseudomonas aeruginosa* et *Klebsiella pneumoniae* étaient les germes les plus fréquemment isolés chez patients infectés par le VIH tandis que *Streptococcus pneumoniae* (61 %) était le germe prédominant chez les sujets VIH négatif.

**Conclusion:** Les bactéries Gram négatif constituent les principales étiologies des pleurésies purulentes chez les patients infectés par le VIH.

**Mot(s) Clé(s)** : Pleurésies purulentes– VIH – étiologies.

### Co49

#### ASPECTS EPIDEMIO-THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DES PLEURESIES PURULENTES AU SERVICE DE PNEUMO- PHYSIOLOGIE DU CHU DU POINT-G.

D. Soumaré, K Ouattara, B.F. Sissoko, Y. Toloba, I. Guindo, O.M'baye, S. Diallo.

*Service de pneumologie, CHU Point-G. Bamako-Mali*

**Correspondance** : SOUMARE D ;

Tél : +22320225002 ;

Courriel : dianguinasoumare@yahoo.fr

**Introduction.** La pleurésie purulente est une pathologie fréquente dans notre contexte, définie par la présence entre les deux feuillets de la plèvre d'un épanchement liquidien épais et crémeux, ou d'un liquide simplement louche voire clair contenant toujours des polynucléaires plus ou moins altérés.

**Objectif:** Étudier les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs des pleurésies purulentes dans le service de pneumo-physiologie de CHU du Point-G.

**Patients et méthode :** Etude prospective et descriptive sur 12 mois allant du 1er juin 2012 au 30 mai 2013. Ont été inclus tous les patients hospitalisés dans le service de pneumo-physiologie et/ou vus en consultations externes pour pleurésie purulente.

**Résultats :** Les pleurésies purulentes représentent 1,95%. Les sujets jeunes de sexe masculin étaient les plus touchés avec un âge moyen de 21 à 30 ans. Les signes subjectifs les plus fréquemment rencontrés étaient la dyspnée, douleur thoracique et la toux (100%) ; la fièvre 33,6%. La pleurésie d'abondance moyenne prédominait (40%) ; la localisation droite représentait 60%. Sur 25 patients ayant bénéficié d'un dépistage VIH, 2 sont positifs au type I. La culture du liquide a été peu contributive. Le pneumothorax a dominé le tableau des complications. Le traitement associant une antibiothérapie à la ponction lavage et une kinésithérapie donnait de bons résultats. Cependant la mortalité hospitalière était de 3,3%.

**Conclusion :** L'empyème reste une pathologie fréquente du sujet jeune. La complication est fonction du délai de la prise en charge.

**Mot(s) Clé(s)** : Pleurésies purulentes, CHU du point G, Bamako.

### Co50

#### DRAINAGE THORACIQUE PAR SONDE NASOGASTRIQUE AU CHU DE BOUAKE : ALTERNATIVE AU DRAIN DE JOLY DANS UN CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DIFFICILE

H Djè Bi<sup>1</sup>, KG Ayegnon<sup>2</sup>; JC Anon<sup>1</sup>, V Achi<sup>1</sup>, M N Ano<sup>1</sup>, M F Silué<sup>1</sup>, P Ouattara<sup>1</sup>, M. N'dhatz-Sanogo<sup>1</sup>

- 1) Service de pneumologie CHU Bouaké ;
- 2) Service de Chirurgie thoracique CHU Bouaké

**Correspondance:** Dje Bi H; Tél: +22541883555 ;  
Courriel : ihospice@yahoo.fr

C'est une étude observationnelle transversale portant sur une série de 22 cas consécutifs de drainage pleural par des sondes nasogastriques (n = 18) et des sondes d'intubation trachéale (n = 4).

Les patients étaient tous admis au service de pneumo-phtisiologie du CHU de Bouaké pour pyothorax (n = 15) et/ou pneumothorax (n = 2).

L'âge des patients était de 38 ans (extrêmes : 43 jours et 68 ans). Le sexe ratio (H/F) était de 3/4. Le délai de consultation était en moyenne 21 ± 3 jours (extrêmes : 7 et 45 jours). 77,3% des patients présentaient une détresse respiratoire et 86,4% des patients (n= 19) avaient une radiographie thoracique qui montrait un refoulement du médiastin. Devant des difficultés financières pour l'acquisition d'un drain pleural, notre technique a consisté à l'utilisation de sonde nasogastrique et de sonde d'intubation pour la réalisation du drainage pleural. L'évolution immédiate était marquée par la régression des signes de détresse respiratoire (n=22; 100%). Le taux d'échec post opératoire était de 16% (n = 4). Ces 4 patients avaient tous une fistule broncho-pleurale. Le séjour moyen d'hospitalisation des patients était de 4 ± 2 jours.

**Mot(s) Clé(s) :** « Épanchement » pleural, Drainage, Sonde nasogastrique.

### Co51

#### INCIDENTS ET ACCIDENTS LIES A LA FIBROSCOPIE BRONCHIQUE AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOME

Akpo K, Adjoh KS, Fiogbe AA, Adambounou S, Gbadamassi AG, Bava H, Gargara A, Ouedraogo Ar, Okemba-Okombi Fh, Tidjani O.

*Service de pneumo-phtisiologie et des maladies infectieuses, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo*

**Correspondance :** Akpo K; Tél: +22898413426 ;  
Courriel : afiogbe@yahoo.fr

**Introduction:** La fibroscopie bronchique est une exploration fondamentale en pneumologie. Souvent mal appréhendée par les patients elle n'est pas non plus anodine pour le praticien.

**Objectifs :** Les objectifs de cette étude étaient de décrire les incidents et accidents survenus au cours de cette exploration à l'unité d'endoscopie bronchique du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

**Patients et méthode:** Il s'agissait d'une étude prospective descriptive allant du 1er février 2012 au 31 janvier 2013. Un questionnaire a permis de recueillir les données au cours de la prémédication, de l'acte, et des 7 jours après l'examen.

**Résultats:** Ont été inclus dans l'étude 150 patients dont 50 femmes et 100 hommes avec un âge moyen 48,37ans. Les principaux incidents et accidents étaient représentés par une exacerbation de la toux (17,5%), une dyspnée (22,1%), une hémoptysie de minime abondance (57,7%) de moyenne abondance (2,7%). Un cas de décès et un cas d'épistaxis étaient enregistrés.

**Conclusion :** La fibroscopie bronchique reste un examen, simple mais non anodin.

**Mot(s) Clé(s) :** fibroscopie bronchique, accidents, incidents, Lomé.

## Co52

### FACTEURS ASSOCIES A LA TOLERANCE DE LA BRONCHOSCOPIE

*Auteur(s)/Affiliations :* Mbatchou Ngahane Bertrand Hugo (Hôpital Général de Douala) ; Wandji Adeline (Hôpital Laquintinie de Douala) ; Tengang Bruno (Centre des Maladies Respiratoires de Douala) ; Nyankiye Emmanuel (Cabinet de Pneumologie d'Akwa, Douala) ; Luma Henry (Hôpital Général de Douala) ; Kamgue Charlotte (Hôpital Laquintinie de Douala)

**Correspondance :** Mbatchou Ngahane B H ;  
Tél : +237 97068899  
Courriel : mbatchou.ngahane@yahoo.com

La bronchoscopie est souvent associée à un discomfort du patient au cours de sa réalisation. L'objectif de ce travail était de déterminer les facteurs associés à cette tolérance.

Il s'agit d'une étude transversale menée du 1<sup>er</sup> Janvier 2011 au 31 Décembre 2012 à l'Hôpital Général de Douala. Etait inclus dans notre étude tout patient âgé d'au moins 12 ans et devant subir d'une bronchoscopie. La tolérance était jugée sur l'existence ou non d'une douleur, de nausées ou d'une dyspnée pendant l'examen. Les facteurs associés à la tolérance étaient déterminés grâce à un modèle de régression logistique. Parmi les 135 patients inclus, les hommes représentaient 62,2%. L'âge moyen des patients était de 45,6 ans. Les principaux gestes réalisés au cours de l'examen étaient le lavage broncho-alvéolaire (97%), la biopsie bronchique (31,1%). La dyspnée était retrouvée chez 95 patients (70,4%). La nausée était présente chez 54,1% des patients et la douleur chez 17,8% ; 79,3% (107 patients) étaient prêts à reprendre l'examen si on le leur demandait. L'âge était le seul associé de façon significative à la survenue de nausées. Aucun facteur n'était associé à la douleur et à la dyspnée. La bronchoscopie est un examen mal toléré et des mesures visant à améliorer cette tolérance devraient être envisagées.

**Mot(s) Clé(s) :** bronchoscopie, Afrique, tolérance.

## Co53

### LA CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE COMME TRAITEMENT DE L'HYPOXEMIE SEVERE DANS LE CARCINOME BRONCHIOLO-ALVEOLAIRE

Godé C, Samaké R, Manewa S, Koné A, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

*Service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody Abidjan Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Godé C ; Tél : +22566291643 ;  
Courriel : nigivie2004@yahoo.fr

**Introduction :** Le carcinome bronchiolo-alvéolaire (CBA) est un adénocarcinome pulmonaire primitif respectant l'architecture pulmonaire dans sa progression tumorale, responsable d'un shunt intra tumorale avec pour conséquence une hypoxémie sévère invalidante. Le but de cette étude était une contribution à l'évaluation de l'impact de l'exérèse carcinologique sur les EFR des patients présentant une CBA responsable d'une hypoxémie sévère.

**Patients et méthode :** Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive portant sur l'analyse de dossiers médicaux sur une période allant du 31 décembre 1999 au 1er juillet 2011. Etait inclus dans cette étude, tout patient ayant une hypoxémie par un shunt vrai, ayant bénéficié d'une chirurgie d'exérèse, dans le cadre d'une suspicion de CBA, avec une histologie positive.

**Résultats :** Notre population d'étude était constituée de 7 patients avec une sex-ratio à 1,3 ; un âge moyen de 65,4 ans ; en majorité fumeurs actifs (5 patients sur 2). La présentation scannographie du CBA était celle d'un bloc pneumonique chez tous les patients. Avant exérèse carcinologique, Le VEMS oscillait entre 25% et 50% ; le shunt à l'épreuve d'hyperoxie, entre 10% et 25% ; l'hypoxémie entre 48 mmHg et 58 mmHg.

Après exérèse carcinologique : Amélioration des EFR, avec une suppression du shunt, avec un VEMS entre 60% et 95% et une hypoxémie entre 65 mmHg et 75 mmHg.

**Conclusion :** la chirurgie carcinologique est une indication devant l'hypoxémie sévère des formes opérables des CBA.

**Mot(s) Clé(s) :** Carcinome bronchiolo-alvéolaire, hypoxémie, exérèse carcinologique.

## Co54

### RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS THORACIQUES DES CORPS ETRANGERS INGERES

F Kendja, R Ouedé, H Ehounoud, B Demine, P Yapo Yapo, Y Tanauh

**Correspondance :** Flavien Kendja ;

Tél : +22507079762 ; Courriel : kendjaflavien@yahoo.fr

**Introduction:** les corps étrangers inhalés sont fréquents mais très peu entraînent des complications.

**Objectif:** Présenter les résultats de la prise en charge des complications thoraciques des corps étrangers ingérés.

**Patients et méthode:** De 1994 à 2009, nous avons pris en charge 6 patients pour des complications thoraciques d'un corps étranger ingéré, un os de poulet (n=2), une arête de poisson (n=3), un dentier (n=1). Il y avait 2 hommes et 4 femmes dont l'âge était compris entre 21 ans et 69 ans. Le diagnostic a été porté dans un délai de 2 heures à 90 jours devant un pyothorax (n=4), un pneumothorax avec un emphysème sous cutané massif (n=1), et une dysphagie persistante (n=1). Un drainage pleural (n=5), une thoracotomie pour une décortication associée à une fistulorraphie (n=4) et une oesophagotomie pour extraction du corps étranger (n=1) ont été réalisées. Une jejunostomie d'alimentation a été associée dans tous les cas pour une durée de 21 jours en moyenne. La durée d'hospitalisation a varié de 21 jours à 133 jours.

**Résultats :** Les suites opératoires ont été favorables malgré une dénutrition importante, il n'y a pas eu de décès.

**Conclusion:** Les résultats ont été bons malgré le retard diagnostic et la longue hospitalisation.

**Mots clés :** Corps étrangers – œsophage – pyothorax – pneumothorax.

Vendredi 22 novembre

Salle Amérique

**SESSION 5 B : Pneumopathie bactérienne (Communications orales)**

**Co55 : Intérêt de la recherche dans les expectorations des germes banals chez les tousseurs dans un hôpital de référence pneumologique à Cotonou**

Dissou Affolabi, Gildas Agodokpessi, Guillaume Doflien, Mathieu Odoun, Frank Faihun, Serge Adé, Gabriel Adé, Martin Gninafon, Sévérin Anagonou

**Co56 : Etiologies des infections pulmonaires à germes banals à l'hôpital Jamot de Yaoundé**

Bouba Idrissou, Djifack Tafeukeng N, Ekono Bitchong C, Vouking M, Afane Ze E.

**Co57 : Profil épidémiologique, clinique et évolutif des pneumopathies aiguës bactériennes (PAB) au CHU Sylvanus Olympio de Lomé**

Okemba-Okombi F H, Adjoh K S, Fiogbe A A, Ouedraogo R A, Assao M, Akpo K, Eyene-Eyene F L, Bako M, Soumana A, Boukari M, Bodjrenou M, Issa H, Gbadamassi A, Adambounou S, Tidjani O

**Co58 : Influence du tabagisme sur les manifestations cliniques et paracliniques de la pneumopathie aigüe bactérienne au service de Pneumologie du CHU de Cocody**

Koffi M O, Manewa F S, Samaké K, Koné A, Kouassi B A, Horo K, Godé C, Ahui B, Itchy M V, Ngom A, Koffi N B, Aka-Danguy E

**Co59 : Spectre des maladies respiratoires du sujet âgé noir africain en milieu pneumologique**

Z Z. Kone, A.T.J.Daix, Y.A. Binan, A. S. Bakayoko, M. Konan, K. Samake, S. Kone, E. Ohui, K.S. Domoua, G. Coulibaly.

**Co60 : Facteurs de risque de mortalité en milieu pneumologique**

E.L.P. Bemba, K.B.A. Ossale, F.O. Okemba, R. Bopaka, A. Nkanga, A. Ekoutou, J. Mboussa

**Co61 : Infections pulmonaires chez les patients VIH positifs décédés en milieu pneumologique au CHU de Treichville d'Abidjan (Côte d'Ivoire).**

Daix A. T. J, Ohui C, Kone Z, Bakayoko A. S, Tiemele E, Assagou A, Assi F, N'guessan D, Kossonou H, Coulibaly G, Domoua K

**Co62 : Mortalité en milieu pneumologique : Etude comparative 2010 et 2012**

Horo K, Ano A.K.Marie noëlle, Djè Bi H, Anon J.C, Achi H.V, Silue M.F, Ndhatz-Sanogo M.

**Co63 : Choix d'antibiotiques dans la prise en charge des pneumopathies aiguës communautaires (PAC) dans un milieu pneumologique à Lomé**

Okemba-Okombi F H, Fiogbé A A, Adjoh K S, Ouedraogo A R, Assao M, Akpo K, Bodjrenou M, Tidjani O.

**Co64 : Evaluation de la prise en charge des pneumopathies aiguës bactériennes communautaires au PPH de Bouaké**

J.C. Anon, M. N'dhatz-Sanogo, E. Kakre, H. Dje-Bi, M.N. Ano, F.M. Silué, H.V. Achi

**Co65 : Quelle place pour le vaccin anti pneumococcique conjugué au Burkina Faso ?**

Ouédraogo M, Ouédraogo SM, Badoum G, Ouédraogo G, Boncounou K, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Djibril MA, Kyélem CG, Drabo YJ

## Co55

### INTERET DE LA RECHERCHE DANS LES EXPECTORATIONS, DES GERMES BANALS CHEZ LES TOUSSEURS DANS UN HOPITAL DE REFERENCE PNEUMOLOGIQUE A COTONOU

Dissou Affolabi, Gildas Agodokpessi, Guillaume Doflien, Mathieu Odoun, Frank Faihun, Serge Adé, Gabriel Adé, Martin Gninafon, Séverin Anagonou

*Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie*

**Correspondance** : CNHPP Cotonou, 01 BP 817 Cotonou, Bénin

**Contexte.** La recherche des bactéries non spécifiques dans les expectorations est difficile et n'est pas souvent réalisée en routine dans les laboratoires. Il est néanmoins nécessaire de connaître la place réelle de ces bactéries dans les étiologies des pneumopathies communautaires.

**Objectif.** Déterminer la part des étiologies bactériennes non tuberculeuses dans les infections respiratoires communautaires au Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou.

**Matériel et méthodes.** Il s'agit d'une étude prospective transversale de janvier à juin 2013. Ont été inclus, les patients de plus de 15 ans présentant une toux productive avec notion de fièvre et chez qui la recherche des bacilles acido alcool résistants était négative dans les crachats. Un examen cyto bactériologique (examen direct + culture) a ensuite été réalisé pour mettre en évidence les bactéries non spécifiques.

**Résultats.** Au total, les échantillons de crachats provenant de 158 patients ont été inclus. Parmi eux, 46 crachats étaient de classe inférieure à 3 selon les critères de Bartlett-Murray-Washington et n'ont pas été mis en culture. A la culture, seuls 8 échantillons ont montré les bactéries suivantes à un taux significatif : 1 *Streptococcus pneumoniae*, 1 *Haemophilus influenzae*, 1 *Pseudomonas aeruginosa*, 1 *Klebsiella pneumoniae*, 1 *Citrobacter sp* et 3 *Staphylococcus aureus*. La plupart de ces souches étaient sensibles à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

**Conclusion.** La recherche des germes banals dans les crachats est difficile, coûteuse et peu rentable. Il est préférable de privilégier une antibiothérapie probabiliste basée sur l'association amoxicilline-clavulanique.

**Mots clés** : pneumopathie communautaire, examen cyto bactériologique, germes banals

## Co56

### ETIOLOGIES DES INFECTIONS PULMONAIRES A GERMES BANALS A L'HOPITAL JAMOT DE YAOUNDE

Bouba Idrissou, Djifack Tafeukeng N, Ekono Bitchong C, Vouking M, Afane Ze E.

**Correspondance** : [b.idrissou@yahoo.fr](mailto:b.idrissou@yahoo.fr)

**Introduction** : Les infections pulmonaires à germes banals participent au fardeau infectieux géré au sein des services de pneumologie. La connaissance de leurs étiologies justifie le présent travail.

**Objectif** : Notre objectif était d'évaluer l'identité et la fréquence des germes banals causes des infections respiratoires basses.

**Patients et méthode** : Cette étude prospective, descriptive et transversale a été menée sur 6 semaines à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Notre échantillon était constitué de 170 patients âgés de 18 ans au moins. Le diagnostic bactériologique a été réalisé par la culture sur milieux usuels. Le BK a été recherché systématiquement.

**Résultats** : 113 patients (66%) ont eu au moins un germe. *Streptococcus pneumoniae* : 72 cas (64%) était prédominant, suivi de *Klebsiella spp* : 20 cas (18%) et de *Staphylococcus epidermidis* : 9 cas (08%). *Escherichia coli* : 6 cas, *Staphylococcus aureus* : 4 cas ; *Citrobacter* : 1 cas et *Pseudomonas aeruginosa* : 1 cas étaient moins fréquents. Trente six patients (31,8%) présentaient une tuberculose en co-infection avec un germe banal.

**Conclusion** : La connaissance des germes banals causes des infections respiratoires basses pourrait mieux nous guider dans le traitement probabiliste des infections respiratoires. ¼ des patients, porteurs d'une tuberculose sont sources d'erreur dans la prise en charge thérapeutique.

**Mot(s) Clé(s)** : Etiologies, infections pulmonaires non tuberculeuses, crachats.

### Co57

#### PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET EVOLUTIF DES PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES (PAB) AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOME

Okemba-Okombi F H (A,B), Adjoh K S (A), Fiogbe A A (A), Ouedraogo R A (A), Assao M(A), Akpo K(A), Eyene-Eyene F L (A), Bako M (A), Soumana A (A), Boukari M (A), Bodjrenou M (A), Issa H (A), Gbadamassi A (A), Adambounou S (A), Tidjani O (A)

(A)Service de pneumo-physiologie et maladies infectieuses CHU Sylvanus Olympio BP 57, Lomé Togo

(B)Service de pneumologie CHU Brazzaville BP 32, 13 avenue Lyautey Brazzaville Congo

**Correspondance:** [franckokemba@yahoo.fr](mailto:franckokemba@yahoo.fr)

**Introduction** : Les PAB sont des affections potentiellement graves avec une recherche bactériologique souvent limitée dans nos pays pour des raisons techniques.

**But** : Rappporter les données radio cliniques et évolutives des PAB à Lomé

**Matériel et méthode** : Il s'est agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2011 sur des dossiers des patients hospitalisés pour PAB dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus OLYMPIO

**Résultats** : 212 (21%) dossiers pour PAB ont été analysés. La sex-ratio était de 1,12 avec un âge moyen de 43,3 ans. Les malades issus de milieux socioprofessionnels défavorisés (65%) étaient majoritaires avec une fréquence de VIH de 48,6%. Le tabagisme était noté dans 16,03% des cas.

Les signes cliniques étaient : la toux (99,5%), la dyspnée (43%). La température moyenne était de 38°C (extrêmes : 35,5° et 38,6°C). le syndrome de condensation pulmonaire était présent dans 75,94% des cas ; les anomalies radiologiques prédominaient au poumon droit.

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

**Conclusion** : Les PAB sont fréquentes à Lomé. Une bonne surveillance de l'écologie bactérienne locale pourrait faciliter un choix thérapeutique.

**Mot(s) Clé(s)** : Pneumopathies aiguës bactériennes-épidémiologie-évolution-Lomé

### Co58

#### INFLUENCE DU TABAGISME SUR LES MANIFESTATIONS CLINIQUES ET PARACLIQUES DE LA PNEUMOPATHIE AIGUE BACTERIENNE AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY

Koffi M O, Manewa F S, Samaké K, Koné A, Kouassi B A, Horo K, Godé C, Ahui B, Itchy M V, Ngom A, Koffi N B, Aka-Danguy E

Service de Pneumologie CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Correspondance** : [komarcol@hotmail.fr](mailto:komarcol@hotmail.fr)

**Introduction** : Les pneumopathies aiguës bactériennes représentent un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elles sont favorisées par certains facteurs notamment un autre problème de santé publique qui est le tabagisme.

**Objectif** : Déterminer les particularités de la pneumopathie aiguë bactérienne chez les patients tabagiques hospitalisés au service de pneumologie du CHU de Cocody.

**Matériel et méthodes** : Nous avons effectué une étude descriptive transversale d'une durée d'un mois portant sur les malades hospitalisés durant la période de 2009 à 2011 pour pneumopathie aiguë bactérienne.

**Résultats** : Sur les 165 patients recrutés, la prévalence du tabagisme était de 27,3% avec une prédominance masculine (86,7%). L'âge moyen des patients était de 44,04 ans.

Le tableau clinique des fumeurs était volontiers plus bruyant avec fièvre et frissons (44,4%) et sans spécificité au niveau des signes fonctionnels respiratoires et au plan radiographique.

Sur le plan évolutif, le tabagisme a majoré de façon significative le taux de mortalité (20,9% versus 8% chez les non tabagiques).

**Conclusion** : La pneumopathie aiguë bactérienne survient préférentiellement chez le sujet masculin tabagique avec des symptômes dominés par la fièvre et les frissons. Au plan évolutif, le tabagisme est responsable d'un fort taux de mortalité.

**Mot(s) Clé(s)** : Influence — Tabagisme — Pneumopathie aiguë bactérienne — Pneumologie CHU de Cocody

## Co59

### SPECTRE DES MALADIES RESPIRATOIRES DU SUJET AGE NOIR AFRICAIN EN MILIEU PNEUMOLOGIQUE

Z Z. Kone<sup>1</sup>, A.T.J.Daix<sup>1</sup>, Y.A. Binan<sup>2</sup>, A. S. Bakayoko<sup>1</sup>, M. Konan<sup>2</sup>, K. Samake<sup>1</sup>, S. Kone<sup>2</sup>, E. Ohui<sup>1</sup>, K.S. Domoua<sup>1</sup>, G. Coulibaly<sup>1</sup>.

(1).Service de Pneumo-physiologie du CHU de Treichville, 01 B.P. V3 Abidjan 01. Côte d'Ivoire.

(2).Service de Médecine Interne du CHU de Treichville, 01B.P.V3 Abidjan 01, Côte d'Ivoire

**Correspondance** : [kzakaria73@yahoo.fr](mailto:kzakaria73@yahoo.fr)

**Objectif** : Préciser le spectre des pathologies respiratoires rencontrées chez le sujet âgé en milieu pneumologique ivoirien.

**Matériel et méthode** : Etude rétrospective à visée descriptive conduite dans le service de pneumo-physiologie du CHU de Treichville de Janvier 2006 à Décembre 2009 et portant sur l'analyse des dossiers médicaux des patients âgés d'au moins 65 ans hospitalisés pour une pathologie respiratoire.

**Résultats** : La prévalence hospitalière des personnes âgées était de 3,9% avec un âge moyen de 72,9 ans. Les antécédents étaient dominés par les atteintes respiratoires (36%), les pathologies cardiovasculaires (30,1%) et le tabagisme (30,1%). La séroprévalence VIH était de 1,5%. Les infections représentaient 64% des pathologies respiratoires rencontrées, avec une prédominance des infections non tuberculeuses (41,9%) et de la tuberculose (22,1%). L'évolution était favorable dans 68,4% des cas avec une mortalité de 13,2%. Les principales causes de décès étaient les infections (56%) et les carcinomes bronchiques (11,1%).

**Conclusion** : La pathologie respiratoire du sujet âgé noir africain est dominée par les infections non tuberculeuses lesquelles sont responsables de nombreux décès.

Cette mortalité élevée rend compte de la gravité de ces pathologies à ces âges avancés de la vie

**Mots-clés** : maladies respiratoires - sujet âgé – Afrique

## Co60

### FACTEURS DE RISQUE DE MORTALITE EN MILIEU PNEUMOLOGIQUE

E.L.P. Bemba, K.B.A. Ossale, F.O. Okemba, R. Bopaka, A. Nkanga, A. Ekoutou, J. Mboussa

*Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville, Congo*

**Correspondance** : [bemba1@gmx.fr](mailto:bemba1@gmx.fr)

**Introduction** : la mortalité est un indicateur de santé qui permet d'orienter les acteurs de santé vers une meilleure qualité des soins et de prise en charge. L'objectif est d'identifier les facteurs de risque de mortalité.

**Méthode** : il s'agit d'une étude rétrospective et comparative entre les patients décédés et les patients non décédés dans la période d'activité de prise en charge de 2009 à 2011 au service de pneumologie du centre hospitalier universitaire de Brazzaville : 1362 hospitalisations, 16,2% de décès.

**Résultats** : En analyse univariée, les facteurs associés à la mortalité étaient : le genre masculin, l'âge  $\geq 65$ ans, la durée d'hospitalisation  $\geq 7$ jours, l'infection à VIH. En analyse multivariée la mortalité était liée à la durée d'hospitalisation  $\geq 7$ jours [OR=2,632(1,503-4,609),  $p < 0,001$ ], l'infection à VIH [OR=13,60(1,382-133,865),  $p = 0,025$ ].

**Conclusion** : la mortalité est liée à l'infection au VIH et à une durée d'hospitalisation supérieure à 7 jours.

**Mot(s) Clé(s)** : facteurs de risque ; mortalité ; VIH ; maladies respiratoires

## Co61

**INFECTIONS PULMONAIRES CHEZ LES PATIENTS VIH POSITIFS DECEDES EN MILIEU PNEUMOLOGIQUE AU CHU DE TREICHVILLE D'ABIDJAN (COTE D'IVOIRE).**

Daix A. T. J, Ohui C, Kone Z, Bakayoko A. S, Tiemele E, Assagou A, Assi F, N'guessan D, Kossonou H, Coulibaly G, Domoua K

*Service de Pneumo-physiologie, CHU de Treichville, BPV 3 Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Correspondance** : [ackdaix@yahoo.fr](mailto:ackdaix@yahoo.fr)

**Introduction** : Malgré les traitements antirétroviraux (ARV) et la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole, l'Afrique continue de déclarer des décès de patients VIH positifs.

**Matériel et méthodes** : A partir d'une étude rétrospective sur 7 ans (2005 à 2011) conduite au CHU de Treichville, les auteurs précisent les pathologies respiratoires rencontrées chez les patients VIH- positifs décédés.

**Résultats** : 225 décès sur 2284 cas d'infection à VIH avaient été enregistrés, soit une fréquence de 9,8%. L'enquête concernait 212 patients. 80,2% des décès étaient survenus dans l'année du diagnostic de l'infection VIH. Le VIH1 était le plus fréquent (96,7%) et le nombre moyen de lymphocytes CD4 était de 126,8 /mm<sup>3</sup> initialement. Les principales pathologies respiratoires étaient la tuberculose, la pneumocystose pulmonaire et les pneumopathies bactériennes. Au moment du diagnostic de l'infection VIH, 85,4% des patients étaient aux stades tardifs OMS 3 et 4 et 97,6% étaient éligibles aux ARV. 51,9% des décès étaient survenus avant l'institution des ARV.

**Conclusion** : L'amélioration du pronostic de l'infection VIH dans nos pays pauvres passe par le dépistage précoce de l'infection rétrovirale, l'initiation rapide du traitement antirétroviral chez les patients éligibles ainsi que la chimio- prophylaxie des infections opportunistes.

**Mot(s) Clé(s)** : Infection à VIH- Décès- Pneumopathies- Côte d'Ivoire.

## Co62

**MORTALITE EN MILIEU PNEUMOLOGIQUE : ETUDE COMPARATIVE 2010 ET 2012**

Horo K (1), Ano A.K.Marie noëlle, Djè Bi H (2), Anon J.C (2), Achi H.V (2), Silue M.F(2), Ndhatz-Sanogo M (2).

1 : PPH de Cocody

2 : PPH de Bouaké

**Correspondance** : [marie\\_ano@yahoo.fr](mailto:marie_ano@yahoo.fr)

**Introduction** : La morbidité et la mortalité permettent d'évaluer l'état de santé d'une population et apprécier la qualité des soins prodigués. Le but de ce travail est de comparer la mortalité de 2012 à celle l'année 2010.

**Patients et méthodes** : Etude rétrospective, et transversale portant sur les dossiers de patients décédés au PPH de Bouaké.

**Résultats** : 80 décès (19,75 ou 20%) sur 403 hospitalisés en 2012 vs 26% de cas de décès sur 289 en 2010. Les 36 à 55ans représentait (47%) et 68,8% de sexe masculin.

Les urgences médicales (46,5%) et le CAT (29,1%). Altération de l'état général 77,5% des cas et VIH positif 45,6% des cas. Les causes de décès en 2012 l'anémie dans 61,5% dont 79,7% avec l'hémoglobine en dessous de 10 g/dl, la tuberculose 30,9% des cas. En 2010, 44% des cas la tuberculose, les pneumopathies 22,67% des cas et l'anémie et autres causes dans 33,33% des cas. Dans les 24 heures de l'admission les décès 26,7% des cas.

**Conclusion** : Légère baisse de la mortalité en 2012.

**Mot(s) Clé(s)** : Mortalité – Hospitalière

### Co63

#### CHOIX D'ANTIBIOTIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PNEUMOPATHIES AIGUES COMMUNAUTAIRES (PAC) DANS UN MILIEU PNEUMOLOGIQUE A LOME

Okemba-Okombi F H(A,B), Fiogbé A A(A), Adjoh K S(A), Ouedraogo A R(A), Assao M(A), Akpo K(A), Bodjrenou M(A), Tidjani O(A).

(A) Service de Pneumo-phtisiologie et maladies infectieuses, CHU Sylvanus OLYMPIO BP : 57 Lomé TOGO ;

(B) Service de pneumologie CHU de Brazzaville, 13 avenue Lyautey BP : 32 Brazzaville CONGO

**Correspondance** : [franckokemba@yahoo.fr](mailto:franckokemba@yahoo.fr)

**Contexte** : L'épidémiologie des PAC hospitalisées justifie un traitement antibiotique qui requiert leur bonne maniabilité afin d'avoir un bon pronostic.

**Méthodes** : Étude rétrospective et descriptive de 2010 à 2011 analysant 212 choix d'antibiotiques dans le traitement des PAC au CHU Sylvanus OLYMPIO.

**Résultats** : Une monothérapie probabiliste faite dans 170 cas (80,2%), en association dans 42 cas (19,8%). L'amoxicilline-acide clavulanique utilisé en 1er suivi de ceftriaxone. L'association Amoxicilline-acide clavulanique et Macrolides : 19 cas (45,24%), Amoxicilline-acide clavulanique et Aminosides : 9 cas (21,42%), Amoxicilline-acide clavulanique et Metronidazole : 5 cas (11,90%) et Ceftriaxone-Metronidazole : 3 cas (7,14%). L'antibiothérapie régulière 173 cas (81,6%), irrégulière 39 cas (18,4%). l'évaluation après 3 jours : 90 cas (42,5%) en rapport avec une évolution favorable 72 cas (80%), un échec de l'antibiothérapie 13 cas (14,4%) et la survenue d'éléments nouveaux 5 cas (5,6%). L'amoxicilline-Acide clavulanique était utilisé au 2e choix. Evolution favorable 81,13% des cas (durée moyenne d'hospitalisation de 12,54 jours). Mortalité : 18,87% des cas constatée chez les patients âgés de 40-60 ans (45,8%); les moins de 40 ans et plus de 60 ans avaient un taux respectif de 29,2% et 25% (p=0,29).

**Conclusion** : Les PAC constituent un véritable problème majeur de santé publique avec une problématique de prise en charge thérapeutique

**Mot(s) Clé(s)** : Traitement-pneumopathies aiguës communautaires-Lomé

### Co64

#### EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PNEUMOPATHIES AIGUES BACTERIENNES COMMUNAUTAIRES AU PPH DE BOUAKE

J.C. Anon, M. N'dhatz-Sanogo, E. Kakre, H. Dje-Bi, M.N. Ano, F.M. Silué, H.V. Achi

Service de pneumologie, CHU de Bouake, Côte d'Ivoire

**Correspondance** : [jchanalok@yahoo.fr](mailto:jchanalok@yahoo.fr)

**Contexte** : Promouvoir une prise en charge correcte et adaptée des pneumopathies aiguës bactériennes communautaires (PACB) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

**Objectif** : Apprécier la pertinence des méthodes diagnostiques et thérapeutiques des pneumopathies aiguës bactériennes communautaires à Bouake.

**Matériel et méthode** : Etude rétrospective, descriptive et à visée comparative, portant sur les dossiers des patients hospitalisés pour une PABC, dans les services de pneumologie des CHU de Bouaké et de Cocody (Abidjan), du 01/01/2011 au 31/12/2011. 187 dossiers médicaux (82 à Bouaké et 105 à Cocody) ont été colligés. Des données sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques ont été analysées.

**Résultats** : Les PABC sont évoquées devant un tableau clinique assez caractéristique. Le début est brutal (73,2% à Bouaké vs 64,8% à Cocody). Les principaux signes d'appel sont la fièvre élevée (79,3% à Bouaké vs 92,4% à Cocody), la toux productive (90,2% à Bouaké vs 79,1% à Cocody), la dyspnée (35,4% à Bouaké vs 58,1% à Cocody) et la douleur thoracique (30,5% à Bouaké vs 60% à Cocody). L'examen physique a retrouvé un syndrome de condensation pulmonaire (93,9% à Bouaké vs 81,9% à Cocody). La radiographie thoracique a mis en évidence des opacités alvéolaires systématisées (28,9% à Bouaké vs 51,4% à Cocody) et des opacités alvéolo-interstitielles (35,6% à Bouaké vs 42,8% à Cocody). La recherche de l'étiologie bactérienne n'a jamais été contributive dans les deux services. Une seule porte d'entrée ORL a été précisée à Cocody. Les principaux facteurs favorisant des PABC étaient l'infection VIH (50,9% à Bouaké vs 50% à Cocody), le tabagisme (28,1% à Bouaké vs 40% à Cocody) et l'éthylisme chronique (25,5% à Bouaké vs 36,1% à Cocody).

La prise en charge des PABC est retardée par l'existence d'un délai moyen de consultation assez long (24 [1 ; 120] jours à Bouaké vs 16 [3 ; 90] jours à Cocody). La conduite thérapeutique a consisté à une mono-antibiothérapie (73,2%) à Bouaké vs une bi-antibiothérapie (52,4%) à Cocody. Les bêta-lactamines sont largement prescrits dans les deux services (89% à Bouaké vs 90,5% à Cocody). L'observance du traitement a été irrégulière (62,1% à Bouaké vs 67% à Cocody). La létalité hospitalière des PABC était élevée (25,6% à Bouaké vs 12,4% à Cocody).

**Conclusion** : Le diagnostic des PABC est clinique et radiographique. Une prise en charge précoce et adéquate est souhaitée pour améliorer la qualité de vie des malades.

**Mot(s) Clé(s)** : Pneumopathies infectieuses, Antibiothérapie probabiliste

## Co65

### QUELLE PLACE POUR LE VACCIN ANTI PNEUMOCOCCIQUE CONJUGUE AU BURKINA FASO ?

Ouédraogo M<sup>1</sup>, Ouédraogo SM<sup>2</sup>, Badoum G<sup>1</sup>, Ouédraogo G<sup>1</sup>, Boncoungou K<sup>1</sup>, Ouédraogo/Sondo A<sup>3</sup>, Savadogo M<sup>3</sup>, Djibril MA<sup>4</sup>, Kyélem CG<sup>2</sup>, Drabo YJ<sup>5</sup>

1 : *Service de pneumo-physiologie, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou*

2 : *Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso*

3 : *Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou*

4 : *Service de réanimation médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé*

5 : *Service de médecine interne, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou*

**Correspondance** : [macco72@yahoo.fr](mailto:macco72@yahoo.fr)

**Contexte** : Les infections à pneumocoques sont des causes majeures de maladies graves et de décès dans le monde entier. Environ 4 000 adultes meurent encore chaque année du fait des infections pneumococciques. Les infections pneumococciques sont parfois difficiles à traiter du fait de la résistance de la plus part des souches aux antibiotiques. De ce fait la prévention par le biais de la vaccination reste une stratégie efficace en vue d'une réduction de l'incidence et de la létalité liées aux infections pneumococciques.

Quel Vaccin ?

Au Burkina Faso, les sérotypes 1 et 7F sont fréquemment associés aux pneumonies, les pleuro-pneumopathies, les bactériémies et les méningites. L'OMS a pré qualifié le PCV à 13 valences (Prevnar 13) pour être intégré dans le PEV, en effet en plus des antigènes du Prévenar 7, il inclut des antigènes contre le sérotype 1, 3, 5, 6A, 7F et 19A.

**Résultats préliminaires** : Le Ministère de la santé du Burkina Faso conduit un essai en ce moment à l'ouest du Burkina Faso en vue de son intégration dans le PEV.

**Conclusion** : Oui l'immunisation par le PCV-13 reste l'espoir dans la réduction de l'incidence des infections à pneumocoques au Burkina Faso.

**Mot(s) Clé(s)**: vaccin anti pneumococcique, immunisation, Burkina Faso

Vendredi 22 novembre

## COMMUNICATIONS LIBRES AFFICHEES

**Ca14 : Place des affections respiratoires en Médecine Interne**

Ouédraogo SM, Badoum G, Djibril MA, Ouédraogo G, Boncounkou K, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Kyélem CG, Ouédraogo M, Drabo YJ.

**Ca15 : Infections respiratoires basses et grossesse : expérience du Service de Pneumo-Phtisiologie du CHU de Treichville d'Abidjan**

K. Samaké, Z.Koné, ATJ.Daix, L.Cissé, S.Téa, A.S.Bakayoko, G.Coulibaly, K. Domoua.

**Ca16 : Particularités cliniques et radiologiques des affections respiratoires chez les diabétiques de type 2 noir africain en milieu pneumologique**

Z Kone, Atj Daix, AS Bakayoko, A Ankotche, K Samake, G Coulibaly, KS Domoua.

**Ca17 : Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pleurésies purulentes à Bouaké**

J.C. Anon, N.J. Kadiane, H. Dje-bi, M.N. Ano, S. Soumahoro, F.M. Silué, H.V. Achi, M. N'dhatz-Sanogo

**Ca18 : Etiologies des pleurésies sérofibrineuses chez le sujet séropositif au VIH à Lomé, TOGO**

Wachinou A P, Adjoh K, Gbadamassi AG, AnouDEM C, Ze JJ, Tidjani O

**Ca19 : Infection par le VIH et lymphome de Burkitt : à propos d'un cas**

Godé C, Samaké R, Manewa S, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

**Ca20 : Evaluation de la qualité des soins VIH/SIDA dans l'unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du Service de Pneumologie du CHU de Cocody dans un suivi de cohorte de malades sous traitement antirétroviral**

Koffi Y., Manewa SF., Samake K., Koffi MO., Kamenan BAT., Konaté FK., Ahui JMB., Gode V., Kouassi BA., Horo K., Koffi NB

**Ca21 : Evaluation de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du Service de Pneumologie du CHU de Cocody dans l'approche collaborative**

Koffi Y., Koffi MO., Manewa SF., Samake K., Kamenan BAT., Konaté FK., Ahui JMB., Gode V., Kouassi BA., Horo K., Koffi NB

**Ca22 : Evaluation de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du Service de Pneumologie du CHU de Cocody dans l'approche EZ-QI**

Koffi Y., Kamenan BAT., Koffi MO., Manewa SF., Samaké K, Konaté FK., Ahui JMB., Gode V., Kouassi BA., Horo K., Koffi NB

**Ca23 : Bilan de cinq années de fibroscopie bronchique au CHU SYLVANUS OLYMPIO de Lomé (du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2011)**

Hamadou B.B.; Adjoh K.S. ; Adambounou A.S. ; Gbadamassi A.G.; Gagara M.A. ; Nacanabo R.; Aziagbe K.A) ; Fiogbe A.A. ; Efalou P.J Akpo K.; Diallo D.; Ouedraogo A.R ; Assao N.M. ; Okemba O. ; Tidjani O.

**Ca24 : Accompagnateur de malade dans le Service de Pneumologie du CHU/YO : rôle dans la prise en charge psychosociale des patients hospitalisés**

Ouédraogo SM, Badoum G, Sanou Y, Ouédraogo G, Boncounou K, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Kyélem CG, Ouédraogo M

**Ca25 : La pneumopathie abcédée nosocomiale, complication d'un talcage pleural pour un pneumothorax idiopathique récidivant à propos d'un cas**

J M B Ahui, K Horo, S F Manewa, A B Kouassi, M O Koffi, V Brou-Gode, M V Itchy, A S N'gom, N B Ngoran, E Aka- Danguy

**Ca26 : Caractérisation des bacilles à gram négatif multirésistants au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou**

D. Affolabi, M Odoun, F Sogbo, Y Sissinto, C Amadjikpè, E Sagbohan, G Ahotin, A Massougbodji, S Anagonou

**Ca27 : Epidémiologie des *Escherichia coli* sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou.**

B. Aguemon, A. Guedou, J. Saizonou, D. Laleye, S. Y. Anagonou

## Ca14

### PLACE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES EN MEDECINE INTERNE

Ouédraogo SM<sup>1</sup>, Badoum G<sup>2</sup>, Djibril MA<sup>3</sup>, Ouédraogo G<sup>2</sup>, Boncougou K<sup>2</sup>, Ouédraogo/Sondo A<sup>4</sup>, Savadogo M<sup>4</sup>, Kyélem CG<sup>1</sup>, Ouédraogo M<sup>2</sup>, Drabo YJ<sup>5</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso ; 2) Service de pneumo-physiologie, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou ; 3) Service de réanimation médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé ; 4) Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou ; 5) Service de médecine interne, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou*

**Correspondance :** Ouédraogo S M ;

Tél : +22670207076 ; Courriel : macco72@yahoo.fr

**Objectif :** Décrire profil épidémiologique des affections respiratoires rencontrées en 2012 en médecine interne après l'ère de la vulgarisation de la prescription des ARVs.

**Patients et méthode:** Etude transversale rétrospective à visée descriptive sur une période d'un an. La collecte des données a été faite à partir des dossiers des patients, et les pathologies classées à partir du CIM10.

**Résultats :** Au total 5362 ont été colligés soit 54% d'homme, l'âge moyen était de 43,10 ±12,2 ans. En rapport avec les diagnostics principaux, les affections respiratoires occupaient le 8<sup>ème</sup> rang des pathologies prises en charge en médecine interne avec un taux de 2,5%. Elles étaient dominées par les pneumopathies bactériennes et les pleurésies avec des taux respectifs de 73,4% et de 17,4%. Quant aux diagnostics secondaires, les affections respiratoires occupaient le 5<sup>ème</sup> rang avec un taux de 9,02%. Elles étaient dominées également par les pneumopathies bactériennes avec un taux de 84,6%. Parmi les pneumopathies bactériennes, 7 cas étaient d'étiologie tuberculeuse (TPM+), mais tous étaient diabétiques.

**Conclusion :** Le faciès épidémiologique des affections respiratoires en médecine interne a connu un changement depuis la vulgarisation de la prescription des ARVs, les pneumopathies à pneumocystose, la tuberculose se font rares.

**Mot(s) Clé(s) :** affections respiratoires, médecine interne, Burkina Faso

## Ca15

### INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES ET GROSSESSE : EXPERIENCE DU SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE D'ABIDJAN

K.Samaké<sup>1</sup>, Z.Koné<sup>1</sup>, ATJ.Daix<sup>1</sup>, L.Cissé<sup>2</sup>, S.Téa<sup>3</sup>, A.S.Bakayoko<sup>1</sup>, G.Coulibaly<sup>1</sup>, K. Domoua<sup>1</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumo-physiologie, CHU de Treichville Abidjan, Côte d'Ivoire ; 2) Service de Pédiatrie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire ; 3- Service de gynéco-obstétrique, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire 01 B.P V3 Abidjan 01*

**Correspondance :** K Samaké ; Tél :+22566084592 ; Courriel : samakekadiatou22@yahoo.fr

**Objectif :** Préciser la nature exacte des infections respiratoires survenant chez des gestantes hospitalisées en pneumologie.

**Patients et méthode:** Etude rétrospective descriptive, portant sur des dossiers médicaux de femmes enceintes âgées de plus de 15 ans, admises pour une infection respiratoire basse dans le service de pneumo-physiologie de 2006 à 2011.

**Résultats:** Sur 3400 femmes hospitalisées, 39 étaient enceintes, soit une prévalence de femmes porteuses d'une grossesse de 0,54%. L'âge moyen était de 26 ± 10 ans. Les motifs d'hospitalisation étaient la toux (64%), la dyspnée (29%) et l'hémoptysie (7%). Les diagnostics à l'issue de l'hospitalisation chez 79,5% étaient par ordre décroissant, la tuberculose (71%), les pleuro-pneumopathies bactériennes communes 25,8% dont 6,4% de pleurésies purulentes et la pneumocystose pulmonaire 3,2%. L'évolution sous traitement de l'infection respiratoire maternelle a été favorable dans 80,6% et fatale dans 9,7%, 3 gestantes (9,7%) s'étant évadées du service. La grossesse s'était normalement poursuivie dans 74,19% mais le pronostic fœtal a été compliqué dans 25,8% dont 12,9% avortements spontanés, 9,7% d'accouchements prématurés et 3,2% de mort fœtale in utero.

**Conclusion :** La gravité du pronostic materno-fœtal en cas d'infection respiratoire basse sur grossesse impose une prise en charge multidisciplinaire adaptée.

**Mots clés :** Infections respiratoires basses-Grossesse-pronostic.

### Ca16

#### PARTICULARITES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHEZ LES DIABETIQUES DE TYPE 2 NOIR AFRICAIN EN MILIEU PNEUMOLOGIQUE

Z Koné<sup>1</sup>, ATJ Daix<sup>1</sup>, AS Bakayoko<sup>1</sup>, A Ankotche<sup>2</sup>, K Samake<sup>1</sup>, G Coulibaly<sup>1</sup>, KS Domoua<sup>1</sup>.

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville, 01 BP V3 Abidjan 01. Côte d'Ivoire ; 2) Service de Médecine Interne du CHU de Treichville, 01 BP V3 Abidjan 01. Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Kone Z

**Objectif :** Préciser les caractéristiques cliniques, radiologiques des différents types d'infection pulmonaire chez les patients diabétiques de type 2 dans un service de pneumologie.

**Patients et méthode :** Etude rétrospective et analytique sur 10 ans (janvier 2000 à décembre 2010) de 4 203 dossiers de patients hospitalisés pour pneumopathie dans le service de Pneumo- phtisiologie du CHU de Treichville d'Abidjan.

**Résultats :** La prévalence hospitalière du diabète de type 2 était de 0,99%. Dans 92,9% des cas (n= 39), le diabète était connu avec un traitement habituel à base d'antidiabétiques oraux (43,6%), d'insuline (41%) ou uniquement le régime (10,3%). Les infiltrats non excavés (59,5%) à localisation bilatérale (50%) caractérisaient la radiographie thoracique standard. Les infections bactériennes non tuberculeuses étaient plus fréquentes (65,8%) que la tuberculose pulmonaire (34,2%). La durée moyenne de l'hospitalisation était de 9,21 jours avec une issue favorable dans 69% des cas. Les décès (21,4% des cas) étaient plus fréquents au cours de la tuberculose qu'au cours des infections bactériennes non tuberculeuses (30,7% contre 20%).

**Conclusion :** La prévention des infections bactériennes non tuberculeuses par la vaccination et le suivi correct du diabète peuvent permettre d'améliorer le pronostic.

**Mots-clés :** Diabète sucré – Infections respiratoires - Noir africain

### Ca17

#### CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PLEURESIES PURULENTES A BOUAKE

J.C. Anon, N.J. Kadiane, H. Dje-bi, M.N. Ano, S. Soumahoro, F.M. Silué, H.V. Achi, M. N'dhatz-Sanogo

**Affiliation :** *Service de pneumologie, CHU de Bouake, Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Anon J-C ; Tél : (+225)31000717 ; Courriel : jchanalok@yahoo.fr

**Introduction :** La présence anormale d'une collection purulente dans la cavité pleurale est une urgence pneumologique. Elle nécessite une prise en charge précoce et correcte dans un service spécialisé.

**Objectif :** Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pleurésies purulentes, afin d'en améliorer la prise en charge.

**Patients et méthode :** Etude rétrospective et descriptive des dossiers de 62 malades adultes, hospitalisés pour une pleurésie purulente, dans le service de pneumologie au CHU de Bouaké, durant la période allant du 01/01/2012 au 31/12/2012. Des données sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques ont été analysées.

**Résultats :** Les pleurésies purulentes sont fréquentes chez les jeunes, avec un âge moyen de 34 ans. La proportion des hommes est 2 fois plus élevée que celle des femmes. Les circonstances de sa découverte sont : la fièvre (95%), la toux (94%), la douleur thoracique (81%), la dyspnée (76%), la détresse respiratoire (79%) et l'altération de l'état général (44%). Le syndrome d'épanchement pleural liquidien a été retrouvé chez tous les malades (100%). Les pleurésies purulentes sont également découvertes dans des tableaux mixtes de pleuro-pneumopathie (29%) ou de pyo-pneumothorax (18%). Elles sont fréquemment associées à une anémie (77%) et/ou à l'infection VIH (23%).

La recherche de l'étiologie des pleurésies purulentes est rarement contributive. Le traitement est constitué d'une antibiothérapie probabiliste (96%), associée à un drainage pleural (52%) et à une kinésithérapie respiratoire (47%). L'évolution a été favorable dans 77% des cas, avec une létalité hospitalière de 5%.

**Conclusion :** L'amélioration de la prise en charge des pleurésies purulentes est fonction du plateau technique et des conditions socio-économiques des patients.

**Mot(s) Clé(s) :** Pleurésie purulente, Germes pyogènes, Antibiothérapie, drainage thoracique.

## Ca18

### ETIOLOGIES DES PLEURESIES SEROFIBRINEUSES CHEZ LE SUJET SEROPOSITIF AU VIH A LOME, TOGO

Wachinou A P<sup>1,2</sup>, Adjoh K<sup>1</sup>, Gbadamassi AG<sup>1</sup>, AnouDEM C<sup>1</sup>, Ze JJ<sup>1</sup>, Tidjani O<sup>1</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de pneumophtisiologie et de maladies infectieuses du CHU Sylvanus Olympio, Lomé ; 2) Programme national contre la tuberculose du BENIN*

**Correspondance :** Wachinou AP ;

Tél : +22997685754 ;

Courriel : wachinouprudence@gmail.com

**Introduction:** La fréquence des pleurésies séro-fibrineuses (PSF) sont en nette augmentation dans le monde. Le but de notre étude était de décrire le profil étiologique des PSF chez le sujet infecté par le VIH à Lomé au Togo.

**Patients et Méthode:** Il s'agit d'une étude prospective qui a porté sur les PVVIH hospitalisés pour PSF dans le service de pneumophtisiologie du CHU-Tokoin du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 mai 2010. Une biopsie pleurale avec examen anatomo-pathologique et myco-bactériologique des fragments pleuraux a été pratiquée à tous les patients.

**Résultats:** 63 patients étaient inclus ; ce qui représentait 45% de tous les patients hospitalisés pour PSF au cours de la période de l'étude. Le sexe ratio (M/F) était de 1,33, l'âge moyen de 30 ans avec des extrêmes de 22 et 65 ans. 60% des patients avaient un taux de CD4 < 200. L'étiologie tuberculeuse a été retenue chez 52 patients soit 82% du total avec confirmation histologique chez 38 patients (60%). La pleurésie parapneumonique a été retenue chez 5 patients (7%). Dans 11% des cas, la pleurésie était de cause indéterminée.

**Conclusion :** La tuberculose apparaît comme la première cause de PSF chez le sujet VIH en milieu pneumologique à Lomé au Togo.

**Mot(s) Clé(s) :** étiologies, pleurésie, PVVIH, Lomé.

### Ca19

#### INFECTION PAR LE VIH ET LYMPHOME DE BURKITT : A PROPOS D'UN CAS

Godé C, Samaké R, Manewa S, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

**Affiliation :** *Service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody Abidjan Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Godé C; Tél: +22566291643 ;  
Courriel : nigivie2004@yahoo.fr

**Introduction :** Au cours de l'infection à VIH, de nombreuses hémopathies ont été décrites, notamment le lymphome de Burkitt.

**Observation :** L'auteur rapporte l'observation d'une patiente de 21ans G1P0, infectée par le VIH 1 depuis 2010 avec un taux de CD4 initiale à 105 éléments/mm<sup>3</sup>, mise sous trithérapie avec abandon du traitement après 03 mois. Elle a été admise en hospitalisation pour une pleurésie à liquide clair bilatérale et récidivante, associée à une ascite de faible abondance, une masse pelvienne et une bicytopénie. Devant le caractère exsudatif et lymphocytaire de la pleurésie, un traitement antituberculeux a été débuté sur des arguments de présomption. La biopsie pleurale était non contributive ainsi que le myélogramme. L'échographie pelvienne a mis en évidence une masse ganglionnaire polylobée coelio-mésentérique et iliaque droite dont la ponction échoguidée à l'aiguille fine a révélé un lymphome de Burkitt.

**Conclusion :** le lymphome de Burkitt se présente comme une affection cliniquement étendue, chez le sujet VIH au stade C de l'OMS ; l'aspect polymorphe sur ce terrain rend difficile le diagnostic qui repose sur l'histopathologie des formations ganglionnaires.

**Mot(s) Clé(s) :** VIH ; lymphome de Burkitt, polysérite, masse abdominale

### Ca20

#### EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS VIH/SIDA DANS L'UNITE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) DU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY DANS UN SUIVI DE COHORTE DE MALADES SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Koffi Y., Manewa SF., Samake K., Koffi MO., Kamenan BAT., Konaté FK., Ahui JMB., Gode V., Kouassi BA., Horo K., Koffi NB

**Affiliation :** *Service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan BP V 13 Abidjan 01*

**Correspondance :** KOFFI Y S ; Tél : +22505088728 ;  
Courriel : koffiyaosylvestre@yahoo.fr

**Introduction :** Après avoir gagné le pari de l'extension et mis un grand nombre de malades sous ARV, l'accent est porté sur la qualité des soins et la rétention des malades dans les soins.

**Patients et méthode :** Etude rétrospective longitudinale portant sur l'analyse de dossiers de malades sous ARV. Ont été inclus les malades VIH positifs éligibles. 2 groupes de malades:

1<sup>er</sup> groupe : les malades ayant débuté le traitement ARV de juillet à septembre 2012

2<sup>ème</sup> groupe : les malades ayant débuté le traitement ARV de janvier à mars 2012.

Les paramètres biologiques et cliniques ont été renseignés dans les 6 mois dans chaque groupe. L'évaluation de ces cohortes a été faite de janvier à mars 2013

**Résultats :** L'âge moyen était 39 ans, avec des extrêmes de 20 à 79 ans et un sex-ratio de 0,6. 100% des malades avaient été pesés, avec une médiane à 59. La plupart des patients avaient bénéficié d'un bilan de CD4 (93%), avec une médiane à 128. Après 6 mois de traitement, 5% des malades sont décédés, 13% des patients sont transférés, 10% sont perdus de vue et 73% sont vivants. Parmi les 29 malades vivants, 76 % ont été pesés, avec une médiane à 60, Plus de la moitié des patients (52%) ont fait le bilan de CD4 avec une médiane à 286. Le taux de rétention dans les soins était de 83% (norme : 80%). Les résultats de la cohorte du 2e groupe sont quasi identiques à ceux du 1er groupe.

**Conclusion :** La rétention des malades dans les soins est satisfaisante. Nous avons observé un gain en poids et CD4

**Mot(s) Clé(s):** Qualité des soins, rétention dans les soins, antirétroviraux, pneumologie CHU de Cocody.

### Ca21

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) DU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY DANS L'APPROCHE COLLABORATIVE

Koffi Y., Koffi MO., Manewa SF., Samake K., Kamenan BAT., Konaté FK., Ahui JMB., Gode V., Kouassi BA., Horo K., Koffi NB

**Affiliation :** *Service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan BP V 13 Abidjan 01*

**Correspondance :** Koffi Y S ; Tél : +22505088728 ;  
Courriel : koffiyaosylvestre@yahoo.fr

**Introduction :** La qualité la prise en charge (PEC) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) demeure un enjeu majeur. Cette qualité de soins nécessite une évaluation régulière afin de l'améliorer.

**Patients et méthode :** Etude rétrospective portant sur l'analyse de dossiers de malades, suivis dans l'unité de PEC des PVVIH. Ont été inclus dans notre étude : tous les malades anciens et nouveaux ayant une consultation dans le mois; les patients testés VIH + dans le site et ayant fait un bilan initial, avec un rendez-vous de consultation au cours du mois. Après une évaluation initiale, nous avons procédé à une évaluation tous les mois.

**Résultats :** La proportion de patients ayant tous les items renseignés dans le dossier individuel est passée de 0 à 70% (Cible 90%). La réalisation du bilan initial est passée de 10 à 50%. Les patients perdus de vue en cours de traitement sont passés de 41 à 14% (Cible 10%). Le taux de survie après 12 mois du début du traitement est passé de 14% à 70% (Cible 70%). Le pourcentage de patients ayant bénéficié d'un soutien psychologique, social ou spirituel des travailleurs communautaires est resté constant c'est-à-dire 100% (Cible 100%). Le pourcentage de patients sous ARV ayant un contact avec une organisation communautaire n'a pas pu être renseigné (Cible 100%).

**Conclusion :** Depuis la mise en place de l'EAQ, on note une nette amélioration des indicateurs qualité de la PEC des PVVIH. Il est donc nécessaire que tous les acteurs de soins s'impliquent davantage pour garantir des soins de qualité aux malades.

**Mot(s) Clé(s) :** Evaluation, suivi, qualité, pneumologie CHU de Cocody.

### Ca22

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) DU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY DANS L'APPROCHE EZ-QI

Koffi Y., Kamenan BAT., Koffi MO., Manewa SF., Samaké K., Konaté FK., Ahui JMB., Gode V., Kouassi BA., Horo K., Koffi NB

**Affiliation :** *Service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan BP V 13 Abidjan 01*

**Correspondance :** Koffi Y S ; Tél : +22505088728 ;  
Courriel : koffiyaosylvestre@yahoo.fr

**Introduction :** L'évaluation des activités VIH est indispensable pour le suivi des malades. Ainsi plusieurs approches, dont L'outil EZ-QI, sont utilisées pour mesurer la qualité de soins.

**Patients et méthode :** Etude de cohorte portant sur l'analyse de dossiers de malades VIH suivis avec ou sans traitement ARV. Patients enrôlés dans les soins de janvier à juin 2012 c'est-à-dire 139 malades et qui ont été vus au moins une fois dans la période de revue de juillet à décembre 2012. Ont été exclus, les malades transférés, décédés et les perdus de vue.

**Résultats :** Parmi les 76 malades enregistrés, 48% étaient de sexe masculin. L'âge moyen est 39 ans. Indicateur I : % des patients avec une intervention de prévention positive : 47%. Indicateur II : % de patients avec CD4 enregistré est passée de 59 à 70%. Indicateur III : % de patients éligibles ayant reçu le cotrimoxazole : 99%. Indicateur IV : % de patients éligibles ayant reçu le TARV est passée de 99 à 97%. Indicateur V : % de patients prenant les ARV ayant reçu des conseils sur l'observance de leur traitement ARV au moins une fois est passée de 86% à 100%. Indicateur VI : % de patients ayant fait l'objet d'un screening de la tuberculose au moins une fois est passé de 85% 93%. Indicateur VII : % de patients dont l'évaluation nutritionnelle a été faite est 46%. Indicateur VIII : % de dossiers correspondant aux patients ayant été vus dans les consultations cliniques sur le site est passée de 48% à 57%. NB : la norme des indicateurs I à VII=100%, indicateur VIII=85%.

**Conclusion :** Nos résultats restent moyens avec l'outil EZ-QI.

**Mot(s) Clé(s) :** outil de collecte, performance, pneumologie CHU Cocody

### Ca23

**BILAN DE CINQ ANNEES DE FIBROSCOPIE BRONCHIQUE AU CHU SYLVANUS OLYMPIO DE LOME (DU 1ER JANVIER 2007 AU 31 DECEMBRE 2011)**

Hamadou B.B<sup>1</sup>; Adjoh K.S.<sup>2</sup>; Adambounou A.S.<sup>2</sup>; Gbadamassi A.G.<sup>3</sup>; Gagara M.A.<sup>2</sup>; Nacanabo R.<sup>2</sup>; Aziagbe K.A.<sup>2</sup>; Fiogbe A.A.<sup>2</sup>; Efalou P.J.<sup>2</sup>; Akpo K.<sup>2</sup>; Diallo D.<sup>4</sup>; Ouedraogo A.R.<sup>2</sup>; Assao N.M.<sup>2</sup>; Okemba O.<sup>2</sup>; Tidjani O.<sup>2</sup>

**Affiliation(s)** :1/CHU de douala (Cameroun); 2/CHU Sylvanus Olympio (Togo); 3/CHU Labardé Niamey (Niger); 4/CHU Conakry (Guinée);

**Correspondance** : ADAMBOUNOU T.A.S ;

Tél : +22890136016 ; Courriel : amentos@yahoo.fr

**Introduction** : Au Togo, la première fibroscopie bronchique a été réalisée le 21 janvier 1982 au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus OLYMPIO de Lomé.

**Objectif** : Faire le bilan de cinq années d'activités de l'unité d'endoscopie bronchique du CHU Sylvanus OLYMPIO de Lomé.

**Patients et méthode** : Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2011. Un vidéofibroscope de type Storz Karl et deux fibroscopes de type Olympus ont été utilisés pendant la période d'étude.

**Résultats** : Deux cent soixante dix neuf fibroscopies bronchiques avaient été pratiquées. L'âge moyen des patients était de 50 ans avec des extrêmes de 14 et 80 ans. La sex-ratio était de 1,58 en faveur des hommes. L'indication la plus fréquente était l'hémoptysie (23,3 % des cas). L'inflammation était l'anomalie de la muqueuse la plus retrouvée avec une proportion de 87,4%. Les diagnostics retenus, par analyse des prélèvements bronchiques, étaient : 22 cas de cancer bronchique, 15 cas de tuberculose pulmonaire, 3 cas de sarcoïdose médiastino-pulmonaire, 3 cas d'aspergillome pulmonaire, 2 cas de mycobactériose atypique.

**Conclusion** : L'intérêt diagnostique de la fibroscopie bronchique est un fait établi. Ses indications sont multiples.

**Mot(s) Clé(s)** : fibroscopie, bronches, Lomé

### Ca24

**ACCOMPAGNATEUR DE MALADE DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU/YO : ROLE DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES PATIENTS HOSPITALISES**

Ouédraogo SM<sup>1</sup>, Badoum G<sup>2</sup>, Sanou Y<sup>2</sup>, Ouédraogo G<sup>2</sup>, Boncougou K<sup>2</sup>, Ouédraogo/Sondo A<sup>3</sup>, Savadogo M<sup>3</sup>, Kyélem CG<sup>1</sup>, Ouédraogo M<sup>2</sup>

**Affiliations** : 1) Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso ;2) Service de pneumo-physiologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou ;3) Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

**Correspondance** : Ouédraogo S M ; Tél : +22670207076 ; Courriel : macco72@yahoo.fr

**Introduction** : L'accompagnateur de patient apparaît de plus en plus comme un auxiliaire de santé « circonstanciel » dans notre contexte.

**Objectif** : Etudier le rôle de l'accompagnateur dans la prise en charge psychosociale des patients hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU/YO. Patients et méthode: Etude transversale, prospective à passage multiples et à visée descriptive qui s'est réalisée pendant une période six mois, du 1er juillet au 31 décembre 2013.

**Résultats** : Au total 100 patients ont été enquêtés. L'âge moyen était de 40,3 ans  $\pm$  11 ans. Le sex-ratio était de 1,56 :1. L'entretien et le nettoyage des locaux étaient assurés par 42% des accompagnateurs. La participation financière de l'accompagnateur a été soulignée dans 68% des cas et le soutien psychologique /moral chez 96. Le temps passé par 24 heures au chevet du malade a été en moyenne de 21 heures.

**Conclusion** : Le faible effectif des professionnels de santé dans notre contexte, justifie l'implication de l'accompagnateur dans le processus de prise en charge psycho sociale du patient qui, malheureusement n'est souvent pas préparé à l'assurer et n'en ait ni les qualificatifs.

**Mot(s) Clé(s)** : accompagnateur, prise en charge, psychosociale, Burkina Faso

## Ca25

### LA PNEUMOPATHIE ABCEDEE NOSOCOMIALE, COMPLICATION D'UN TALCAGE PLEURAL POUR UN PNEUMOTHORAX IDIOPATHIQUE RECIDIVANT A PROPOS D'UN CAS

J M B Ahui, K Horo, S F Manewa, A B Kouassi, M O Koffi, V Brou-Gode, M V Itchy, A S N'gom, N B Ngoran, E Aka- Danguy

**Correspondance** : AHUI B J M ; Tél : +22506936851 ; Courriel : ahuib@hotmail.fr

Il s'agit de Mme K.A. M. L, 42 ans, institutrice, ayant comme antécédent, un asthme connu depuis l'enfance sous brycanylR, G4P2 (2 fausses couches), un pneumothorax spontané idiopathique survenue 3 mois auparavant. Elle est admise dans le service de pneumologie le 17/06/2013 pour une récurrence d'un pneumothorax. L'histoire de la maladie retrouve des signes qui débutent le 6 juin 2013 par des douleurs à l'hémithorax droit de survenue brutale avec une dyspnée de repos. Elle sollicite son médecin traitant qui réalise une radiographie du thorax. Cette radiographie montre un pneumothorax droit avec un décollement complet. A l'admission les constantes sont les suivantes : poids à 53 kg, T° à 36,8°C, une taille à 1,6m, IMC à 20,7, pouls 90 pulsation /minutes, SaO<sub>2</sub>= 99% AA. La conscience était bonne. L'examen pleuro-pulmonaire retrouvait une FR à 24 cycles et un syndrome d'épanchement pleural gazeux droit. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le bilan biologique retrouve initialement une CRP à 4mg, GB 5800/mm<sup>3</sup> ? HB 12,3, TP 100%, transaminases dans les normes bilan rénal normal ainsi que la glycémie, VIH négatif. La radiographie du thorax confirme le pneumothorax, un scanner du thorax à la recherche d'une cause éventuelle montre un hydro pneumothorax de faible abondance sans autre lésion. Elle bénéficie d'un nouveau drainage pleural le 18/06/2013. La radiographie de contrôle montre un poumon à la paroi. Il est décidé de laisser le drain en siphonage pendant 1 journée et de faire une nouvelle radiographie du thorax de contrôle. Celle-ci va montrer un nouveau décollement pleural avec un bullage permanent par la suite.

Le drain est maintenu en place pendant 7 jours. On notait un bullage. La symphyse pleurale par un talcage est réalisée devant la persistance du bullage. Les suites du talcage sont marquées par des douleurs thoraciques calmées par les antalgiques habituels. Le contrôle radiologique 48h après montre un poumon accolé à la paroi avec un début d'épaississement pleural. Au niveau de son drain on ne notait plus de bullage et la patiente toujours apyrétique. Le retrait du drain s'est effectué 4 jours après le talcage. La radiographie du thorax montrait un épaississement pleural avec une opacité excavée intra parenchymateuse basale droite. Devant cette image une antibiothérapie à base amoxicilline + acide clavulanique est entreprise et la patiente autorisée à regagner son domicile. Une semaine plus tard, elle nous revient dans un tableau de fièvre avec frisson et la radiographie du thorax montre une pleuro pneumopathie abcédée. La ponction pleurale était blanche et l'échographie du thorax ne notait pas d'épanchement mais une condensation. Le bilan biologique retrouve une CRP à 3325 mg/l, une hyperleucocytose à 20000 GB dont 89 % de PNN, les prélèvements à visée bactériologique non contributives. L'antibiothérapie fut ajustée devant la suspicion d'une infection nosocomiale avec TavanicR et la PyostacineR. Sous ce traitement bien conduit pendant 7 jours on notait une apyrexie et une normalisation de la NFS avec 6800 /mm<sup>3</sup> et une CRP à 25 mg/l. La radiographie thoracique ne retrouvait plus d'image abcédée mais un syndrome alvéolaire en voie de nettoyage. L'antibiothérapie est poursuivie pour une durée de 14 jours.

**Mot(s) Clé(s)** : pneumopathie abcédée, nosocomiale, antibiothérapie.

## Ca26

CARACTERISATION DES BACILLES A GRAM NEGATIF MULTIRESISTANTS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

D Affolabi, M Odoun, F Sogbo, Y Sissinto, C Amadjikpe, E Sagbohan, G Ahotin, A Massougbodji, S Anagonou

**Affiliation :** CNHU-HKM, Cotonou, Bénin

**Correspondance :** D Affolabi ; Tél : +22966614862 ; Courriel : affolabi\_dissou@yahoo.fr

**Objectif :** Caractériser les bacilles à Gram négatif multirésistants (BMR) isolés au CNHU-HKM de Cotonou.

**Méthode :** De Mars à Juin 2013, toutes les souches de bacilles à Gram négatif résistantes à au moins une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération ou à la ceftazidime (s'il s'agit d'un *Pseudomonas*) et/ou à un carbapénème, ont été consécutivement incluses dans l'étude. Pour chaque souche, une identification biochimique a été réalisée et une large gamme d'antibiotiques a été testée. Ensuite, les mécanismes de résistance aux bêta-lactamines ont été recherchés.

**Résultats :** Parmi les 245 souches de bacilles à Gram négatif isolés au cours de notre étude, 113 souches étaient multirésistantes, soit 46,12 %. *Escherichia coli* et *Klebsiella spp* étaient les bactéries les plus fréquentes parmi les BMR et représentaient respectivement 45,1% et 23,0%. Les antibiotiques les plus actifs sur ces souches étaient l'amikacine, l'imipénème, la colistine, la fosfomycine et l'association pipéracilline-tazobactam avec respectivement 92,0%, 90,3%, 87,6%, 81,4% et 73,5% de souches sensibles. Au total, 76,1% des souches étaient productrices de bêta-lactamase à spectre élargi et 16,8% de céphalosporinase déréprimée. Aucune souche n'était productrice de carbapénémase.

**Conclusion :** La prévalence des BMR est élevée au CNHU-HKM de Cotonou. Des mesures urgentes sont nécessaires pour réduire l'ampleur du phénomène.

**Mots clés:** Bacilles à Gram négatif, mécanismes de résistance, hôpital.

## Ca27

EPIDEMIOLOGIE DES *ESCHERICHIA COLI* SECRETRICES DE BETA-LACTAMASES A SPECTRE ETENDU (BLSE) AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE (CNHU) DE COTONOU.

B. Aguemon <sup>(2)</sup>, A. Guedou <sup>(1)</sup>, J. Saizonou <sup>(3)</sup>, D. Laleye<sup>(1)</sup>, S. Y. Anagonou <sup>(1)</sup>,

(1) Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU) : Service de Microbiologie

(2) Faculté des Sciences de la Santé (FSS/UAC) : Unité de Santé Communautaire, Département de Santé Publique

(3) Institut Régional de Santé Publique (IRSP/UAC)

Le but de cette étude est d'apprécier l'évolution épidémiologique des entérobactéries productrices de BLSE en particulier des souches d'*Escherichia coli* sécrétrices de bêta -lactamases isolées dans des prélèvements adressés au centre hospitalier de référence du CNHU HKM de Cotonou. Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 180 souches d'*E. coli* isolées des échantillons adressés au laboratoire de bactériologie du centre. La fréquence de la bactérie productrice de  $\beta$  -lactamases à spectre étendu (BLSE) est d'environ 37.8%.

Les souches *E. coli* sécrétrices de BLSE s'observent plus chez les hospitalisés que chez les non hospitalisés. La quasi-totalité des ces souches BLSE présentent une résistance aux  $\beta$ -lactamines, sauf à la céphamycine. La résistance est totale pour l'amoxicilline (AMOX : 100%), la ceftriaxone (CRO : 100%) et la céfotaxime (CTX : 100%). On note aussi une sensibilité très remarquable et forte aux carbapénèmes (IMP : imipénème) et une résistance accrue aux fluoroquinolones (NOR, CIP). La résistance d'*E. coli* aux antibiotiques prend de l'ampleur. L'antibiotique le moins actif sur *E. coli* à Cotonou est l'amoxicilline tandis que le plus actif est l'imipénème. La nécessité d'appliquer les méthodes-standard préconisées pour réaliser un antibiogramme fiable en vue d'une détection précise, correcte et précoce des bactéries multi résistantes reste primordiale dans le suivi épidémiologique de ces souches communautaires.

**Mots clés :** Antibiogramme, Résistance, *Escherichia coli*, BLSE, Epidémiologie, Cotonou

**SERETIDE**<sup>®</sup>  
propionate de fluticasone/**Diskus**<sup>®</sup>  
salmétérol



**ASTHME PERSISTANT**  
*...Le contrôle total est possible !*



**SAMEDI 23 NOVEMBRE 2013**

## **SALLE BLEUE**

### **PLENIERE 3: Tuberculose et mycobactérioses atypiques**

**Présidium:** KLEISSBAUER (France), Y TANAUH (Côte d'Ivoire), M GNINAFON (Bénin),  
S ANAGONOU (Bénin), A T DAIX (Côte d'Ivoire)

**Conférence 16 :** Diagnostic bactériologique de la Tuberculose en 2013 - S ANAGONOU (Bénin)

**Conférence 17 :** Tuberculose multirésistante en Afrique : Etat des lieux et perspectives  
C Kuaban (Cameroun)

**Conférence 18:** Tuberculose multirésistante en Afrique : Gestion programmatique  
A Trébuq (L'Union - France)

**Conférence 19:** Pleurésie purulente tuberculeuse : Place de la chirurgie M. NDIAYE (Sénégal)

## **SALLE BLEUE**

### **SESSION 7A : CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE** (communications orales)

**Présidium:** JM KAYEMBE (Congo), Malick El Hadj KANE (Mauritanie), G BADOUM (Burkina)

## **SALLE AMERIQUE**

### **SESSION 7B : BIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE & MULTIRESISTANCE**

**Présidium :** S. ANAGONOU (Bénin), M. N'DATZ (Côte d'Ivoire), O. TOURE (Sénégal),  
HB MBATCHOU N (Cameroun)

## **COMMUNICATIONS AFFICHEES**

## **SALLE BLEUE**

### **SESSION 8**

#### **Formation du pneumologue en Afrique**

**Présidium** : E AKA DANGUY (Côte d'Ivoire), AA HANE (Sénégal), C KUABAN (Cameroun).

**Conférence 20** : Formation du pneumologue dans l'espace SAPLF : état des lieux et perspectives. O TIDJANI (Togo)

### **SESSION 9 : AG SAPLF**

## **CLOTURE**

Samedi 23 novembre

Salle Bleue

10h45 – 12h45

**SESSION 7A & SESSION 7B**

**SESSION 7A : Clinique de la tuberculose** (communications orales)

**Co66 : Tuberculose pulmonaire : facteurs influençant le délai de consultation des patients**

E.L.P. Bemba, K. Horo, A.R. Ouedraogo F.O. Okemba, J.M. Ahui, C.V. Brou-Gode, A.Z. Gnaze, B.N. Koffi, E.A. Danguy

**Co67 : Actualités sur la tuberculose en Côte- d'Ivoire**

V.H. Achi, H. Djè-Bi, J.C Anon, M.N Ano, M. N'Dhatz-Sanogo

**Co68 : Effets de la guerre sur le contrôle de la tuberculose en Côte d'Ivoire de 2002 à 2007.**

Daix A T J, Bakayoko-Yeo A S, Coulibaly G, Samake K, Kone Z, Coulibaly T N, Diakite A, Pitta M, Kouassi F, Kouame A, Kouakou A O, Kouakou J, Domoua K

**Co69 : Crise socio-politique et contrôle de la tuberculose au Mali**

Y Toloba, BF Sissoko, D Soumaré, K Ouattara, O M'Baye, B Baya, G Berthé, K Traoré, S Diallo

**Co70 : Relations entre tabagisme et tuberculose**

Domoua K, Coulibaly G, Daix AT, Bakayoko-Yéo A, Koné Z.

**Co71 : Connaissances et attitudes des pneumo-physiologues ivoiriens vis-à-vis du tabagisme de leurs patients tuberculeux**

KS. Domoua, AT. Daix, A. Bakayoko-Yéo, Z. Koné, K. Samaké, G. Coulibaly, O. Touhon.

**Co72 : Prévalence, déterminants et devenir des malades présentant une miliaire tuberculeuse à Yaoundé**

Virginie Poka Mayap, Eric Walter Pefura Yone, Christopher Kuaban

**Co73 : Aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et évolutives des miliaires tuberculeuses prises en charge au Service de Pneumologie du CHU de Bouaké**

Horo Kignilman; Ndhatz-Sanogo M; Achi H.V; Ano A.K. Marie noëlle; Djè Bi H; Anon J.C; Silue M.F

**Co74 : La pancytopenie : une complication grave de la miliaire tuberculeuse**

V.H Achi, JC Anon, MN Ano, Djè Bi H, M.S N'Dhatz

**Co75 : Caractéristiques radiographiques et évolutives des patients ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie négative à Yaoundé, Cameroun**

Eric Walter Pefura-Yone; Emmanuel Afane-Ze; Christopher Kuaban

**Co76 : Apport de l'administration systématique d'un questionnaire axé sur les symptômes pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les PVVIH à Cotonou, Bénin**

Wachinou AP, Gomina K, Affolabi D, Agodokpessi G, Adé S, Zannou M, Adé G, Anagonou S, Gninafon M.

**Co77 : Incidence de la tuberculose pulmonaire bacillifère en milieu carcéral au Bénin**

Wachinou AP, Agodokpessi G, Adé S, Kassa F, Tanimomo B, Makpenon A, Bekou W, Affolabi D, Adé G, Gninafon M.

**Co78 : Aspects actuels de la tuberculose chez le personnel soignant en Côte d'Ivoire**

Z Koné, ATJ Daix, AS Bakayoko, K Samake, G Coulibaly, KS. Domoua.

**Co79 : Facteurs de mortalité de la tuberculose au PPH des CHU de Cocody et Bouaké**

H I Djè Bi, K Horo, JC Anon, V Achi, MN Ano, M. N'dhatz-Sanogo, E Aka –Danguy

## Co66

### TUBERCULOSE PULMONAIRE : FACTEURS INFLUENÇANT LE DELAI DE CONSULTATION DES PATIENTS

E.L.P. Bemba<sup>1</sup>, K. Horo<sup>2</sup>, A.R. Ouedraogo<sup>3</sup> F.O. Okemba<sup>1</sup>, J.M. Ahui<sup>2</sup>, C.V. Brou-Gode<sup>2</sup>, A.Z. Gnaze<sup>2</sup>, B.N. Koffi<sup>2</sup>, E.A. Danguy<sup>2</sup>

**Affiliations** : 1) *Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville, Congo* ; 2) *Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Abidjan, Côte d'Ivoire* ; 3) *Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Lomé, Togo*

**Correspondance**: E.L.P. Bemba;

Téléphone : +242068202651 ; Courriel : bemba1@gmx.fr

**Introduction** : Une consultation et une initiation du traitement précoce sont essentielles pour un contrôle effectif de la tuberculose. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs influençant le délai de consultation des patients ayant une tuberculose à microscopie positive.

**Patients et méthode**: Nous avons réalisé une étude prospective et comparative entre deux groupes ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive : 120 patients ayant un délai de consultation supérieur ou égal à 30 jours et 116 patients ayant un délai de consultation inférieur à 30 jours.

**Résultats** : Les facteurs associés à l'allongement du délai de consultation sont : une sérologie positive au VIH [OR=3.4290 (1.3983-8.4085), p=0.0071], les recours multiples aux soins non conventionnels (automédication, tradipraticien) [OR=8.3638 (3.539-19.765) ; p<0.001]. Par contre la connaissance des signes cliniques de la tuberculose est un facteur de réduction de délai de consultation [OR=0.3163 (0.1232-0.8118) ; p=0.0167].

**Conclusion** : Une réduction effective du délai de consultation passe par l'éducation de la population générale en matière de tuberculose.

**Mot(s) Clé(s)** : Délai de consultation ; Tuberculose pulmonaire

## Co67

### ACTUALITES SUR LA TUBERCULOSE EN COTE D'IVOIRE

V.H. Achi, H. Djè-Bi, J.C Anon, M.N Ano, M. N'Dhatz-Sanogo

**Affiliation** : *Service de Pneumologie CHU de Bouaké - UFR Sciences Médicales de Bouaké*

**Correspondance** : Achi H V ; Tél : +22507901016 ; Courriel : achvnt@yahoo.fr

**Introduction** : La Côte d'Ivoire fait partie des pays ayant adopté les recommandations de l'OMS et de l'UICMR. Correctement appliquées ces recommandations permettent d'obtenir de meilleurs résultats. Il importe d'évaluer les activités de lutte antituberculeuse pour apprécier la situation actuelle de la tuberculose dans ce pays.

**Patients et méthode**: Il s'agit d'une étude rétrospective, à visée descriptive, analysant les rapports trimestriels de déclaration des cas de tuberculose des 11 CAT que comptait le programme de lutte contre la tuberculose de janvier 2005 à décembre 2011. Les paramètres étudiés étaient : les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats**: L'incidence de la tuberculose augmente régulièrement. De 1994 cas (106cas/100000 habitants) en 2005, elle était de 24 222 cas (118 cas pour 100 000 habitants) en 2011, soit une augmentation de 10% chaque année. Elle touche la population de tout âge mais avec prédilection la population jeune âgée de 25 à 44 ans (53%). Elle était plus retrouvée chez l'homme (59%) avec un sex- ratio qui progressait de 1,3 à 1,48. Les nouveaux cas représentaient 91,50% de l'ensemble des cas de tuberculose. La forme pulmonaire était prédominante (75% à 80%) avec environ 64% de TPM+. Les formes extra-pulmonaires représentaient 20% à 22%. La séroprévalence VIH a sensiblement diminué de 2007 à 2009 chez les tuberculeux. Elle est passée de 34% à 30% pour l'ensemble des cas de tuberculose. Le succès thérapeutique des nouveaux cas était de 75% avec 73% de cas TPM+ guéris.

Le taux de décès était de 8% et les perdus de vue représentaient 10%. Quant au retraitement, le taux de guérison était de 50% avec des taux d'échec et de décès qui ont augmenté progressivement respectivement 11% et 13%.

**Conclusion :** L'incidence de la tuberculose augmente progressivement en Côte-d'Ivoire. Le taux de succès thérapeutique est encourageant mais reste en deçà des normes de l'OMS. Un effort doit être consenti pour atteindre les objectifs de l'OMS.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose–Dynamique–épidémiologie-clinique–évolution

## Co68

### EFFETS DE LA GUERRE SUR LE CONTROLE DE LA TUBERCULOSE EN COTE D'IVOIRE DE 2002 A 2007.

Daix A T J<sup>1</sup>, Bakayoko-Yeo A S<sup>1</sup>, Coulibaly G<sup>1</sup>, Samake K<sup>1</sup>, Koné Z<sup>1</sup>, Coulibaly T N<sup>1</sup>, Diakité A<sup>2</sup>, Pitta M<sup>2</sup>, Kouassi F<sup>2</sup>, Kouamé A<sup>2</sup>, Kouakou A O<sup>2</sup>, Kouakou J<sup>2</sup>, Domoua K<sup>1 2</sup>

1) *Service de pneumo-physiologie, CHU de Treichville, BPV 3 Abidjan, Côte-d'Ivoire ;*

2) *Programme National de Lutte contre la Tuberculose, 05 BP 1054 Abidjan 05 Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Daix A T J. Tél : + 225 07 09 42 64.  
Email : ackdaix@yahoo.fr

**Introduction :** Les conflits armés impactent négativement sur le contrôle de la tuberculose.

**Objectifs :** Préciser les conséquences du conflit armé inter-ivoirien de 2002 à 2007, sur les résultats du traitement des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) et des cas de retraitement.

**Patients et méthode:** Analyse rétrospective des résultats du traitement et du retraitement notifiés au Programme National de Lutte contre la Tuberculose de 2001 à 2008.

**Résultats :** Au total, 74232 cas de TPM+ et 5094 cas de retraitement avaient été déclarés pendant la guerre. Le taux moyen global de succès thérapeutique était de 72% avec un taux moyen de 54% en zone CNO et 73% en zone Sud. Le taux moyen de perdus de vue était de 27% en zone CNO et de 11% en zone Sud. Le taux moyen de succès au retraitement était au plan national de 60% avec 48% en zone CNO et 62% en zone Sud. Le taux moyen de perdus de vue au retraitement était de 28% en zone CNO et de 16% en zone Sud.

**Conclusion :** Nos résultats montrent l'absence d'épidémie de tuberculose pendant le conflit armé ivoirien malgré une forte perturbation des activités de prise en charge de la tuberculose.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose – Guerre – Traitement – Retraitement – Côte d'Ivoire.

## Co69

### CRISE SOCIO-POLITIQUE ET CONTROLE DE LA TUBERCULOSE AU MALI

Y Toloba<sup>1</sup>, BF Sissoko<sup>1</sup>, D Soumaré<sup>1</sup>, K Ouattara<sup>1</sup>, O M'Baye<sup>1</sup>, B Baya<sup>1</sup>, G Berthé<sup>1</sup>, K Traoré <sup>2</sup>, S Diallo<sup>1</sup>

1 *Service de Pneumologie, CHU de Point-G, Bamako, Mali*

2 *Programme National de Lutte contre la tuberculose (PNLT)- Mali*

**Correspondance** : toloba71 @ yahoo.fr

Le Mali est confronté depuis Mars 2012 à une crise socio-politique et sécuritaire caractérisée à des attaques du Mouvement National pour la Libération de l'Azawad (MNLA) et des groupes islamiste au nord, suivi par un coup d'état militaire, ayant pour conséquence l'occupation du nord du pays et perturbation du système de santé notamment la prise en charge de la tuberculose (TB). Le but de ce travail était d'évaluer l'effet de la crise sur le contrôle de la TB.

**Méthode** : Analyse comparative et rétrospective du rapport annuel du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) de 2012 (année de la crise au Mali) et de 2011 (année précédant la crise).

**Résultats** : Au niveau national, 5602 cas de TB toutes formes confondues ont été notifiés en 2012 contre 5573 cas en 2011.

Les différentes formes se répartissent comme suit : 3724 nouveaux cas (nc) de TPM+ (66%) en 2012 contre 3777 cas (68%) en 2011. Les cas de retraitement : 310 (6%) en 2012 contre 321 (6%) en 2011. Les TPM - : 487 nc (9%) en 2012 contre 491 (9%) en 2011. Dans les 3 régions occupées (Tombouctou, Gao, et Kidal) le nombre de nc de TPM+ a été respectivement de 699 nc, 621 nc, 12 nc en 2011 versus 105 nc (Tombouctou), 0 nc (Gao et kidal) en 2012.

**Conclusion** : Nos résultats montrent qu'au plan national, il n'y a pas eu de perturbation dans la progression des nc de TB, mais les zones occupées ont connu cette perturbation.

**Mot(s) Clé(s)** : crise sociale, tuberculose, Mali

## Co70

### RELATIONS ENTRE TABAGISME ET TUBERCULOSE

Domoua K, Coulibaly G, Daix AT, Bakayoko-Yéo A, Koné Z.

**Correspondance**: Domoua K ; kouaomd@yahoo.fr

**Introduction**: Le tabagisme est à l'heure actuelle, un facteur de risque majeur bien connu de développement de la tuberculose et l'arrêt de la consommation de cigarette est un moyen efficace de contrôle de la tuberculose maladie dans les pays en développement.

**Objectif**: Présenter le rôle majeur de la consommation de tabac dans le développement et l'aggravation du pronostic de la tuberculose.

**Patients et méthode** : Revue de la littérature sur la relation entre la consommation de cigarette et la tuberculose.

**Résultats** : Le risque de développement de la tuberculose maladie est augmenté chez les fumeurs et ex-fumeurs comparativement aux individus n'ayant jamais fumé. Une étude conduite dans une région d'Afrique sub-saharienne à forte incidence d'infection par le VIH a révélé la réalité du rôle du tabagisme en tant que facteur de risque de tuberculose maladie, indépendant de l'infection à VIH. Un autre travail basé sur une modélisation mathématique, a mis en évidence que, dans une population de fumeurs, le nombre de tuberculose maladie augmentait avec celui des fumeurs. La progression de la tuberculose chez les patients tabagiques est plus rapide et plus sévère, marquée par des taux de guérison plus faibles que chez les non fumeurs et un risque de décès 4,5 fois plus élevé.

La fraction de décès par tuberculose attribuable au tabac varie selon les études entre 20% et 61%. Le tabagisme favorise également une moindre observance du traitement antituberculeux et expose à un risque supérieur de rechute de la tuberculose, les tuberculeux fumeurs faisant 2 à 3 fois plus de rechutes que les non fumeurs.

Pour améliorer l'observance au traitement antituberculeux, augmenter les chances de succès thérapeutique et réduire les rechutes, une intervention antitabac devrait être intégrée à la prise en charge des malades tuberculeux fumeurs. Celle-ci devrait nécessairement passer non seulement par l'intégration d'un module de formation sur le sevrage tabagique dans la formation médicale de base des étudiants en médecine, mais aussi et surtout, par le renforcement des capacités des médecins dans le domaine de la lutte contre le tabac.

**Conclusion:** Le contrôle du tabagisme est selon les recommandations des experts sur l'arrêt du tabagisme, un moyen essentiel pour réduire l'épidémie tuberculeuse dans les pays en développement à forte incidence de tuberculose.

**Mots-clés :** Tuberculose-Tabac-Sevrage tabagique.

## Co71

### CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES PNEUMOPHTISIOLOGUES IVOIRIENS VIS-A-VIS DU TABAGISME DE LEURS PATIENTS TUBERCULEUX

KS. Domoua, AT. Daix, A. Bakayoko-Yéou, Z. Koné, K. Samaké, G. Coulibaly, O. Touhon.

**Affiliation :** *Service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville, 01 BP V3 Abidjan 01. Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** KS Domoua ; kouaomd@yahoo.fr

**Introduction :** Le tabagisme est de nos jours, un facteur de risque bien connu de développement de la tuberculose et le rôle du pneumo-phtisiologue qui est le praticien le plus consulté pour des pathologies liées au tabagisme devrait être primordial dans le domaine de la lutte antitabac.

**Objectif :** Evaluer les connaissances des pneumo-phtisiologues ivoiriens vis-à-vis de la relation tabagisme-tuberculose et leurs attitudes vis-à-vis du tabagisme chez les patients tuberculeux.

**Patients et méthode :** Etude prospective sur la relation tabagisme-tuberculose, basée sur un questionnaire auto-administré aux médecins exerçant dans les services de pneumo-phtisiologie (PPH) des CHU d'Abidjan et dans les centres antituberculeux (CAT) de Côte d'Ivoire, au cours de la période allant de février à août 2012.

**Résultats :** Le taux de réponse au questionnaire administré aux médecins était de 88,09% (37/42). Les hommes étaient les plus nombreux avec 86% (42) et l'âge moyen des pneumo-phtisiologues était de 44 ans (extrêmes : 30 et 59 ans). La durée moyenne d'exercice était de 10 ans (extrêmes : 1 et 30 ans).

La prévalence du tabagisme parmi les pneumo-phtisiologues était de 13% (5/37). 70,27% d'entre eux (26/37) estimaient que le tabagisme augmentait l'incidence de la tuberculose, 75,67% (28/37) estimaient que les formes de tuberculose étaient plus graves chez le sujet tabagique et seulement 27,02% (10/37) pensaient que le taux de guérison de la tuberculose était plus faible chez les tabagiques. Leurs connaissances sur la relation tuberculose-tabac ne différaient ni en fonction de leur statut tabagique, ni du sexe.

Le statut tabagique des patients était toujours précisé par 64,9% (24/37) des pneumo-phtisiologues et 78,4% (29/37) le rapportaient quand les patients avaient une tuberculose. Les attitudes des médecins vis-à-vis des patients tabagiques ne différaient pas non plus, en fonction de leur statut tabagique et du sexe. L'information sur les risques du tabagisme était toujours fournie aux patients tuberculeux par 43,2% des pneumologues (16/37) et celle sur les bénéfices d'arrêt du tabagisme aux patients tuberculeux, toujours fournie dans 35,1% des cas (13/37). La proposition systématique d'une intervention antitabac était faite aux tuberculeux fumeurs par 59% d'entre eux (22/37). 97% des médecins (36/37) n'avaient jamais bénéficié de formation consacrée à la prise en charge des patients fumeurs, si bien que seuls 8,1% d'entre eux (3/37) réalisaient une consultation d'aide au sevrage tabagique et proposaient un traitement médicamenteux d'aide au sevrage tabagique aux tuberculeux fumeurs.

**Conclusion :** Les insuffisances notées au niveau des connaissances et attitudes des pneumo-phtisiologues de notre étude vis-à-vis de leurs patients tuberculeux, militent fortement en faveur du renforcement de leurs capacités dans le domaine de la lutte contre le tabagisme.

**Mots-clés :** Tuberculose-Lutte antitabac-Formation-Pneumo-phtisiologues.

## Co72

### PREVALENCE, DETERMINANTS ET DEVENIR DES MALADES PRESENTANT UNE MILIAIRE TUBERCULEUSE A YAOUNDE

Virginie Poka Mayap (1), Eric Walter Pefura Yone (1,2), Christopher Kuaban (1,3)

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun ; 2) Département de Médecine Interne et Sous Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun ; 3) Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun*

**Correspondance :** Virginie Poka Mayap ;

Tél : +23799253759 ; Courriel : pokavirginie@yahoo.fr

**Introduction :** La tuberculose miliaire est une forme rare de tuberculose mais d'évolution fatale si elle n'est pas rapidement prise en charge.

**Objectifs :** Déterminer la prévalence et les déterminants de la miliaire tuberculeuse ainsi que le devenir des patients atteints de cette affection.

**Patients et Méthode:** Les dossiers de tous les malades hospitalisés dans le service de pneumologie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé de 2009 à 2010 ont été rétrospectivement analysés. La régression logistique a été utilisée pour rechercher les déterminants de la miliaire tuberculeuse.

**Résultats :** Des 857 patients inclus, 501 (58,5%) étaient des hommes et l'âge médian (Intervalle interquartile) était de 32 (25-42) ans. Vingt-deux (2,6%) patients avaient une tuberculose miliaire. Les facteurs indépendants associés à la miliaire tuberculeuse étaient l'infection à VIH [odds ratio 3,89 (Intervalle de confiance à 95% : 1,29-11,8)] et l'existence d'une localisation extra-pulmonaire [2,64 (1,05-6,67)]. Le taux de mortalité était de 13,6% chez les patients atteints de tuberculose miliaire et de 4,3 % chez les patients sans miliaire (p = 0,06).

**Conclusion :** La mortalité est relativement plus élevée chez les patients atteints de tuberculose miliaire et l'infection à VIH est plus fréquemment retrouvée chez les patients ayant cette affection.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose miliaire, Prévalence, Déterminants, Devenir.

### Co73

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DES MILIAIRES TUBERCULEUSES PRISES EN CHARGE AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE BOUAKE

**Auteurs et affiliations :** Horo Kignilman, PPH de Cocody; Ndhatz-Sanogo M, PPH de Bouaké ; Achi H.V, PPH de Bouaké ; Ano A.K. Marie noëlle, PPH de Bouaké ; Djè Bi H, PPH de Bouaké ; Anon J.C, PPH de Bouaké ; Silue M.F, PPH de Bouaké

**Correspondance :** Horo Kignilman

Email : [kigninlmanh@yahoo.fr](mailto:kigninlmanh@yahoo.fr)

Dans le but d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des miliaires tuberculeuses au service de Pneumologie du CHU de Bouaké, nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période d'un an, portant sur 23 cas de miliaire tuberculeuse. Les sujets de sexe féminin ont représenté 60,9% des cas. La proportion de sujets non scolarisés a constitué 69,6% de l'effectif. Dans 43,5 % des cas, les patients ont été des mariés. La tranche d'âge de 25-44 % a représenté 60,9 % de l'effectif.

La sérologie VIH a été positive chez 70,6 % des patients. La proportion de la fièvre et de l'altération de l'état général a été respectivement de 88,2 % et de 94,1 %. La bacilloscopie a été positive dans 30,4% des cas. Dans 30,4% des cas la corticothérapie et l'oxygénothérapie ont été prescrites. L'issue de la prise en charge a été favorable dans 69,6% des cas.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose, miliaire, épidémiologie, diagnostics, thérapeutiques,

### Co74

LA PANCYTOPENIE : UNE COMPLICATION GRAVE DE LA MILIAIRE TUBERCULEUSE

V.H Achi, JC Anon, MN Ano, Djè Bi H, M.S N'Dhatz

**Affiliation :** *Service de pneumologie, Centre Hospitalier Universitaire(CHU) de Bouaké (RCI)*

**Correspondance :** ACHI H V ; Tél : +22507901016 ; Courriel : [achvnt@yahoo.fr](mailto:achvnt@yahoo.fr)

**Objectif :** Analyser la fréquence, les signes cliniques associés et l'évolution des patients ayant présenté une pancytopenie au cours de la miliaire tuberculeuse.

**Patients et méthode:** Une étude rétrospective, réalisée dans le service de pneumologie du CHU de Cocody nous a permis d'étudier le bilan hématologique de tous les cas de miliaires tuberculeuses enregistrés de Janvier 2000 à Décembre 2009. Nous avons analysé les signes cliniques associés et le devenir de tous les cas de pancytopenie.

**Résultats :** Sur 150 cas de miliaire tuberculeuse enregistrés au cours de la période d'étude, 18 cas de pancytopenie ont été diagnostiqués soit une fréquence de 12%. Il s'agissait de 11 hommes (61%) et 07 femmes (39%). L'âge moyen des patients était de 33,33ans ans avec des extrêmes allant de 17 à 67 ans. La sérologie VIH réalisée chez 14 patients était positive dans 93% des cas. Les signes cliniques étaient dominés par la détresse respiratoire (100 %) l'altération de l'état général (94,44%) la splénomégalie (77,8%) et l'hépatomégalie (55,5%). Des perturbations graves de l'hémogramme ont été observées. Ainsi 66,66% des cas avaient un taux de leucocytes inférieur à 1500 elts/mm<sup>3</sup>, 44,44% un taux de plaquettes inférieur à 50000 /mm<sup>3</sup> et 55,55% un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl. Le traitement antituberculeux a été associé à la transfusion sanguine et des concentrés plaquettaires. Malheureusement l'évolution a été défavorable dans 83,3 % cas.

**Conclusion :** La pancytopenie est une complication redoutable de la miliaire tuberculeuse avec un taux de mortalité élevé.

**Mot(s) Clé(s) :** Pancytopenie-miliaire tuberculeuse-épidémiologie- évolution

### Co75

#### CARACTERISTIQUES RADIOGRAPHIQUES ET EVOLUTIVES DES PATIENTS AYANT UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE A MICROSCOPIE NEGATIVE A YAOUNDE, CAMEROUN

Eric Walter Pefura-Yoné (1); Emmanuel Afane-Ze (1); Christopher Kuaban (1,2)

**Affiliations :** 1/ Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun; Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun; 2/ Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun.

**Correspondance:** Eric Walter Pefura-Yone

Tél : +23796539726 ; Courriel : pefura2002@yahoo.fr

**Objectifs :** Déterminer les caractéristiques radiographiques et évaluer le devenir des patients ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) à Yaoundé.

**Patients et méthode:** Dans cette étude de cohorte rétrospective réalisée de janvier 2009 à décembre 2010 à l'Hôpital Jamot de Yaoundé, les caractéristiques radiographiques et le devenir de 75 patients ayant une TPM- ont été comparés à ceux de 674 patients ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive.

**Résultats :** Des 820 malades qui avaient réalisé des bacilloscopies, 674 avaient une bacilloscopie positive et 146 avaient une bacilloscopie négative. Des 146 patients avec bacilloscopie négative, l'endoscopie bronchique a été réalisée chez 89 d'entre eux et le diagnostic de TPM- a été retenu sur des critères bactériologiques ou histologiques chez 75 (10,0%) des 749 patients avec diagnostic confirmé. Les déterminants indépendants de la TPM- étaient l'absence de cavité [odds ratio ajusté (intervalle de confiance à 95%) : 2,20(1,26-3,85), p=0,006], l'absence des lésions pulmonaires rétractiles [2,28(1,20-4,34), p=0,012] et une atteinte radiologique intéressant moins de deux zones [2,14(1,26-3,62) p=0,005]. Les taux de succès du traitement et de décès étaient similaires dans les deux groupes.

**Conclusion :** Les patients ayant une TPM- ont des lésions radiologiques peu extensives et moins fréquemment cavitaires ou rétractiles.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose, microscopie négative, fibroscopie bronchique, devenir.

### Co76

#### APPORT DE L'ADMINISTRATION SYSTEMATIQUE D'UN QUESTIONNAIRE AXE SUR LES SYMPTOMES POUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LES PVVIH A COTONOU, BENIN

Wachinou AP<sup>1</sup>, Gomina K<sup>1</sup>, Affolabi D<sup>1</sup>, Agodokpessi G<sup>1</sup>, Adé S<sup>1</sup>, Zannou M<sup>2</sup>, Adé G<sup>1</sup>, Anagonou S<sup>1</sup>, Gninafon M<sup>1</sup>

**Affiliations :** 1) Programme National contre la tuberculose, Bénin; 2) Service de médecine interne, CNHU-HKM, Bénin

**Correspondance:** Wachinou AP;

Tél : +229 97685754 ;

Courriel: wachinouprudence@gmail.com

**Introduction :** Pour réduire la morbi-mortalité liée à la co-infection tuberculose-VIH, la recherche systématique de la TB chez les PVVIH est capitale. Notre étude avait pour but d'évaluer l'apport de l'administration systématique d'un questionnaire axé sur les symptômes pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les PVVIH.

**Patients et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée au centre de traitement ambulatoire du CNHU-HKM de Cotonou du 1er juin 2012 au 14 Août 2012. Un questionnaire d'une demi-page, basé sur 4 items (toux, fièvre, amaigrissement, sueurs nocturnes) a été administré à toutes les PVVIH admis en consultation. Tous les suspects (personnes ayant répondu oui à au moins une des questions) ont donné deux crachats en 48 heures dont un crachat matinal. Les crachats ont été convoyés dans la même journée au LRM pour bacilloscopie et GeneXpert.

**Résultats :** Au cours de la période d'étude, sur les 694 patients interrogés, 65 suspects de tuberculose ont été dépistés, soit une proportion de 9,37%. Comparée à la même période de l'année précédente, l'administration du questionnaire a permis de dépister 16 fois plus de suspects. Le diagnostic de tuberculose a été posé chez 4 patients dont 02 par GeneXpert, soit une proportion de 6% de l'effectif des suspects de tuberculose.

En prenant le GeneXpert comme méthode diagnostique de référence, la spécificité de la toux prise isolément était de 8,2%. Lorsque les quatre symptômes étaient présents simultanément, la sensibilité, la spécificité, la VPP, la VPN du questionnaire étaient respectivement de 75%, 82%, 21%, 78%.

**Conclusion :** Un interrogatoire systématique à la recherche de la tuberculose lors de tout contact d'une PVVIH avec une structure sanitaire est essentiel pour en assurer un diagnostic précoce. Un questionnaire simple axé sur les symptômes de la tuberculose peut y aider.

**Mot(s) Clé(s) :** questionnaire, symptômes, diagnostic, Tuberculose, PVVIH

## Co77

### INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE BACILLIFERE EN MILIEU CARCERAL AU BENIN

Wachinou AP, Agodokpessi G, Adé S, Kassa F, Tanimomo B, Makpenon A, Bekou W, Affolabi D, Adé G, Gninafon M.

**Affiliation :** *Programme national contre la tuberculose, BENIN*

**Correspondance:** WACHINOUP AP;

Tél: +229 97685754 ;

Courriel : wachinouprudence@gmail.com

**Introduction :** Le milieu carcéral en général et plus particulièrement au Bénin, réunit de nombreux facteurs de risque pouvant contribuer au développement et à la propagation de la tuberculose maladie. Le but de ce travail était de fournir les toutes premières données sur la tuberculose dans les prisons du BENIN.

**Patients et méthode:** Il s'agit d'une étude rétrospective qui a colligé les cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) diagnostiqués au cours de l'année 2011 dans les neuf établissements pénitenciers du BENIN.

**Résultats :** Au cours de l'année 2011, 37 cas de TPM+ ont été diagnostiqués dans les prisons du Bénin pour une population carcérale de 7148 détenus, soit une incidence de cinq patients pour 1 000 prisonniers. La tuberculose bacillifère diagnostiquée en milieu carcéral représentait 1% (37/3593) de tous les cas de TPM+ diagnostiqués au Bénin en 2011. Les patients étaient jeunes avec une moyenne d'âge de 32 ans. La séroprévalence du VIH chez les prisonniers diagnostiqués tuberculeux était de 14 % (5/37).

**Conclusion :** Le passage à l'échelle de la lutte contre la tuberculose prônée par la plupart des instances internationales doit passer par une prise en compte de toutes les populations vulnérables dont les prisonniers.

**Mot(s) Clé(s):** incidence, tuberculose, prisons, Bénin

### Co78

#### ASPECTS ACTUELS DE LA TUBERCULOSE CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT EN COTE D'IVOIRE

Z Kone, ATJ Daix, AS Bakayoko, K Samake, G Coulibaly, KS. Domoua.

**Affiliation :** *Service de Pneumo-physiologie du CHU de Treichville, 01 BP V3 Abidjan 0. Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Kone Z

**Objectif :** Documenter l'existence de la tuberculose maladie chez le personnel de santé impliqué dans les activités de soins.

**Patients et méthode:** Etude rétrospective à visée descriptive allant du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2010 et analysant le registre du service de Pneumophtisiologie (PPH) du CHU de Treichville, consacré aux fonctionnaires de l'état de Côte d'Ivoire présentés au conseil de santé pour un épisode de tuberculose.

**Résultats :** Les 35 cas de tuberculose déclarés correspondaient à une incidence de 239 cas pour 100000 agents de soins. Ces agents des soins de santé étaient majoritairement des infirmiers (51,4%), de sexe féminin (51,4%), âgés de 35 à 39 ans (28,6%), exerçant dans les services de médecine (30%) et de gynécologie (30%) et résidant pour la plupart dans un quartier populaire (28,8%). 97,1% des cas de tuberculose étaient des nouveaux cas avec une localisation pulmonaire prédominante (62,9%) et 51,4% de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Le taux de guérison était de 85,7%.

**Conclusion :** L'incidence élevée de la tuberculose chez le personnel soignant nécessite d'adopter des mesures de prévention strictes pour limiter sa propagation en milieu de soins.

**Mots-clés :** Tuberculose-Personnel soignant-Conseil de santé

### Co79

#### FACTEURS DE MORTALITE DE LA TUBERCULOSE AU PPH DES CHU DE COCODY ET BOUAKE

H I Djè Bi (1), K Horo (2), JC Anon (1), V Achi (1), MN Ano (1), M. N'dhatz-Sanogo (1), E Aka –Danguy (2)

**Affiliations.:**(1) *Service de pneumologie CHU Bouaké ; (2) Service de pneumologie CHU Cocody*

**Correspondance :** H I Djè Bi ; Tél : +22541883555 ; Courriel : ihospice@yahoo.fr

**Contexte :** Malgré la disponibilité de chimiothérapie à visée curative, la mortalité reste élevée chez les patients hospitalisés pour une tuberculose d'où la nécessité de rechercher des facteurs associés à cette mortalité en hospitalisation pour planifier une prise en charge efficace.

**Objectifs :** Identifier les facteurs de mortalité de la tuberculose chez les patients hospitalisés.

**Patients et méthode :** Une étude rétrospective de cas-témoins réalisée dans les services de pneumologie des CHU de Cocody (Abidjan) et de Bouaké avait retenu 332 patients dont 108 cas de décès (76 cas à Cocody, 32 à Bouaké) et 224 patients non décédés (173 à Cocody et 51 à Bouaké) entre l'année 2008 et 2013. N'ont pas été inclus dans l'étude les cas de tuberculose chronique (TB-MDR, TB-XDR).

**Résultats :** les facteurs de mortalité de la tuberculose étaient le recours tardif aux soins (> 90 jours), un indice de masse corporelle < 16,5kg/m<sup>2</sup>, la présence d'une détresse respiratoire, les états de choc cardiovasculaires, l'hypothermie, les hyperthermies supérieures à 38,5°C, la bilatéralité des lésions radiographiques, les dyskaliémies, les hyponatrémies, l'anémie sévère (taux d'hémoglobine <6g/dl), l'hypercréatinémie, l'élévation des ASAT(Aspartate Amino Transférase), l'absence de confirmation diagnostique, la miliaire, la tuberculose multifocale et la survenue de complications en cours d'hospitalisation.

**Conclusion:** La prise en charge correcte en hospitalisation des anomalies associée à la tuberculose permettra de réduire au mieux la mortalité au cours de cette maladie.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose, facteurs de mortalité.

Samedi 23 novembre

Salle Amérique (Communications orales)

## **SESSION 7B : BIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE & MULTIRÉSISTANCE**

### **Co80 : Apport du GENEXPERT dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire**

Kouatcha M.M., Thiam K., Dia Kane Y., Diatta A., Ndiaye E.M., Wayzani M., Mbaye F.B.R., Niang A, Agne P.S.E, Henzazi H, Fall N, Diouf Niang N.F, Cissé M.F, Kashongwé I.M, Kanouté Bamba T, Baleka A.R, Konté Leye H, Diatta M.N.B, Danga A.N, Rakoto H, Toure N.O.

### **Co81 : Apport de l'amplification génique par XPERT MTB/RIF dans diagnostic de la tuberculose pleurale à Yaoundé, CAMEROUN**

Virginie POKA MAYAP, Eric Walter PEFURA YONE, Emmanuel AFANE, Christopher KUABAN

### **Co82 : Place de GENEXPERT dans l'algorithme de dépistage de la tuberculose chez les sujets infectés par le VIH à Cotonou**

Dissou Affolabi, Salim Diatema, Frank Faihun, Serge Adè, Gildas Agodokpessi, Ousmane Bodi, Brice Guendehou, Gabriel Adè, Corinne Merle, Martin Gninafon, Séverin Anagonou et le consortium RAFA.

### **Co83 : Itinéraires thérapeutiques des malades tuberculeux à bacilles résistants suivi dans le Service de Pneumologie du CHU de Cocody**

B Jm Ahui, K Horo, V C Brou-Gode, A Bakayoko-Yeo, Jc Anon, M O Koffi, Manewa S, Itchy M V, A B Kouassi, A S N'gom, N B N'goran, E Aka-Danguy

### **Co84 : Détection de la résistance aux antituberculeux chez les cas de rechute en Côte- d'Ivoire en 2012**

N'guessan K, Assi Js, Adagra Gd, Adade O, Assande Jm, Guei A, Mohouhi P, Seck-Angu H, Kouakou J Dosso M.

### **Co85 : Tuberculose multirésistante chez le personnel de santé ivoirien**

Bakayoko As, Ahui Bjm, Horo K, Daix T, Kone Z, Coulibaly N, Badoum G, Domoua K, Aka-Danguy E.

### **Co86 : Evolution des cas nécessitant un traitement de multirésistance parmi les tuberculeux en retraitement à Cotonou, Bénin**

Ade S, A Trébuq, Ade G, Agodokpessi G, Affolabi D, Wachinou P, AD Harries, Anagonou S, Gninafon M.

### **Co87 : Evaluation du traitement de la tuberculose multirésistante en Côte d'Ivoire de 2008 à 2010**

B JM Ahui, M O Koffi, V C Brou-Gode, AS Bakayoko, JC Anon, K Horo, Itchy M V, A B Kouassi, A S N'gom, N B N'goran, E Aka-Danguy

### **Co88 : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des mycobactérioses pulmonaires chez le sujet immunocompétent a dakar : A propos de 5 cas**

Niang A, BA PS, Diédhiou I, Salomon Lawson, Ndiaye A.R, Fall B, BA-Fall K, Mbaye PS.

## Co80

### APPORT DU GENEXPERT DANS LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Kouatcha M.M., Thiam K., Dia Kane Y., Diatta A., Ndiaye E.M., Wayzani M., Mbaye F.B.R., Niang A, Agne P.S.E, Henzazi H, Fall N, Diouf Niang N.F, Cissé M.F, Kashongwé I.M, Kanouté Bamba T, Baleka A.R, Konté Leye H, Diatta M.N.B, Danga A.N, Rakoto H, TOURE N.O.

**Affiliation :** *Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)*

**Correspondance :** Kouatcha Mieufeu Migrancho ; Tél : +221777261473 ; Courriel : komimich@yahoo.fr

**Introduction:** Le geneXpert est un nouvel outil diagnostique actuellement recommandé par l'OMS. Nous avons mené cette étude dans le but de déterminer sa rentabilité dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

**Patients et méthodes :** C'est une étude transversale allant de Février à Mai 2013, incluant tous les patients hospitalisés dans le service de pneumologie du CHNU de Fann pour une suspicion de tuberculose pulmonaire avec deux séries de BAAR négatives.

**Résultats :** Nous avons inclus 33 patients qui présentaient tous une toux chronique fébrile, des sueurs profuses avec à la radiographie du thorax un syndrome alvéolaire excavé. Tous les patients présentaient un syndrome inflammatoire biologique non spécifique. Un seul des malades était diabétique. Le geneXpert était effectué dans les crachats chez 22 patients (soit 66,7%) et dans le lavage broncho-alvéolaire (LBA) chez 11 malades (soit 33,3%). Il était revenu positif dans les crachats dans 68.2 % des cas (15/22) et dans le LBA dans 27.3% des cas (3/11) ; soit un total de 54.5% (18/33) de positivité.

**Conclusion :** Le geneXpert est un outil diagnostique rapide, plus sensible que la microscopie. Il peut augmenter le taux de détection de la tuberculose pulmonaire.

**Mot(s) Clé(s):** Genexpert, Diagnostic, Tuberculose pulmonaire.

## Co81

### APPORT DE L'AMPLIFICATION GENIQUE PAR XPRT MTB/RIF DANS LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PLEURALE A YAOUNDE, CAMEROUN

Virginie Poka Maya (1), Eric Walter Pefura Yone (1,2), Emmanuel Afane (1,2), Christopher Kuaban (1,3)

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun ; 2) Département de Médecine Interne et Sous Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun ; 3) Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun*

**Correspondance:** Poka Mayap Virginie; Tél:+23799253759; Courriel : pokavirginie@yahoo.fr

**Introduction :** Les performances des tests moléculaires pour la détection du Bacille tuberculeux dans le liquide pleural sont peu décrites.

**Objectif :** Evaluer le rôle de l'amplification génique pour la détection du Bacille tuberculeux dans le liquide pleural pour le diagnostic de la tuberculose pleurale à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

**Patients et Méthode:** Tous les dossiers des patients hospitalisés pour pleurésie exsudative non purulente de janvier à juin 2013 ont été rétrospectivement analysés. L'amplification génique dans le liquide pleural a été effectuée par la technique Xpert MTB/RIF. La méthode de référence pour le diagnostic de la tuberculose pleurale était la présence d'un granulome tuberculeux à l'analyse histo-pathologique des fragments de biopsie pleurale.

**Résultats :** Des 43 patients inclus, 32 (72,2%) étaient des hommes et l'âge médian (Intervalle interquartile) était de 38 (27-44) ans. La tuberculose pleurale était histologiquement prouvée chez 37 (86%) patients et 7 (16,3%) patients avaient une amplification génique positive. La sensibilité de l'amplification génique pour le diagnostic de la tuberculose pleurale était de 18,9% et la spécificité de 100%. Les valeurs prédictives positive et négative étaient respectivement de 100% et 16,7%.

**Conclusion :** L'amplification génique par Xpert MTB/RIF dans le liquide pleural a une faible sensibilité pour le diagnostic de la tuberculose pleurale.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose pleurale, amplification génique, Xpert MTB/RIF.

## Co82

### PLACE DE GENEXPERT DANS L'ALGORITHME DE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES SUJETS INFECTES PAR LE VIH A COTONOU

Dissou Affolabi, Salim Diatema, Frank Faïhun, Serge Adè, Gildas Agodokpessi, Ousmane Bodi, Brice Guendehou, Gabriel Adè, Corinne Merle, Martin Gninafon, Séverin Anagonou et le consortium RAFA.

**Affiliation :** CNHPP Cotonou, 01BP817 Cotonou, Bénin

**Correspondance :** D Affolabi ; Tél : +22966614862 ; Courriel : affolabi\_dissou@yahoo.fr

**Contexte :** Récemment, la technique GeneXpert a été mise au point et a montré une sensibilité et spécificité meilleures par rapport à la microscopie pour le diagnostic de la tuberculose. Mais sa place réelle dans l'arsenal diagnostique n'a pas encore été clairement définie dans les pays d'endémie tuberculeuse et de moyenne prévalence de VIH comme le Bénin.

**Objectif :** Evaluer l'apport de cette technique utilisée en 2<sup>ème</sup> intention après la microscopie pour le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suspects de tuberculose pulmonaire au Centre national Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude prospective transversale qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Juin 2012 au 30 Mai 2013. Durant cette période, les suspects de tuberculose ont bénéficié de la sérologie VIH après un counselling. En cas de séropositivité VIH, le test GeneXpert a été effectué sur un crachat du patient.

**Résultats :** Au total, 1185 suspects de tuberculose ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 161 (13,6%) étaient séropositifs au VIH. Tous ces séropositifs ont bénéficié de GeneXpert qui est revenu positif pour la tuberculose chez 14 (8,7%). Aucun des échantillons positifs n'a montré de résistance à la rifampicine.

**Conclusion :** Compte tenu du coût/bénéfice de GeneXpert, il est préférable – comme dans la présente étude – de l'utiliser plutôt de façon séquentielle chez les PVVIH suspects de tuberculose en le réservant à ceux qui ont une microscopie négative.

**Mots clés:** Tuberculose, VIH, GeneXpert

## Co83

### ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES MALADES TUBERCULEUX A BACILLES RESISTANTS SUIVI DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY

B JM Ahui, K Horo, V C Brou-Gode, A Bakayoko-Yeo, Jc Anon, M O Koffi, Manewa S , Itchy M V, A B Kouassi, A S N'gom, N B N'goran, E Aka-Danguy

**Correspondance:** Ahui Brou Jean Marcel ; Tél : +22506936851 ; Courriel : ahuib@hotmail.fr

Il s'agissait d'une étude prospective analytique qui s'est déroulée dans l'unité de consultation du service de pneumologie du CHU de Cocody. Elle s'est déroulée sur une période de 4 mois de février 2010 à juin 2010. Tous les patients ayant une TB-MR durant la période de l'enquête faisait partis de l'enquête. Au final notre échantillon a porté sur 54 patients. La moyenne d'âge est de 32,72 ans avec des extrêmes allant de 19 à 60 ans. Les hommes représentaient 63% soit un sexe ratio de 1,7. Sur le plan professionnel, 88,8% des patients exerçaient un emploi précaire ou sous rémunéré et 29,6 % étaient non scolarisé. L'on notait que 57,4% des patients étaient pris en charge par la famille, 29,6% par leur propre moyen, 5,6% avaient une assurance maladie et 7,4% par le service social. Avant leur dépistage dans le service pneumologie les patients consultaient les hôpitaux, puis font l'automédication, les guérisseurs traditionnels et un traitement spirituel respectivement dans 37%, 16,7%, 3,7%, 1,9%. Dans cette cohorte, 85,3% des patients ont consulté un seul centre de santé contre 14,7% plusieurs centres avant leur prise en charge dans le service de pneumologie. Le diagnostic retenu lors des consultations médicales était respectivement le paludisme dans 44,10 %, les pneumopathies bactériennes à 32,40 % et la fièvre typhoïde à 23,5 %. Le coût des consultations dans les centres de santé oscillait entre 10000frs (21,97\$) et 20000frs CFA (43,95\$). Chez les guérisseurs traditionnels retrouvés étaient essentiellement l'envoutement, l'empoisonnement, l'ensorcellement respectivement dans 28,6 %, 21,4 %, 14,3 %.

Les diagnostics retenus au cours du traitement spirituel étaient l'ensorcellement et les problèmes de famille non résolu dans 50 % respectivement. Les patients étaient référés au CNR dans 14,8% spontanément, 18,5% par un parent, 9,3 % par un ami, 7,4% par un ancien tuberculeux et 50% par un professionnel de la santé. Les malades ont mis entre 4 à 10 mois avant de consulter au CNR dans 72,2% des cas.

**Mot(s) Clé(s)** : tuberculose multi résistante, itinéraires thérapeutiques, mycobactéries tuberculeuse, antibiogramme.

## Co84

### DETECTION DE LA RESISTANCE AUX ANTITUBERCULEUX CHEZ LES CAS DE RECHUTE EN COTE D'IVOIRE EN 2012

N'Guessan K<sup>1</sup>, Assi JS<sup>1</sup>, Adagra GD<sup>2</sup>, Adade O<sup>2</sup>, Assande JM<sup>1</sup>, Guei A<sup>1</sup>, Mohouhi P<sup>1</sup>, Seck-Angu H<sup>1</sup>, Kouakou J<sup>2</sup> Dosso M<sup>1</sup>

**Affiliations** : 1) *Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Laboratoire National de Référence de la Tuberculose* ; 2) *Programme National de Lutte contre la Tuberculose*

**Correspondance** : N'Guessan Kouassi Raymond ; Tél : +225 07 89 42 75 ;

Courriel : kouassinguessan chez pasteur.ci

**Introduction** : Les rechutes représentent 66.5% des retraitements notifiés.

**Objectif** : Analyser les profils de sensibilité aux antituberculeux majeurs de cas de rechute.

**Patients et méthode** : Les patients recrutés en routine ont été soumis à un questionnaire standardisé et fourni 2 expectorations spontanées transférées à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Après décontamination par la méthode NALC, 500µl du culot ont servi pour extraire l'ADN. Il a été amplifié et hybridé selon les instructions du fabricant du kit genotype® MTBDRplus assay version 2.0. Un programme de contrôle interne de qualité avec des contrôles positif et négatif a été instauré.

**Résultats** : Un effectif de 130(89%) et 16(11%) cas de rechute de catégorie 1 et 2 ont été respectivement inclus. Une mutation dans le gène rpoB a été détectée chez 40(30.8%) patients de catégorie 1 et de 11(68.8%) de catégorie 2. Une mutation associée (katG et promoteur inhA-mabA) a été détectée chez 13(10%) et 4(25%) respectivement de catégorie 1 et 2. La comparaison (corrigé de Yates) du taux de résistance à la Rifampicine estimée dans les 2 groupes est statistiquement significative.

**Conclusion** : Malgré l'effectif réduit de rechute de catégorie 2, les mutations résistances paraissent plus fréquentes dans ce groupe comparativement à la catégorie 1.

**Mot(s) Clé(s)** : Génotypage ; Rechute ; Régimes antituberculeux

## Co85

### TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE CHEZ LE PERSONNEL DE SANTÉ IVOIRIEN

Bakayoko AS<sup>1</sup>, Ahui BJM<sup>2</sup>, Horo K<sup>2</sup>, Daix T<sup>1</sup>, Koné Z<sup>1</sup>, Coulibaly N<sup>1</sup>, Badoum G<sup>3</sup>, Domoua K<sup>1</sup>, Aka-Danguy E<sup>2</sup>.

**Affiliations :** 1- *Service de Pneumophtisiologie, CHU Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)*; 2- *Service de Pneumophtisiologie, CHU Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire)*; 3- *Service de Pneumophtisiologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou (BF)*

**Correspondance:** Bakayoko AS ;

Tél: +22507868795; Courriel : sandia211@hotmail.com

**Introduction :** La tuberculose multirésistante (TB-MR) survenant chez le personnel de santé soulève la question de la transmission nosocomiale de l'infection.

**Objectif :** Documenter l'existence et les particularités de la TB-MR parmi les personnels de santé.

**Patients et méthode :** 5 cas de TB-MR ont été confirmés chez le personnel de santé sur une période de 10 ans (Janvier 2003 à Décembre 2012) et inclus dans une étude rétrospective descriptive conduite dans les 2 services de Pneumophtisiologie d'Abidjan.

**Résultats :** L'âge moyen des patients était de 33,8 ans, lesquels étaient tous VIH négatifs. Les personnels les plus concernés étaient les infirmiers (2/5). 3 agents travaillaient dans des hôpitaux généraux et un seul dans un service de pneumologie au moment du diagnostic. Le cas index lorsqu'il était identifié (3/5) était un contact familial. 4 agents ont bénéficié d'un traitement de deuxième ligne : 2 sont décédés suite à une ultrarésistance et 2 sont en observation sans traitement.

**Conclusion :** La TB-MR chez le personnel de santé pourrait avoir un impact négatif sur la lutte antituberculeuse imposant des mesures rigoureuses de contrôle de l'infection et une meilleure implication de la médecine du travail.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose multirésistante – personnel hospitalier – lutte contre l'infection

## Co86

### EVOLUTION DES CAS NECESSITANT UN TRAITEMENT DE MULTIRÉSISTANCE PARMIS LES TUBERCULEUX EN RETRAITEMENT A COTONOU, BENIN

S Adé<sup>a</sup>, A Trébucq<sup>b</sup>, G Adé<sup>a</sup>, G Agodokpessia<sup>a</sup>, D Affolabi<sup>a</sup>, P Wachinou<sup>a</sup>, AD Harries<sup>b</sup>, S Anagonou<sup>a</sup>, M Gninafon<sup>a</sup>.

**Affiliation:** <sup>a</sup>*Programme national contre la tuberculose, Bénin* ; <sup>b</sup> *Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires*

**Correspondance :** Adé Serge ; Tél : +229 96545760 ; Courriel : adeserg@yahoo.fr

**Introduction:** Les cas nécessitant un traitement de multirésistance (ie les patients résistants à la fois à la rifampicine et à l'isoniazide - MDR et ceux résistants à la rifampicine seule – RR) constitue une réelle préoccupation pour les programmes nationaux.

**Objectif:** Déterminer l'évolution des cas nécessitant un traitement de tuberculose multirésistante (TB-MR) parmi les cas en retraitement à Cotonou.

**Patients et Méthode:** Etude de cohorte rétrospective de tous les patients admis en retraitement à Cotonou entre 2003 et 2011.

**Résultats:** Des 956 cas de retraitement, 897 (94%) avaient eu une culture et/ou un Hain test. Pour diverses raisons, le résultat du test de sensibilité à la rifampicine (RMP) était exploitable chez 594 patients (66%). D'eux, 95 (16%) avaient une résistance à la RMP (68 MR et 27 RR) et donc nécessitaient un traitement de TB-MR.

La prévalence de la résistance à la RMP parmi les patients ayant une résidence habituelle au Bénin a baissé de 25% à 5%.

**Conclusion:** Le nombre de cas nécessitant un traitement de TB-MR a diminué de 2003 à 2011.

**Mots clés:** Multirésistance – Rifampicine – Retraitement.

### Co87

#### EVALUATION DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE MULTI RESISTANTE EN COTE D'IVOIRE DE 2008 A 2010

B JM Ahui, M O Koffi, V C Brou-Gode, AS Bakayoko, JC Anon, K Horo, Itchy M V, A B Kouassi, A S N'gom, N B N'goran, E Aka-Danguy

**Correspondance:** Ahui Brou Jean Marcel Tél : +225 069 368 51 ; Courriel : ahuib@hotmail.fr

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur l'analyse des dossiers de patients traités pour une TB-MR et dont le suivi se faisait dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire. L'étude s'est déroulée de janvier 2008 à décembre 2010. Nous avons retenu 8 patients qui remplissaient les critères d'inclusions sur 21 patients TB-MR enregistrés pendant la période de l'étude. La moyenne d'âge était de 29,25 ans avec des extrêmes de 21 et 39 ans. Les hommes représentaient 75% des patients soit 6 hommes contre 2 femmes. Les étudiants représentaient la couche socio professionnelle la plus touchées avec 37,5% des patients. Tous les patients avaient un antécédent de tuberculose et seul un patient était VIH positif sous anti rétroviraux (la zidovudine, la lamuvidine et l'efavirenz).

Toutes les cultures ont retrouvé *Mycobacterium tuberculosis*. Le profil de résistance en plus de l'isoniazide et la rifampicine, retrouvait 2 cas de résistance à l'éthambutol et à la streptomycine. La radiographie pulmonaire au moment de l'initiation du traitement de seconde ligne, montrait essentiellement des excavations dans 75% et des infiltrats dans 25%. Les lésions étaient bilatérales chez 7 des 8 patients soit 87,5%. Les principaux effets secondaires observés au cours du traitement, se résumaient aux troubles cochléo-vestibulaires et aux troubles neuro psychiatriques respectivement à 25% et les troubles digestifs à 50% avec retrait de la molécule incriminée la kanamycine. Au terme des 24 mois de traitement, on notait 5 guérisons soit 62,5%, 2 échecs soit 25% et 1 décès.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose multi résistante, *Mycobacterium tuberculosis*, traitement.

### Co88

#### PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES MYCOBACTERIOSES PULMONAIRES CHEZ LE SUJET IMMUNOCOMPETENT A DAKAR : A PROPOS DE 5 CAS

\*Niang A, \*Ba PS, \*Diédhiou I, \*Salomon Lawson, \*\*Ndiaye A.R, \*\*\*Fall B, , \*Ba-Fall K, \*Mbaye PS.

\* *Service Médecine Interne*, \*\**Service de Radiologie*, \*\*\**Laboratoire de Biologie*, *Hôpital Principal de Dakar* BP 3006 Dakar,

**Correspondance :** [niang.abdou@gmail.com](mailto:niang.abdou@gmail.com)

**Introduction :** Les Mycobactérioses pulmonaires (MP), rares chez le sujet immunocompétent, sont rarement rapportées dans nos régions à forte endémie tuberculeuse. Nos objectifs étaient de décrire leurs aspects diagnostiques et thérapeutiques.

**Matériels et Méthodes :** Etude rétrospective sur 5 ans à l'Hôpital Principal de Dakar incluant les patients, avec diagnostic confirmé de MP.

**Résultats :** Etaient inclus 5 patients [27-68 ans], de sexe masculin, dont 4 avec des antécédents de tuberculose et tous VIH négatifs. Un patient avait un tabagisme à 32 PA.

Les signes révélateurs étaient : toux chronique (4cas), dyspnée d'effort (4cas), dysphonie (1cas), amaigrissement et fièvre (5cas) associées à des anomalies radiologiques bilatérales (5cas). Les examens bactériologiques des expectorations (4cas) et du LBA (1cas) étaient positifs aux BAAR. Le traitement antituberculeux était démarré. La culture, a ensuite isolé des mycobactéries non tuberculeuses chez nos patients confirmant la MP. Le traitement réajusté, proposait l'association rifampicine - éthambutol et clarithromycine à dose efficace. L'évolution était favorable chez 3 patients après 12 mois de recul et 2 décès notés.

**Commentaire :** Les MP doivent être évoquées devant toute rechute tuberculeuse. Leur diagnostic repose sur la bactériologie avec culture positive et les critères diagnostiques de l'ATS. Le traitement des MP, n'est pas bien codifié.

**Mot(s) Clé(s) :** mycobactéries atypiques, poumons, immunocompétent, Dakar

Samedi 23 novembre

## COMMUNICATIONS AFFICHEES

**Ca28: Retard au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose chez les patients suivis dans le service de PPH du CHU de Treichville**

Z Kone, Atj Daix, As Bakayoko, K Samake, G Coulibaly, Ks. Domoua.

**Ca29: Connaissances, attitudes des médecins ivoiriens face au tabagisme de leurs patients tuberculeux.**

Daix ATJ, Kone Z, Samake K, Bakayoko A, Touhon, Coulibaly G, Domoua K S.

**Ca30: Influence du genre sur la présentation clinique et l'évolution de la tuberculose à Yaoundé, Cameroun.**

Adamou Dodo Balkissou; Eric Walter Pefura-Yone ; Laurent-Mireille Endale Mangamba; Irène Onana Ngono; Emmanuel Afane-Ze; Christopher Kuaban

**Ca31: Prévalence de la tuberculose à microscopie négative chez des séropositifs suivis au centre de traitement ambulatoire**

Fall N., Diop N. M., Touré N. O., Ngom N. F., Dia Y., Diatta A.

**Ca32: Connaissances des travailleurs sur la tuberculose et attitude vis-à-vis du collègue tuberculeux, étude effectuée dans huit entreprises à Cotonou, Bénin**

M Adjobimey, AV Hinson, B Fayomi, Martin Gninafon

**Ca33: La tuberculose dans le département de Médecine au CHU de Bobo-Dioulasso**

Kyelem CG, Yaméogo TM, Birba E, Poda GEA, Ouédraogo SM, Sawadogo A, Zoungrana J, Yaméogo AA, Zoubga A), Millogo A

**Ca34: Prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux pulmonaires au Centre de Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital Laquintinie de Douala.**

A.G.Wandji, B.H.Mbatchou, C. Tchiche, A. Djalloh, E.Nyankiye, B.Tengang

**Ca35: Perception de la maladie tuberculeuse par les patients tuberculeux et leur entourage**

Bakayoko AS, Yeo-Tenena YJM, Kone Z, Trazie BGF, Domoua KM.

**Ca36: Evaluation des connaissances sur la tuberculose des tuberculeux baccillifères consultant au Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose de Dimbokro**

Samaké.K ; Koné Z ; Daix.A.T ; Bakayoko.A.S ; Coulibaly.D.N ; Coulibaly.G ; Domoua.K.S

**Ca37: Insuffisances au cours de l'accompagnement communautaire des tuberculeux en cours de traitement à Ouagadougou**

Badoum G., Koumbem M, Ouédraogo S.M, Komseimbo A, Drabo KM.

**Ca38: Tuberculose pulmonaire : connaissances, croyances et pratiques des accompagnateurs des patients tuberculeux à Ouagadougou**

Ouédraogo SM, Badoum G, Djibril MA, Ouédraogo G, Boncoungou K, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Kyélem CG, Ouédraogo M.

**Ca39: Tuberculose pseudo-tumorale : à propos d'un cas**

H I Djè Bi, K Horo, JC Anon, V Achi, MN Ano, B Kouassi, M. N'dhatz-Sanogo, E Aka –Danguy

**Ca40: Un cas de tuberculose simulant un cancer de la prostate**

H I Djè Bi, K Horo, JC Anon, V Achi, M N Ano, B Kouassi, C Godé, J M B Ahui, N Koffi, M. N'dhatz-Sanogo, E Aka –Danguy

**Ca41: Tuberculose isolée de l'appendice : à propos d'une observation au CHU de Treichville**

Kone Z., Keita M., Casanelli J.M., Blegole O.C, Moussa B., N'dri K.J., Aboua A.G., Moulot M., Gowe E.E

**Ca42: Tuberculose du col utérin à propos d'un cas**

Diatta Ansoumana ; Dia Kane ; Ndiaye El Hadji Mamadou Thiam Khady ; Niang Aliou ; Mbaye Fatimata Bintou Rassoul ; Cisse Maimouna Fafa ; Toure Nafissatou Oumar

**Ca43: Manifestation atypique de la tuberculose**

Mbaye F.B.R, Thiam K, Dia Kane Y, Diatta A, Niang A, Ndiaye E.H.M, Agne P.S.E, Henzazi H, Fall N, Diouf Niang N.F, Cissé M.F, Kashongwe I.M, Kanouté Bamba T, Baleka A.R, Konté Leye A, Wayzani M, Kouatcha M.M, Diatta M.N.B, Danga A.N, Rakoto H, Touré N.O.

**Ca44: Tuberculose- greffe aspergillaire : une association à ne pas méconnaître**

Godé C, Koné A, Samaké R, Manewa S, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

**Ca45: Contribution à l'amélioration de la lutte antituberculeuse à Bouaké**

JC. Anon, M. N'dhatz-Sanogo, B. Sanogo, H. Dje-Bi, M.N. Ano, H.V. Achi

**Ca46: Un si long itinéraire thérapeutique pour une tuberculose**

G Badoum, SM Ouédraogo , S Maiga, E Birba, G Ouédraogo ,K Boncoungou, M Ouédraogo

**Ca47: Influence des parcours de soins sur le début du traitement antituberculeux**

E.L.P. Bemba, K. Horo, A.R. Ouedraogo F.O. Okemba, J.M. Ahui, C.V. Brou-Gode, A.Z. Gnaze, B.N. Koffi, E.A. Danguy

**Ca48: Impact des anomalies du bilan hépatique sur du traitement anti tuberculeux chez les patients hospitalisés dans le Service de Pneumologie du CHU de Cocody**

B J M Ahui, K Horo, V C Brou-Gode, , M O Koffi, Manewa S, Itchy M V, B S Irié, A B Kouassi, A S N'gom, N B N'goran, E Aka-Danguy

**Ca49: Toxidermie : à propos de deux cas chez des patients tuberculeux / VIH sous traitement antituberculeux**

Koné A., Koffi M.O.B., Samaké K., Kouassi B.A., Ahui B.J.M., Godé V.C., Horo K., Koffi N., Danguy-aka E.

**Ca50: Résultats du bilan biologique de suivi des patients tuberculeux sous ARV au CAT de Koumassi**

Samaké.K ; Koné.Z ; Daix.A.T ; Bakayoko.A.S ; Diomandé.M ; Coulibaly.G ; Domoua.K.S

**Ca51: Facteurs associés aux patients perdus de vue sous traitement antituberculeux dans la ville de Ouagadougou**

Ouédraogo SM, Badoum G, Minougou N, Ouédraogo G, Boncounou K, Ouédraogo/Sondo A, Savadogo M, Kyélem CG, Ouédraogo M

**Ca52: Facteurs prédictifs d'abandon du traitement antituberculeux chez les malades hospitalisés pendant la phase intensive du traitement à Yaoundé, Cameroun**

Adamou Dodo Balkissou; Eric Walter Pefura-Yone; Emmanuel Afane-Ze; Christopher Kuaban

**Ca53: Intérêt du test de marche de 6 minutes (TM6) dans l'évaluation de la tolérance à l'effort sous maximal des anciens patients tuberculeux pulmonaires.**

Ouédraogo AR, Adjoh KS, Fiogbé AA, Okemba FH, Eyéné EFL, Ouédraogo G Assao NM, Adambounou SA, Awanou B, Awide K, Soumana A Tidjani O.

**Ca54: Profil fonctionnel respiratoire des tuberculeux pulmonaires traités et déclarés guéris à Lomé.**

Ouédraogo AR, Adjoh KS, Fiogbé AA, Adambounou SA, Okemba FH, Efalou J, Nacanabo R, Awide K, Boukari M, Tidjani O.

## Ca28

RETARD AU DIAGNOSTIC ET A LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PATIENTS SUIVIS DANS LE SERVICE DE PPH DU CHU DE TREICHVILLE

Z Kone, ATJ Daix, AS Bakayoko, K Samake, G Coulibaly, KS. Domoua.

**Affiliation :** *Service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville, 01 BP V3 Abidjan 0. Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Kone Z; Tél: +22505029555; Courriel : kzakaria73@yahoo.fr

**Objectif :** Préciser les indices de contagiosité des malades traités pour un nouvel épisode de tuberculose pulmonaire bacillifère, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge.

**Patients et méthode :** Etude prospective et descriptive conduite sur une période de 4 mois (16 Mai au 30 Septembre 2011) ayant porté sur l'interview de 100 patients diagnostiqués pour un 1<sup>er</sup> épisode de tuberculose pulmonaire bacillifère au CDT du service de pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 100 cas de TPM-diagnostiqué pour un 1<sup>er</sup> épisode. Cette population était composée à égalité d'hommes et de femmes. L'âge moyen était de 38,5 ans. 40% des patients dépistés pour un premier épisode de tuberculose contagieuse, avaient déjà été reçus dans au moins 2 centres de santé. Les patients mettant en moyenne 43 jours avant de recourir à une première consultation médicale. Le délai moyen entre la première consultation médicale et la mise en route du traitement antituberculeux était de 30 jours et le retard total était de 73 jours.

**Conclusion :** Le long retard au diagnostic et à la mise en route du traitement des formes bacillifères entraîne la propagation de la tuberculose.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose- délai- traitement-CHU Treichville

## Ca29

CONNAISSANCES, ATTITUDES DES MEDECINS IVOIRIENS FACE AU TABAGISME DE LEURS PATIENTS TUBERCULEUX.

Daix ATJ, Kone Z, Samake K, Bakayoko A, Touhon, Coulibaly G, Domoua K S.

**Affiliation :** *Service de pneumo- phtisiologie, CHU de Treichville, BPV 3 Abidjan Côte d'Ivoire.*

**Correspondance :** Daix A T J; Tél: + 225 07 09 42 64. Email : ackdaix@yahoo.fr

**Introduction :** Le tabagisme est cause de morbidité et de mortalité importante. Il favorise aussi le développement de la tuberculose. La découverte d'un cas de tuberculose constitue une opportunité pour réaliser des interventions antitabac.

**Objectif :** Evaluer les connaissances des médecins ivoiriens prenant en charge la tuberculose vis-à-vis de la relation tabagisme-tuberculose et leurs attitudes face au tabagisme des tuberculeux.

**Patients et méthode:** Etude prospective, descriptive et analytique au- près des médecins des services de PPH des CHU d'Abidjan et des médecins- chefs des CAT de Côte d'Ivoire à partir d'un questionnaire anonyme.

**Résultats :** Le taux de réponse des médecins était de 88,1%. L'association tabac-tuberculose était jugée cause d'augmentation de l'incidence de la tuberculose (70,3%), grave (75,7%) et responsable d'un plus faible taux de guérison (7%). 59,5% les médecins proposaient systématiquement aux tuberculeux fumeurs une intervention antitabac et pour 8,1% d'entre- eux un traitement médicamenteux d'aide au sevrage. 8,1% des médecins (3/37) réalisaient des consultations anti-tabac alors que 2,7% (1/37) d'entre- eux avaient été formés.

**Conclusion :** L'amélioration des performances de la lutte antituberculeuse chez les fumeurs nécessite l'intégration d'un module sur le sevrage tabagique dans la formation médicale de base et le renforcement des capacités des pneumo-phtisiologues.

**Mot(s) Clé(s) :** connaissances- Attitudes- Médecins- Tabagisme- Tuberculose.

### Ca30

#### INFLUENCE DU GENRE SUR LA PRESENTATION CLINIQUE ET L'EVOLUTION DE LA TUBERCULOSE A YAOUNDE, CAMEROUN.

Adamou Dodo Balkissou(1); Eric Walter Pefura-Yone (2); Laurent-Mireille Endale Mangamba(1); Irène Onana Ngonon(1); Emmanuel Afane-Ze(2); Christopher Kuaban (3)

**Affiliations :** 1/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales-Université de Yaoundé I; 2/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales-Université de Yaoundé I/Hôpital Jamot de Yaoundé I; 3/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales-Université de Yaoundé I/Hôpital Jamot de Yaoundé I/Faculté des Sciences de la Santé de Bamenda

**Correspondance :** Adamou Dodo Balkissou; Tél: +23797220022; Courriel: dodobalkissou@gmail.com

**Introduction :** Il existe peu d'études en Afrique subsaharienne sur les disparités hommes/femmes concernant la présentation clinique et l'évolution de la tuberculose.

**Objectif :** Comparer les caractéristiques cliniques et évolutives des hommes et des femmes atteints de tuberculose.

**Patients et méthode :** Etude prospective réalisée d'octobre 2010 à décembre 2011 à l'Hôpital Jamot de Yaoundé comparant les caractéristiques cliniques et le devenir de 440 hommes à ceux de 323 femmes.

**Résultats :** La médiane d'âge était de 33 ans pour les hommes et 32 ans pour les femmes ( $p=0,028$ ). Le délai médian de consultation était plus long chez les femmes que chez les hommes (12 versus 10 semaines,  $p=0,022$ ). La consommation d'alcool et de tabac étaient plus fréquemment retrouvée chez les hommes. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes quant à l'atteinte extra-pulmonaire et à l'extension radiographique pulmonaire des lésions. L'infection à VIH était retrouvée chez 29,3% des hommes et chez 43,7% des femmes ( $p<0,001$ ). Les hommes avaient un taux de perdu de vue plus élevé que celui des femmes (15,9% versus 7,7%,  $p<0,001$ ).

**Conclusion :** Les hommes tuberculeux consultent moins tardivement et sont moins infectés par le VIH mais ils sont plus alcool-tabagiques et ont un taux de perdu de vue plus élevé.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose, genre, devenir, Cameroun.

### Ca31

#### PREVALENCE DE LA TUBERCULOSE A MICROSCOPIE NEGATIVE CHEZ DES SEROPOSITIFS SUIVIS AU CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE

Fall N., Diop N. M., Touré N. O., Ngom N. F., Dia Y., Diatta A.

**Affiliations :** Centre de traitement ambulatoire; Service de Pneumologie/ CHU Fann- Dakar

**Correspondance :** Fall Nafissatou; +221 776303105; Courriel: nafizofall@yahoo.fr

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive au centre de traitement ambulatoire entre Janvier 2008 et Décembre 2012. Notre objectif était de déterminer le profil épidémioclinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des cas tuberculose à microscopie négative (TPM-). Nous avons 757 patients séropositifs dont 34 cas de TPM-. Un âge moyen de 45,2ans était trouvé avec des extrêmes de 30 et 69 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio de 2. Les mariés représentaient 70,6% des cas et 32% des patients n'exerçaient aucune activité professionnelle. Des antécédents de tuberculose étaient retrouvés dans 14 cas. Le tiers des patients avaient une dénutrition. Vingt cinq de nos patients étaient au stade 3 et 9 au stade 4. Une immunodépression sévère était notée avec une moyenne de 93/mm<sup>3</sup> et des extrêmes de 1 et 277 mm<sup>3</sup>. Une anémie était retrouvée dans 50% des cas. Au point de vue thérapeutique, 81% étaient sous chimiothérapie au Cotrimoxazole. Tous les patients ont bénéficié du traitement antituberculeux selon les recommandations du PNT. Le TARV était réalisé chez 70% des malades. L'évolution était défavorable avec une létalité de 14,7%.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose à microscopie négative, VIH/SIDA

### Ca32

CONNAISSANCES DES TRAVAILLEURS SUR LA TUBERCULOSE ET ATTITUDE VIS-A-VIS DU COLLEGE TUBERCULEUX, ETUDE EFFECTUEE DANS HUIT ENTREPRISES A COTONOU, BENIN

Adjobimey M, Hinson AV, Fayomi B, Gninafon M.

**Affiliations :** *Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie ; Faculté des Sciences de la Santé- Cotonou*

**Correspondance :** Adjobimey Menonli ;

Tél : +22966814503 ; Courriel : menoladjobi@yahoo.fr

**Introduction :** L'attitude des travailleurs vis-à-vis de leur collègue tuberculeux est-elle en relation avec leur niveau de connaissance?

**Objectif :** Apprécier la connaissance des travailleurs sur la tuberculose ainsi que leur attitude vis-à-vis d'un collègue tuberculeux.

**Patients et Méthode:** Etude de type transversale incluant 164 travailleurs sains exerçant dans la même structure professionnelle qu'un patient tuberculeux.

**Résultats :** Connaissance sur la tuberculose : cause 70,7% ; mode de transmission 69,5% ; possibilité de guérison 75,0% ; connaissance de la co-infection TB/VIH 86%. Attitude vis-à-vis du collègue tuberculeux : 77,8% d'attitude de stigmatisation. Selon l'analyse multivariée, la méconnaissance de l'issue de guérison ( $p=0,0036$ ) et le niveau de scolarité ( $p=0,0015$ ) influencent significativement l'attitude de stigmatisation.

**Conclusion :** Il existe un contraste entre les bonnes connaissances des travailleurs et leur attitude stigmatisante vis-à-vis du collègue tuberculeux.

**Mots clés :** Tuberculose, Connaissance, Stigmatisation, Travailleurs, Entreprise

### Ca33

LA TUBERCULOSE DANS LE DEPARTEMENT DE MEDECINE AU CHU DE BOBO-DIOULASSO

Kyelem CG (1,2), Yaméogo TM (1,2), Birba E (1,2), Poda GEA (1,2), Ouédraogo SM (1,2), Sawadogo A (2,3), Zougrana J (2), Yaméogo AA (1,2), Zoubga A (2,3), Millogo A (2,3)

**Affiliations :** 1) *Institut supérieur des Sciences de la Santé/Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso ;*

2) *Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso ;* 3) *Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé/Université de Ouagadougou*

**Correspondance :** Kyelem Carole G ; Tél : +22670119432 ; Courriel : pasismama@hotmail.com

La tuberculose affecte un grand nombre de patients en dehors des services de Pneumologie.

L'objectif de notre étude était de décrire les principales caractéristiques de la tuberculose dans les autres services du Département de Médecine du CHU de Bobo-Dioulasso.

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective au CHU de Bobo-Dioulasso dans les services de Médecine autres que la Pneumologie, incluant les patients hospitalisés en 2009 et 2010. Le diagnostic de tuberculose était retenu sur la base d'arguments cliniques, paracliniques et évolutifs.

Soixante douze patients ont été inclus, dont 52,8% étaient de sexe masculin. L'âge moyen était de  $38,6 \pm 13,3$  ans. Le principal motif de consultation était la fièvre prolongée dans 65,3% des cas. Dans les cas où la sérologie VIH a été effectuée (pour 58 patients), elle était positive dans 72,4% des cas. Les tuberculoses extra pulmonaires étaient les plus rencontrées dans 76,4% des cas, la localisation ganglionnaire étant la plus fréquente. Près de la moitié des patients (45,8%) présentait des localisations multiples. La létalité dans notre série était de 25%.

La lutte contre la tuberculose passe par un renforcement de la détection des cas, pour une réduction de la mortalité liée à ce fléau mondial.

**Mots clés :** Tuberculose, extrapulmonaire, Bobo-Dioulasso

### Ca34

PREVALENCE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX PULMONAIRES AU CENTRE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE DE L'HOPITAL LAQUINTINIE DE DOUALA.

A.G.Wandji, B.H.Mbatchou, C. Tchiche, A. Djalloh, E.Nyankiye, B.Tengang

**Affiliations :** *Hôpital Laquintinie de Douala*

**Correspondance :** A.G.Wandji

Email : [adywandji68@yahoo.fr](mailto:adywandji68@yahoo.fr)

**Introduction :** la tuberculose pulmonaire demeure la première infection opportuniste au cours de l'infection à VIH dans les pays en développement.

**Patients et méthodes :** Etude rétrospective entre janvier 2007 et Septembre 2011.

**Résultats :** Cinq mille cent treize (5113) patients ont été inclus dans notre étude dont 2955 hommes et 2158 femmes. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-44 ans soit 56,1%. Notre population d'étude était constituée de 3169 (62%) patients avec une tuberculose à microscopie positive (TPM+) et 1944(38%) avec une tuberculose à microscopie négative (TPM-). La prévalence de l'infection à VIH dans la population générale était de 36,8%. Les femmes étaient plus touchées que les hommes (54,4%). Le taux de co-infection était plus élevé chez les patients TPM- (50,5%) que chez les patients TPM+. Cette étude montre une diminution continue de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux pulmonaires de 2007 à 2011 soit 40,6% en 2007 et 32,4% en 2011.

**Conclusion :** Malgré la diminution du taux de prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux pulmonaires, la prévalence reste élevée comparée à la prévalence dans la population générale au Cameroun qui est de 5.5%, d'où la nécessité de multiplier davantage les campagnes de sensibilisation.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose ; Prévalence ; VIH

### Ca35

PERCEPTION DE LA MALADIE TUBERCULEUSE PAR LES PATIENTS TUBERCULEUX ET LEUR ENTOURAGE

Bakayoko AS<sup>1</sup>, Yéo-Ténéna YJM<sup>2</sup>, Kone Z<sup>1</sup>, Trazié BGF<sup>1</sup>, Domoua KM<sup>1</sup>.

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumophtisiologie CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire ; 2) Service d'Hygiène Mentale, Institut National de santé Publique (INSP) Adjamé, Côte d'Ivoire*

**Correspondance:** Bakayoko AS ;

Tél: +22507868795 ; Courriel : sandia211@hotmail.com

**Introduction :** Au cours de la tuberculose, l'adhésion au traitement fait intervenir en plus du contexte socioculturel, la stigmatisation et de nombreuses contraintes physiques.

**Objectif :** Décrire la perception de la tuberculose par les patients tuberculeux et par leur entourage.

**Patients et méthode :** Etude prospective à visée descriptive conduite sur 10 mois (Janvier à Octobre 2007) au Centre Antituberculeux de Treichville et analysant les réponses à un questionnaire de 82 patients présentant une tuberculose pulmonaire de première atteinte bactériologiquement confirmée.

**Résultats :** L'âge moyen des patients était de 31,4ans. La séroprévalence VIH était de 22,2%. La tuberculose était perçue comme une maladie comme toute autre par les patients (47,6%) et par leur entourage (79,3%). La stabilité des relations avec leur entourage (46,3%) était la règle malgré leur maladie. 28,2% d'entre eux bénéficiaient d'un soutien financier et affectif. Ce soutien provenait du conjoint (37,7%) ou des parents (21,3%). 25,5% d'entre eux étaient victimes d'évitement, d'abandon et de rejet par leur entourage habituel.

**Conclusion :** Les conséquences psycho-sociales prévisibles de la tuberculose doivent amener le personnel soignant à s'impliquer davantage dans le combat pour une meilleure perception de la maladie tuberculeuse par le malade et son entourage.

**Mot(s) Clé(s):** Tuberculose- Compréhension – VIH.

### Ca36

EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LA TUBERCULOSE DES TUBERCULEUX BACCILIFERES CONSULTANT AU CENTRE DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DE DIMBOKRO

Samaké.K; Koné Z; Daix.A.T; Bakayoko.A.S; Coulibaly. D.N; Coulibaly. G; Domoua.K.S

**Affiliation :** *Service de Pneumophysiologie, CHU de Treichville*

**Correspondant:** Samaké K; Téléphone :+22566084592; Courriel : samakekadiatou22@yahoo.fr

**Objectif :** Evaluer le niveau de connaissances sur la tuberculose des patients tuberculeux bacillifères

**Patient et méthode :** Etude prospective transversale et descriptive sur une période de 5 mois allant du 01 avril au 31 août 2010 au centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose de Dimbokro. Le recueil des données s'est fait à partir d'un questionnaire standardisé portant sur les données sociodémographiques, l'épisode de la tuberculose, les connaissances générales des malades sur la tuberculose et la relation entre l'infection à VIH et la tuberculose.

**Résultats :** 40% des patients ne mentionnaient pas la toux comme signe de suspicion de la tuberculose pulmonaire, des conceptions erronées sur la transmission de la maladie avaient été retrouvées chez 3,8% des patients. Par ailleurs 92,4% des patients avaient signalé la présence d'effets secondaires et 5% d'entre eux ignoraient la conduite à tenir face aux effets secondaires. Toutefois, le mode de transmission de l'infection tuberculeuse, les mesures de prévention de la transmission de la tuberculose, la durée du traitement antituberculeux et la relation entre tuberculose et VIH étaient connus de tous les patients (100%).

**Conclusion :** Le niveau de connaissance des malades sur la tuberculose de ce centre est acceptable.

**Mot(s) Clé(s):** Evaluation – Connaissance – Tuberculose pulmonaire – Dimbokro.

### Ca37

INSUFFISANCES AU COURS DE L'ACCOMPAGNEMENT COMMUNAUTAIRE DES TUBERCULEUX EN COURS DE TRAITEMENT A OUAGADOUGOU

Badoum G.1, Koumbem M<sup>1</sup>, Ouédraogo S.M<sup>4</sup>, Komseimbo A<sup>2</sup>, Drabo KM<sup>3</sup>.

**Affiliations :** 1- *Service de Pneumologie CHU Yalgado Ouedraogo*; 2-*Programme National Tuberculose*; 3-*Institut de Recherche en Sciences de la Santé*; 4-*Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso*

**Correspondant :** Badoum Gisèle; Tél: +226 70252309; Courriel : gisebad@yahoo.fr

**Introduction :** La tuberculose demeure un problème de santé publique au Burkina Faso. Pour lutter efficacement contre cette maladie, l'accompagnement communautaire des patients a été mis en place. Cette étude visait à appréhender les insuffisances de l'accompagnement des patients tuberculeux en cours de traitement.

**Patients et méthode :** Une étude transversale menée d'Avril à Juin 2013 dans les centres de diagnostic et de traitement de Ouagadougou a recueilli les données auprès des agents de santé communautaire, des agents de santé, et des patients, tous impliqués dans l'accompagnement communautaire.

**Résultats :** Le manque de coordination des activités entre les différents acteurs sur le terrain, les difficultés liés au recrutement des agents de santé communautaire et à la gestion de leurs activités, les difficultés relationnelles entre les agents de santé et les patients, la stigmatisation des tuberculeux ont influencé négativement l'efficacité de l'accompagnement communautaire des patients.

**Conclusion :** La prise en compte des risques de stigmatisation des malades au cours des activités d'accompagnement communautaire, un renforcement de la formation des agents de santé en matière de soutien psychosocial aux malades et une meilleure coordination des activités des agents de santé communautaires contribuera à accroître l'efficacité de la prise en charge des patients.

**Mot(s) Clé(s):** Accompagnement communautaire, malades tuberculeux, centres de diagnostic et de traitement, Ouagadougou.

### Ca38

#### TUBERCULOSE PULMONAIRE : CONNAISSANCES, CROYANCES ET PRATIQUES DES ACCOMPAGNATEURS DES PATIENTS TUBERCULEUX A OUAGADOUGOU

Ouédraogo SM<sup>1</sup>, Badoum G<sup>2</sup>, Djibril MA<sup>3</sup>, Ouédraogo G<sup>2</sup>, Boncougou K<sup>2</sup>, Ouédraogo/Sondo A<sup>4</sup>, Savadogo M<sup>4</sup>, Kyélem CG<sup>1</sup>, Ouédraogo M<sup>2</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso* ; 2) *Service de pneumo-physiologie, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou* ; 3) *Service de réanimation médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé* ; 4) *Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou*

**Correspondance:** Ouedraogo S Macaire ;

Tél : +22670207076; Courriel: macco72@yahoo.fr

**Objectif :** Décrire les connaissances, croyances et pratiques sur la tuberculose des accompagnateurs des patients tuberculeux à Ouagadougou.

**Patients et méthode:** Etude transversale prospective à passage unique et à visée descriptive. Les sites de recrutement étaient représentés par les quatre Centres de Diagnostic et de Traitement. Le recrutement a été exhaustif et a concerné les accompagnateurs des patients tuberculeux TPM+ (tuberculose pulmonaire à microscopie positive).

**Résultats :** L'âge moyen des accompagnateurs était de 36 ans  $\pm$  14 ans. Une bonne connaissance de la tuberculose était retrouvée chez 20,2% des accompagnateurs. Parmi ceux qui avaient une bonne connaissance, 71,4 % étaient scolarisés et 88,1% provenaient du milieu urbain. La connaissance de la tuberculose était associée au niveau d'instruction. La connaissance des modes de contamination de la tuberculose était faible (48,1%). Parmi les accompagnateurs 37% ne savaient pas que le tuberculeux ne devrait pas être isolé de l'entourage. Respectivement 1,4% et 5,8% d'entre eux croyaient que la tuberculose relevait de la sorcellerie et d'une punition divine. Environ deux tiers des accompagnateurs refusaient de partager le même plat avec le patient tuberculeux.

**Conclusion :** Les croyances et pratiques comportementales des accompagnateurs vis-à-vis des patients tuberculeux tendent à stigmatiser d'avantage la tuberculose.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose pulmonaire, connaissances, pratiques, croyances, Burkina Faso

### Ca39

#### TUBERCULOSE PSEUDO-TUMORALE : A PROPOS D'UN CAS

H I Djè Bi (1), K Horo (2), JC Anon (1), V Achi (1), MN Ano(1), B Kouassi (2), M. N'dhatz-Sanogo (1), E Aka – Danguy (2)

**Affiliations :** 1) *Service de pneumologie CHU Bouaké* ; 2) *Service de pneumologie CHU Cocody*

**Correspondance:** H I Djè Bi

Les auteurs rapportent un cas de tuberculose pulmonaire dont les images radiographiques et tomodensitométriques simulaient une tumeur. La fibroscopie bronchique a révélé une obstruction complète de bronche lobaire supérieure gauche par une masse bourgeonnante couverte par un enduit blanchâtre peu hémorragique. Mais l'examen histologique de la pièce de biopsie de cette masse a mis en évidence le follicule tuberculeux et dont l'évolution a été favorable sous antituberculeux. A partir de ce cas, ces auteurs attirent l'attention sur l'aspect multivarié des images radiographiques au cours de la tuberculose pulmonaire.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose pulmonaire, radiographie, tumeur

#### Ca40

##### UN CAS DE TUBERCULOSE SIMULANT UN CANCER DE LA PROSTATE

H I Djè Bi (1), K Horo (2), JC Anon (1), V Achi (1), M N Ano (1), B Kouassi (2) C Godé (2), J M B Ahui (2), N Koffi (2), M. N'dhatz-Sanogo (1), E Aka –Danguy(2)

**Affiliations :** 1) *Service de pneumologie CHU Bouaké ; 2) Service de pneumologie CHU Cocody*

**Correspondance:** H I Djè Bi ; Tél : +22541883555 ; Courriel : ihospice@yahoo.fr

La tuberculose n'est pas une hypothèse diagnostique étiologique habituelle d'une symptomatologie associant une prostate indurée plus un taux élevé de PSA, des images pulmonaires en « lâcher de ballon » et une spondylodiscite chez un patient de 57 ans qui a un tabagisme important. La mise en évidence des lésions histologiques spécifiques de la tuberculose sur la pièce de biopsie prostatique a fait la certitude diagnostique et permis d'éliminer la cause néoplasique qui était très suspectée.

Nous rapportons ce cas pour rappeler aux praticiens que la tuberculose peut se présenter sous des formes tellement inhabituelles qu'elles en sont facilement oubliées.

**Mot(s) clé(s):** tuberculose, prostate, cancer

#### Ca41

##### TUBERCULOSE ISOLEE DE L'APPENDICE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION AU CHU DE TREICHVILLE

Kone Z<sup>1</sup>., Keita M<sup>2</sup>., Casanelli J.M<sup>2</sup>., Blegole O.C<sup>2</sup>, Moussa B<sup>2</sup>., N'dri K.J<sup>2</sup>., Aboua A.G<sup>2</sup>., Moulot M<sup>2</sup>., Gowe E.E<sup>2</sup>.

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumophtsiologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire ; 2) Service de chirurgie générale et endocrinologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Kone Z ; Tél : +22505029555 ; Courriel : kzakaria73@yahoo.fr

La tuberculose est une affection qui connaît une recrudescence sous nos tropiques depuis l'avènement de l'affection VIH-SIDA. Sa forme extrapulmonaire qui jadis était très rare, est de plus en plus rencontrée. Nous en rapportons un cas de tuberculose isolée de l'appendice, survenu chez un patient de 25 ans, immunocompétent, admis pour douleur brutale de la fosse iliaque droite évoluant dans un contexte subfébrile.

L'examen clinique objectivait une appendicite aiguë. L'examen anatomopathologique réalisé sur la pièce opératoire d'appendicectomie révélait une tuberculose appendiculaire.

Le traitement anti-bacillaire complémentaire institué durant 9 mois s'est accompagné d'une évolution clinique satisfaisante.

**Mot(s) Clé(s) :** Mots clés : Tuberculose extrapulmonaire- appendice - traitement

## Ca42

### TUBERCULOSE DU COL UTERIN A PROPOS D'UN CAS

Diatta Ansoumana ; Dia Kane ; Ndiaye El Hadji Mamadou Thiam Khady ; Niang Aliou ; Mbaye Fatimata Bintou Rassoul ; Cisse Maimouna Fafa ; Toure Nafissatou Oumar

**Affiliation :** *Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)*

**Correspondance :** D Ansoumana ;  
Tél : +221773969563 ; Courriel : ansouman7@hotmail.fr

La tuberculose du col utérin est une forme rare de la tuberculose génitale. Nous rapportons l'observation d'une patiente immunocompétente suivie dans nos services. Le tableau clinique était dominé par une douleur pelvienne associée à des métrorragies peu abondantes dans un contexte de fièvre vespérale, de sueurs nocturnes, d'amaigrissement important non chiffré, d'asthénie physique et d'anorexie non sélective. Son aspect macroscopique fait penser à une lésion carcinomateuse. Seule la biopsie avec étude histologique avait permis de poser le diagnostic en montrant des granulomes épithélio-giganto-cellulaires avec nécrose caséeuse. Un bilan d'extension réalisé était normal. L'évolution était bonne avec restitution ad integrum du col, après un traitement antituberculeux bien conduit.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose, col utérin, tuberculose génitale, biopsie, histologie, antibacillaires

## Ca43

### MANIFESTATION ATYPIQUE DE LA TUBERCULOSE

Mbaye F.B.R, Thiam K, Dia Kane Y, Diatta A, Niang A, Ndiaye E.H.M, Agne P.S.E, Henzazi H, Fall N, Diouf Niang N.F, Cissé M.F, Kashongwe I.M, Kanouté Bamba T, Baleka A.R, Konté Leye A, Wayzani M, Kouatcha M.M, Diatta M.N.B, Danga A.N, Rakoto H, Touré N.O.

**Affiliation :** *Service de Pneumologie, CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)*

**Correspondance :** Mbaye F B R ; Tél : +221775507470 ; Courriel : fabiram16@yahoo.fr

**Introduction :** La tuberculose reste un problème de santé publique dans le monde. Certaines localisations atypiques peuvent égarer le diagnostic.

**Observation :** Il s'agit d'un patient de 60 ans, venu consulter pour une douleur thoracique gauche évoluant depuis un an dans un contexte d'AEG. Dans ses antécédents on retrouve un tabagisme actif à 24PA ; une notion d'exposition professionnelle aux pesticides depuis 1997 ; une laryngectomie partielle en Février 2007 pour carcinome épidermoïde. L'examen clinique retrouvait un assez bon général.

L'examen des autres appareils est sans particularité. Le bilan tuberculeux, la sérologie rétrovirale sont revenus normaux. Cependant la CRP était élevée. La radiographie du thorax objective un nodule solitaire apical droit. La tomодensitométrie thoracique retrouve des nodules disséminés et des adénopathies médiastinales. L'endoscopie bronchique n'a pas été contributive. L'indication d'une thoracotomie exploratrice est posée en vue d'une biopsie chirurgicale d'un des nodules. L'étude anatomopathologique de la pièce de biopsie conclut à un nodule tuberculeux. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux avec disparition de la douleur thoracique reprise progressive de l'appétit en deux semaines de traitement.

**Conclusion :** La tuberculose pseudo-tumorale est une forme trompeuse dont le diagnostic nécessite parfois le recours à la chirurgie.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose, Pseudo-tumeur, Anatomopathologie

#### Ca44

##### TUBERCULOSE-GREFFE ASPERGILLAIRE : UNE ASSOCIATION A NE PAS MECONNAITRE

Godé C, Koné A, Samaké R, Manewa S, Koffi M, Ahui-Brou JM, Kouassi B, Horo K, Koné A, N'gom A, Aka-Danguy E.

**Affiliation:** *Service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody Abidjan Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** Godé C; Tél: +22566291643; Courriel : nigivie2004@yahoo.fr

**Contexte et justification :** La tuberculose ulcéro-caséuse sévit sous forme endémique dans les pays à niveau socio-économique faible, certaines formes passées inaperçu sont de découverte tardive à l'occasion d'une complication; si l'hémoptysie est la complication fréquente de cette forme de tuberculose, son caractère récidivant doit orienter les investigations à la recherche d'une greffe aspergillaire.

**Observation :** L'auteur rapporte le cas d'une hémoptysie de grande abondance récidivante chez un patient de 34 ans, agent de santé, non-fumeur, VIH négatif, sans antécédent particulier; admis aux urgences médicales en Juillet 2012. Après des transfusions de sang itératives, il est hospitalisé dans le service de Pneumophtisiologie où les investigations cliniques et paracliniques mettent en évidence une tuberculose ulcéro-caséuse. Un traitement antituberculeux de première ligne est institué. Mais devant le caractère récidivant de cette hémoptysie mettant en jeu le pronostic vital, un scanner thoracique est réalisé mettant en évidence une greffe aspergillaire associée. Une chirurgie d'exérèse pulmonaire a été réalisée dans la prise en charge de l'aspergillome pulmonaire avec des suites simples.

**Conclusion :** La tuberculose ulcéro-caséuse est souvent révélée par une hémoptysie, en zone d'endémie tuberculose, certaines formes peuvent passer inaperçu. Dans ce contexte devant le caractère récidivant d'une hémoptysie, la positivité de la bacilloscopie des crachats ne doit pas limiter la réalisation d'un scanner thoracique et méconnaître une greffe aspergillaire.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose, greffe aspergillaire, hémoptysie

#### Ca45

##### CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE A BOUAKE

JC. Anon, M. N'dhats-Sanogo, B. Sanogo, H. Dje-Bi, M.N. Ano, H.V. Achi

**Affiliation :** *Service de Pneumologie, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire*

**Correspondance :** JC Anon; Tél: +22531000717. Courriel : jchanalok@yahoo.fr

**Objectif :** Tester les connaissances et les attitudes des malades tuberculeux, pour une lutte antituberculeuse plus efficace.

**Patients et Méthode :** Etude prospective transversale par questionnaire anonyme, évaluant les connaissances et les attitudes des malades tuberculeux suivis à Bouaké et à Koumassi (Abidjan). Deux populations distinctes, de taille égale (60 malades) et choisies au hasard, ont accepté de se soumettre à un questionnaire portant sur les mesures de lutte antituberculeuse. L'étude s'est déroulée du 01/12/2012 au 31/01/2013, dans les centres antituberculeux de Bouaké et de Koumassi. Des données en rapport avec le mode de contamination, le dépistage et le traitement de la tuberculose ont été analysées.

**Résultats :** Les deux populations sont uniformes. Elles ont affirmé avoir reçu des informations sur la tuberculose dans 77% des cas à Bouaké vs 95% à Koumassi. La contagiosité de la tuberculose a été ignorée par 63% des malades à Bouaké vs 40% à Koumassi. La transmission aérienne de la tuberculose a retenu l'attention de 30% des malades à Bouaké vs 58% à Koumassi. L'hygiène de la toux est correctement appliquée par 83% des malades à Bouaké vs 93% à Koumassi. L'examen des crachats demeure le principal moyen de diagnostic de la tuberculose chez 82% des malades à Bouaké vs 75% à Koumassi. Le lien entre la tuberculose et l'infection VIH est évident pour 82% des malades à Bouaké vs 70% à Koumassi. Les malades co-infectés tuberculose-VIH représentaient 18% des cas à Bouaké vs 25% à Koumassi.

Tous les malades (100%) ont affirmé observer correctement le traitement antituberculeux prescrit. Ils espéraient guérir de la tuberculose dans 95% des cas à Bouaké vs 98% à Koumassi. Le traitement antituberculeux n'est pas supervisé chez 63% des malades à Bouaké vs 70% à Koumassi. Les effets secondaires du traitement antituberculeux sont méconnus de 82% des malades à Bouaké vs 78% à Koumassi.

**Mot(s) Clé(s):** Tuberculose – Education sanitaire

## Ca46

### UN SI LONG ITINERAIRE THERAPEUTIQUE POUR UNE TUBERCULOSE

G Badoum<sup>1</sup>, SM Ouédraogo<sup>2</sup>, S Maiga<sup>1</sup>, E Birba<sup>3</sup>, G Ouédraogo<sup>1</sup>, K Boncounou<sup>1</sup>, M Ouédraogo<sup>1</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de Pneumologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso*; 2) *Service de médecine interne, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso*; 3) *Service de pneumologie, CHU Souro Sanon, Bobo-Dioulasso.*

**Correspondance :** G Badoum; Tél : +22670252309; Courriel : gisebad@yahoo.fr

**Introduction :** La tuberculose est une maladie qui de nos jours reste un problème de santé publique. Sa spécificité sur le plan épidémiologique et clinique entraîne parfois des retards au diagnostic conduisant à de nombreuses conséquences fonctionnelles et physiques.

**Observation :** Nous rapportons un cas de tuberculose pulmonaire chez une femme de 63 ans ayant eu un long itinéraire thérapeutique avant la confirmation diagnostique. Dans les antécédents de la patiente on note un contage tuberculeux, une hypertension artérielle, lupus érythémateux et un traumatisme du rachis dorso-lombaire ayant entraîné des séquelles fonctionnelles. La patiente a consulté pour une dyspnée, toux sèche, douleurs thoraciques d'installation progressive. La recherche de BAAR dans le liquide d'aspiration bronchique a permis de poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. L'évolution a été marquée par une amélioration de son état clinique suite à l'administration du traitement antituberculeux.

**Conclusion :** Ce cas clinique fait ressortir la problématique du retard au diagnostic dans notre contexte où les patients nécessitant des soins spécifiques ne sont pas toujours bien orientés dans les structures sanitaires adéquates dès l'apparition des premiers symptômes.

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose- diagnostic- itinéraire thérapeutique

### Ca47

#### INFLUENCE DES PARCOURS DE SOINS SUR LE DEBUT DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

E.L.P. Bemba<sup>1</sup>, K. Horo<sup>2</sup>, A.R. Ouedraogo<sup>3</sup> F.O. Okemba<sup>1</sup>, J.M. Ahui<sup>2</sup>, C.V. Brou-Gode<sup>2</sup>, A.Z. Gnaze<sup>2</sup>, B.N. Koffi<sup>2</sup>, E.A. Danguy<sup>2</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville, Congo*; 2) *Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Abidjan, Côte d'Ivoire*; 3) *Service de pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire, Lomé, Togo*

**Correspondance :** E.L.P. Bemba; Té : +242068202651; Courriel : bemba1@gmx.fr

**Introduction:** Les parcours de soins sont souvent complexes et peuvent induire des retards de traitement, avec des effets particulièrement délétères en cas de tuberculose. L'objectif de cette étude, était d'identifier les parcours de soins des patients et l'influence de ce parcours sur les délais la mise sous traitement antituberculeux à Abidjan.

**Patients et méthode:** Nous avons réalisé une étude prospective et comparative entre deux groupes ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive : 38 ayant un parcours conventionnel (recours aux seules structures sanitaires) et 198 ayant un parcours mixte (associant structures sanitaires, automédication et médecine traditionnelle).

**Résultats :** Le délai moyen entre le début des symptômes et la mise sous traitement pour les patients au parcours conventionnel était significativement différent de celui observé chez les patients au parcours mixte (4,28 semaines versus 8,57 semaines ; p=0,000). Les facteurs liés à un parcours mixte étaient : l'illéttisme [OR=2.7280 (0.1394-0.7983) p=0.0208], patients résidant hors quartier d'adjamé [OR=2.6905 (1.1683-6.1957) p=0.0200], un début progressif des symptômes [OR=0.3336 (0.1017-0.6607) p=0.0137] et la présence d'un amaigrissement [OR=0.2592 (1.1652-6.3869) p=0.0047].

**Conclusion :** Une sensibilisation de la population, une implication des guérisseurs dans le dépistage peut contribuer à une précocité de la prise en charge thérapeutique.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose-Parcours -soins-diagnostic-Cote -d'Ivoire

### Ca48

#### IMPACT DES ANOMALIES DU BILAN HEPATIQUE SUR DU TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE DU CHU DE COCODY

B J M Ahui, K Horo, V C Brou-Gode, M O Koffi, Manewa S, Itchy M V, B S Irié, A B Kouassi, A S N'gom, N B N'goran, E Aka-Danguy

**Correspondance:** Ahui Brou Jean Marcel; Tél : +22506936851; Courriel: ahuib@hotmail.fr

Il s'agit d'une étude rétrospective et s'étend sur une période de 05 ans portant sur l'impact des anomalies du bilan hépatique sur le traitement antituberculeux. L'étude a retenu 78 dossiers. La moyenne d'âge des patients était de 37,52 ans Les antécédents hépatiques et le tabagisme était à 8,97%. Les signes digestifs étaient essentiellement des ulcérations buccales, des douleurs abdominales et des hépatomégalies douloureuses dans 38.5%, 21.8%, et 16.7% des cas. Au niveau biologique, l'hémogramme montrait une leucopénie chez 25.6% des patients, une hyperleucocytose dans 20.5% des cas, et une anémie hypochrome microcytaire chez 92.3 % des patients. Les marqueurs viraux de l'hépatite montraient des anticorps anti Hbc positifs à 17.9 % des patients, les antigènes Hbs à 6.4 % des cas, les AC anti VHC à 2.6 %. La cytolysé hépatique s'observait chez 69.2% des patients. 64,1 % des patients étaient VIH positive. Le diagnostic retenu se résumait essentiellement à des hépatites médicamenteuses dans 73.08 % cas, 26.9 % hépatopathies non médicamenteuses (hépatite virale 20,51%, une insuffisance hépatocellulaire 1,28%, diagnostic indéterminé 5.13%). L'isoniazide fut retiré chez 75.1 % des patients, la rifampicine chez 9 % des patients, le pyrazinamide chez 5.1 % des patients. La molécule incriminée est le plus souvent arrêtée ou modifiée dans un délai inférieur ou égal à 15 jours. La réintroduction de la molécule incriminée se fait en moyenne après 09,04 jours. L'isoniazide est remplacé le plus souvent par la streptomycine dans 47,76% cas suivi par les fluoroquinolones (20,90%). La rifampicine est souvent substituée par l'éthambutol dans 50% des cas. Le pyrazinamide était remplacée par la streptomycine et les fluoroquinolones dans 44.44%, soit non substituée dans 44.44% des cas. L'évolution était favorable chez 40 patients soit 51.3 % contre 38 patients soit 48.7 % d'évolution défavorable

**Mot(s) Clé(s) :** tuberculose, hépatopathies, évolution

### Ca49

#### TOXIDERMIE : A PROPOS DE DEUX CAS CHEZ DES PATIENTS TUBERCULEUX / VIH SOUS TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

Koné A<sup>1</sup>., Koffi M.O.B<sup>1</sup>., Samaké K<sup>2</sup>., Kouassi B.A.<sup>1</sup>, Ahui B.J.M<sup>1</sup>., Godé V.C<sup>1</sup>., Horo K<sup>1</sup>., Koffi N<sup>1</sup>., Danguy-aka E<sup>1</sup>.

**Affiliations** : 1) *Service de pneumologie CHU de Cocody abidjan* ; 2) *Service de pneumologie CHU de Treichville abidjan*

**Correspondance** : Kone Alima; Tél : (+225)40775662 / 05305837; Courriel: alima\_kone@yahoo.fr

**Introduction** : Les toxidermies sont relativement fréquentes au cours de la co-infection VIH et Tuberculose. Elles peuvent être à l'origine d'accident grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

**Observation** : Nous rapportons deux cas de toxidermie survenus chez des patients hospitalisés au service de pneumologie du CHU de Cocody. Il s'agit de deux adultes jeunes de sexe féminin, séropositives au VIH, non traitées par des antirétroviraux et sans prophylaxie au cotrimoxazole. Elles étaient sous traitement antituberculeux associant la rifampicine, l'isoniazide, le pyrazinamide et l'éthambutol l'une pour une tuberculose pulmonaire à microscopie positive et l'autre pour une tuberculose ganglionnaire. La première avait présenté un exanthème maculopapuleux 14 jours après le début du traitement. Les molécules incriminées étaient le pyrazinamide et la rifampicine. La seconde, une réaction plus sévère faite d'œdème de Quincke associée à un prurit généralisé dès J3 de traitement ; ce qui avait nécessité son admission dans un service de réanimation. La molécule incriminée était l'éthambutol. Dans les deux cas, nous avons procédé à une réintroduction progressive et sous surveillance accrue des antituberculeux. On notait une disparition des signes au retrait des molécules incriminées.

**Conclusion** : La mise d'un malade sous traitement antituberculeux nécessite une surveillance étroite surtout lorsque le malade est immunodéprimé.

**Mot(s) Clé(s)** : toxidermie, antituberculeux, infection à VIH

### Ca50

#### RESULTATS DU BILAN BIOLOGIQUE DE SUIVI DES PATIENTS TUBERCULEUX SOUS ARV AU CAT DE KOUMASSI

Samaké.K; Koné.Z; Daix.A.T; Bakayoko.A.S; Diomandé.M; Coulibaly.G; Domoua.K.S

**Affiliation** : *Service de Pneumophtisiologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte D'Ivoire, 01B.P. V3 Abidjan 01*

**Correspondance**: Samake Kadiatou ;  
Tél : +22566084592;

Courriel: samakekadiatou22@yahoo.fr

**Objectif** : Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients coinfecteds tuberculose/VIH.

**Patients et méthode** : Etude rétrospective descriptive allant d'août 2007 à décembre 2010 portant sur les dossiers médicaux des patients tuberculeux âgés d'au moins 15 ans, infectés par le VIH et suivis au CAT de Koumassi, ayant au moins un bilan biologique de suivi sous TARV.

Le recueil des données s'est fait à partir d'une fiche d'enquête standardisée renseignée grâce aux informations des dossiers médicaux.

**Résultats** : De 44,9% à 6 mois, la proportion des patients sous TARV avec un bilan biologique de suivi est passée à 2,2% après 3 ans avec moins de 3 bilans biologiques de suivi pour chaque patient. L'âge moyen était de 37,7 ans avec une prédominance féminine (64,6%). La co-infection tuberculose/ VIH-1 prédominait 99,3%. A l'initiation, le taux moyen de CD4 était de 183,1 cellules/mm<sup>3</sup> et les proportions respectives d'anémie, de lymphopénie, de neutropénie et de leucopénies étaient de 75,2%, 25,2%, 46,9% et 37,4%. L'évolution était marquée par un gain pondéral moyen de 15 kg en 3 ans avec un taux moyen de CD4 supérieur à 200 cellules/ml. La proportion des patients anémiés a diminué au cours des 24 premiers mois du TARV ainsi que celle de la lymphopénie se faisant progressivement.

**Conclusion** : Le devenir des patients était marqué par 32% de perdus de vue, 4,8% échecs, 2% de décès et 61,2% d'évolution favorable.

**Mot(s) Clé(s)** : Mots clés : Bilan de suivi-Tuberculose - VIH/SIDA-Centre antituberculeux

## Ca51

### FACTEURS ASSOCIES AUX PATIENTS PERDUS DE VUE SOUS TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU

Ouédraogo SM<sup>1</sup>, Badoum G<sup>2</sup>, Minougou N<sup>2</sup>, Ouédraogo G<sup>2</sup>, Boncougou K<sup>2</sup>, Ouédraogo/Sondo A<sup>3</sup>, Savadogo M<sup>3</sup>, Kyélem CG<sup>1</sup>, Ouédraogo M<sup>2</sup>

**Affiliations :** 1) *Service de médecine interne, CHU Sourou Sanon, Bobo-Dioulasso*; 2) *Service de pneumo-physiologie, CHU Yalgado ouédraogo, Ouagadougou*; 3) *Service de maladies infectieuses, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou*

**Correspondance :** Ouédraogo SM ;

Tél : +22670207076 ; Courriel : macco72@yahoo.fr

**Introduction :** La lutte contre la tuberculose passe par la prise en charge adéquate des formes contagieuses à travers l'application de la stratégie DOTS. La réussite de cette stratégie implique l'observance du traitement compromise souvent par les perdus de vue.

**Objectif :** Déterminer les facteurs associés aux patients perdus de vue sous traitement antituberculeux dans la ville de Ouagadougou.

**Patients et méthode :** Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive. Elle s'est étendue sur 4 ans de janvier 2008 au 31 décembre 2012.

**Résultats :** Sur un total de 5158 patients sous traitement antituberculeux, 179 étaient perdus de vue. Au cours des deux premiers mois du traitement 41,5% des patients étaient perdus de vue. Au plan clinique les formes à microscopie positive étaient de 53,1% et 95% de nouveaux cas. Au terme de la recherche active, les 21 patients retrouvés (11,73%) ont évoqué comme causes d'abandon: la reprise du travail 28,5%, l'impression de guérison 23,8% et 16% n'étaient pas convaincus du diagnostic.

**Conclusion :** Un renforcement des activités éducatives à travers la communication pour le changement de comportement des patients sous traitement reste nécessaire afin de relever le défi du millénaire.

**Mot(s) Clé(s) :** perdus de vue, tuberculose, facteurs associés, Burkina Faso

## Ca52

### FACTEURS PREDICTIFS D'ABANDON DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX CHEZ LES MALADES HOSPITALISES PENDANT LA PHASE INTENSIVE DU TRAITEMENT A YAOUNDE, CAMEROUN

**Auteurs et affiliations:** Adamou Dodo Balkissou/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales- Université de Yaoundé; Eric Walter Pefura-Yone/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales- Université de Yaoundé I/Hôpital Jamot de Yaoundé; Emmanuel Afane-Ze/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales- Université de Yaoundé I/Hôpital Jamot de Yaoundé; Christopher Kuaban/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales- Université de Yaoundé I/Hôpital Jamot de Yaoundé I/Faculté des Sciences de la Santé de Bamenda

**Correspondance :** Balkissou A D; Tél : +23797220022 ; Courriel: dodobalkissou@gmail.com

**Introduction :** L'abandon du traitement antituberculeux est un véritable défi pour les programmes de lutte contre la tuberculose.

**Objectifs :** Déterminer les facteurs prédictifs d'abandon du traitement antituberculeux.

**Patients et méthode:** Cette étude prospective a été réalisée d'octobre 2010 à décembre 2011 dans le service de pneumologie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. La régression logistique a été utilisée pour rechercher les facteurs prédictifs d'abandon du traitement antituberculeux.

**Résultats :** Des 763 patients inclus, 440 (57,7%) étaient des hommes et leur âge médian (intervalle interquartile) était de 32 (25-44) ans. A la fin du suivi, 586 (76,8%) patients avaient eu un succès du traitement, 37 (4,8%) étaient décédés, 8 (1%) avaient eu un échec, 37 (4,8%) étaient transférés et 95 (12,5%) étaient perdus de vue. Les facteurs prédictifs indépendants d'abandon du traitement étaient le sexe masculin [odds ratio (intervalle de confiance à 95%) : 3,15(1,76-5,64), p< 0,001], Une histoire de tuberculose antérieure [2,55(1,42-5,00), p=0,002] et l'existence d'une anémie avant le début du traitement antituberculeux [2,80(1,70-4,60), p<0,001].

**Conclusion :** Le taux de perdu de vue reste élevé dans ce centre à Yaoundé. Une prise en charge optimale des patients ayant les facteurs prédictifs identifiés pourraient permettre de réduire considérablement ce taux.

**Mot(s) Clé(s) :** Perdus de vue, tuberculose, facteurs prédictifs, Cameroon

### Ca53

**INTERET DU TEST DE MARCHÉ DE 6 MINUTES (TM6) DANS L'ÉVALUATION DE LA TOLÉRANCE À L'EFFORT SOUS MAXIMAL DES ANCIENS PATIENTS TUBERCULEUX PULMONAIRES.**

Ouédraogo AR<sup>1</sup>, Adjoh KS<sup>1</sup>, Fiogbé AA<sup>1</sup>, Okemba FH<sup>1</sup>, Eyéné EFL<sup>1</sup>, Ouédraogo G<sup>1</sup> Assao NM<sup>1</sup>, Adambounou SA<sup>1</sup>, Awanou B<sup>1</sup>, Awide K<sup>2</sup>, Soumana A<sup>1</sup> Tidjani O<sup>1</sup>.

**Affiliations :** <sup>1</sup>CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo) ; <sup>2</sup>Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

**Correspondance :** Ouédraogo AR ;

Tél : +22670241224 ; Courriel : oarigou@yahoo.fr

**Introduction :** Les séquelles de tuberculose pulmonaires peuvent entraîner une réduction de la capacité fonctionnelle pulmonaire, limitant ainsi les activités de la vie quotidienne chez les anciens tuberculeux pulmonaires.

**Objectif :** Évaluer l'impact des séquelles de la tuberculose pulmonaire sur la tolérance à l'effort sous maximal chez les anciens patients tuberculeux pulmonaires.

**Patients et méthode:** Il s'est agi d'une étude transversale des données recueillies auprès de 113 patients TPM+ nouveaux cas, traités et déclarés guéris, du 01er novembre 2012 au 30 juin 2013 dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Le TM6 a servi pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle à un niveau sous-maximal, et la spirométrie a été utilisée comme instrument de mesure de référence pour la détection de trouble ventilatoire.

**Résultats :** La moyenne des distances parcourues au TM6 était de 635,55 ± 89,38 m. 17(15%) patients avaient parcouru une distance inférieure à limite inférieure de la normale (LIN). Les patients qui parcouraient une distance inférieure à LIN encouraient plus de risque d'avoir une fonction ventilatoire perturbée (OR =9,6[1,2 ; 75,4] ; p=0,01).

**Conclusion :** Un suivi des anciens tuberculeux s'impose. La guérison bactériologique des patients tuberculeux ne constitue pas la fin de leur maladie.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose pulmonaire - Test de marche de 6 minutes - spirométrie - Séquelles

### Ca54

**PROFIL FONCTIONNEL RESPIRATOIRE DES TUBERCULEUX PULMONAIRES TRAITÉS ET DÉCLARÉS GUÉRIS À LOMÉ.**

Ouédraogo AR<sup>1</sup>, Adjoh KS<sup>1</sup>, Fiogbé AA<sup>1</sup>, Adambounou SA<sup>1</sup>, Okemba FH<sup>1</sup>, Efalou J<sup>1</sup>, Nacanabo R<sup>1</sup>, Awide K<sup>2</sup>, Boukari M<sup>1</sup>, Tidjani O<sup>1</sup>.

**Affiliations :** <sup>1</sup>CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo) <sup>2</sup>Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

**Correspondance :** Ouédraogo AR ;

Tél : +22670241224 ; Courriel : oarigou@yahoo.fr

**Introduction :** Les séquelles de tuberculose pulmonaires constituent la première cause d'insuffisance respiratoire chronique au Togo.

**Objectif :** Évaluer le profil fonctionnel respiratoire des tuberculeux pulmonaires traités et guéris.

**Patients et méthode:** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique des données spirométriques recueillies auprès de 113 patients tuberculeux à microscopie positives nouveaux cas, traités et déclarés guéris, menée du 01er novembre 2012 au 30 juin 2013 dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

**Résultats :** On notait une prédominance masculine (69,9%). La moyenne d'âge était de 33,9 ± 10,3 ans. La prévalence du VIH était de 16,8% et du tabagisme de 17,7%. On notait un retard diagnostique chez 86(76,1%) patients. La fonction ventilatoire était perturbée chez 76 (67,3%) patients, avec 62 (54,9%) syndrome restrictifs, 7 (6,2%) syndrome obstructifs et 7 (6,2%) syndrome mixtes. Le retard diagnostique constituait un facteur de risque à la survenue de troubles ventilatoires (OR=2,6[1,1 ; 6,5], p=0,03).

**Conclusion :** Un suivi des anciens tuberculeux et un diagnostic précoce de la tuberculose s'impose pour éviter l'apparition des séquelles fonctionnelles respiratoires.

**Mot(s) Clé(s) :** Tuberculose pulmonaire – spirométrie - séquelles fonctionnelles respiratoires.



On peut quelque fois accepter des compromis ...  
Mais jamais quand il s'agit de **RESPIRATION...**

**MENTIONS LEGALES ABREGEES:** Symbicort Turbuhaler, 160/4.5 microgrammes par inhalation, poudre pour inhalation. Composition qualitative et quantitative: Chaque dose délivrée (la dose libérée par l'embout buccal) contient: budésonide 160 microgrammes par inhalation et fumarate de formotérol dihydraté 4.5 microgrammes par inhalation. Symbicort Turbuhaler 160/4.5 microgrammes par inhalation délivre la même quantité de budésonide et le formotérol que le Turbuhaler mono-produit correspondant, à savoir le budésonide 200 microgrammes / inhalation (dose mesurée) et le formotérol 6 microgrammes par inhalation (dose mesurée) alternativement désigné comme dosé à 4,5 microgrammes par inhalation (dose délivrée). Indications thérapeutiques: Asthme: Symbicort Turbuhaler est indiqué dans le Traitement continu de l'asthme persistant, dans les situations où l'administration par voie inhalée d'un médicament associant un corticoïde et un bronchodilatateur bêta-2-agoniste de longue durée d'action est justifiée; chez les patients insuffisamment contrôlés par une corticothérapie inhalée et la prise d'un bronchodilatateur bêta-2-agoniste de courte durée d'action par voie inhalée à la demande; ou chez les patients contrôlés par l'administration d'une corticothérapie inhalée associée à un traitement continu par bêta-2-agoniste de longue durée d'action par voie inhalée. BPCO: Traitement symptomatique de la BPCO sévère (VEMS < 50 % de la valeur théorique) chez les patients présentant des antécédents d'exacerbations répétées et des symptômes significatifs malgré un traitement continu par bronchodilatateur de longue durée d'action. Posologie et mode d'administration: l'asthme: Symbicort Pour il existe deux approches de traitement: A. Entretien Symbicort thérapie: Symbicort est pris comme traitement d'entretien régulier avec une part d'action rapide comme bronchodilatateur de secours. B. Symbicort traitement d'entretien et de secours: Symbicort est considéré comme un entretien régulier traitement et au besoin en réponse à des symptômes. Posologie et administration: la thérapie d'entretien A. Symbicort: il convient d'informer les patients qu'ils doivent avoir en permanence à leur disposition leur bronchodilatateur d'action rapide en traitement de secours pour soulager les symptômes aigus d'asthme. Doses recommandées: Adultes (18 ans et plus): 1-2 inhalations deux fois par jour. Certains patients peuvent nécessiter jusqu'à un maximum de 4 inhalations deux fois par jour. Les adolescents (12-17 ans): 1-2 inhalations deux fois par jour. En pratique courante, lorsque les symptômes ont régressé avec deux prises quotidiennes, un rythme d'administration en une prise par jour peut éventuellement être envisagé dans le cadre de la recherche de la dose minimale efficace si le médecin estime nécessaire de maintenir un traitement par bêta-2-mimétique longue durée d'action pour le contrôle des symptômes. Une augmentation de la consommation de bronchodilatateur à action rapide est le signe d'une déstabilisation de la maladie sous-jacente et nécessite une réévaluation du traitement de l'asthme. Enfants (6 ans et plus): Un dosage plus faible est disponible pour enfants de 6-11 ans. B. Symbicort traitement d'entretien et de secours: Les patients de prendre une dose d'entretien quotidienne de Symbicort et en outre prendre Symbicort au besoin en réponse à des symptômes. Les patients prennent quotidiennement Symbicort en traitement continu de fond et utilisent aussi Symbicort en cas de besoin en réponse à la survenue de symptômes d'asthme pour les soulager. Les patients devront être informés qu'ils doivent avoir en permanence Symbicort à leur disposition en traitement de secours. L'utilisation de Symbicort en traitement continu de fond et pour soulager les symptômes d'asthme sera envisagée notamment chez des patients: ayant un contrôle insuffisant de l'asthme avec recours fréquent aux bêta-2-mimétiques de courte durée d'action inhalés; ayant eu des antécédents d'exacerbations d'asthme ayant nécessité une intervention médicalisée. Une surveillance médicale attentive des effets indésirables dose-dépendants est nécessaire chez les patients consommant de façon fréquente des doses journalières élevées de Symbicort Turbuhaler pour soulager leurs symptômes d'asthme. Doses recommandées: Adultes (18 ans et plus): La dose d'entretien recommandée est de 2 inhalations par jour, données soit en une inhalation le matin et le soir ou 2 inhalations le matin ou le soir. Pour certains patients, une dose d'entretien de 2 inhalations deux fois par jour peut être appropriée. Les patients doivent prendre 1 inhalation additionnelle à la demande en réponse à des symptômes. Si les symptômes persistent après quelques minutes, une autre inhalation doit être prise. Pas plus de 6 inhalations doivent être prises en une seule occasion. Une dose quotidienne totale de plus de 8 inhalations n'est généralement pas nécessaire, cependant, une dose quotidienne totale de 12 inhalations peut être utilisée pour une période limitée. Les patients qui utilisent plus de 8 inhalations par jour devraient être fortement conseillés de consulter un médecin. Ils doivent être réévalués et leur traitement d'entretien doit être reconsidéré. Enfants et adolescents de moins de 18 ans: entretien Symbicort et de secours n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents. BPCO: Adultes: 2 inhalations deux fois par jour. Contre-indications: hypersensibilité (allergie) au budésonide, de formotérol ou au lactose inhalé. Effets indésirables: Depuis Symbicort contient à la fois du budésonide et de formotérol, le même schéma d'effets indésirables tels que déclarés pour ces substances peut se produire. Aucune augmentation de l'incidence des effets indésirables n'a été observée après l'administration concomitante des deux composés. Durée de vie: 2 ans. Précautions particulières de conservation: Ne pas stocker au dessus de 30 ° C. Conserver le récipient bien fermé. Informations complémentaires disponibles sur demande à l'adresse ci-dessous :



**AstraZeneca**  
AstraZeneca Middle East & North Africa-MENA  
14C, Ahmed Kamel Street  
New Maadi, Cairo - 11435 Egypt  
Tel: +20 (2) 25170661/2/3  
Fax: +20 (2) 25170664



## RESUMES DE PLENIERES ET CONFERENCES

### PLENIERE 1 : Poumon et environnement tropical

**Conférence 1:** Interactions Environnement - Poumons

**Conférence 2:** Pollution atmosphérique en Afrique

**Conférence 3:** Asthme et environnement tropical

Symposium ASTRA ZENECA

**Conférence 4:** Asthme et environnement intérieur

Session 3: EFP/SPLF

**Conférence 5 :** "La médecine fondée sur l'épreuve de l'expertise et de la raison: Intuition et Raison en médecine "

### PLENIERE 2: Maladies orphelines en Pneumologie tropicale

**Conférence 8:** Aperçu général et PEC des maladies orphelines

**Conférence 9:** La sarcoïdose en milieu tropical

Session 5 A: **Syndrome d'Apnées durant le sommeil**

**Conférence 11:** Le syndrome d'apnées durant le sommeil : physiologie et physiopathologie

**Conférence 12 :** Le couple cœur/poumon normal à l'Epreuve du sommeil normal, ou les paradoxes de la normalité endormie

Session 6: **Conférences**

**Conférence 15 :** Place de la radiographie thoracique dans la tuberculose

### PLENIERE 3 : Tuberculose et mycobactérioses atypiques

**Conférence 16:** Diagnostic de la Tuberculose en 2013:

**Conférence 17:** Tuberculose et multirésistance en Afrique : Etat des lieux et perspectives

**Conférence 19:** Pleurésie purulente tuberculeuse : Place de la chirurgie

## Conférence 1

### Environnement et santé respiratoire

Professeur Ali Ben KHEDER

« Préservons notre planète car nous n'avons pas une de rechange » voici le slogan le plus utilisé pour prévenir les dégâts causés par la pollution et les autres facteurs tels que le développement industriel, l'agriculture intensive, le transport...

Une des premières répercussions ressentie est le réchauffement climatique avec une augmentation moyenne de 0,6 degré Celsius due surtout aux gaz à effet de serre.

Celle-ci est à l'origine de variations climatiques majeures ayant un impact sur la qualité de l'air, de l'eau et même des aliments qui sont porteuses de maladies nouvelles ou d'aggravation de maladies aiguës ou chroniques connues avec augmentation de leur prévalence et de leur morbidité.

A titre d'exemple, nous prendrons le cas des maladies allergiques du fait de l'allongement des saisons polliniques. En effet, la rhinite et l'asthme qui en sont les expressions les plus fréquentes voient leur prévalence et leur sévérité augmenter avec une symptomatologie plus marquée et surtout une plus grande résistance au traitement.

Le même constat peut se faire aussi pour la BPCO car les variations de notre environnement aboutissent par les dépôts particulaires acides à la constitution d'un stress oxydatif permanent favorisant la mise en place d'un état inflammatoire chronique. Ce même phénomène peut être à l'origine chez les enfants d'infection viro-induites aussi bien des voies aériennes supérieures qu'inférieures.

Il a été aussi noté que chez les non tabagiques un pourcentage relativement important des cancers broncho-pulmonaires serait dû à ces changements de la qualité de notre environnement.

A l'heure actuelle, plusieurs conférences internationales essaient de trouver une solution au problème, mais malheureusement les intérêts économiques de certains pays influents constituent un frein majeur.

Le mot d'ordre est de rester vigilant, de continuer à défendre la sauvegarde de notre planète car ça sera le plus bel héritage à offrir à nos enfants.

## Conférence 2

### La pollution atmosphérique en Afrique

Professeur Benjamin FAYOMI

La **pollution de l'air** (ou **pollution atmosphérique**) est une altération de la pureté de l'air, par une ou plusieurs substances ou particules présentes à des concentrations données et durant des temps suffisants pour entraîner un effet toxique sur l'homme ou sur l'écosystème.

Les sources de la pollution de l'air sont nombreuses. Elles sont classées en deux catégories : celles qui sont anthropiques provenant de l'action de l'homme et celles non anthropiques.

Selon une évaluation par l'OMS de la charge de morbidité due à la pollution de l'air, plus de deux millions de décès prématurés chaque année peuvent être attribués aux effets de la pollution de l'air des villes et de la pollution de l'air intérieur (provoquée par la combustion de combustibles solides). Plus de la moitié de cette charge de morbidité est supportée par les populations des pays en développement.

La présente communication se concentre sur la pollution de l'air dans quelques villes africaines dont Cotonou au Bénin. Ici, comme ailleurs, c'est le transport en commun qui est à la base de la plus grande partie de la pollution atmosphérique urbaine. On note des niveaux très élevés des polluants chimiques atmosphériques notamment les BTX. Les PM sont rarement mesurées.

On dispose de peu de données sur l'impact direct de la pollution atmosphérique sur la santé respiratoire des populations en Afrique. Nos travaux sur quelques données spirométriques ont révélé des réductions des VEMS plus importantes chez les personnes exposées que les non exposées.

Au plan réglementaire, bien que certains pays aient signé des conventions internationales, l'état de la qualité de l'air est bien loin de refléter les normes telles qu'indiquées par l'OMS dans ses lignes directrices mises à jour en 2005. C'est dire que les défis sont encore importants.

### Conférence 3

#### Asthme et Environnement Tropical

Professeur Abdoukarim S. N'GOM – Pneumologie CHU Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire)

L'asthme est connu pour être une maladie multifactorielle dont la pathogénie fait intervenir des données de l'environnement en interaction avec une prédisposition génétique. De ce point de vue, l'environnement constitue un élément à la fois inducteur du terrain asthmatique et déclencheur des épisodes de crises et exacerbations. Le vécu des patients reste étroitement lié à la nature et à l'ampleur des nuisances causées par les constituants de leur environnement.

Le milieu tropical, à l'exemple d'autres régions du globe, offre un éventail très riche et varié d'agents organiques ou inorganiques aux propriétés asthmogènes avérées de longue date mais encore trop sommairement étayées et documentées par la somme des travaux colligés à ce jour, notamment en Afrique au Sud du Sahara. Or, il paraît suffisamment établi que tous les types d'exposition à quelques rares exceptions sont notoirement présents tant dans les milieux extérieurs, intérieurs que professionnels ; avec, au regard des enquêtes réalisées, une morbidité accrue par asthme.

Les principaux facteurs de cette situation alarmante sont représentés par les conditions climatiques (associant chaleur quasi-permanente et forte humidité), une pollution urbaine croissante dans les villes africaines ainsi qu'une sensibilisation aux allergènes respiratoires et digestifs en nette progrès. Au vu des évolutions sociétales en cours, sous l'impulsion de la modernité et des exigences du développement industriel, les perspectives d'un impact considérable de ces facteurs environnementaux peuvent être légitimement redoutées, à court, moyen et long termes.

Par conséquent, il paraît plus que jamais opportun d'explicitier cette épidémiologie en pleine évolution, au double plan analytique et descriptif. Il s'agit, à l'évidence, d'un vaste chantier qui à terme pourrait fournir des résultats susceptibles de permettre une amélioration et une optimisation de la prise en charge clinique des patients ; laquelle trop souvent reste limitée aux médicaments. Enfin des questions essentielles concernant l'éducation du malade, la prévention primaire et secondaire de l'asthme et des allergies pâtissent encore de cette absence de données contextuelles en milieu africain. Les programmes nationaux de lutte devraient prendre l'ensemble de ces préoccupations en compte.

### Conférence 4

#### Asthme et pollution intérieure

Professeur Kigninman HORO

*Service de Pneumologie du CHU de Cocody ; Côte d'Ivoire.*

L'asthme, maladie inflammatoire chronique des bronches connaît un regain d'intérêt face aux modifications environnementales. Le lien entre la pollution et la morbidité liée à l'asthme est d'un intérêt particulier tant le contrôle de l'environnement du patient a un impact sur la prise en charge des patients asthmatiques. L'environnement intérieur est le lieu où nous passons environ 90 % de temps. La pollution intérieure est de mieux en mieux explorée. Elle apparaît tributaire du mode de vie, de la pollution extérieure mais aussi des conséquences de l'urbanisation. Elle est complexe de par sa composition. Elle est fortement influencée par la pollution extérieure.

Les études expérimentales montrent que l'exposition à certains composés de la pollution intérieure induit des effets respiratoires. Dans la vie réelle, l'exposition est simultanée complexe de durée variable. Les études observationnelles mettent évidence des interactions complexes entre l'exposition et la morbidité respiratoire. Celle liée à l'asthme est associée aux principaux composants de la pollution intérieure surtout lorsque l'exposition se fait à des doses élevées. Les données d'études sont illustratives dans les pays développés. L'impact de la pollution intérieure sur l'asthme ne devrait pas être négligeable dans les pays en développement. Quelques données montrent l'impact des facteurs de pollution intérieure sur la santé respiratoire.

## Conférence 5

### La médecine fondée sur l'épreuve de l'expertise et de la raison

... Intuition et raison en médecine...

Docteur Bernard PIGEARIAS, NICE

Quels sont les outils du raisonnement médical ?

Sans doute ceux d'une Médecine fondée sur les preuves.

Ces preuves se veulent être les principes du raisonnement médical : en mettant en jeu toute son intelligence, le médecin, procédant par enchaînements de concepts donnera une conclusion diagnostique et/ou thérapeutique.

Quelle est la place à son intuition, littéralement cette vision globale d'un objet de sa pensée ?

Son expérience, partant son expertise, le guidera dans cette vision globale : est-ce l'enchaînement logique du raisonnement dont il perçoit immédiatement l'inférence, les conclusions qui lui donne « intuitivement » la certitude du résultat ?

... dans ce cas il est bien dans une médecine fondée sur l'évidence, montrant ainsi les limites de l'expression anglaise d' « evidence-based medicine » !

... car en philosophie, l'intuition est une forme de connaissance immédiate qui ne recourt pas au raisonnement : l'intuition serait ainsi « l'évidence ».

Au raisonnement, l'on répondra par « c'est logique »,

A l'intuition l'on répondra par « c'est évident ».

Le médecin dans ses racines sémantiques est l'homme de la pensée : « mederi » /penser ; c'est donc à travers sa réflexion, qu'il va panser, donner ses soins.

Cette réflexion utilisera les voies de la logique et de la raison, ou les voies de la perception intuitive du diagnostic et du soin appropriés...

La médecine reste ainsi un art, sans doute aussi celui d'utiliser des sciences ...

## Conférence 8

### Maladies orphelines respiratoires au sein de l'espace SAPLF

Professeur Kigninlman HORO

Service de Pneumologie du CHU de Cocody ; Côte d'Ivoire.

Les maladies orphelines sont des maladies rares le plus souvent sans traitement. Leur rareté explique l'absence d'investissement financier des firmes pharmaceutiques ; le retour sur investissement n'étant pas possible.

Dans les pays en voie de développement, il faut ajouter à cette approche de définition l'inaccessibilité des diagnostics et ou traitement dans les pays pauvres; soit du fait d'un plateau technique inadéquat, soit du fait de la pauvreté de la population. Il faut relever les urgences épidémiologiques qui s'imposent aux systèmes et aux acteurs de santé. La liste des maladies orphelines est longue dans les pays en développement et devrait varier en fonction de la distribution du plateau technique. Dans les services de Pneumologie, la tuberculose et les pneumopathies aiguës et leur complication sont les deux pathologies dont la prise en charge est relativement accessible, donnant l'impression que les autres entités n'existent pas dans les pays en développement.

L'hôpital public doit être interpellé pour une prise en charge globale de la santé respiratoire, agressé chaque jour d'avantage. Les fondations pour la recherche médicale respiratoire sont à susciter.

## Conférence 9

### La sarcoïdose en milieu tropical

Professeur Serge Médard KOUAO. DOMOUA

Service de pneumo-ptysiologie, CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

#### Introduction

La sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schauman (BBS) est une maladie inflammatoire multisystémique d'étiologie indéterminée, dont la confirmation formelle est assurée par une histologie évocatrice, le granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse. La localisation intra-thoracique exclusive ou contemporaine d'autres types de foyers est observée dans plus de 90% des cas notés en Europe.

Peu de publications ont été consacrées à cette pathologie en milieu tropical et plus particulièrement en Afrique au sud du Sahara.

#### Objectif

Présenter les principales caractéristiques cliniques et évolutives de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire en milieu tropical africain.

#### Méthodologie

Revue systématique de la littérature relative aux cas de sarcoïdose médiastino-pulmonaire prise en charge en milieu tropical africain.

#### Résultats

Les rares séries hospitalières documentées ayant fait l'objet de publications dans des revues médicales de spécialité sur la sarcoïdose médiastino-pulmonaire en milieu tropical africain, indiquent que cette pathologie est l'apanage de l'adulte jeune avec comme singularité, une plus grande prédisposition chez le sujet de sexe masculin, contrairement aux séries européennes où il a été constaté un équilibre ou une légère ascendance féminine.

Au moment du diagnostic de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire, les patients sont pour la plupart à un stade symptomatique de la maladie, marqué par la présence de signes fonctionnels respiratoires dominés par la toux grasse et la dyspnée d'effort, les cas de découverte fortuite étant très peu nombreux.

Ceci est en concordance avec le taux relativement élevé des patients aux stades II ou III de la classification de Siltzbach qui représente 73 à 94% des séries concernées.

Sous traitement essentiellement constitué d'une corticothérapie au long cours, l'évolution radio-clinique est favorable en Côte d'Ivoire dans 75% des cas, dans un délai moyen d'environ 240 jours et chez 73% des sujets de race noire en Afrique du Sud.

#### Conclusion

Les aspects cliniques, radiographiques et évolutifs de la sarcoïdose médiastino-pulmonaire en milieu tropical africain semblent classiques, comparables à ceux déjà décrits dans les séries européennes et américaines.

**Mots-clés** : Sarcoïdose-Radiographie thoracique-Corticothérapie.

## Conférence 11

### Généralités sur le syndrome d'apnées du sommeil

Docteur Franck SOYEZ

Le sommeil représente 30% de la durée de notre vie. Il permet la mise au repos de notre système cardiovasculaire, participe à l'homéostasie endocrinienne et régule le fonctionnement cérébral optimisant les processus d'apprentissage et de mémorisation.

Les pathologies du sommeil sont fréquentes, diverses. Les données épidémiologiques confirment leur caractère ubiquitaire, en particulier en ce qui concerne le syndrome d'apnée du sommeil (SAS), pathologie du sommeil la plus fréquente.

Cette fréquence de l'ordre de 4% de la population semble homogène sur tous les continents. Le SAS intéresse toutes les tranches d'âge de la population.

L'impact de cette maladie est majeur, tant sociétal (performances dans le monde du travail mais aussi des étudiants, des enfants scolarisés; accidentologie; perte d'autonomie pour les plus âgés d'entre nous) que sur le plan de la santé : qualité de vie mais surtout facteur de risque cardiovasculaire reconnu.

Reconnaître le SAS nécessite des connaissances sur les autres pathologies du sommeil, du matériel diagnostique spécifique, et un savoir faire délicat.

Son traitement peut être simple et définitif (interventions chirurgicales chez l'enfant et le jeune adulte par exemple) ou consister à le corriger sans le guérir à l'aide de différentes techniques : traitement positionnel accessible à tous les moyens financiers, orthèses dentaires, ou mise en place d'aide respiratoire nocturne: les PPC.

Pathologie fréquente et sévère, le syndrome d'apnée du sommeil, nécessite pour être reconnu et traité une formation spécifique, théorique et pratique, formation dont doivent maintenant bénéficier tous les acteurs de santé concernés (pneumologues, neurologues, ORL, pédiatres, cardiologues).

C'est la finalité du DUFRAS/ PCR, diplôme universitaire francophone que met en place l'Espace Francophone de Pneumologie, en partenariat avec la SPLF et la SFRMS.

## Conférence 12

### Le couple cœur/poumon normal à l'épreuve du sommeil normal ou les paradoxes de la normalité endormie

Docteur Bernard PIGEARIAS, Nice, France

Qu'est-ce la normalité ?

Un repère sera orthonormé si on lui impose une valeur d'angle pour se définir...

Mais qu'en est-il du sommeil ?

Existe-t-il un sommeil qualifié de normal identique tout au long de la vie ?

Les valeurs biochimiques se définissent comme normales autour d'une valeur médiane entourée de son écart-type : elles évoluent dans un équilibre homéostatique fondée sur le demande de chaque organe. La « loi » de l'offre et de la demande ne s'applique pas en biologie. Un organe ne répondra qu'à la sollicitation selon sa fonction propre, mais ne proposera pas d'offre : il ne saurait exister une offre supérieure à la demande.

Toutefois le pathologique sinon la désadaptation, sera, dès lors que l'organe sollicité ne pourra répondre à la demande.

Le pneumologue connaît bien cela avec la régulation de la ventilation et les besoins en oxygène. Le maintien de l'homéostasie est la garantie de l'équilibre du vivant, de sa capacité à survivre dans son environnement, dans une nécessaire adaptation qui relève de l'entropie, recyclage infini de l'énergie, le comburant oxygène étant le préalable à la chimie de la vie, la biochimie.

Ceci vaut pour tout le monde vivant, végétal et animal. Toutefois, ce dernier règne, celui de la matière vivante animée, ne fait pas que s'animer, se mouvoir, il a une spécificité très particulière, il dort, et cela selon des modalités qui sont propres à chaque espèce animale : nous sommes au-delà de l'homéostasie, nous sommes dans la dimension de la temporalité et de la spatialité qui évoluent justement dans l'instant vécu (l'âge) et l'espace où vit l'espèce (l'adaptation au milieu).

Nous devrions ainsi parler de normalité temporo-spatiale adaptative du sommeil, et cela pour chaque espèce animale.

La physiologie humaine décrite fut pendant des décennies celle du sujet au repos. Mais ce repos existait-il ? Une mesure réalisée chez le sujet assis, couché ou sans activité peut sans doute être considéré comme une mesure réalisée au repos, en tout cas sans dépense énergétique liée à une charge imposée. Toutefois, il s'agit d'une mesure effectuée durant la veille du sujet, sinon, il eût fallu faire la mesure en dépense énergétique minimale, mais il s'agirait alors de sommeil. Car le repos n'existe pas, il est une phase toujours transitoire, entre les activités d'éveil, plus ou moins énergétiquement coûteuses et le sommeil.

Comme toujours, c'est la capacité d'adaptation du passage d'un état à l'autre qui revêt un intérêt majeur, toute inadaptation engendrant le pathologique.

#### Références

1-Pigearias Bernard.

*Physiologie : de la naissance du vivant à son accomplissement. . . Une balade sémantique aux sources de la nature*

*Physiology: From the birth of life to its accomplishment. . . A semantic journey at the sources of nature Revue des Maladies Respiratoires (2012) 29, 945—949*

2-Pigearias Bernard.

*Le couple cœur/poumon normal à l'épreuve du sommeil normal ou les paradoxes de la normalité endormie*

*La Lettre du Pneumologue • Vol. XII - n°1-2 - janvier-février-mars-avril 2009 6-10*

<http://www.edimark.fr/publications/articles/15239.pdf>

#### Conférence 15

##### Faut-il revoir la place du cliché de thorax dans la recherche des cas de tuberculose (TB), au vu du résultat des enquêtes de prévalence, dans les pays de forte endémie ?

P. L'Her<sup>1</sup>, E. Leroy Terquem<sup>1</sup>, L. Phonekeo<sup>2</sup>, P. Siphantong<sup>2</sup>, Saint Saly<sup>3</sup>, J. Sebert<sup>2</sup>, B. Cauchoix<sup>4</sup>, I. Law<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Soutien Pneumologique International, Paris, France,

<sup>2</sup>Centre National de la Tuberculose, Vientiane, RDP Lao,

<sup>3</sup>CENAT Phnom Penh, Cambodge, <sup>4</sup>Fondation Raoul Follereau Antananarivo, <sup>5</sup>OMS Genève.

Après avoir longtemps nié l'intérêt diagnostique du cliché de thorax pour la TB, l'OMS recommande maintenant la radiographie numérique. Le cliché, utile pour le diagnostic des TB pulmonaires à microscopie négative (TPM-), est actuellement demandé pour un patient M(-), avec tableau clinique évocateur.

Plusieurs pays d'Asie et d'Afrique ont réalisé des enquêtes de prévalence. Dans des clusters randomisés, représentatifs du pays, toutes les personnes sont interrogées, examinées et radiographiées, avec examen direct et culture, en cas de symptômes et/ou anomalie radiologique. Les résultats interpellent sur la stratégie de dépistage de la TB : dans les TB à culture positive (C+), l'examen direct est plus souvent négatif que positif ; la moitié de ces TB (C+) sont asymptomatiques, diagnostiquées par la radiographie. Dans l'enquête laotienne, les sujets symptomatiques avec microscopie positive (cas actuellement dépistés par le PNT), représentent seulement 30% des TB confirmées.

Les médecins des pays de forte endémie doivent être conscients d'utiliser une stratégie, qui dépiste les sujets les plus contagieux, mais méconnaît plus de 50 % des TB. Il faut, comme le recommande l'OMS élargir les indications du cliché thoracique pour les groupes à risque, en particulier les contacts étroits d'un patient M(+). La formation des médecins à la lecture du cliché doit être renforcée pour que des aspects typiques d'une autre pathologie (cancer, DDB,...) ne soient plus classés à tort TPM-, et que les petites opacités rétro claviculaires, vraies TPM-, ne soient pas méconnues.

Conférence 16 : PROJET FER UNE COLLABORATION  
À L'ÈRE DE L'ESPACE FRANCOPHONE DE  
PNEUMOLOGIE

Conférencier : Yves Tremblay, PhD, Professeur Titulaire

Axe reproduction, santé périnatale et santé de l'enfant-  
CRBR Directeur IRSC-ISFH-NET Gender Differences  
and Premature Infants

Directeur Réseau FRQS en santé respiratoire

Yves.tremblay@crchul.ulaval.ca

Adresse de correspondance

Centre Hospitalier Universitaire de Québec, CRCHUL

Bureau T-1-49 2705, Laurier Boulevard, Québec

Canada G1V 4G2

Le projet FER-EFP: Pourquoi, Qui et Comment

Introduction: Le projet FER, pour Formation-Education-  
Recherche est né suivant la rencontre de l'Espace  
Francophone de Pneumologie en août 2012, à Québec  
et concrétise une volonté de FER quelque chose  
ensemble pour le bien des patients souffrant de  
maladies respiratoires. FER stimule une collaboration  
interactive Trans-Atlantique- Bidirectionnelle (Est-Ouest-  
Est) entre le Québec et l'EFP via diverses Sociétés  
Savantes de Pneumologie de langue française  
membres, ce qui incluse notamment les Sociétés  
Africaines de Pneumologie de Langue Française.

Pourquoi FER: Mondialement, les maladies respiratoires  
touchent de 18-20% de la population que ce soit au  
Québec ou ailleurs et que cela représente un effort  
financier important pour les sociétés gouvernantes, et ce  
fléau est en croissance dans la quasi totalité des pays.  
De plus à travers la francophonie pulmonaire le niveau  
des compétences, les ressources humaines et  
matérielles, ainsi que les besoins varient  
considérablement.

Qui: Au Québec, nos structures sont bien développés et  
riches de plusieurs années d'expériences à succès.  
Sous la gouverne du Réseau en santé respiratoire  
(RSR) du Québec, le projet FER, regroupera 3 secteurs  
névralgiques du secteur santé et maladies

respiratoires que sont Formation, Education et  
Recherche. La formation impliquera les modèles établis  
par le Réseau Québécois de l'Asthme et de la MPOC  
(RQAM) dans le cadre de ses efforts interventionnistes  
auprès des professionnels de la santé, l'éducation des  
populations cibles impliquera les approches  
développées par l'Association pulmonaire du Québec  
(APQ-FQSR), et la recherche en santé et maladies  
respiratoires sera soutenu par le RSR. Comment: En  
août 2012, lors de la rencontre de l'EFP, il a été  
convenu comme première étape d'établir une base de  
donnée qui regroupera les données de compétences  
présentes tant dans le RSR que dans l'EFP. Pour  
assurer une efficacité maximale de la base de données,  
il est important, que lorsqu'applicable, que certains  
besoins spécifiques soient mentionnés.

Conclusion: Le projet FER, c'est une collaboration  
internationale entre divers intervenants, c'est un projet  
de réseautage international, pour soutenir un  
apprentissage efficace, favoriser un meilleur  
apprentissage pour les praticiens cliniques, développer  
de nouvelles collaborations de recherche. FER stimulera  
le partage efficace des outils de recherches cliniques et  
de recherches biomédicales. FER soutiendra des efforts  
pour développer des partenariats de recherches  
stratégiques et structurantes dans les domaines  
interdisciplinaires de la recherche qu'ils soient dans les  
secteurs biomédicaux, cliniques, santé des populations,  
accessibilité aux services de santé.

### Conférence 17

#### Diagnostic bactériologique de la tuberculose en 2013

Professeur Séverin. Y. ANAGONOU, Docteur Dissou. AFFOLABI, Mr. F. FAIHUN

Laboratoire de Référence des Mycobactéries /Programme National contre la Tuberculose BENIN

Le développement, ces dernières années de nouvelles méthodes de diagnostic de la tuberculose permet d'accroître les capacités de dépistage et de mise sous traitement rapide des cas de tuberculose, et plus particulièrement de toutes les formes classiquement qualifiées de Tuberculose à microscopie négative et des cas de tuberculose Multirésistantes.

Mais, force est de constater que si ces méthodes de diagnostic sont très utiles pour des indications précises, leur mise en place et surtout leur extension généralisée dans les Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT), doivent faire l'objet d'une évaluation de leur efficacité, et de leur intérêt dans l'atteinte des objectifs du PNT. A cet effet, il nous a paru opportun, à travers cette communication de :

- Revisiter les principales méthodes disponibles en 2013 pour le diagnostic et le suivi thérapeutique de la tuberculose
- Discuter des indications et des limites de ces différentes techniques
- Proposer des recommandations pour une utilisation judicieuse des différentes méthodes

Après une brève description (principe, indications et interprétation des résultats) des méthodes de coloration, culture, de détermination de la sensibilité aux antibiotiques des bacilles de la tuberculose et de caractérisation de leur ADN, nous passerons en revue les contraintes et les limites des méthodes, avant de proposer quelques recommandations issues des leçons apprises.

### Conférence 18

#### Etat des lieux et perspectives de la tuberculose multirésistante en Afrique

Professeur Christopher KUABAN

Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bamenda, Cameroun

La tuberculose multi-résistante (TB-MR) est une tuberculose provoquée par une souche de *Mycobacterium tuberculosis* résistante aux effets de l'isoniazide et de la rifampicine. L'OMS estime à près d'un million le nombre de nouveaux cas TB-MR chaque année dans le monde. Son existence dans la Région Afrique est indéniable même si son ampleur réelle n'est pas connue. Cependant sa prévalence semble être faible (<3%) parmi les nouveaux cas de TB. En revanche sa prévalence parmi les malades déjà traités semble être élevée, d'où la nécessité de cibler en priorité cette catégorie des malades pour le dépistage.

La prise en charge par le traitement long recommandé par l'OMS apparaît non adaptée à la situation des malades de la Région Afrique. Le traitement court standardisé (9 à 12 mois) semble être la meilleure alternatif pragmatique pour ses malades peu ou pas exposés aux antituberculeux de deuxième ligne.

## Conférence 19

### **Pleuresies purulentes tuberculeuses place de la chirurgie**

Professeur Mouhamadou NDIAYE  
Service CTCV CNUH Fann Dakar Sénégal

Pathologie non rare mais difficile à identifier, la tuberculose reste une étiologie importante de pleurésie purulente. Le diagnostic doit être établi sur un faisceau d'arguments cliniques, la ponction pleurale avec analyse cytochimique et bactériologique ; la radiographie qui montre une tendance à l'enkystement et aussi la ponction biopsie pleurale.

Outre le drainage qui relève de la pneumologie, la chirurgie peut aider, d'une part au diagnostic grâce à la vidéo-thoracoscopie avec biopsies et d'autre part, au traitement qui fait appel à la décortication pulmonaire et aux techniques de thoracoplastie (ostéo-plastique ou non). Le choix du patient doit tenir en compte de son état général, de l'évolution de la maladie et des moyens chirurgicaux locaux.

En Afrique, la chirurgie a encore une large place dans cette affection volontiers chronique.



### Spirobank II New,

- \* Nouvelle référence dans le domaine de la Spirométrie de Diagnostic.
- \* Nouveau design fonctionnel, idéal pour la prévention en cabinet médical, la médecine du travail et l'utilisation en hôpital.
- \* Les résultats des tests sont disponibles immédiatement sur l'écran pour l'analyse des données.
- \* Option Oxymétrie disponible, Test Spot, Test de marche, dépistage des désaturations nocturnes
- \* Tous les tests stockés dans spirobank II ® peuvent être téléchargés dans winspiroPRO®, logiciel standard avec tous les dispositifs MIR.
- \* Spirobank II ® propose une connectivité via USB et Bluetooth (version avancée)

**Contact :** MIR France  
30980 LANGLADE – France  
Tél. 0033 466 37 20 68  
[contact@mirfrance.com](mailto:contact@mirfrance.com)

## Remerciements

à :

- *Monsieur le Président de la République du Bénin, le Dr Boni YAYI,*
- *Madame le Ministre de la Santé du Bénin le Professeur Dorothee KINDE- GAZARD*
- *Monsieur le Recteur de l'Université d'Abomey Calavi*
- *Monsieur le Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou*
- *Monsieur le Doyen de la l'Ecole de Médecine de Parakou*
- *Madame l'Ambassadeur de France au Bénin*
- *Monsieur le Président de l'Espace Francophone de Pneumologie*
- *Monsieur le Président de la Société de Pneumologie de Langue Française.*

aux :

- *Laboratoires GLAXO SMITHKLINE*
- *Laboratoires ASTRA ZENECA*
- *Laboratoires SANOFI*
- *Laboratoires PHARMACOL*
- *Laboratoires SANDOZ*
- *MIR Technologie*

à :

- *Tous nos Conférenciers*
- *Tous les Congressistes*
- *Monsieur OYEDE Gilles*
- *La Pharmacie Camp Guézo*
- *Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite du Congrès.*

