



**PROFIL CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DES NOUVEAUX CAS DE
TUBERCULOSE PULMONAIRE BACILLIFERE AU CENTRE NATIONAL
HOSPITALIER DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DE COTONOU**

AGODOKPESSI G*, ADE G*, ADE S*, ADJOBIMEY M*, AWANOU B*, AKPONA
R*, GUENDEHOU B*, KASSA F*, AFFOLABI D*, ANAGONOU S*, GNINAFON
M*

*Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie, Faculté des Sciences de la
santé, Cotonou, République du Bénin.

Auteur correspondant : Dr Gildas AGODOKPESSI, Pneumo-Phtisiologue-
Assistant.01 BP 321, +229 21 33 15 33; +229 97 58 21 23; aggildas@yahoo.fr

RESUME

Une analyse rétrospective et descriptive des dossiers de 776 patients enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2008 a permis de dégager le profil clinique et biologique des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire.

Le délai moyen de consultation rapporté était de 3 mois avec des extrêmes de 15 jours et 4 ans ; la symptomatologie clinique était très expressive. La charge bacillaire était forte de 10 à 99 BAAR/champ microscopique en moyenne. La séroprévalence au VIH était de 18%. Dans 97% des cas, le sérotype VIH1 est retrouvé.

L'accent devra être mis sur la sensibilisation pour un diagnostic précoce, qui permettra la rupture de la chaîne de contamination.

Mots-clés : tuberculose-nouveaux cas- délai de consultation-charge bacillaire-Cotonou

ABSTRACT

A retrospective and descriptive records of 776 patients registered between 1 January and 31 December 2008 has identified the clinical and biological profile of new cases of pulmonary tuberculosis. The mean time from reported is 3 months with extremes of 15 days and 4 years, the clinical symptoms was very expressive. The bacillary load is strongly positive at 10-99 AFB / microscopic field. The HIV seroprevalence is 18%. In 97% of cases, HIV-1 serotype was found.

Emphasis should be placed on awareness for early diagnosis, which will break the chain of infection.

Keywords : Tuberculosis-new case consultation period-bacillary load-Cotonou.

INTRODUCTION

L'endémie tuberculeuse reste un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne [9]. Au Bénin, pour l'année 2008, 5499 cas toutes formes confondues ont été diagnostiqués, ce qui représente un taux de détection toutes formes confondues de 46 pour 100.000 habitants. [7].

Le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP) de Cotonou est le centre national de référence de prise en charge de la tuberculose au Bénin. Sur les 3977 cas toutes formes enregistrés en 2008, au Bénin, près de 30% (1118 cas) y ont été diagnostiqués [7]. Le contrôle de l'endémie passe par la maîtrise de la forme bacillifère qui est responsable de la transmission de la maladie dans la communauté. Une meilleure connaissance du profil clinique et biologique de la tuberculose pulmonaire bacillifère nous paraît capitale, ce d'autant plus que à notre connaissance en dehors des rapports du

Programme National contre la tuberculose, aucun travail scientifique n'a été consacré à ce sujet. C'est donc pour ces raisons que nous avons cherché à évaluer le profil clinique et biologique des nouveaux cas bacillifères au CNHPP.

MATERIEL ET METHODES

Type et cadre de l'étude

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective portant sur tous les patients présentant un premier épisode de tuberculose pulmonaire bacillifère et enregistrés dans le registre de la tuberculose au CNHP-P. Il s'agissait de patients enregistrés entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 Décembre 2008.

Critère d'inclusion

Étaient inclus dans l'étude tous les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire prouvée par la présence des bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen direct des expectorations.

Critères d'exclusion

Étaient exclus de l'étude : les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire bacillifère d'âge inférieur à 15ans, les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire non bacillifère, les cas de tuberculose extra pulmonaire et les patients ayant un antécédent de traitement antituberculeux.

Procédure de collecte de données

À partir du registre de la tuberculose et des dossiers des patients, nous avons relevé les données sociodémographiques, le délai diagnostique, les symptômes cliniques.

La bacilloscopie au diagnostic est affirmée sur la positivité de 2 au moins des 3 échantillons d'expectorations recueillies en 2 jours. Le résultat retenu est celui de la positivité la plus forte qui est présentée de la façon suivante :

+/- : moins de 1 BAAR/champ microscopique mais plus de 5 BAAR sur la lame

++ : 1 à 9 BAAR/champ microscopique

+++ : 10 à 99 BAAR/champ microscopique

+++ : Plus de 100 BAAR/champ microscopique.

Le délai diagnostique est la durée écoulée entre le début de la toux et le moment où le diagnostic était établi.

Analyse statistique

Les données ont été analysées grâce au logiciel EPI DATA, version2; la comparaison des variables qualitatives a été faite grâce au test de χ^2 , la différence était significative lorsque $p < 5\%$.

RESULTATS

Des 1118 cas de tuberculose toutes formes confondues enregistrés, 776 nouveaux cas bacillifère ont été diagnostiqués. Ils représentaient 69% des cas de tuberculose toutes formes confondues.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Age et Sexe:

La tranche d'âge la plus atteinte était celle des 25 à 34 ans (38,3 %). L'âge moyen des patients était de 33 ans (les extrêmes étaient 15ans et 80ans). Les hommes étaient deux fois plus atteints que les femmes (518 contre 238). Le sex ratio était de 2, 18.

2.2. Données cliniques

2.2.1. Délai de consultation rapporté :

Sur les 612 dossiers qui étaient correctement remplis pour cet item, la répartition des délais de consultation est représentée dans la figure N°1.



Figure N°1 : Répartition des patients suivant le délai de consultation rapporté.

Le délai moyen de consultation était de 3 mois avec des extrêmes de 15 jours et 4 ans. On n'a pas noté de différence ni entre les sexes, ni pour le statut VIH pour ce délai.

2.2.2. Symptomatologie :

La toux était la principale symptomatologie (87% des cas). Un contexte d'altération de l'état général avec amaigrissement était retrouvé dans 83 %. La fièvre était présente dans 71 % des cas. Les différents signes retrouvés sont mentionnées dans la figure N°2.

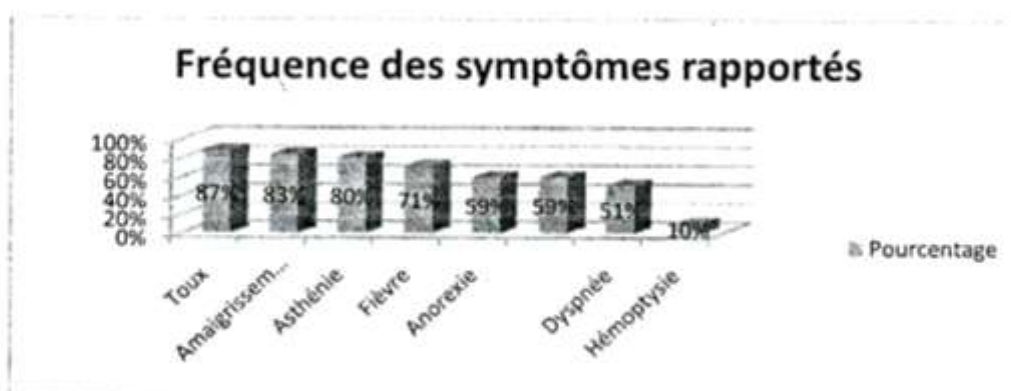


Figure N°2 : Répartition des patients suivant la fréquence des symptômes.

2.3. Données biologiques

2.3.1. Charge bacillaire et sérologie VIH:

766 patients ont été pris en compte pour l'analyse de la bacilloscopie et de la sérologie. Dans près de la moitié des cas (48%), la charge bacillaire était comprise entre 10 et 99 BAAR/champ microscopique.

Le nombre de co-infectés était de 137, la séroprévalence au VIH était de 18% (14% chez les hommes et 26% chez les femmes $p=0,0002$).

2.3.2. Type de Virus : Le VIH1 était le sérotype le plus retrouvé : 97% (133/137) des patients ; seulement trois (03) patients étaient infectés au VIH2, et 1 cas qui était infecté par les deux sérotypes à la fois.

La charge bacillaire en fonction du statut VIH est indiquée sur la figure N°3.

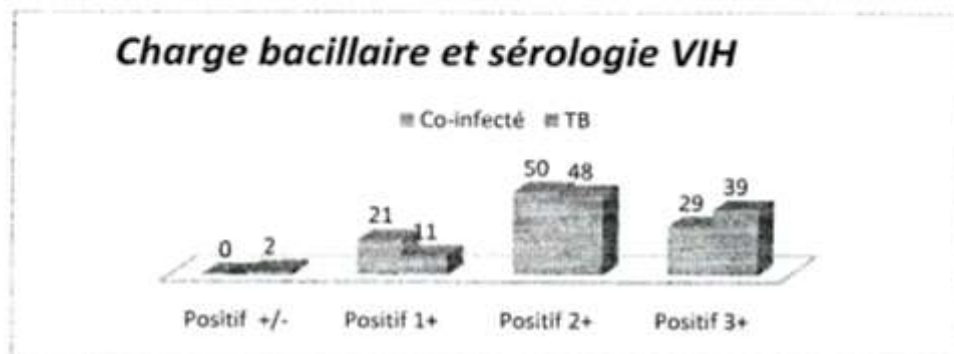


Figure N°3 : Charge bacillaire en fonction du statut VIH

La charge bacillaire chez les co-infectés ne diffère pas de celle des tuberculeux. ($p=0,0025$).

DISCUSSION

Ce travail a permis d'établir le profil clinique et biologique des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire bacillifère admis au CNHPP qui a lui seul concentre près du tiers des patients du pays.

Le caractère rétrospectif de l'étude n'a pas permis d'avoir la totalité des données des patients inclus pour certaines variables recherchées. Mais il faut préciser que pour toutes ces variables, dans tous les cas au moins 80% les données ont été disponibles et exploitées.

Néanmoins notre étude a le mérite de prendre en compte un nombre important de patients, tout au moins au regard de ceux de la littérature disponible ; Ceci permet, d'une part à nos résultats de gagner en puissance statistique et de pouvoir être généralisés à l'ensemble du pays puis dans un second temps d'être comparés à ceux retrouvés ailleurs.

Le délai rapporté entre l'apparition de la toux et le diagnostic est de 3 mois en moyenne avec

des extrêmes de 15 jours et 4 ans. Ce délai pourrait être sous-estimé vu que les patients n'avaient consulté que lorsqu'il y avait une altération de l'état général : 83% avaient un amaigrissement et 80%, une asthénie physique.

Ce retard au diagnostic a été souligné dans la plupart des travaux en Afrique subsaharienne : 3,9 mois au Sénégal [5] et 7,7 mois au Ghana [4] et au Malawi [6].

Près de la moitié de nos patients (48%) au moment du diagnostic étaient hautement contagieux et avaient une charge bacillaire comprise entre 10 et 99 BAAR/champ microscopique. Ce long délai est associé à une forte transmission de la maladie [2]. La réduction de ce délai devra être la priorité pour la réduction de la transmission dans la communauté. Une étude ultérieure pourrait être initiée pour établir la part des patients et celle du système de santé.

La classique prédominance masculine de la tuberculose a été retrouvée dans notre travail. Les hommes étaient deux fois plus atteints que les femmes (518 contre 238), soit un sex ratio de 2,18. Ce constat a été retrouvé dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne [4, 5, 6].

CONCLUSION

Les délais de consultation observés sont longs, la symptomatologie clinique est expressive, la charge bacillaire est forte. Plus du quart (18%) des nouveaux cas de tuberculose sont co-infectés au VIH. Eu égard à tout ce qui précède, l'accent doit être mis sur la sensibilisation pour un diagnostic précoce, qui permettra la rupture de la chaîne de contamination.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-DEWAN P.K, GUPTA D, WILLIAMS B.G, THAKUR R, BACHANI D, KHERA A, WARES D.F, SAHU S, REDDY D.C.S, RAIZADA N, CHAUHAN L.S. National estimate of HIV seroprevalence among tuberculosis patients in India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14(2): 247-249
- 2-GOLUB JE, BUR S, CRONIN WA, GANGE S, BARUCH N, COMSTOCK W, CHAISSON RE. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10: 24-30.
- 3- HARGREAVES N.J., KADZAKKUMANJA O., PHIRI S., NYANGULU D.S., SALANIPONI F.M.L., * HARRIES A.D., SQUIRE S.B. What causes smear-negative pulmonary tuberculosis in Malawi, an area of high HIV seroprevalence? *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(2): 113-122.
- 4-LAWN SD, AFFUL B, ACHEAMPONG JW. Pulmonary tuberculosis: diagnosis delay in Ghanaian adults. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2: 635-40.
- 5-MBATCHOU NGAHANE B.H., DIATTA A., TOURE N.O., DIA KANE Y., BA DIOP S., NDIAYE E.H.M., NIAN A, SAH BELINGA G. A., AGODOKPESSI G, NGAKOUTOU R., THIAM K., HANE A.A. Profil clinique, biologique et radiologique des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire au Centre Hospitalier Universitaire de Fann-Dakar. *Rev Mal Respir* 2008; 25: 22-6
- 6-NKHOMA WA, HARRIES AD, WIRIAMA JJ. Pulmonary tuberculosis in Malawian adults: why the delay in diagnosis? *J Med Assoc Malawi* 1988; 5: 22-3.
- 7-PROGRAMME NATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE, DNPS, MSP, BENIN. RAPPORT ANNUEL 2008. Mars 2009, 34p.
- 8- SAMB B., * SOW P.S., KONY S., MAYNART-BADIANE M., DIOUF G, CISSOKHO S, BA D., SANE M., KLOTZ F, FAYE-NIANG M.A., MBOUP S, NDOYE I, DELAPORTE E, HANE A.A., SAMB A., COULAUD J.-P., COLL-SECK A.M., LAROUZE B., * MURRAY J.F. "Risk factors for negative sputum acid-fast bacilli smears in pulmonary tuberculosis: results from Dakar, Senegal, a city with low HIV seroprevalence" *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(4): 330-336.]
- 9-WHO. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2009: Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing. Geneva, World Health Organization, 2009 WHO/HTM/TB/2009.411. ISBN 978 92 4 156380 2. 314p.

La charge bacillaire chez les co-infectés ne diffère pas celle des tuberculeux, alors qu'il est d'usage de constater qu'elle soit faible voire négative chez les co-infectés [2, 8]. Une corrélation de la charge bacillaire avec le dosage des lymphocytes CD4 circulant aurait permis de mieux expliquer cet état de choses.

Néanmoins, il convient de mentionner que le CNH-P en tant que structure nationale de référence, concentre les meilleurs microscopistes et les plus entraînés dans la réalisation de la bacilloscopie. Cet état chose pourrait expliquer cette différence de nos résultats avec ceux retrouvés ailleurs.

La prévalence de la co-infection dans notre série (18%) était plus basse que celles retrouvées dans d'autres capitales d'Afrique subsaharienne qui sont respectivement de 22%, 23% et 40% pour Accra au Ghana, Ouagadougou au Burkina Faso et Douala au Cameroun [9]. Des prévalences plus élevées ont été retrouvées au Botswana (68%) [9].

Cette prévalence dans notre travail est supérieure à celui de DEWAN à New Delhi en Inde qui est de 4,85% [1].