

Sommaire

EDITORIAL

Professeur Raymond ABOUO N'DORI

CARDIOLOGIE

Cardiomyopathie du post -partum: profil évolutif échocardiographique.....80

Jean-Baptiste Anzouan-Kacou *, Martin Edé Kadio *, Edwige Ahou Balayssac-Siransy **, Marie-Paule N'Cho-Mottoh*

**Institut de Cardiologie d'Abidjan, **Laboratoire de physiologie et d'explorations fonctionnelles, UFR Sciences Médicales d'Abidjan. Côte d'Ivoire.*

PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Les pleurésies sérofibrineuses : profil épidémiologique, clinique et étiologique de 140 cas observés à Lomé86

Prudence Ablo Wachinou*, Séraphin Komi Adjoh**, Gildas Agodopkessi **, Chimène Anouhem**, Abdou-Gafarou Gbadamassi**, Osséni Tidjani**.

** Service de Pneumo-physiologie et de Maladies Infectieuses du CHU Tokoin, Lomé, Togo et affilié au Programme National contre la Tuberculose du Bénin. ** Service de Pneumo-physiologie et de Maladies Infectieuses du CHU Tokoin, Lomé, Togo*

Les aspergilloses pulmonaires à Madagascar91

Joëlson Lovaniaina Rakotoson, Notahiana Razafindramaro, Jocelyn Robert Rakotomizao, Jobeline Rajaoarifetra, Michel Harison Tiaray, Ange Christophe Félix Andrianarisoa

Unité de Soins, de Formations et de Recherche de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Madagascar.

Etiologies des pleurésies chez le noir africain. Etude de 337 cas observés à Lomé.....98

Abdou-Gafarou Gbadamassi, Séraphin Komi Adjoh, Prudence Wachinou, Majesté Ihou Wateba, Akouda Patassi, Osséni Tidjani.

Service de Pneumophysiology et des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Tokoin, Lomé.

CHIRURGIE CARDIAQUE

Lymphome malin du myocarde voilé par une motte de fibrine. Difficultés du diagnostic et de la prise en charge à Abidjan.....103

Aimé Kirioua-Kamenan*, Antonin Souaga*, Anderson Amani*, Justin N'Dah**, Hyacinthe Ehounoud***, Michel Kangah*

Service de Chirurgie Cardiovasculaire, Institut de cardiologie d'Abidjan. **Laboratoire d'Anatomie Pathologique, CHU de Cocody Abidjan. *Service d'Anesthésie-Réanimation, Institut de cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire.*

Myxome de la valve mitrale postérieure : deux cas observés à Dakar106

Amadou Gabriel Ciss*, Pape Adama Dieng*, Papa Salmane Ba*, Lamine Fall*, Lionel Camilleri**, Mouhamadou N'diaye*

**Service de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire Dakar, Sénégal. **Service de Chirurgie Cardiovasculaire Clermont Ferrand, France*

DIVERS

Hommage au Professeur Charles DIANÉ, Chirurgien Thoracique110

Tribune.....111

Annonces113

Les pleurésies sérofibrineuses : profil épidémiologique, clinique et étiologique de 140 cas observés à Lomé

Prudence Ablo Wachinou*, Séraphin Komi Adjoh**, Gildas Agodopkessi**, Chimène AnouDEM**, Abdou-Gafarou Gbadamassi**, Osséni Tidjani**.

* Service de Pneumo-Phtisiologie et de Maladies Infectieuses du CHU Tokoin, Lomé, Togo et le Programme National contre la Tuberculose du Bénin. ** Service de Pneumo-Phtisiologie et des Maladies Infectieuses du CHU Tokoin, Lomé, Togo. Correspondance : Wachinou Ablo Prudence, Togo. Email : wachinouprudence@yahoo.fr ou wachinouprudence@gmail.com

Résumé

Objectif : Etablir le profil épidémiologique, clinique et étiologique des pleurésies sérofibrineuses. **Patients et Méthodes :** Une étude prospective allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 novembre 2010 a porté sur les patients hospitalisés pour pleurésie sérofibrineuse dans le service de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire Lomé-Tokoin. Ces patients ont été inclus consécutivement et ont systématiquement eu, à l'exception des cas de pleurésie parapneumonique, une biopsie pleurale avec examen anatomopathologique et mycobactériologique des fragments pleuraux. **Résultats :** Les pleurésies sérofibrineuses représentaient 74 % (140/189) de toutes les pleurésies de notre service. Il y avait 80 hommes et 60 femmes d'un âge moyen de 34 ans avec des extrêmes de 18 et 86 ans. La douleur thoracique était la manifestation clinique la plus retrouvée (98%). L'atteinte pleurale était à droite dans 47 % des cas. Un épanchement pleural liquidien isolé sans atteinte parenchymateuse était rencontré chez 52,8% des patients. Sur le plan biologique, 85% des patients avaient un taux de protéines ≥ 45 g/l. La formule leucocytaire était à prédominance lymphocytaire ($\geq 70\%$) dans 78,6% des cas. La culture du liquide pleural sur milieu de Lowenstein Jensen a été positive dans 3,5% alors que l'examen direct à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants était négatif dans tous les cas. La sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était positive chez 63 patients (45%). L'étiologie tuberculeuse a été retenue chez 97 patients (69,2%) avec preuve histologique chez 68 patients. Les pleurésies parapneumoniques représentaient 10,7% alors que les pleurésies néoplasiques étaient à 2,1%. Dans 17,8% des cas, le diagnostic étiologique n'a pu être posé. **Conclusion :** Le profil est celui d'un adulte jeune de sexe masculin présentant une pleurésie sérofibrineuse d'étiologie tuberculeuse. La fréquence de la tuberculose est plus élevée chez les patients infectés par le VIH. Par ailleurs la fréquence élevée des pleurésies de cause indéterminée impose une recherche étiologique plus ardue basée sur la multiplication des prélèvements biopsiques à visée histopathologique.

Mots clés : Pleurésie. Tuberculose. Adulte jeune. VIH

Abstract

Objectives: To establish the epidemiological, clinical and etiological serofibrinous pleurisy. **Patients and Methods:** A prospective study between 1 January 2009 and November 31, 2010 focused on patients hospitalized for serofibrinous pleurisy at the Pneumophtisiology department of the "Centre Hospitalier Universitaire Lomé-Tokoin". These patients were consecutively included and had systematically, with the exception of cases of parapneumonic pleurisy, pleural biopsy with anatomopathological and mycobacterial examination of pleural fragments. **Results:** Serofibrinous pleurisy accounted for 74% (140/189) of all cases of pleurisy in our department. There were 80 men and 60 women with a mean age of 34 years with extremes of 18 and 86 years. Chest pain was the most encountered clinical manifestation (98%). The pleural impairment was on the right in 47% of cases. An isolated fluid pleural effusion without parenchymal impairment was noted in 52.8% of patients. Biologically, 85% of patients had a rate of protein ≥ 45 g/l. The White Blood Cell count was predominantly lymphocytic ($\geq 70\%$) in 78.6% of cases. Pleural fluid culture performed on Lowenstein Jensen phase media was positive in 3.5%, whereas direct examination to look for acid-fast bacilli was

*negative in all cases. Serology of human immunodeficiency virus (HIV) was positive in 63 patients (45%). The tuberculous etiology was retained in 97 patients (69.2%) with histological evidence in 68 patients. Parapneumonic pleurisy accounted for 10.7% while neoplastic pleurisy were at 2.1%. In 17.8% of cases, the etiologic diagnosis could be made. **Conclusion:** The profile is that of a young adult male with serofibrinous pleurisy with tuberculous etiology. The incidence of tuberculosis is higher in patients infected with HIV. Furthermore the high frequency of pleurisy of unknown cause requires a more difficult etiological research based on the multiplication of biopsy specimens for hispathological purpose.*

Keywords: Pleurisy. Tuberculosis. Young adult. HIV

1. Introduction

La pleurésie sérofibrineuse est la présence dans la cavité pleurale d'une quantité anormale de liquide clair riche en protéines. Les causes sont multiples et les profils étiologiques peuvent différer d'une région à l'autre. Dans les pays développés, elles sont dominées par les néoplasies. En Afrique, les différentes études révèlent une prédominance de l'origine tuberculeuse. Au Togo, aucune étude n'a été consacrée spécifiquement aux pleurésies sérofibrineuses. Ce travail a pour objectif d'établir le profil épidémiologique, clinique et étiologique actuel de ce type de pleurésie.

2. Patients et méthodes

Notre étude était prospective, descriptive et a porté sur les patients hospitalisés dans le Service de Pneumo-Phtisiologie du CHU-Tokoin du 1^{er} janvier 2009 au 31 mai 2010 pour pleurésie sérofibrineuse.

Ont été inclus, les patients porteurs d'un épanchement pleural attesté par une radiographie du thorax (face) et confirmé par un liquide clair à la première ponction pleurale. Le taux de protides devait être supérieur ou égal à 45 g/l ou le rapport protides pleuraux/protides sériques $\geq 0,5$.

Les patients inclus de façon consécutive, ont bénéficié systématiquement, à l'exception des cas de pleurésie parapneumonique, d'une biopsie pleurale avec examen

anatomopathologique et culture mycobactériologique des fragments pleuraux sur milieu de Lowenstein Jensen et sur mycobacteria growth indicator tube (MGIT). La sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été systématiquement réalisée chez tous les patients.

La tuberculose a été retenue devant les arguments suivants : la présence d'un granulome tuberculeux à l'examen anatomopathologique des prélèvements biopsiques et/ou une culture positive du liquide pleural sur milieu Lowenstein Jensen ou une évolution favorable sous traitement anti-tuberculeux spécifique.

Le diagnostic de cancer était retenu sur la découverte de cellules malignes à l'examen anatomopathologique des biopsies pleurales, la persistance ou la récurrence d'une pleurésie chez un patient porteur d'un cancer primitif connu, la recherche d'autres étiologies étant négative.

La pleurésie parapneumonique était retenue devant la prédominance des polynucléaires neutrophiles du liquide pleural ($> 80\%$) et la présence d'un foyer de condensation pulmonaire.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel EpiData.

3. Résultats

Sur un total de 189 patients hospitalisés pour pleurésie pendant la période de l'étude, 140

présentaient une pleurésie sérofibrineuse (74%).

■ Données épidémiologiques :

Il y avait 80 hommes et 60 femmes. L'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 18 et 86 ans.

Dans les antécédents, la notion de contagement tuberculeux a été retrouvée dans 14 % des cas.

Dans les facteurs de risque, la consommation régulière d'alcool et/ou de tabac était retrouvée chez un patient sur quatre.

La sérologie pour le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) était positive chez 63 patients (45%) parmi lesquels 60% avaient un taux de CD4 (cluster de différenciation 4) < 200/mm³.

- Données cliniques : la douleur thoracique était présente chez 137 patients (98 %), la dyspnée chez 102 (73 %) et la toux chez 96 (68,5 %) des patients. La fièvre était présente dans 121 cas (86,4%), l'asthénie dans 117 cas (83,5%) ; l'amaigrissement dans 100 cas (71,4 %) et l'anorexie dans 84 cas (60 %).

■ Données paracliniques :

- La radiographie du thorax a été réalisée chez tous les patients. L'atteinte pleurale était droite chez 66 patients (47%), gauche chez 59 patients (42%) et bilatérale chez 15 patients (11%). Un épanchement pleural liquidien isolé sans atteinte parenchymateuse était rencontré chez 74 patients (52,8%). Dans 40 cas (28,6%), l'épanchement était accompagné d'infiltrats pulmonaires et dans 25 cas (18%) d'adénomégalies médiastinales.

- Sur le plan biologique, 119 patients (85 %) avaient, dans le liquide pleural, un taux de protides ≥ 45 g/l. La formule leucocytaire était à prédominance lymphocytaire (>70%) dans 110 cas (78,6 %).
- Sur le plan bactériologique, la recherche de BAAR (bacilles acido-alcool-résistants) à l'examen direct du liquide pleural a été négative dans tous les cas. La culture du liquide pleural sur milieu de Lowenstein Jensen a été positive chez 5 patients (3,5%). La bacilloscopie dans les expectorations était positive chez 7 patients (5 %).
- Sur le plan histologique, la biopsie pleurale a été réalisée chez 125 patients et l'examen anatomopathologique a permis de poser le diagnostic étiologique chez 75 patients (60%) dont 38 séropositifs pour le VIH. La pleurite chronique non spécifique était un aspect histologique retrouvé chez 46 patients dont 25 séropositifs pour le VIH. Dans 4 cas, les prélèvements étaient inexploitablement.

■ Données étiologiques (Tableau 1) :

- Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse a été retenu chez 97 patients (69,2%), avec preuve histologique apportée dans 70,1% des cas (68/97).
- Le diagnostic de néoplasie a été posé dans 3 cas (2,1%). Il s'agissait de localisations secondaires d'un cancer primitif connu (cancer du sein, de la prostate et du poumon : 1 cas chacun).
- Le diagnostic de pleurésie parapneumonique a été porté dans 15 cas (10,7%).
- Le diagnostic étiologique n'a pu être posé dans 25 cas (17,8 %).

Tableau 1 : Répartition des étiologies des pleurésies séro-fibrineuses selon le statut sérologique

Etiologie	VIH+ (%)	VIH- (%)	p
Tuberculeuse	52 (82)	45 (58)	0,004
Parapneumonique	1 (2)	14 (18)	0,003
Néoplasique	0	3 (4)	
Indéterminée	10 (16)	15 (20)	0,7
Total	63 (100)	77 (100)	

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

4. Discussion

Les pleurésies sérofibrineuses représentent 74% de toutes les pleurésies hospitalisées dans notre service. Cette prévalence est proche des 79,5% signalée ailleurs en milieu pneumologique africain [1,2].

Les hommes sont plus atteints que les femmes [1,2,3].

En général les patients sont jeunes avec un âge moyen de 34 ans proche de celui d'autres auteurs africains [3,4] mais il est plus bas que celui observé dans des études européennes où la première cause des pleurésies est néoplasique [5,6,7].

Les signes fonctionnels les plus fréquents dans notre série sont similaires à ceux rapportés par Zoubga au Burkina Faso [8].

La fréquence élevée de la fièvre dans le tableau clinique semble le fait de la prédominance des causes infectieuses [1].

Sur le plan radiographique, l'atteinte pleurale droite prédominante est similaire aux résultats de Ben [9] et de Rouetbi [10]. L'atteinte pleurale isolée prédominante (53,3%) est aussi retrouvée au Rwanda [11] et au Mali [12].

Sur le plan bactériologique, la négativité de la recherche des BAAR à l'examen direct des crachats est confirmée dans la plupart des séries africaines [1,2,11]. Le faible taux de positivité de la culture sur milieu de Lowenstein Jensen est aussi signalé [1,13].

La séroprévalence de l'infection au VIH dans notre série est élevée (45%) et se rapproche de celles rapportées sur le continent africain [2,13] même si en Côte d'Ivoire et au Rwanda les taux peuvent atteindre 62% [3,11].

La prédominance de l'étiologie tuberculeuse est mentionnée par d'autres auteurs africains [11,12,14]. Toutefois Rouetbi [10] a noté une nette modification du profil étiologique des pleurésies sérofibrineuses au cours de la dernière décennie en Tunisie avec une recrudescence des pleurésies parapneumoniques (31%), suivies des pleurésies néoplasiques à 27 % et la nette régression de la tuberculose à 7%. Les meilleures conditions de vie, la faible prévalence de l'infection par VIH pourraient être à la base des écarts avec les séries sub-sahariennes. Chez le sujet séropositif pour le VIH, l'étiologie tuberculeuse de 82 % de notre série est aussi observée ailleurs en Afrique de l'Ouest [1,2,3]. Par contre en France, les épanchements pleuraux liquidiens kaposiens sont plus fréquents chez les patients infectés par le VIH [5,7]. Aux USA, une prédominance des étiologies infectieuses avec des germes usuels est observée ; le bacille de Koch étant incriminé dans seulement 8,5% des cas [15]. Le profil étiologique des pleurésies chez les patients infectés par le VIH en Afrique sub-saharienne est différent de celui observé dans les pays industrialisés. L'étiologie tumorale maligne est moins préoccupante chez nous et ailleurs en milieu africain [3,11] alors qu'elle est la principale étiologie évoquée en Europe [16].

Le diagnostic n'a pu être précisé dans 17,8% des cas de notre série. Ceci peut être dû au manque d'investigations complémentaires adéquates doublées de problèmes financiers. Toutefois la pleurésie exsudative de cause indéterminée est bel et bien rapportée dans la littérature et peut atteindre un taux de 15% [17].

5. Conclusion

Le profil de nos patients est identique à celui décrit dans les autres régions africaines. C'est celui d'un adulte jeune de sexe masculin présentant une pleurésie séro-fibrineuse d'étiologie tuberculeuse. La fréquence de la tuberculose étant plus élevée chez les patients infectés par le VIH. Par ailleurs la fréquence élevée des pleurésies de cause indéterminée observée dans cette étude, impose une recherche étiologique plus ardue notamment basée sur la multiplication des prélèvements biopsiques à visée histopathologique.

6. Références

- Ouédraogo M, Ki C, Ouédraogo SM, Zoubga AZ. *Aspects épidémiocliniques de la pleurésie sérofibrineuse au Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo*. Méd Afr Noire 2000;47:386-9.
- Diallo S, Hassan M, Sissoko F, M'Baye O. *Etiologies des pleurésies dans le service de pneumologie du point G*. Mali médical 2006;11:39-41.
- Domoua K, Daix T, Coulibaly G, Bakayoko A. *Pleurésies tuberculeuses et infections à VIH en milieu pneumologique à Abidjan Cote d'Ivoire*. Rev Pneumol Clin 2007; 63:301-3.
- Rakotomizoa J, Rakotoson J, Rajaorifetra L, Razoelinirina V. *Place de la biopsie pleurale dans la recherche étiologique des pleurésies exsudatives*. Rev Mal Respir 2006;23:52-5.
- Allier I, Cadranel J, Parquin F, Denis M, Lepen De Ven C. *Pleurisy in HIV infected patients*. Presse med 2001;20:1931-4.
- Bulckaen H, Puisieux F, Dewailly P. *Pleurésies du sujet âgé*. La revue de gériatrie 2002;27:115-20.
- Cadranel J, Chouaid C, Denis M, Lebeau B. *Causes of pleural effusion in 75 HIV infected patients*. Chest 2004;104-6.
- Zoubga ZA, Ouédraogo M, Badoum G, Ouédraogo SM. *Problématique des pleurésies au centre Hospitalier National de Bobo-Dioulasso: à propos de 129 cas hospitalisés*. Méd Afr Noire 2003;50:509-12.
- Ben Samira S, Msaad S, Yangui I, Ketata W. *Les pleurésies tuberculeuses : à propos de 40 cas*. Rev Mal Respir 2006;23:46-8.
- Rouetbi N, Daami M, Battikh MM. *Les aspects étiologiques des pleurésies*. Rev Mal Respir 2004;21:104-8.
- Batungwanayo J, Taelman H, Allen S, Bogaerts S, Kagame A. *Pleural effusion, tuberculosis and HIV infection in Kigali, Rwanda*. AIDS 1993;1:73-9.
- Keita B, Traore HA, Sangare S. *La ponction biopsie de la plèvre dans le diagnostic des pleurésies à Bamako*. Méd Afr Noire 2000;40:270-4.
- Richter C, Perenboom R, Swai AB, Kitinya J. *Diagnosis of tuberculosis in patients with pleural effusion in area of HIV infection and limited diagnostic facilities*. Trop Geogr Med 2003;5:293-7.
- Bakhatar A, Loudadssi F, Haloui I, El Biaze M. *Les pleurésies au service de pneumologie (à propos de 104 cas)*. Rev Mal Respir 2004;21:58-65.
- Joseph J, Stange C, Shan S. *Pleural effusions in hospitalized patients with AIDS*. Ann Intern Med 2002;118:856-9.
- Loire R, Brune J, Vitrey D, Galy P. *La ponction biopsie pleurale à l'aiguille d'Abrams. Confrontations entre histopathologie et évolution clinique chez 1078 sujets*. Lyon med 2002;231:235-42.
- Venekamp LN, Velkeniers B, Noppen M. *Does "idiopathic pleuritis" exist? Natural history of non-specific pleuritis diagnosed after thoracoscopy*. Respiration 2005; 72:74-8.