

ETIOLOGIES DES PLEURESIES DU SUJET AGE AU TOGO

Adambounou Amento Stéphane

Adjoh Komi Séraphin

Hamadou Bava B

Fiogbé AttanonArnauld

Aziagbé Koffi Atsu

Efalou Pouwemdéou Jacques

Gbadamassi Gafarou

Boukari Mohamadou

Kombate Damombe

Akpo Komi

Service de pneumologie – phtisiologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Darré Tchou

Amegbor Koffi

Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Sylvanus

Olympio de Lomé

Tidjani Osséni

Service de pneumologie – phtisiologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Abstract

Objective: The aim of this study was to review the current aetiologic profile of pleurisies in the elderly people.

Materials and method: We carried out a retrospective study based on the data of 126 patients, old of at least 55 years, hospitalised from January 2007 to December 2011 for pleurisy in the pneumology department of Sylvanus Olympio teaching hospital of Lome.

Results: Pleurisies represent 23,11 % of elderly people's hospitalisation motives. The Sex-ratio was 1 and the average age of the patients 65 ± 09 years old. The clinical aspect was dominated by thoracic pain (88,88 %) and cough (69,84 %). The chest X-ray revealed pleural effusion at the left side in 48,41 %, at right side in 46,83% and of medium abundance in 57,93 %. The liquid was citrine in 53,97 %, haematic in 30,95% and purulent in 15,08% . Pleurisies were of cancerous origin in 32,54 %, tubercular in 17,46 % and bacterial not tubercular in 14,58%. No aetiology had been found in 33,33 %.

The mortality was 27,78 % and due to cancers and idiopathic pleuritis in 86 % during three months' follow up.

Conclusion: Cancers are the first aetiology of pleuritis followed by tuberculosis in elderly people. The acquisition of the new means of pleural exploration is important to reduce the proportion of idiopathic pleuritis.

Keywords: Pleuritis, aetiology, elderly people, Togo

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude était de dresser le profil étiologique actuel des pleurésies chez les sujets âgés.

Matériels et méthode : Il s'est agi d'étude rétrospective portant sur 126 dossiers de patients, âgés d'au moins 55 ans, hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU de Lomé du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011 pour pleurésie.

Résultats : 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 (88,88%) puis la toux (69,84%). On objectivait, à la radiographie du thorax, un épanchement pleural liquidien à gauche (48,41%), à droite dans 46,83% des cas, de moyenne abondance (57,93%). Le liquide était citrin (53,96%) et séro-hématique (30,95%). Les pleurésies étaient d'origine cancéreuse dans 32,54%, tuberculeuse dans 17,46% et bactérienne non tuberculeuse dans 14,58%. Aucune étiologie n'avait été retrouvée dans 33,33% des cas. La mortalité était de 27,78% et due aux cancers et aux pleurésies idiopathiques dans 86% des cas en trois mois de suivi.

Conclusion : Les cancers demeurent les premières étiologies des pleurésies chez le sujet âgé, suivis de la tuberculose. L'acquisition des nouvelles techniques d'exploration de la plèvre est capitale pour réduire la proportion des pleurésies idiopathiques.

Mots clés : Pleurésies, étiologies, sujet âgé, Togo

Introduction

Les affections de la plèvre représentent en moyenne 20 à 25% des motifs d'hospitalisation dans un service de pneumologie en Afrique (Diallo S, 2006). Près de 80% de ces atteintes pleurales sont des pleurésies. Leurs étiologies sont multiples et variées. En Europe, les pleurésies non purulentes sont plus fréquentes et sont d'origine néoplasique dans 70% des cas (SAHN SA, 1998). En Afrique, les pleurésies infectieuses semblent être au premier plan (ACHY HV, 2008 ; OUEDRAOGO M, 2000 ; ROUETBI N, 2004). GBADAMASSI *et al.* (2012), dans une étude sur le sujet chez les adultes en

général, avait identifié la tuberculose comme première étiologie des pleurésies au Togo, en partie liée à l'infection VIH. Les sujets âgés représentent une catégorie de la population moins touchée par la pandémie du VIH mais qui présente ses particularités. L'objectif de cette étude était de décrire le profil étiologique des pleurésies chez les sujets âgés à Lomé.

Matériels et méthode d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour pleurésie dans le service de Pneumo-physiologie du CHU Sylvanus OLYMPIO de Lomé du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2011. Etaient retenus, les dossiers des patients âgés d'au moins 55ans, hospitalisés pour pleurésie confirmée par d'une ponction pleurale. Nous avons procédé à une revue documentaire des différents supports de données relatifs au diagnostic et à la prise en charge des pleurésies et recueilli les données socio-démographiques, cliniques, et para cliniques. Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse a été retenu lorsque l'examen histopathologique de la biopsie pleurale a retrouvé des granulomes épithélioïdes géo-giganto-cellulaires avec nécrose caséuse ou lorsque la culture du liquide et/ou des fragments pleuraux a permis d'isoler *Mycobacterium tuberculosis*.

La pleurésie cancéreuse a été retenue sur la mise en évidence des cellules malignes à l'examen cyto-histopathologique du liquide pleural ou des pièces de biopsie.

La pleurésie était dite idiopathique lorsque la recherche étiologique était infructueuse. Le diagnostic de pleurésie purulente a été retenu lorsque le liquide pleural était macroscopiquement louche ou franchement purulent et riche en polynucléaires neutrophiles. Nous avons analysé les étiologies en fonction de l'âge, au sexe, au statut sérologique au VIH, aux antécédents, aux signes généraux et à la lymphopleurie. La comparaison des données a été effectuée à l'aide du test de Khi-carré avec une différence significative pour une valeur de p supérieur à 0,05.

Résultats

Aspects épidémiologiques

La pleurésie a été le motif d'hospitalisation dans le service de 23,12% des sujets âgés. Un total de 126 dossiers avait été inclus. La moyenne d'âge des patients était de 65 ± 09 ans. Les sujets âgés d'au moins 65 ans représentaient 43,65% de notre échantillon. La sex-ratio était de 1 (Tableau I).

Aspects cliniques et para-cliniques

Le symptôme respiratoire majeur était la douleur basi-thoracique (88,88%) suivi de la toux (69,84%) qui était sèche dans 90% des cas. On avait noté un amaigrissement chez la majorité des patients (80,15%) et un contexte fébrile dans 65,87% des cas. L'examen physique, à l'admission, avait retrouvé un syndrome d'épanchement pleural liquidien à droite dans 46,83% des cas, à gauche dans 48,41% des cas et bilatéral dans 04,76%. Le liquide pleural était citrin dans 68 (53,97%) cas, séro-hématique dans 40 (30,95%) cas, purulent dans 18 (14,28%) cas et hémorragique dans 9 (7,14%) cas.

La radiographie du thorax initiale avait montré un épanchement de grande abondance dans 35,72% des cas, de moyenne abondance dans 57,93% des cas et de faible abondance dans 6,35% des cas. Dans 59,52%, il existait des lésions parenchymateuses après l'évacuation de l'épanchement pleural. Il s'agissait d'un syndrome interstitiel dans 38,09% des cas, d'un syndrome alvéolaire dans 11,90% des cas. La biopsie pleurale a été réalisée dans 88 (82,24%) cas de pleurésies exsudatives non purulentes avec examen histopathologique et culture mycobactériologique des fragments pleuraux. Chez 16 patients, une fibroscopie bronchique avait été réalisée avec mise en évidence de 05 cas d'adénocarcinome, 02 cas de carcinome à petites cellules et 01 cas de carcinome épidermoïde à l'histologie des biopsies bronchiques.

Aspects étiologiques

L'étiologie des pleurésies était infectieuse dans 34,13% des cas (17,46% d'origine tuberculeuse et 16,66% d'origine bactérienne non tuberculeuse), néoplasique (métastatiques) dans 32,54% des cas. Aucune étiologie n'avait été retrouvée dans 33,33% des cas (Tableau II). Le cancer primitif des métastases pleurales était chez la femme, d'origine gynécomammaire (17 cas dont 13 du sein), broncho-pulmonaire (1 cas) et digestive (1 cas). Chez l'homme, il s'agissait de cancer broncho-pulmonaire (7 cas), prostatique (4 cas) et digestif (2 cas). Le cancer primitif n'était pas retrouvé dans 9 cas (chez 5 femmes et 4 hommes).

L'amaigrissement (87,80%) et l'asthénie (85,36%) occupaient les premières places dans la symptomatologie générale des pleurésies cancéreuses. Un antécédent de cancer a présagé de l'origine métastatique de la pleurésie dans 08 cas sur 10.

Au cours des pleurésies infectieuses non tuberculeuses, l'examen bactériologique de 16 échantillons de liquide pleural purulent avait mis en évidence un germe dans 06 cas dont 02 *Streptococcus pneumoniae*, 02 *staphylococcus aerus*, 01 *Pseudomonas fluorescens* et 01 *Enterobacter cloacae*. Le diabète sucré était plus fréquemment associé aux pleurésies infectieuses ($p=0,021$). La fièvre, l'amaigrissement et l'asthénie

étaient les principaux signes généraux retrouvés dans les pleurésies tuberculeuses (respectivement 86%, 82% et 55%) et bactériennes non tuberculeuses (respectivement 89%, 73,78% et 73,78%).

Les pleurésies tuberculeuses, bactériennes non tuberculeuses, cancéreuses et idiopathiques étaient retrouvées respectivement dans 30,43%, 30,43%, 17,39%, et 21,73% avec une différence statistiquement non significative chez les sujets infectés par le VIH ($p=0,68$). Les sujets non infectés par le VIH avaient présenté dans l'ordre décroissant une pleurésie idiopathique (37,50%), néoplasique (32,29%) tuberculeuse (15,62%) et bactérienne (14,58%), avec une différence statistiquement significative ($p=0,001$).

Aspects évolutifs

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 18 ± 10 jours avec des extrêmes allant de 0 à 75 jours. Trente-cinq patients étaient décédés en cours d'hospitalisation, soit un taux de décès de 27,78%. Les pleurésies néoplasiques et idiopathiques étaient les principales causes de décès avec respectivement 20 cas (48,78%) et 10 cas (23,80%).

Discussion

Le caractère rétrospectif de notre étude a constitué sa principale limite. Certaines données, en particulier sur le devenir des patients après leur sortie de l'hôpital et sur certains résultats d'examen à visée étiologique ont manqué. Nous avons, comme KOUASSI B et *al.* (2005) en Côte d'Ivoire, fixé l'âge minimum du sujet âgé à 55 ans sur la base de l'espérance de vie au Togo qui était de 56,6 ans en 2012 (Banque mondiale, 2015). NECH MA et *al.* (2012) avait défini comme mauritanien âgé, tout sujet ayant 60 ans révolu.

La notion d'intoxication alcoolique et tabagique a été retrouvée respectivement dans 37,40% et 24,60% des cas. A Abidjan, le tabagisme était noté dans 14% des cas de pleurésies chez le sujet âgé (KOUASSI B et *al.*, 2005). Les cancers gynéco-mammaires étaient les principaux antécédents médicaux des femmes. Dans notre étude, 58,33% des patients étaient infectés par le VIH. A Ouagadougou (Burkina - Faso), 34,78% des sujets âgés hospitalisés pour pleurésie, étaient séropositifs au VIH selon OUEDRAOGOM et *al.* (2000).

La symptomatologie fonctionnelle révélatrice d'une pleurésie dans notre étude peut être calquée sur celle retrouvée par KOUASSI B et *al.*, (2005) et NECH MA et *al.*, (2012) dominée par la douleur basi-thoracique (88,88%), caractéristique en point de côté, et la toux (69,84%), volontiers sèche. Ce profil clinique semble ne pas être différent de celui des sujets plus

jeunes (OUEDRAOGO M *et al.* 2000; ROUETBI N *et al.* 2004 ; NECH MA *et al.*, 2012).

La perte de poids était plus marquée dans les pleurésies cancéreuses. C'est le deuxième signe général identifié dans l'étude ivoirienne (KOUASSI B *et al.*, 2005). Dans l'étude burkinabé, la fréquence de la fièvre était similaire à la nôtre (65,5%) (OUEDRAOGO M, 2000). La fièvre est d'interprétation difficile en milieu tropical même si elle était fréquemment retrouvée dans les pleurésies infectieuses. Elle peut relever d'une autre maladie infectieuse coexistant avec la pleurésie.

Les pleurésies à liquide clair étaient les plus fréquentes, suivies des séro-hématiques. Ce constat est semblable à celui des séries mauritaniennes (NECH MA *et al.*, 2012) et ivoiriennes (KOUASSI B *et al.*, 2005). La découverte d'un épanchement pleural liquidien purulent pose surtout le problème de l'agent infectieux en cause et de l'antibiothérapie efficace. Cet agent causal n'est mis en évidence que dans 37,5% des cultures dans notre série probablement du fait d'un traitement antibiotique probabiliste avant l'admission dans le service. Par ailleurs, la non réalisation systématique de la culture sur les milieux anaérobies faute de milieu de culture peut expliquer ce faible taux de positivité. A l'inverse, la présence d'un épanchement non purulent impose la réalisation d'une étude histopathologique des fragments pleuraux pour trancher entre une cause tuberculeuse et une origine néoplasique.

L'analyse de la formule cytologique a montré une lymphopleurie supérieure à 60% dans 90% des pleurésies tuberculeuses en Côte d'ivoire dans l'étude d'ACHY HV *et al.* (2008). Cette formule leucocytaire des pleurésies tuberculeuses est comparable à celle observée par AUGUSEAUS *et al.* (1971). Dans notre étude, l'hyperlymphopleurie supérieure 80% était retrouvée aussi bien au cours des pleurésies tuberculeuses, néoplasiques qu'idiopathiques. Elle ne serait donc pas pathognomonique d'une pleurésie tuberculeuse. Elle doit faire aussi évoquer la possibilité d'une pleurésie néoplasique. SAHNSA *et al.* (1998) avait établi qu'un taux de lymphocytose supérieur à 90% dans le liquide pleural était fortement évocateur d'une pleurésie tuberculeuse.

Dans notre étude, le cancer a été incriminé dans 32,54% des pleurésies chez le sujet âgé. Dans deux études portant exclusivement sur les pleurésies hémorragiques, ADJOH KS *et al.* au Togo (2014) et DOMOUA K *et al.* (1999) en Côte d'ivoire avaient trouvé que la première cause était les cancers. Ces pleurésies néoplasiques étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Dans notre étude, nous avons noté une prédominance féminine (58,54%) des pleurésies néoplasiques probablement du fait d'une prévalence plus élevée des cancers gynéco-mammaires par rapport au cancer broncho-pulmonaires dans notre pays. Pour SAHN SA *et al.* (1998), les

cancers bronchiques et gynéco-mammaires étaient les premières causes de localisation secondaire pleurale. Cela semble se confirmer dans notre étude. En effet, les cancers gynéco-mammaires sont à l'origine de 70,83% des pleurésies néoplasiques de la femme avec une nette prédominance du cancer du sein (76,47%). L'antécédent de cancer était prédictif d'une pleurésie métastatique dans tous les cas. Dans des études gabonaise et malienne (MAYI-TSONGA S et *al.* 2009 ; TOGO A et *al.* 2010) portant sur les métastases des cancers du sein, la plèvre a occupé la première position respectivement dans 25% et 26,6% des cas. Cela est lié à l'envahissement rétrograde des plexus lymphatiques sous pleuraux par des cellules néoplasiques à partir des adénopathies mammaires internes.

Les parts de tuberculose et d'infections bactériennes non tuberculeuses dans les étiologies des pleurésies du sujet âgé, respectivement 17,46% et 16,66%, semblent moindres dans notre étude. Ces parts étaient un peu plus importantes chez le sujet âgé infecté par le VIH où elles représentaient 60,86%. Selon une étude de GBADAMASSI G et *al.* (2012), la tuberculose était la première étiologie des pleurésies dans la population adulte générale sans distinction d'âge. La tuberculose demeure la première étiologie, aussi bien chez les jeunes mauritaniens que les plus âgés (NECH MA, 2012). Le profil étiologique des pleurésies du sujet âgé sénégalais était, selon NDONGO S et *al.* (2009), similaire à celui de la Mauritanie avec une forte prédominance de la tuberculose de l'ordre de 82%.

Près du tiers des pleurésies n'avait pas été élucidé dans notre série. Dans l'étude de KOUASSI B et *al.* (2005), seulement 6% des pleurésies étaient restés sans étiologie chez le sujet âgé. Ce faible taux dans les travaux de KOUASSI B et *al.* (2005) peut s'expliquer par la collaboration avec un service de chirurgie thoracique. La biopsie pleurale sous thoracoscopie pourrait contribuer à réduire la proportion de pleurésie idiopathique. Cette technique avait permis à FERRER Jet *al.* (1996) d'obtenir l'étiologie de 86,5% de pleurésies initialement de cause indéterminée.

Le dosage sérique de l'adénosine désaminase (ADA) pleurale serait d'une grande valeur diagnostique selon SMACHM et *al.* (2006) qui a pu identifier une étiologie tuberculeuse dans une série de pleurite chronique non spécifique, notant une spécificité de l'ordre de 82,6%.

Conclusion

Les pleurésies étaient le cinquième des motifs d'hospitalisation du sujet âgé dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Elles ont touché à part égale les femmes et les hommes. Leurs étiologies étaient dominées par les néoplasies. Une part importante était de causes infectieuses, notamment tuberculeuses, en rapport avec l'expansion du VIH/SIDA. La part non négligeable des pleurésies idiopathiques incite à

l'acquisition des nouvelles techniques d'investigation de la plèvre. Cela pourrait peut-être modifier le profil étiologique des pleurésies du sujet âgé.

References:

- Achy HV, N'Dhartz MS, Anon J-C, Kouassi B, Horo K, AkaDanguy E. Les aspects épidémiologiques, cliniques et cytologiques des pleurésies à liquide clair d'étiologie tuberculeuse dans un service de pneumologie à Abidjan (Côte d'Ivoire): Afrique biomédicale, 2008; 13 : 4 - 8.
- Adjoh KS, Adambounou AS, Aziagbé A, Efalou P, Gbadamassi AG, Wachinou AP et al. Pleurésies hémorragiques au CHU Sylvanus Olympio de Lomé : Aspects étiologiques et évolutifs. J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo), 2014, Série D, 16 : 185-9.
- Auguseau S, Mouriquand C, Breyton M. Intérêt de la cytologie dans le diagnostic des pleurésies. Gren. Med. Chir. 1971; 9: 439-54.
- Banque Mondiale. <http://donnees.banquemondiales.org/pays/togo>. Consulté le 24 mars 2015.
- Diallo S, Hassan M, Sissoko F, M'Baye O, Gomez P. Etiologies des pleurésies dans le service de pneumologie du Point G. Mali Médical 2006; 4 : 39 -41.
- Domoua K, Traoré F, Coulibaly M. Etiologie, des pleurésies hémorragiques en milieu pneumologique à Abidjan, Côte d'Ivoire. Médecine d'Afrique Noire, 1999; 46: 466-9.
- Kouassi B, Koffi N, Horo K, Soumahoro A, N'Gom A, Dadié E, Aka-Danguy E. Etiologies des pleurésies du sujet âgé africain dans le service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan. Rev. Pneumol. Trop, 2005:26-28.
- Mayi Tsonga S, Belembaogo E, Meye J-F. Les cancers du sein au Gabon : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. J. Afr. Cancer, 2009 ; 1:11-15.
- Ndongo S, Pouye A, Chavey SO, Ka MM. Profil actuel des pleurésies sérofibrineuses au Sénégal: Emergence des pathologies auto-immunes. Med. D'Afr. Noire. 2009, 5611: 585-91.
- Nech MA, OuldMM, Sejab A, Dahdi SA: Profil des pleurésies du sujet âgé dans le service de pneumologie du CHN de Nouakchott, Mauritanie. Rev Mal Resp 2012 ; 29 : A85.
- Ouedraogo M, Ki C, Ouedraogo SM, Zoubga AZ, Badoum G, Zigani A, Bambara M, Ouedraogo G. Aspects épidémio - cliniques de la pleurésie sérofibrineuse au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo: Médecine d'Afrique Noire, 2000 ; 47 : 386 -9.
- Rouetbi N, Daami M, Sboui L, Battikh MH, Braham W, Hergli W, El Kamel A: Les aspects étiologiques des pleurésies. Rev des Mal Resp 2004 ; 21 : 80

Sahn SA: Malignancy metastatic to the pleura: Clin Chest Med, 1998; 19: 351-61.

Smach MA, Garouch A, Charfeddine B, Ben Abdelaziz A, Dridi H, Krayem B, Limem K. Valeur diagnostique de l'activité de l'adénosine désaminase pleurale et sérique dans la pleurésie tuberculeuse. Ann. Bio. Clin., 2006 ; 64 : 265-70.

Togo A, Traoré A, Traoré C. Cancers du sein dans 2 centres hospitaliers de Bamako : Aspects diagnostiques et thérapeutiques. J. Afr. Cancer, 2010 ; 2 : 88-91.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

Variables	Nombre	Pourcentage (%)
Age		
Age < 65 ans	71	56,35
Age ≥ 65 ans	55	43,65
Sexe		
Masculin	63	50,00
Féminin	63	50,00
Statut matrimonial		
Célibataires	07	06,19
Mariés	69	61,06
Divorcés	09	07,97
Veufs	28	24,78
Statut sérologique VIH		
VIH positif	23	18,25
VIH négatif	96	76,19
VIH inconnu	07	05,55
Intoxication		
Tabagique	31	24,60
Ethylisme	47	37,30
Antécédents pathologiques		
Tuberculose	02	01,59
Cancer	10	07,94

Tableau II: Etiologies des pleurésies

	Pleurésie tuberculeuse	Pleurésie à germe banal	Pleurésie néoplasique	Pleurésie idiopathique	Total	<i>p</i>
	n(%)	n(%)	n (%)	n(%)	(n)	
Age						
[55 – 65 ans [13(18,30)	12(16,90)	20(28,16)	26(36,61)	71	<i>0,02</i>
≥ 65 ans	09(16,36)	09(16,36)	21(38,18)	16(29,09)	55	<i>0,01</i>
Sexe						
Masculin	12(19,04)	13(20,63)	17(26,98)	21(33,33)	63	<i>0,2</i>
Féminin	10(15,87)	08(12,69)	24(38,09)	21(33,33)	63	<i>0,001</i>
Statut VIH						
VIH +	07(30,43)	07(30,43)	04(17,39)	05(21,73)	23	<i>0,684</i>
VIH -	15(15,62)	14(14,58)	31(32,29)	36(37,50)	96	<i>0,001</i>
Antécédents						
Tabac	03(09,67)	06(19,35)	07(22,58)	15(48,38)	31	<i>0,003</i>
Diabète	05(55,55)	01(11,11)	03(33,33)	00(00,0)	09	<i>0,021</i>
Cancer	00(00,0)	00(00,0)	08(80,00)	02(20,00)	10	<i>0,0004</i>
Signes généraux						
Fièvre	19(22,89)	19(22,89)	17(20,48)	28(33,73)	83	<i>0,170</i>
Maigrissement	18(17,82)	15(14,85)	36(35,64)	32(31,68)	101	<i>0,462</i>
Lymphopleurie						
< 80%	12(13,95)	14(16,27)	28(32,55)	32(37,20)	86	<i>0,0003</i>
≥ 80%	10(40,00)	00(00,0)	06(24,00)	09(36,00)	25	<i>0,004</i>