

Clinique

ABCÈS PULMONAIRES A LOMÉ

A propos de 144 cas colligés dans le service de pneumo-physiologie du CHU-Tokoin de 1981 à 1993

Par O. TIDJANI, A. H. GBADOE,
M. GRUNITZKY-BEKELE, K. ADJADJA, A. LAWSON-APETOH & G. DJINADOU (1) (2)

Lung abscess in Lomé: on 144 cases collected from 1981 to 1993 at Tokoin University Teaching Hospital.

Summary: *The authors report the results of a retrospective study of 144 cases of lung abscess observed in the Pneumo-Phthysiology Department of Tokoin University Teaching Hospital of Lomé (Togo) between 1981 and 1993 for to determine epidemiological, clinical, therapeutical and evolutive aspects of this affection on West Africa. The results like those of other authors confirm still grievous evolution nowadays of lung abscess in spite of medical drugs efficacy.*

Résumé : *Les auteurs font une étude rétrospective de 144 dossiers d'abcès pulmonaires colligés au service de pneumo-physiologie du CHU-Tokoin de Lomé afin de déterminer les profils épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de cette affection dans la sous-région ouest-africaine. Les résultats, comme ceux d'autres auteurs, confirment l'évolution encore mortelle de nos jours des abcès pulmonaires malgré l'efficacité de la thérapeutique anti-infectieuse.*

INTRODUCTION

Nous avons jugé nécessaire de dresser le profil actuel de cette affection dans notre sous-région ouest-africaine, après une revue de 144 dossiers d'abcès du poumon colligés dans le service de pneumo-physiologie du CHU-Tokoin de Lomé, de janvier 1981 à décembre 1993, soit sur une période de 13 ans. Nous avons analysé les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

RÉSULTATS

La fréquence de l'abcès du poumon est faible : 1,28 % des hospitalisations dans notre service. Il y a une prédominance masculine (sex-ratio 3/1). L'âge de nos malades se situe entre deux extrêmes : 19 ans et 73 ans, avec une moyenne d'âge de 40,2 ans. Quarante-six malades sont des citadins et 98 des ruraux. On note 38,62 % de cultivateurs et 16,62 % de ménagères. Nos abcès sont à peu près répartis dans l'année et ne prédominent en aucune saison particulière. La participation des voies aériennes supérieures dans le processus infectieux, étudiée chez 51 malades,

a été positive dans 15,6 % des cas retrouvant 3 sinusites (aiguës et chronique), 4 abcès dentaires et un abcès du nez. Ces chiffres seraient probablement plus élevés si une étude systématique des cavités buccales et sinusiennes était faite chez tous les malades.

Les données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques sont résumées dans le tableau I.

Le traitement est essentiellement médical basé sur les antibiotiques utilisés par voie générale. L'association antibiotique la plus utilisée a été pénicilline G + gentamicine associé parfois au métronidazole devant une suspicion d'abcès amibien ou devant une fétidité de l'haleine avec odeur putride pouvant faire penser aux germes anaérobies. Dans notre série, aucun malade n'a été traité chirurgicalement.

L'évolution a été favorable chez 117 patients (81 %) avec guérison sans séquelles radiologiques dans 86 cas. Elle a été défavorable dans 27 cas (19 %). Nous avons noté 15 cas de décès dont 9 séro-positifs au VIH.

COMMENTAIRES

La présente série est très comparable à la revue de la littérature en ce qui concerne la prédominance masculine, les couches socio-économiques les plus vulnérables et les facteurs étiologiques (2), avec la particularité que, dans notre série, on note une forte

(1) Service de Pneumo-physiologie et des Maladies Infectieuses, BP 7318, CHU-Tokoin, Lomé (Togo).

(2) Courte note n° 1563. Accepté le 22 mars 1995.

Tab. I. — Aspects cliniques, radiologiques, biologiques et bactériologiques.

Paramètres cliniques	Nombre	%
- Facteurs prédisposants :		
• Ethylisme	45	31,25
• Tabagisme	38	26,38
• Infection par le VIH	19	40,42*
• Diabète	6	4,16
• Drépanocytose	2	1,38
- Symptômes :		
• Toux	132	91,66
• Fièvre	118	81,94
• Douleur thoracique	101	70,13
• Altération de l'état général	95	65,97
• Expectoration purulente	92	63,88
• Hémoptysie	53	36,80
• Fétidité de l'haleine	43	29,86
• Vomique	31	21,52
• Dyspnée	29	20,13
Paramètres radiologiques		
- Image hydroaérique	108	75
- Opacité diffuse non homogène	27	18,75
- Opacité avec image cavitaire	9	6,25
- Répartition topographique :		
• Poumon droit	97	67,36
• Poumon gauche	48	33,33
• Bilatéral	1	0,69
Paramètres biologiques		
- Leucocytose avec polynucléose neutrophile	128	89
- Anémie	38	26,15
- Vitesse de sédimentation supérieure à 50 mm à la 1e heure	134	93
- Hémoculture positive	2	1,38
- Sérologie VIH positive	19	40,42*
- Sérologie ambiante positive	13	9,02
Germes retrouvés		
- <i>Klebsiella pneumoniae</i>	13	
- <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9	
- <i>Enterobacter</i>	7	
- <i>Acinetobacter</i>	6	
- Streptocoque	5	
- Staphylocoque	5	
- <i>Escherichia coli</i>	4	

* 19 VIH + sur 47 demandes

prévalence d'abcès du poumon chez les sujets infectés par le VIH (40 %) et que la tranche d'âge la plus touchée est celle de 21 à 30 ans.

Sur le plan clinique, notre série ne présente pas de particularités importantes; il faut cependant souligner la longueur d'évolution avant la première consultation (2). Ce délai est la plupart du temps supérieur à un mois (47,2 %).

Malgré les mauvaises conditions des prélèvements,

les insuffisances matérielles et l'emploi aveugle des antibiotiques, les examens bactériologiques ont été positifs dans 30 % des cas. Les germes isolés les plus fréquents sont des bacilles Gram négatif dont le chef de file est *Klebsiella pneumoniae*. Mais plusieurs études ont confirmé qu'aucun germe n'est spécifique de l'abcès du poumon (1, 3). Parmi nos 19 malades séropositifs au VIH, *Klebsiella pneumoniae* a été isolé 8 fois, *Pseudomonas aeruginosa* 3 fois, *Enterobacter* 2 fois et *Candida albicans* une fois. Chez les 5 autres, aucun germe n'a pu être isolé. Le terrain fragilisé par l'infection par le VIH semble favorable aux bactéries Gram négatif.

Nous avons obtenu la guérison clinique et radiologique par le seul traitement médical dans 117 cas, soit 81 %. Ce chiffre est plus favorable que celui de BARNLET et HERRING : 68 % des cas (2) et que celui de AYOUB et KARRAY : 45 % des cas (1); il faut cependant noter que ces auteurs excluent dans leurs cas de « guérison » la persistance d'une cavité résiduelle.

Huit de nos malades ont vu leurs abcès passer à la chronicité, ce pourcentage est comparable à ceux d'autres auteurs (3, 4). Mais parmi ces malades, 6 sont porteurs du VIH.

La mortalité varie selon plusieurs auteurs de 0 à 36 % (3, 4); nous avons trouvé dans notre série 11 % de cas de décès.

CONCLUSION

Quelques particularités semblent se dégager de cette étude :

- l'âge généralement jeune de nos malades (entre 21 et 30 ans);
- l'association fréquente avec l'infection au VIH (40 % des malades ayant fait l'objet du test);
- la multiplicité des abcès chez les malades porteurs du VIH;
- long délai de l'évolution avant l'hospitalisation;
- l'absence de germes lors des examens bactériologiques dans plus de la moitié des cas;
- l'évolution aujourd'hui encore mortelle des abcès du poumon, situation aggravée par la fragilisation du terrain du fait de l'infection par le VIH.

BIBLIOGRAPHIE

1. AYOUB (A. K.) & KARRAY (H.). — Aspect actuel de l'abcès pulmonaire d'après une étude de 100 cas. *Tunis Médicale*, 1984, **62**, 131-134.
2. BARNLET (T. B.) & HERRING (C. L.). — Lung abscess: initial and late results of medical therapy. *Arch. Intern. Med.*, 1971, **2**, 217-227.
3. COURY (C.) & DELEPIERRE (F.). — Quarante observations d'abcès primitifs du poumon de l'adulte étudiés avec un recul de 5 à 10 ans. *Sem. Hôp. Paris*, 1973, **49**, 1587-1594.
4. PERLMAN *et al.* — Clinical classification and analysis of cases of lung abscess. *Amer. Rev. Rep. Dis.*, 1969, **99**, 390-398.