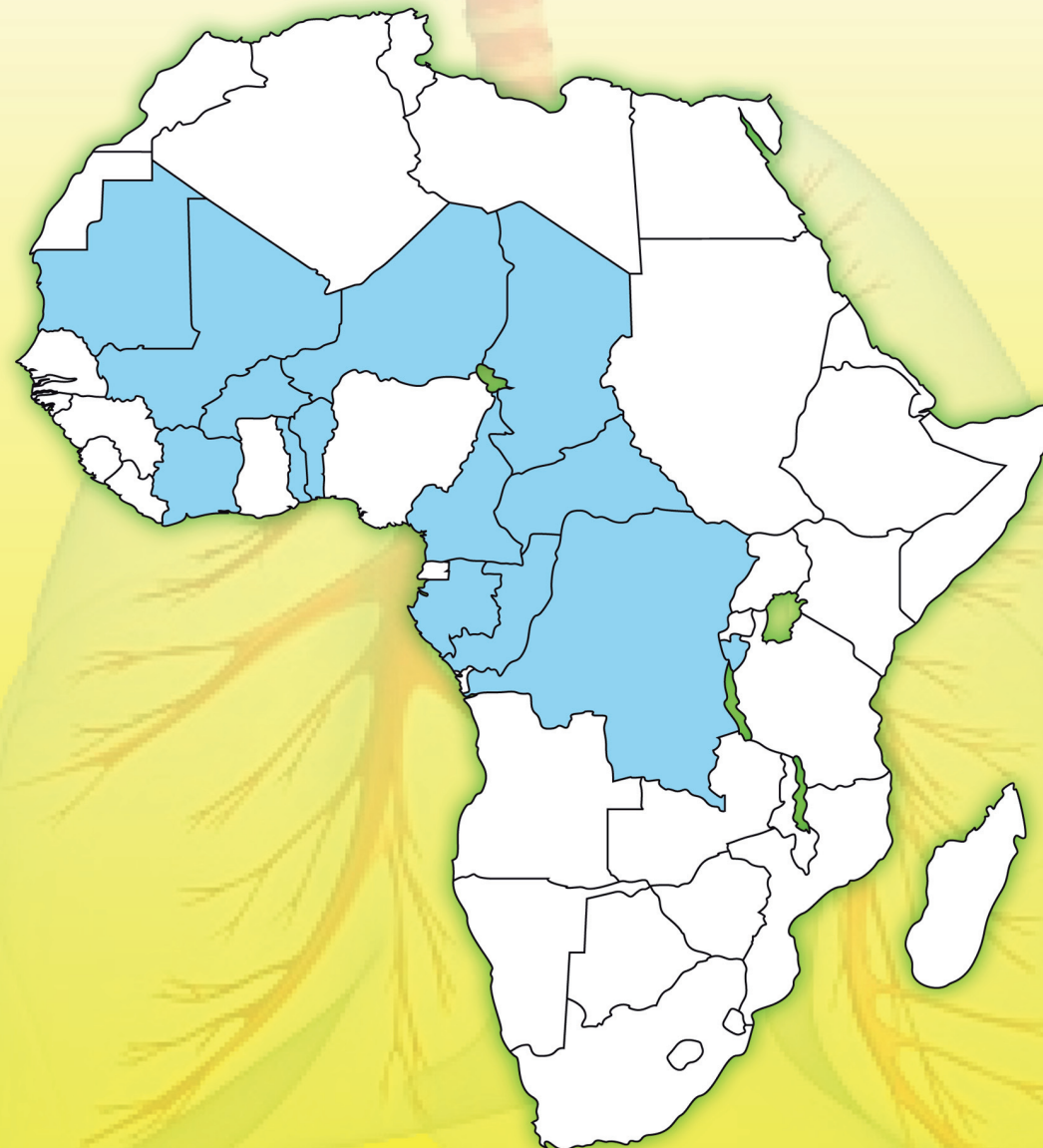


**5^{ème} congrès de la Société Africaine
de Pneumologie de Langue Française (SAPLF)**

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Mercredi 14 décembre 2011



PRÉSENTATION DE LA SAPLF

LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE (SAPLF) a été créée en 2000. Elle a pour vocation de regrouper tous les médecins pneumologues ou intéressés par la pneumologie de tous les pays d'Afrique ayant en usage le français.

Objectifs de la SAPLF

- Créer, développer des échanges entre divers praticiens s'occupant en Afrique, d'activités liées à la pathologie respiratoire ;
- Entretenir des relations étroites avec d'autres sociétés savantes africaines ou internationales ayant les mêmes objectifs, ainsi qu'avec tout organisme national ou international s'intéressant à la pathologie respiratoire ;
- Contribuer à la lutte contre les maladies respiratoires en Afrique ;
- Produire et diffuser des informations scientifiques et techniques dans le domaine de la pathologie respiratoire ;
- Initier et promouvoir les activités de soins médicaux et de recherche en matière d'infectiologie et de microbiologie, de santé publique, etc.
- Harmoniser les programmes d'enseignement sur la pathologie respiratoire.

Organes de communication

- Une revue dénommée « Revue de pneumologie tropicale » qui paraît tous les 6 mois régulièrement depuis 2004. Cette revue est reconnue depuis 2006 par le CAMES
- Un congrès international organisé tous les 2 ans dans l'un des pays membre depuis 2003.

Activités déjà menées

- **Les congrès**
 - 1^{er} congrès à Dakar (Sénégal) en 2003
 - 2^{ème} congrès à Lomé (Togo) en 2005
 - 3^{ème} congrès à Dakar (Sénégal) en 2007
 - 4^{ème} congrès à Abidjan (Côte d'Ivoire) en 2009
- La revue de pneumologie tropicale paraît tous les 6 mois régulièrement depuis 2004.

5ème CONGRÈS DE LA SAPLF

- 21 pays attendus
- 300 participants attendus
- Les thèmes : Poumon et environnement, Tuberculose / VIH

Présentation du bureau de la SAPLF	Liste des membres du Comité d'Organisation
Président Pr KOFFI Ngoran Bernard (Côte d'Ivoire)	Président d'honneur Dr ZOUBGA Z. Alain (Burkina Faso)
Vice président Pr OUEDRAOGO Martial (Burkina Faso)	Président Pr OUEDRAOGO Martial (Burkina Faso)
Secrétaire Général Pr KOUASSI Boko Alexandre (Côte d'Ivoire)	Membres Dr OUEDRAOGO Georges (Burkina Faso) Dr BADOUM Gisèle (Burkina Faso) Dr BONCOUNGOU Kadiatou (Burkina Faso) Dr BAMBARA Médard (Burkina Faso) Dr ZIGANI Adama (Burkina Faso) Dr KI Célestine (Burkina Faso) Dr BIRBA Emile (Burkina Faso) Mme DABONE Sylvie (Burkina Faso) Mr OUEDRAOGO Jean Christophe (Burkina Faso) Dr OUBDA Faïçal (Burkina Faso) Dr OUEDRAOGO Saïde Yacine (Burkina Faso) Dr SAWADOGO Lynda (Burkina Faso) Mr DONDASSE Charles (Burkina Faso)
Secrétaire général adjoint Dr DAIX A. Thomas (Côte d'Ivoire)	Président du comité scientifique Pr DRABO Y. Joseph (Burkina Faso)
Trésorier adjoint Dr BAKAYOKO – YEO Alimata Sandia (Côte d'Ivoire)	Conseil événementiel Référence service international
Trésorier adjoint GODE-BROU Constance Virginie (Côte d'Ivoire)	
Responsable scientifique Dr HORO Kigninlman (Côte d'Ivoire)	
Responsable scientifique Adjoint Dr TOLOBA Yacouba (Mali)	

SOMMAIRE

5 - 29	→ COMMUNICATIONS ORALES
30 - 35	→ COMMUNICATIONS AFFICHEES

Mercredi 14 décembre 2011

9h00 – 9h30

Conférences inaugurales :

C1 : Et si on nous contait la SAPLF.
Pr Elisabeth AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

C2 : Sommeil, de la malédiction d'Ondine au bras de Morphée.
Dr Bernard PIGEARIAS (France)

« Sommeil, d'où viens-tu ?

Dans quel monde de la nuit nous transportes-tu ?... »

Quelles formes prend le château des songes : quel est donc ce polymorphisme de nos nuits ?...

De la malédiction d'Ondine aux bras de Morphée, nous nous nourrissons des mythes grecs qui donnent sens aux mots du sommeil, à ses maux aussi.

Hypnos et Thanatos veillent sur nos nuits comme Eros et Thanatos veillent sur nos pulsions.

Mais qui sont donc ces frères jumeaux ?

Quelle est cette représentation mythologique si prégnante qu'elle irrigue notre pensée scientifique puisant dans une tradition cosmogonique méditerranéenne les mots d'une nouvelle discipline qu'il conviendra d'appeler HYPNOLOGIE ?

C'est que le médecin du sommeil, l'hypnologue, s'inscrit dans l'histoire de l'homme : les mots qui donnent forme à sa pensée, son outil privilégié, trouvent ainsi résonance dans sa culture.

D'hypnotiques en morphiniques, il poursuit ce grand mythe, ce murmure : cette transmission orale par le verbe parlé puis écrit trouve toute la justesse de son sens, sa sémantique, dans cette continuité historique.

La sémantique du sommeil éclairera le réel à travers son histoire, même dans les rêves ...

9h30 – 10h30

SESSION 1

TUBERCULOSE / VIH

Présidents : - Pr. Joseph Y. DRABO (Burkina Faso)
- Pr. Vincent ACHI (Côte d'Ivoire)

Rapporteur : - Dr Kadiatou BONCOUNGOU (Burkina Faso)

Conférences (15 minutes par conférence)

Discussions : 10 minutes

C3 : La co-infection TB/VIH état actuel de la situation au niveau mondial et défi pour les pays en développement.

Pr Alberto Matteelli¹ (Italie)

Alberto Roggi^{1,2}, Nuccia Saleri^{1,2}, Silvia Benedetti¹, Serge Diagbouga²

¹ Institute of Infectious and Tropical Diseases, University of Brescia, Italy

² Programme National Tuberculose, Ministère de la Santé, Burkina Faso

Le VIH est un important cofacteur pour le développement de la tuberculose (TB) maladie. Dans les pays à haute incidence de VIH, le contrôle de la TB n'est peut-être pas aboutir sans la mise en place des interventions spécifiques de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les programmes de contrôle VIH/Sida. Le début du traitement antirétroviral (ARV) lorsque le taux de CD4 est inférieur à 350 / mm³ est reconnu comme l'un des outils les plus puissants pour prévenir la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH. En effet, il permet de réduire d'environ 80% l'incidence de la tuberculose maladie et des récurrences. Pourtant, le risque de tuberculose chez les personnes infectées par le VIH sous traitement ARV reste plusieurs fois supérieur à celui de la population générale. En association avec le traitement antirétroviral, autres interventions préventives, comme le diagnostic précoce de la tuberculose et le traitement préventif à l'isoniazide (IPT) chez les individus infectés par le VIH, sont recommandées.

Concernant la gestion clinique des patients VIH positifs atteints de tuberculose, l'évidence scientifique suggère que le traitement ARV devrait être débuté au cours du traitement antituberculeux, indépendamment de l'état immunologique du patient. Suivant cette recommandation, il n'est plus donc nécessaire d'attendre la détermination du taux de CD4 pour débuter un traitement ARV. Chez les patients ayant un faible taux de CD4, il a été démontré un taux de survie meilleur si le traitement ARV est initié après deux semaines du début des médicaments antituberculeux. Si la numération CD4 peut être mesurée en temps opportuns, le traitement ARV pourrait commencer après la phase intensive du traitement antituberculeux en cas de patient ayant une meilleure condition immunologique.

Le choix des médicaments ARV pour les patients sous traitement antituberculeux est compliqué par les interactions médicamenteuses avec la rifampicine, mais il est relativement facile pour les patients naïfs: l'efavirenz avec deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) est efficace et bien toléré. Les personnes ayant des contre-indications spécifiques à l'efavirenz sont peu nombreuses (femmes enceintes, intolérance, infection à VIH-2): pour eux, un traitement avec trois INTI est possible, tandis que le bénéfice de la névirapine est toujours discutable.

Les principaux problèmes surviennent lorsqu'il s'agit de patients sous traitement ARV de deuxième ligne avec les inhibiteurs de protéase (IP). Une telle circonstance est devenue de plus en plus fréquente dans les pays à ressources limitées et est déjà fréquente dans l'hémisphère nord. Dans ce cadre la rifampicine peut être remplacée par la rifabutine, médicament qui peut être utilisé avec les IP. La disponibilité de la rifabutine dans les pays à faibles ressources devrait être activement encouragée.

Malgré les progrès dans l'élaboration de stratégies sûres et efficaces pour le traitement concomitant de la tuberculose et du VIH, moins de 50% des personnes co-infectées TB/VIH reçoivent actuellement un traitement adéquat.

Le problème majeur est représenté par les retards dans l'utilisation des connaissances acquises à partir des essais cliniques, dans la pratique médicale (rendre opérationnelle le traitement ARV chez les tuberculeux VIH positifs).

Les questions brûlantes sont représentées par le diagnostic rapide du VIH au cours de la tuberculose, la détermination en temps opportun des CD4 (si nécessaire), la référence des patients TB/VIH entre les différents services, le diagnostic et la prise en charge du syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (IRIS).

Ce dernier aspect revêt une importance particulière: les cliniciens ont peur de l'IRIS et pour cela ils retardent le traitement du VIH. Pourtant, il est connu que l'IRIS peut être très rarement fatale, et que les corticoïdes sont efficaces pour contrôler ses manifestations.

Le Burkina Faso connaît une épidémie généralisée de VIH avec une prévalence du 1,2% dans la population générale. En 2009, la prévalence de l'infection à VIH chez les nouveaux cas de tuberculose était de 20,3%.

Le plan triennal TB/VIH du Pays a cinq objectifs spécifiques à atteindre d'ici fin 2012:

1. La recherche active de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PvVIH) devrait être réalisée systématiquement chez 50% des malades enregistrés dans les files actives et chez 100% des patients VIH positifs lors de la mise sous ARV; 2. La mise en œuvre des mesures de contrôle de la transmission de l'infection tuberculeuse devrait être assurée dans 60% des structures ayant en charge les patients VIH positifs; 3. Le test VIH devrait être réalisé chez au moins 95% des patients tuberculeux chaque année; 4. La prophylaxie au cotrimoxazole devrait être débutée chez 98% des patients co-infectés TB/VIH enregistrés dans les registres de traitement de la tuberculose à partir de 2010; 5. Le traitement ARV devrait être initié chez 95% des patients co-infectés TB/VIH enregistrés dans les registres de traitement de la tuberculose. Le Comité national TB/VIH n'a pas adopté la stratégie de l'IPT pour les personnes infectées par le VIH.

En 2010, sur un total de 5482 cas de tuberculose enregistrés, 4726 (86,2%) ont été testés pour le VIH. Parmi les patients tuberculeux VIH positifs, 809/841 (96,2%) ont débuté le traitement préventif au cotrimoxazole et 353/841 (42%) ont reçu un traitement antirétroviral.

Les priorités actuelles pour le renforcement de la lutte contre la co-infection TB/VIH dans le pays incluent l'introduction d'un système de surveillance de la recherche active de la tuberculose chez les PvVIH; l'adoption de politiques appropriées de contrôle de l'infection dans tous les milieux de soins, et l'expansion rapide du traitement antirétroviral chez les patients TB/VIH. Une étude pilote pour l'implémentation de l'IPT sera effectuée.

C4 : Actions conjointes PNT et programme SIDA dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH.

Dr Bertrand CAUCHOIX (France)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 5 minutes

CO1 : Tuberculose et complications cardiaques dans le service de Cardiologie du CHU de Bobo-Dioulasso

Yaméogo AA, Kyelem CG, Yaméogo TM, Poda GEA, Ouédraogo SM, Rouamba MM, Toé B, Birba E, Zoubga A, Millogo A. (Burkina Faso)

CO2 : Evolution des indicateurs de la co-infection tuberculose/VIH du programme national de lutte contre la tuberculose du Burkina Faso pendant la période de 2005 à 2009

Arnaud KONSEIMBO (Burkina Faso)

CO3 : Evaluation de l'état nutritionnel des patients présentant un premier épisode de tuberculose pulmonaire à microscopie positive à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Bakayoko AS, Daix T, Coulibaly G, Koné Z, Koné A, Gnamien JJ, Domoua K. (Côte d'Ivoire)

10h30 – 11h00

Pause Café

11h00 – 12h30

SESSION 2

TUBERCULOSE NOSOCOMIALE

TUBERCULOSE/VIH

Présidents : - Pr. François BONNAUD (France)

- Pr. Serges DOMOUA (Côte d'Ivoire)

Rapporteur : - Dr Médard BAMBARA (Burkina Faso)

Conférences (15 minutes par conférence)

Discussions : 10 minutes

C5 : La tuberculose peut-elle être une maladie professionnelle en zone de forte prévalence tuberculeuse ?

o Arguments en faveur

Pr Christopher KUABAN (Cameroun)

Hôpital Jamot/ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun.

Ilya maladie professionnelle si le préjudice physique réalisé progressivement est en rapport avec l'exposition habituelle à un risque connu pour être susceptible de provoquer une maladie déterminée. Selon cette définition, la survenue de la tuberculose chez le personnel de santé notamment en zone de forte prévalence tuberculeuse peut donc être considérée comme une maladie professionnelle. Cependant, il ne peut être exclu qu'une affection tuberculeuse puisse être contractée en dehors de la profession même si celle-ci comporte l'exposition au risque tuberculeux. C'est pourquoi tenant compte de cette difficulté et afin de résoudre le problème de façon à permettre l'exercice pratique de droit de réparation, le législateur a retenu l'application du principe de la présomption d'origine. Ce principe implique que pour bénéficier d'une réparation, il suffit d'une part que le travailleur soit exposé de façon habituelle à un risque déterminé (ce qui est le cas pour le personnel de santé exposé à la tuberculose) et d'autre part que l'affection dont il est atteint répond à une définition précise énoncée dans un tableau de maladie professionnelle.

Ainsi sans nier qu'à l'heure actuelle que la tuberculose n'est pas une maladie professionnelle indemnisable, elle peut être considérée comme une maladie professionnelle non indemnisable, c'est-à-dire que les causes et les manifestations ne sont pas précisément et actuellement identifiées par les textes et n'ouvrant donc pas droit à réparation particulière.

o Arguments en défaveur

Pr Jean Marie KAYEMBE (RDC)

11 H 40 – 12 H 30**SESSION 2A**

Présidents : - Pr. François BONNAUD (France)
- Pr. Serges DOMOUA (Côte d'Ivoire)

Rapporteur : - Dr Médard BAMBARA (Burkina Faso)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO4 : Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des patients infectés par le VIH hospitalisés dans le service de Médecine Interne du CHU-YO au Burkina-Faso

Bognounou R, Kaboré B, Diendéré A, Diallo I, Zoungrana, L, Dioma S, Guira O, Tieno, H, Ouédraogo DD, Drabo Y.J (Burkina Faso)

CO5 : Evaluation de l'état nutritionnel des adultes tuberculeux pulmonaires à microscopie positive Ouagadougou, Burkina Faso

Diandé Souba, Sangaré Lassana, Sawadogo T. Léon, Gueye Abdoulaye, Mourfou Adama, Sawadogo Issaka, Ouédraogo Francis, Nèbié Bayéma (Burkina Faso)

CO6 : Profil épidémie-clinique, para-clinique et thérapeutique de la tuberculose multifocale à la clinique de pneumologie du CHNU de Fann à Dakar

Diatta A., Touré N.O., Dia Kane Y., Ndiaye E.M., Thiam K., Cissé M.F., Niang A., Mbaye F.B.R., Diémé J.L., Cissé A., Hane A.A. (Sénégal)

CO7 : Facteurs de risques des décès au cours des deux premières années après initiation du traitement ARV.

A.Diaw , K.Horo, B.Kouassi, A.Ouédrago , E.Bemba , F ;Okemba ,K Foutoupouo , B.Ahui , CV.Brou-Godé , N. Koffi , A.N'gom , E.Aka- Danguy (Côte d'Ivoire)

CO8 : Diagnostic de la tuberculose pulmonaire à frottis négatif ou extrapulmonaire au cours de l'infection à VIH et réponse au traitement antituberculeux des cas suspects dans un pays à ressources limitées

EA Diendéré ; G. Badoum ; L. Ilboudo ; R. Bognounou, O. Guira ; H. Tiéno ; A. Zoungrana ; D-D Ouédraogo ; Y.J. Drabo

CO9 : Aspects actuels de la tuberculose pulmonaire contagieuse à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA) (Côte d'Ivoire)

Djodjo1 M, Yapou Etti H1, Daix T2, Bitti K1, Kouamé AK2, Angoran B3, Assémien J4, Domoua K2. (Côte d'Ivoire)

CO10 : La tuberculose pulmonaire à microscopie négative

F.B.R. Mbaye, K. Thiam, N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.H.M. Ndiaye, M.F. Cissé, A. Niang, A.A. Hane (Sénégal)

CO11 : Place de l'accompagnateur de malade tuberculeux dans une unité de phtisiologie

G. Badoum 1, G. Ouédraogo 1, M. Compaoré 1, K. Boncounou 1, M. Bambara 1, M. Ouédraogo 1

CO12 : Protozoaires intestinaux et immunodépression au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso)

Zida Adama (1, 2) , Zerbo Martin (2), Bazié Zilma (1), Drabo Joseph (2, 3), Guiguemé Tinga Robert (2, 4) (Burkina Faso)

1^{er} congrès de la Société Burkinabé de Pneumologie (SOBUP) - Ouagadougou, Ouaga 2000 : 14 - 17 décembre 2011

11 H 40 – 12 H 30**SESSION 2B**

Présidents : - Dr Maturin DEMBELE (Burkina Faso)
- Dr Alberto ROGGI (Italie)

Rapporteur : - Dr Célestine KI (Burkina Faso)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO13 : Place de l'accompagnateur des malades séropositifs dans le service de pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)

G. Ouédraogo 1, G. Badoum 1, K. Boncounou 1, M. Ouédraogo 1, M. Ouédraogo 1 (Burkina Faso)

CO14 : Devenir des patients tuberculeux à microscopie négative suivis dans un centre antituberculeux en Côte d'Ivoire

G. Coulibaly °, Z. Kone, A.S.Bakayoko°, A.T. Daix°, C. Boni°, K. Samake°, A.D. Yapi°, K.S. Domoua (Côte d'Ivoire)

CO15 : Problématique de la sexualité des couples sérodiscordants au VIH à l'Hôpital de jour (HDJ) du CHU-YO à Ouagadougou : à propos de 80 couples

O. Guira, H. Tiéno, S. Sawadogo, LA Zoungrana, EA Diendéré, R. Bognonou, S. Dioma, R. Traoré, JY Drabo. (Burkina Faso)

CO16 : Devenir des nouveaux patients tuberculeux pulmonaire bacillifère à frottis positif à la fin deux mois de traitement dans un régime de huit mois à Lomé

K. S. Adjoh, P. Wachinou, A. . Adamounou, A. Bérénice, Wateba N, A. Dagnra, J. Zé, F. Awokou, C. Kounta, O. Tidjani (Togo)

CO17 : Facteurs prédictifs du statut « perdus de vue » au cours du traitement de la tuberculose

Kigninlaman HORO, Jean Marcel Brou AHUI, Jean Claude ANON, Virginie Constance BROU-GODE, Fatoumata KONE-KONATE, Alexandre Boko KOUASSSI, Abdoukaril N'GOM, N'goran KOFFI, Elisabeth AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

CO18 : Présentations cliniques et radiographiques de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive chez les patients tabagiques au centre antituberculeux de Treichville d'Abidjan (côte d'ivoire)

KONE Z1, BAKAYOKO AS1, DAIX T1, COULIBALY G1, DOUMBIA A1, SAMAKE K1, YAPO A1, DOMOUA K1 (Côte d'Ivoire)

CO19 : La tuberculose dans les services de médecine autres que la Pneumologie au CHU de Bobo-Dioulasso

Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Sawadogo A1, Ouédraogo SM1, Yaméogo AA1, Poda GEA1, Birba E1, Rouamba MM1, Zoubga A1, Millogo A1 (Burkina Faso)

1^{er} congrès de la Société Burkinabé de Pneumologie (SOBUP) - Ouagadougou, Ouaga 2000 : 14 - 17 décembre 2011

CO20 : Les images radiographiques peuvent elles orienter vers la tuberculose chronique à l'heure de l'infection à VIH /SIDA

Lougué / Sorgho LC, Badoum / Ouédraogo G, Kombem M, Napon AM, Diallo O, Bamouni YA, Zanga M, Ouédraogo M, Cissé R. (Burkina Faso)

CO21 : Dépistage de l'Infection à VIH : Expérience du service de Pneumo-phtisiologie du CHU Yalgado Ouédraogo

C. Traoré, K. Boncounou, G. Badoum, G. Ouédraogo, M. Bambara, M. Ouédraogo (Burkina Faso)

12h30 – 14h00**Déjeuner****14h00 – 15h30****SESSION 3****TUBERCULOSE / MDR****TB/VIH**

Présidents : - Pr. Elisabeth AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)
- Pr. Serges DIAGBOUGA (Burkina Faso)

Rapporteur : - Dr Gisèle BADOUM (Burkina Faso)

Conférences (10 minutes par conférence)

Discussions : 10 minutes

C6 : Méthodes de laboratoire pour le diagnostic et le suivi du traitement de la tuberculose MDR : situation actuelle et perspectives internationales.

Daniela Cirillo (Italie)

Centre de Collaboration de l'OMS ITA-94, Institute Scientifique San Raffaele Milan, Italie

La lutte contre la tuberculose (TB), une maladie infectieuse curable qui fait encore 9,4 millions de nouveaux cas et 1,8 million de décès par an, a été incluse entre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Le diagnostic précoce, la mise en route rapide du traitement, la prévention de la maladie dans la population par un vaccin efficace sont les outils principaux pour la lutte contre la TB. La TB multi- (MDR) et ultra-résistante (XDR) représentent une menace additionnelle et grave, en particulier là où il y a des nombreux patients co-infectés par le VIH. Pour les patients tuberculeux en faible état, les co-infectés par le VIH, ou les enfants, le délai du diagnostic, et donc le commencement d'un traitement ajusté, est crucial.

Le test moléculaire sont effectivement un avancement réel, surtout pour la rapidité et la simplicité d'emploi. Comparé à la culture, le test de référence, ils ont une sensibilité de 75-100% : un excellent résultat pour un test rapide (BAAR négative/BAAR positive), qui permet aussi le diagnostic de la TB extra-pulmonaire.

La Rifampicine peut être détectée par le test moléculaire lorsqu'il est utilisé sur une population à haut risque de MDR. Pour d'autres médicaments, en raison d'un nombre limité des mutations ciblés par les tests actuels, la valeur prédictive négative est encore insatisfaisante.

Une valeur additionnelle, sous-estimée, du diagnostic moléculaire est l'identification de la TB dans les cas à frottis positif: ce qui évite le traitement chez les patients VIH, infectés par des mycobactéries non-tuberculeuses.

Mots clés : *diagnostic précoce de la tuberculose, tuberculose résistante, test moléculaire.*

C7 : Tuberculose/MDR : Etat actuel de la situation au niveau mondial et choix thérapeutique pour les pays en voie de développement.

Dr Arnaud TREBUCQ (France)

Selon l'OMS, on estime entre 390.000 et 510.000 le nombre de tuberculeux multirésistants (MDR : résistants à rifampicine et isoniazide) dans le monde et le nombre de décès à 150.000. Ces chiffres viennent des nombreuses études menées pour mesurer la prévalence de la résistance (depuis 1994, 114 pays ont rapporté des résultats). Ils sont néanmoins à prendre avec précaution car s'il est relativement facile de mesurer la prévalence de la résistance dans une population donnée de tuberculeux, chiffrer la prévalence de la tuberculose elle-même est un exercice périlleux et les estimations au niveau mondial sont en pleine révision.

La Chine et l'Inde ont le plus grand nombre de cas MDR ; la Russie et les pays de l'ex-URSS ont les taux les plus élevés tant parmi les cas de tuberculose nouvellement dépistés (jusqu'à 28%) que parmi ceux déjà traités (jusqu'à 62%).

En Afrique, les données sont fort heureusement beaucoup moins alarmantes (moins de 2% de MDR parmi les jamais traités) et, bien que proclamé dans beaucoup de discours, on n'a jamais réussi à y montrer un lien entre VIH et multirésistance. La grande question reste la prévention de l'extension de la multirésistance grâce à une bonne prise en charge des tuberculeux présentant des germes sensibles aux antituberculeux.

Les traitements recommandés par l'OMS restent terriblement complexes (plus de 20 mois) et coûteux (plus de 3.000 Euros), mais les excellents résultats enregistrés dans différents pays d'Afrique francophone avec des traitements courts sur 9 ou 12 mois sont prometteurs et représentent probablement l'avenir.

Mots clés : *multirésistance, prévalence, traitement court*

C8 : Problématique de la prise en charge des MDR dans les pays en voie de développement à forte prévalence MDR.

Pr Souleymane DIALLO (Mali)

14 H 40 – 15 H 30**SESSION 3A**

Présidents :- Pr. Elisabeth AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)
- Pr. Serges DIAGBOUGA (Burkina Faso)

Rapporteur :- Dr Gisèle BADOUM (Burkina Faso)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO22 : Résultat du traitement de la tuberculose multiresistante au Benin

S ADE, A TREBUCQ, F KASSA, G ADE, G AGODOKPESSI, D AFFOLABI, P WACHINO, S ANAGONOU, M GNINAFON (Benin)

CO23 : Tuberculose multiresistante au Benin : aspects épidémiologiques bactériologiques et immunologiques à propos de 25 cas colligés.

S ADE, G ADE, G AGODOKPESSI, P WACHINO, F KASSA, S ANAGONOU, M GNINAFON, A TREBUCQ (Benin)

CO24 : Devenir des tuberculeux en régime de retraitement a Cotonou

AGODOKPESSI G*, ADE G*, BOHISSOU F*, ADE S*, GNINAFON M* (Benin)

CO25 : Tuberculose ultraresistante en Côte d'Ivoire

BAKAYOKO AS1, AHUI BJM2, OUEDRAOGO A2, DAIX T1, HORO K2, KONE Z1, ANON JC3, DO-MOUA K1, AKA DANGUY E2 (Côte d'Ivoire)

CO26: Continuum des soins chez les patients atteints de tuberculose multirésistante

G. Badoum 1, I.Yaméogo-Ngendakumana 2, G. Ouédraogo, A.R. Ouédraogo1, M. Ouédraogo 1 (Burkina Faso)

CO27 : Tuberculose multirésistante en Côte d'Ivoire : analyse situationnelle

Kigninlaman HORO, Jean Marcel Brou AHUI, Jean Claude ANON, Virginie Constance BROU-GODE, Fatoumata KONE-KONATE, Alexandre Boko KOUASSI, Abdoukaril N'GOM, N'goran KOFFI, Elisabeth AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

CO28 : Utilisation du test biomoléculaire dans les catégories à risque de TB-MR

Tamboura Djibril (Burkina Faso)

CO29 Itinéraire d'accès du patient TB-MR jusqu'au CHUYO

Moumouni Ouédraogo, G. Badoum, G. Ouédraogo, K. Boncounou, M. BAMBARA, M. Koumbem (Burkina Faso)

14 H 40 – 15 H 30**SESSION 3B**

Présidents : - Pr Osséni TIDJANI (Togo)
- Pr Almamy HANE (Sénégal)

Rapporteur : - Dr Georges OUEDRAOGO (Burkina Faso)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO30 : Lésion mammaire de type iv de birads : pensez également à la tuberculose mammaire

Lougué / Sorgho LC, Diallo O, Bonkougou G, Napon AM, Bamouni YA, Zanga M, Goumbri O, Cissé R. (Burkina Faso)

CO31 : Tuberculose néonatale à propos de deux cas

Napon AM, Lougué / Sorgho LC, Diallo O, Badoum G, Zanga M, Cissé R (Burkina Faso)

CO32 : Aspects à la radiographie pulmonaire chez des enfants infectés par le VIH en milieu de soins décentralisé à Bobo-Dioulasso

Nikiéma Zakari¹, Hien Hervé², Ouédraogo S. Macaire³, Diagboug Serge⁴, Ouédraogo Martial⁵, Cissé Rabiou⁶ (Burkina Faso)

CO33 : Impact de l'infection à VIH sur la tuberculose de l'enfant à Yaoundé, Cameroun

Pefura Yone Eric Walter, Evouna Mbarga Armel, Kuaban Christopher (Cameroun)

CO34 : Incidence de la tuberculose dans les prisons du Burkina Faso

Roggi Alberto (Burkina Faso)

CO35 : Les aspects actuels de la miliaire tuberculeuse dans le service de Pneumologie au CHU de Cocody

V.H Achi¹, A.R Ouédraogo², J.M.B Ahui², J.C Anon ¹, Kouassi B A², Djè Bi H¹, K. Horo², M.S N'Dhatz¹, B.N Koffi² (Côte d'Ivoire)

CO36 : Intérêt de la culture dans le diagnostic de la tuberculose à microscopie négative (TPM-) chez les patients VIH+

Y Toloba¹, BF Sissoko¹, A Keita², B Sangaré³, K Ouattara¹, D Soumaré¹, S Dao⁴, S Diallo¹ (Mali)

CO37 : Incidence des effets secondaires du traitement antituberculeux chez des patients traité au centre antituberculeux d'Adjamé

Z A Gnazé, B A Kouassi, K Horo, N Koffi, E Aka-Danguy (Côte d'Ivoire)

15h30 - 17h00

SESSION 4

COMMUNICATIONS LIBRES

15 H 30 – 17 H 00

Sessions 4A

Présidents : - Pr. Hamar Alassane TRAORE (Mali)

- Pr. Gabriel ADE (Benin)

Rapporteur : - Dr Macaire OUEDRAOGO (Burkina Faso)

Communications orales (4 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO38 : Le syndrome d'apnées du sommeil : une réalité méconnue en Afrique

S ADE, G ADE, G AGODOKPESSI, P WACHINO, M HOUENASSI, M GNINAFON (Bénin)

CO39 : Syndrome d'apnée du sommeil : 1er cas diagnostiqué et appareillé à Cotonou

AGODOKPESSI G*, ADE G*, ADE S*, CABRIOLET-CHATELAIN N, GNINAFON M* (Bénin)

CO40 : Les cancers de la glande thyroïde aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques au centre hospitalier universitaire de OuagadougouSéréme M¹, Nao EEM¹, Gyebré Y¹, Ouédraogo PB¹, Ramde WN², Ouattara M¹, Ouoba K¹ (Burkina Faso)**CO41 : Cardiomyopathie dilatée du sujet jeune au CHU-YO**

AK SAMADOULOUGOU, NV YAMEOGO, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BGY TOGUYENI, P ZABSONRE (Burkina Faso)

CO42 : Formation continue en anesthésie-réanimation : enquête auprès des participants du 25^{ième} congrès de la SARANF

BOUGOUMA Cheik T.H.W (Burkina Faso)

CO43 : HTAP précapillaire compliquant une maladie de Gougerot Sjögren

Godé Epouse BROU Constance (Côte d'Ivoire)

CO44 : Troubles du sommeil, symptômes anxio-dépressifs et facteurs de risque cardio-vasculaire chez les hypertendus au CHU-YO

GRC MILLOGO, NV YAMEOGO, KJ KOLOGO, AK SAMADOULOUGOU, BGY TOGUYENI, E ILBOUDO, P ZABSONRE (Burkina Faso)

CO45 : Caractéristiques de l'hypertension artérielle du sujet âgé noir africain : étude multicentrique à propos de 216 cas colligés à Ouagadougou (Burkina Faso).

GRC MILLOGO, NV YAMEOGO, KJ KOLOGO, AK SAMADOULOUGOU, BGY TOGUYENI, J SIMPORE, P ZABSONRE (Burkina Faso)

CO46 : Perception des risques infectieux associés aux soins par les prestataires à l'hôpital de district de Ziniaré, Burkina FasoHervé Hien¹, Maxime Drabo^{2,3}, Laurent Ouédraogo⁴, Salifou Konfé⁸, Djénéba Sanou⁵, Sylvain Zéba⁶, Sidzabda Christian Compaoré⁷, Jean Bosco Ouédraogo⁹¹ (Burkina Faso)**CO47 : Hémoptysies : caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et évolutives au CHU Tokoin de Lomé**

K. S. Adjoh, P. Wachinou, A. S. Adambounou, B. Awanou, A. Aziagbé, J. Zé, F. F. Bonnaud, O. Tidjani (Togo)

CO48 : Le cœur pulmonaire chronique : prévalence, étiologie, traitement et profil évolutif au CHU-YO de Ouagadougou

KJ KOLOGO, GRC MILLOGO, NV YAMEOGO, AK SAMADOULOUGOU, BGY TOGUYENI, M NIAONE, P ZABSONRE (Burkina Faso)

CO49 : Le traitement des endoscopes bronchiques souples immergeables et de ses accessoires

Koffi Y, Dessi D, Anon JC, Horo K, Konaté-Koné F, Gnaze Z.A, Koffi N., Aka-Danguy D. (Côte d'Ivoire)

CO50 : Rôle de l'infirmier dans une unité d'endoscopie bronchique

Koffi Y, Dessi D, Anon JC, Horo K, Konaté-Koné F, Gnaze Z.A, Koffi N., Aka-Danguy D. (Côte d'Ivoire)

CO51 : Prise en charge tomodensitométrique des douleurs lombaires à Ouagadougou au Burkina Faso : étude rétrospective de 164 cas

Lougué / Sorgho LC, Hode F, Napon AM, Diallo O, Bamouni YA, Kabré M, Zanga M, Kabré A, Cissé R. (Burkina Faso)

CO52 : Diagnostic et évolution des ictères à bilirubine conjuguée au CHU de Bobo-Dioulasso

Sawadogo A, Yaméogo TM, Kyelem CG, Nikiema Z, Ouédraogo SM, Rouamba MM, Bassolé W, Millogo A (Burkina Faso)

CO53 : Causes des anémies dans le service de Pneumologie du CHU de Bouaké

M.F. Silue, M. Ndhatz-Sanogo, J.C. Anon, H.V. Achi, H. Djè Bi (Côte d'Ivoire)

CO54 : Pathologie respiratoire du sujet âgé en milieu africain

S F Manewa, B Kouassi, A F Assomou, K Horo, J.C. Anon, D.Koné, B.Traoré, C .Nda-Koffi, K.Touré, S.Irié-Bi, A N'Gom, N Koffi, E Aka-Danguy (Côte d'Ivoire)

CO55 : Les maladies professionnelles déclarées à la CNSS du Burkina Faso de 1972 à 2009

V. Ouédraogo ; T.Z. Ouédraogo ; R. Ilboudo ; L.T. Ouédraogo (Burkina Faso)

CO56 : Prévalence de l'hypertension artérielle pulmonaire à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIA OBO) de Libreville-Gabon

MOUNGUENGUI D1, IBA BA J2, MANDJI LAWSON JM3, ONDOUNDA M1, GAUDONG L1, MAGNE M1, NZENZE JR1, CHABOT F4 (Gabon)

CO57 : Association pemphigoïde bulleuse et tuberculose pulmonaire

N. KORSAGA/SOME1, F. BARRO/TRAORE1, P. NIAMBA1, M. DOULLA1, A. YAMEOGO1, F. TRAORE1, A. TRAORE 1 (Burkina Faso)

CO58 : Aspects cliniques, étiologiques et évolutifs de la maladie thrombo-embolique veineuse dans le Service de Pneumologie du CHNU de Fann de Dakar

N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, N. F. Diouf, M. F. Cissé, E. H. M. Ndiaye, K. Thiam, A. A. Hane (Sénégal)

15 H 30 – 17 H 00**Sessions 4B**

Présidents : - Pr Claudine LOUGUE (Burkina Faso)
 - Pr Patrice ZABSONRE (Burkina Faso)
Rapporteur : - Dr Hervé TIENO (Burkina Faso)

Communications orales (4 minutes par exposé)
 Discussions : 10 minutes

CO59 : Aspects anatomopathologiques du cancer de la prostate à Ouagadougou
 Sanou-Lamien A., Somé N.G.A., Konségré V., Ido F., Ramdé N.W., Lompo-Goumbri O., Soudré B.R. (Burkina Faso)

CO60 : Particularités de l'imagerie échographique au cours des ictères obstructifs de l'adulte en milieu africain burkinabè
 Nikiéma Zakari¹, Yaméogo Téné Marcelline², Kyelem Carole Gilbertes², Bassolet B Wilfred², Traoré Sa Seydou¹, Lougué/Sorgho Claudine³, Cissé Rabiou⁴ (Burkina Faso)

CO61 : Les embolies pulmonaires : aspects clinique, diagnostique, thérapeutique et évolutif à propos de 76 cas colligés dans le service de cardiologie du CHU-YO de Ouagadougou
 NV YAMEOGO, AK SAMADOULOUGOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BJY TO-GUYENI, P ZABSONRE (Burkina Faso)

CO62 : Facteurs associés à un mauvais contrôle de la pression artérielle chez les hypertendus suivis en ambulatoire au CHU-YO
 NV YAMEOGO, GRC MILLOGO, AK SAMADOULOUGOU, KJ KOLOGO, BJY TO-GUYENI, E ILBOUDO, P ZABSONRE (Burkina Faso)

CO63 : Le rôle de l'infirmier(ère) dans une unité d'endoscopie Bronchique : cas du CHU-YO
 Moumouni Ouédraogo, K. Bonkougou, M. Bambara, G. Badoum, G. Ouédraogo, M. Ouédraogo (Burkina Faso)

CO64 : Notre expérience de la prise en charge de la toux chronique chez l'adulte non fumeur en consultation orl à l'ost de Ouagadougou
 Ouattara/D. M., Sereme M., Ouédraogo B. P., Gyébré C. M. Y Elola A., Ouoba K (Burkina Faso)

CO65 : Connaissances et pratiques des agents de santé sur la prévention des infections résultant des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans les formations de santé du Burkina Faso
 Ouédraogo SM1, Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Hien H4, Nikiéma Z5, Ouédraogo M2, Drabo YJ3 (Burkina Faso)

CO66 : Apport de la biologie moléculaire dans le diagnostic étiologique des méningites purulentes dans un pays en développement (Burkina Faso)
 Ouédraogo SM1, Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Ouédraogo M2, Drabo YJ3 (Burkina Faso)

CO67 : Place des hémopathies malignes en service de médecine interne du CHU Souro Sanou (Burkina Faso)
 Ouédraogo SM1, Yaméogo TM1, Kyélem CG1, Hien F2, Bazié W3, Millogo A4, Ouédraogo M5, Drabo YJ6 (Burkina Faso)

CO68 : Sensibilité des cas de méningite bactérienne confirmés chez les enfants de 1 à 14 ans admis dans le service de pédiatrie du CHU SS de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)
 Ouédraogo SM1, Ouédraogo AS2, Cissé A3, Kyélem CG1, Yaméogo TM1, Poda GEA4, Nacro B5, sangaré L6 (Burkina Faso)

CO69 : Prévalence et facteurs associés à la néphropathie chez les adultes infectés par le VIH au Burkina Faso
 Ouédraogo SM1, Hema A2, Sawadogo A2, Poda GEA2, Kamboulé E1, Ouédraogo M3, Drabo YJ4 (Burkina Faso)

CO70 : Neurocysticercose et épilepsie en milieu rural de Batondo, Nyonyogo et Pabré (Burkina Faso)
 Ouédraogo SM1, Kyelem CG1, Yaméogo TM1 Diallo M1, Millogo A2, Ouédraogo M3, Drabo YJ4 (Burkina Faso)

CO71 Les péritonites postopératoires (PPO) dans le service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO).
 Zida M1, Sanou J2, Bonkougou P 2, Benao N1, Traoré SS1 (Burkina Faso)

CO72 : Maladie de Hirschprung chez l'adulte : à propos d'un cas
 Sanou A, Ouangre E, Bonkougou GP, Sanou R, Zida M, Sano D, Traore SS (Burkina Faso)

CO73 : Facteurs pronostiques des occlusions intestinales aiguës mécaniques au CHUYO
 1SANOU A, 1HEBIE MF, 1BONKOUNGOU PG, 1ZIDA M, 1OUANGRE E, 2KABORE RAF, 1SANO D, 1TRAORE SS (Burkina Faso)

CO74 : Indications et pronostic des transferts des patientes du service de Gynécologie et d'Obstétrique vers l'Unité de Réanimation Polyvalente (URP) au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : à propos de 74 cas
 Sanou J1, Bonkougou P 1, Thiéba/BonanéB2, Compaoré C1 (Burkina Faso)

CO75 : Facteurs de risque de complications post intubation orotrachéale (IOT) au service de chirurgie générale et viscérale du CHUYO
 Sanou J1, Bonkougou P 1, Kaboré RAF3, Kafando Y1, Traoré SS2 (Burkina Faso)

CO76 : Evaluation de la qualité de la pose des sondes vésicales aux urgences chirurgicales et en réanimation au CHU – YO de Ouagadougou (Burkina Faso)
 Sanou J1, Bonkougou P 1, Kan DC1, Traoré SS2 (Burkina Faso)

CO77 : Apport de l'examen cytologique dans le diagnostic des pathologies mammaires : étude transversale et descriptive de 137 cas avec ou sans contrôle histologiques colligés du 1^{er} mars au 30 novembre 2010 à Ouagadougou

Lamien Sanou A., Yaro B., Konségré V., Ramdé N., Ido F., Lompo Goumbri O., Soudré BR. (Burkina Faso)

CO78 : Aspects anatomopathologiques du cancer de la prostate à Ouagadougou

Sanou-Lamien A., Somé N.G.A., Konségré V., Ido F., Ramdé N.W., Lompo-Goumbri O., Soudré B.R. (Burkina Faso)

17h30 – 19h30 CEREMONIE D'OUVERTURE

Jeudi 15 décembre 2011

9h00 – 10h30 SESSION 5 ASTHME / ALLERGOLOGIE

Présidents : - Pr. Pascal BOGUI (Côte d'Ivoire)
- Dr Michel THIAKANE (Sénégal)
Rapporteur : - Dr Emile BIRBA (Burkina Faso)

Conférences (10 minutes par conférence)
Discussions : 15 minutes

C9 : Approche diagnostique pratique de l'asthme dans nos conditions d'exercice Assistant Pr Abdou Karim Sévérin NGOM (Côte d'Ivoire)

C10 : Classification de GINA 2010 (asthme) : applications pratiques.
Pr Ali Ben KHEDER (Tunisie)

C11 : Allergologie dans les pays en développement : un luxe ou une nécessité ?
Dr Michel THIAKANE (Sénégal)

C12 : Prise en charge des allergies aux venins d'hyménoptères en Algérie.
R. ABDELAZIZ, H. DOUAGUI (Algérie)
Service de pneumo-allergologie et d'oncologie thoracique, Laboratoire du sommeil, CHU Béni-Messous, Alger, Algérie.

Introduction : L'incidence de l'allergie aux venins d'hyménoptères est difficile à déterminer, mais l'observation de grands groupes d'individus, normalement exposés aux piqûres d'insectes, révèle des chiffres de l'ordre de 0,8 à 1%. On estime que 2 à 4% de la population est à risque de faire, durant sa vie, une ou plusieurs manifestations allergiques lors de piqûre de guêpe ou d'abeille. Bien que rarement mortelles, ces réactions causent pourtant entre 50 et 100 décès par année aux Etats-Unis. Dans les pays du Maghreb, le nombre de décès imputable à ces allergies est malheureusement inconnu et la prise en charge des malades allergiques aux venins d'hyménoptères rarement réalisée. C'est pourquoi une Unité spécialisée dans la prise en charge des allergies aux venins d'hyménoptères a été mise en place depuis 2006 à Alger.

Communications orales (5 minutes par exposé)
Discussions : 10 minutes

CO79 : Rhinite et asthme, quel lien en milieu pneumologique à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ?

Birba Emile, Zoubga Z Alain.. Ouédraogo Martial (Burkina Faso)

CO80 : Evaluation de l'inhalation de l'aérosol doseur par les asthmatiques adultes au C.H.U. De Treichville (Abidjan)

Daix Ahou Thomas Joseph, Nigué Luc, Bakayoko Alimata Sandia, Koné Zakaria, Koné Siaka, samaké Kadiatou, Domoua Kouao Serge (Côte d'Ivoire)

CO81 : Prévalence de la rhinite allergique chez l'enfant asthmatique sénégalais

M. THIAKANE 1; A NAKOULIMA 2; M. ND. SEYE 2 ; A. NIANG 3 ; KH. FALL KANE 2 (Sénégal)

CO82 : Attitudes et pratique des pharmaciens dans la prise en charge de l'asthme dans la ville de Ouagadougou

Martial OUEDRAOGO (Burkina Faso)

CO83 : Connaissances des pharmaciens d'officine de la ville de Ouagadougou sur l'asthme

Martial OUEDRAOGO (Burkina Faso)

CO84 : L'asthme professionnel dans un pays africain subsaharien : le Sénégal

Ndiaye M., Sow ML. (Sénégal)

10h30 – 11h00 Pause café

11h00 – 12h30 SESSION 6 ASTHME / BPCO

Présidents : - Pr. Ngoran Bernard KOFFI (Côte d'Ivoire)
- Pr. Christopher KUABAN (Cameroun)
Rapporteur : - Dr Adama ZIGANI (Burkina Faso)

Conférences (10 minutes par conférence)
Discussions : 15 minutes

C13 : Médicaments essentiels OMS de l'asthme : qu'en est-il ?

Assistant Pr Martin GNINAFON (Bénin)

L'asthme pose actuellement un véritable problème de santé publique en raison de :

- sa fréquence élevée
- ses liens avec les facteurs d'environnement tels que la pollution atmosphérique notamment dans les grandes agglomérations urbaines dans les pays en développement

- des difficultés quant à sa prise en charge nécessitant bien souvent l'utilisation au long cours de médicaments trop chers pour des patients en général démunis dans les pays à revenus limités

Ampleur de l'affection

Selon l'OMS, l'asthme touche environ trois cent millions de personnes dans le monde

La prévalence de la maladie dans la sous-région varie entre 8 et 12% de la population générale

Défis liés à la prise en charge de l'asthme

Il s'agit de :

- une affection de la vie toute entière nécessitant un suivi continu
- maladie stigmatisante car inguérissable
- On note souvent l'absence de consensus et de guide de prise en charge dans les pays en développement conduisant à des prescriptions anarchiques de médicaments souvent de spécialité qui coûtent très chers

Médicaments essentiels et accès aux soins des patients asthmatiques dans les pays en développement : Expérience du Bénin

Partenariat Union/PNT

Il a été mis en place un projet de prise en charge standardisée de l'asthme avec fourniture de médicaments essentiels à prix abordables (corticoïdes inhalés et salbutamol)

Le projet s'est déroulé par étapes comprenant la prise en compte de la démarche diagnostique, la classification de l'asthme et le traitement par paliers

Le processus organisationnel a nécessité l'identification de centres de santé pilotes ; l'élaboration d'un guide de prise en charge ; la mise en place de médicaments essentiels et des outils de gestion dans les sites ; la formation du personnel et sa supervision régulière

Un fonds de roulement a été mis en place grâce à l'ADF pour pérenniser la cession des médicaments essentiels à prix réduits aux patients

Conclusions : Il est possible de faciliter l'accès aux médicaments essentiels à des coûts réduits, aux populations. Pour ce faire, il faut :

- disposer d'un guide de prise en charge standardisée
- disposer d'un fonds de roulement pour assurer la pérennité de l'approvisionnement en médicaments
- former et superviser le personnel.

C14 : Accès aux médicaments essentiels de l'asthme : expérience du Bénin.

Pr Martin GNINAFON (Bénin)

C15 : Associations communautaires et accès aux médicaments de l'asthme : quel rôle ?

Pr Vincent ACHI (Côte d'Ivoire)

C16 : Le contrôle de l'asthme en Algérie.

R .ABDELLAZIZ, H .DOUAGUI (Algérie)

Service de Pneumo-Allergologie, Hôpital de Béni-Messous, Alger.

INTRODUCTION :

Le contrôle de l'asthme est un concept nouveau fondé sur un score associant des paramètres cliniques de qualité de vie et fonctionnels respiratoires.

Il permet d'évaluer la maladie à chaque consultation et d'adapter en conséquence le traitement de fond. Il complète la notion de sévérité, définie par le niveau de pression thérapeutique nécessaire à l'obtention d'un contrôle durable de l'asthme.

Le contrôle peut être classé en trois niveaux : inacceptable, acceptable et optimal

L'objectif actuel de la prise en charge de l'asthme est d'obtenir un contrôle au minimum acceptable, au mieux optimal de l'asthme. [1]

OBJECTIFS DE L'ETUDE :

L'enquête a pour buts de déterminer :

- le pourcentage de patients contrôlé dans une consultation spécialisée.
- l'impact de l'application des recommandations nationales sur le contrôle de l'asthme.
- les causes de l'absence de contrôle après l'application des recommandations.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une étude prospective de type descriptive, la population étudiée est représentée par 170 patients adolescents et adultes présentant un asthme bronchique. Un questionnaire standardisé a été appliqué pour chaque malade et des fiches de surveillances ont permis de suivre les malades sur les items de surveillance (contrôle clinique, charge thérapeutique, scores fonctionnels et de qualité de vie).

RESULTATS : Le contrôle de l'asthme à l'admission à l'étude est faible (optimal 9 % et acceptable 23%) dans notre pays.

L'application des recommandations internationales a permis d'améliorer le contrôle puisque celui-ci est passé à 25 % pour le contrôle optimal et à 36% pour le contrôle acceptable).

Les principales causes qui expliquent ces résultats sont l'absence de couverture sociale, le niveau socio-économique et le niveau d'instruction bas, l'habitat en milieu rural, la présence d'une co-morbidité (rhinite, conjonctivite, reflux gastro-œsophagien), la consommation tabagique et l'absence d'éducation sanitaire avec une mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalations.

COMMENTAIRES : Nos résultats sont approximativement similaires aux résultats études internationales notamment les enquêtes ESPSI et ER'ASTHME.

En 2006, l'enquête ESPS I (Enquête Santé Protection Sociale) a interrogé 8 000 ménages et 22 000 individus parmi les personnes souffrant d'asthme au moment de l'enquête, seules 39 % présentent un asthme contrôlé, 46 % un asthme partiellement contrôlé et 15 % un asthme totalement non contrôlé.[2]

L'Etude ER'ASTHME qui est une étude épidémiologique descriptive transversale conduite en France métropolitaine entre février et juillet 2003

A porté sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes exerçant en pratique libérale.

L'objectif principal était d'évaluer le contrôle de l'asthme dans une population de patients asthmatiques pris en charge en médecine générale.

Le contrôle n'était optimal que pour 21 % des patients, acceptable pour 7 % et inacceptable pour 72 %. Le traitement par association fixe, l'IMC, le tabac, l'âge et l'observance étaient des facteurs influençant le contrôle. [3]

CONCLUSION : Toutes les études montrent que le contrôle de l'asthme reste insuffisant malgré la publication et la diffusion de consensus et recommandations internationales et nationales, une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques et la disponibilité de médicaments de plus en plus performants.

L'absence de contrôle semble être liée à la sévérité de la maladie, aux caractéristiques sociodémographiques (la couverture sociale, le niveau socio-économique, le niveau d'instruction, le lieu d'habitation), la présence d'une co-morbidité et sa sévérité ((rhinite, conjonctivite, reflux gastro-œsophagien), la consommation tabagique et enfin l'élément important qu'est l'éducation sanitaire qui est réalisée de manière insuffisante.

Pour espérer améliorer le contrôle des patients, la prise en charge de l'asthme doit tenir compte de tous ces éléments

BIBLIOGRAPHIE : 1-Anaes-Afssaps/Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. septembre 2004.

http://afssaps.santé.fr/pdf/5/asm_rap.pdf.

[2] Anissa Afrite, Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen IRDES, *asthme en France en 2008, prévalence et contrôle des symptômes, question d'économie de la santé décembre 2008*

[3] Rabe KF et al. *Clinical management of asthma in 1999 : the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir-J 2000; 16(5):802-807*

Communications orales (4 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO85 : BPCO non tabagique en milieu noir africain à Cotonou, Benin

AGODOKPESSI G, ADE G, ADE S, ADJOBIMEY M, OKOUMASSOU C-X, GNINAFON M.

CO86 : Aspects épidémiologiques des patients BPCO hospitalisés dans le service de Pneumologie au CHU Cocody de 2006 à 2010

Anon Jean-Claude ; Ahui B.J.M ; Brou-Godé C.V ; Horo K ; Ouattara K ; Dje-Bi H ; Achi H.V ; Kouassi B.A ; N'gom A.S ; N'dhatz-Sanogo M ; Koffi N.B ; Aka-Danguy E. (Côte d'Ivoire)

CO87 : Difficultés et obstacles à la prise en charge de l'asthme au Burkina Faso

G. Badoum 1, G. Ouédraogo 1, M. Koumbem 1, K. Boncounou 1, M Ouédraogo 1 (Burkina Faso)

CO88 : Contrôle de l'asthme à Bamako

Y Toloba, BF Sissoko, K Ouattara, D Soumaré, O M'baye, G Berthé, M Gabriela, S Diallo (Mali)

1^{er} congrès de la Société Burkinabé de Pneumologie (SOBUP) - Ouagadougou, Ouaga 2000 : 14 - 17 décembre 2011

11h00 – 12h30

SYMPOSIUM ASTRA ZENECA

Présidents : - Pr Kampadilemba OUOBA (Burkina Faso)

- Pr Martial OUEDRAOGO (Burkina Faso)

Rapporteur : - Délégué ASTRA (Burkina Faso)

Conférencier : - Pr Ngoran Bernard KOFFI (Côte d'Ivoire)

12h30 – 14h00

Déjeuner

14h00 – 15h30

SESSION 7

POUMONS ET ENVIRONNEMENT

Présidentes : - Pr. Oumou SOW (Guinée)

- Pr. Méliane NDHATZ/SANOGO (Côte d'Ivoire)

Rapporteur : - Dr N. O. TOURE (Sénégal)

Conférences (10 minutes par conférence)

Discussions : 15 minutes

C17 : Applicabilité des lois antitabac en Afrique Sub-saharienne : cas du Burkina Faso.

Dr Georges OUEDRAOGO (Burkina Faso)

C18 : Problématique des risques respiratoires en milieu de travail en Afrique.

Pr Almamy HANE ou un de ses assistants (Sénégal)

C19 : Biomasse et santé respiratoire.

Pr Pierre l'HER (France)

C20 : Exacerbations des BPCO : aspects cliniques et thérapeutiques en 2011.

Pr François BONNAUD (France)

- CONSEQUENCE THERAPEUTIQUE

- PREVENTION

BONNAUD F., WACHINOU P., ADJOH K.

Depuis les considérations essentiellement cliniques d'Anthonisen (1987) portant sur la dyspnée, le volume de l'expectoration et la purulence de cette expectoration, il a été nécessaire de mieux caractériser les exacerbations de la BPCO dans la mesure où elles traduisent toujours : une aggravation clinique du patient, l'apparition éventuelle de complications, une détérioration de la fonction respiratoire, une augmentation du risque de décès.

La prévention des exacerbations est donc un objectif prioritaire. La survenue de ces expectorations n'est jamais brutale et des signes prémonitoires peuvent être dépistés jusqu'à 10 jours avant l'épisode aigu (gêne respiratoire, toux, oppression thoracique, altération du sommeil).

1^{er} congrès de la Société Burkinabé de Pneumologie (SOBUP) - Ouagadougou, Ouaga 2000 : 14 - 17 décembre 2011

Les étiologies essentielles de ces exacerbations, sont faites : de surinfections bronchiques virales ou bactériennes, de foyers infectieux pneumoniques viraux ou bactériens, de poussée d'insuffisance cardiaque d'origines diverses, d'éventuelles embolies pulmonaires, de toxiques inhalés, d'utilisation excessive de sédatifs ou de neuroleptiques. De longue date, on sait les divergences qui peuvent exister entre l'intensité de la dyspnée et le niveau d'altération du VEMS, c'est la raison pour laquelle l'index de BODE est vivement recommandé pour une appréciation plus précise de l'état du patient et du pronostic. La mortalité susceptible d'accompagner ces exacerbations s'est très nettement accentuée au cours des 30 dernières années et ceci plus particulièrement chez la femme.

Pour ce qui concerne l'approche thérapeutique on rappelle que dans les 4 stades de GOLD (léger, modéré, sévère et très sévère) la réduction active des facteurs de risques et bien entendu la suppression du tabagisme est un élément essentiel. Le recours à la vaccination anti grippale et à la vaccination anti pneumococcique permet une réduction significative des épisodes de surinfection. Enfin les traitements par broncho dilatateurs de courte durée d'action pourront être utilisés dans tous les cas si la nécessité s'en fait sentir (en plus des autres traitements de fond à partir du stade II – modéré).

Les dysfonctionnements de la broncho motricité mérite une approche différente de la maladie asthmatique en mettant en avant les phénomènes de broncho constriction inflammatoire, périphériques de type bronchiolaire à polynucléaires. Le rôle du parasymphatique et des récepteurs muscarinique – plus particulièrement de type M3 est donc essentiel.

Le traitement des exacerbations aiguës, des BPCO portera sur :

- Les broncho dilatateurs utilisés en nébulisation à l'air et plus volontiers de courte durée d'action. On peut avantageusement utiliser une association d'atropiniques de synthèse et de beta 2 mimétiques de courte durée d'action. Les beta 2 mimétiques de longue durée d'action n'ont pas de recommandation dans des exacerbations aiguës
- Les corticoïdes par voie générale sur la base de ½ mg par kilo pour une durée de 10 à 14 jours
- Une antibiothérapie (si les critères d'étiologie infectieuse sont suffisants) et on s'orientera alors plus volontiers vers une responsabilité d'haemophilus influenzae de streptococcus pneumoniae, d'une moraxelle. L'association Amoxicilline - acide clavulanique reste la plus classique. On discutera selon les conditions un macrolide ou une fluoroquinolone. La durée moyenne du traitement est de 10 jours.
- Oxygénothérapie destinée à maintenir une saturation supérieure à 90 % de préférence par lunette tout en assurant un contrôle de la capnie.
- La ventilation non invasive au masque – plutôt de type fractionné – permet de soulager le travail respiratoire et peut éviter dans bon nombre de cas de recourir à l'intubation
- Récemment l'initiation du réentraînement à l'effort a été proposé non seulement après mais même pendant la phase d'exacerbation à l'aide de charges modestes et par l'induction d'un travail musculaire des bras des jambes et du diaphragme sous contrôle.

La prévention des exacerbations a été explorée à l'aide de plusieurs grandes enquêtes internationales : l'enquête TORCH a permis de montrer que l'on obtenait une amélioration de la dégradation du VEMS au fil du temps qui était optimale lorsque l'on associait la Fluticasone au Salmeterol, on obtenait ainsi une réduction de 25 % du taux moyen d'exacerbation par an par rapport au placebo mais malheureusement sans effet sur la mortalité à 3 ans. L'enquête MISTRAL centrée sur l'utilisation des atropiniques de synthèse longue action (IPRATIOPIUM) a montré que l'on obtenait une réduction de 35 % du nombre moyen d'exacerbations par an par rapport au placebo quelque soit la sévérité de ces exacerbations. L'enquête UPLIFT centrée, elle aussi, sur les atropiniques de synthèse longue action a montré une réduction du risque significatif du nombre d'exacerbations par rapport à un bras contrôle utilisant d'autres thérapeutiques broncho dilatatrice mais ne comportant pas d'atropinique de synthèse. Cette même enquête confirmait une réduction de 13 % de la mortalité à 4 ans statistiquement significative.

Enfin, l'enquête POET portant sur un peu plus de 6000 dossiers suivis pendant 1 an comportait un bras TIOTROPIUM un bras SALMETEROL. La probabilité d'hospitalisation au cours d'une exacerbation de BPCO a été réduite de 28 % dans le bras TIOTROPIUM.

D'autres thérapeutiques sont en développement : l'INDACATEROL correspond à un beta 2 mimétique de très longue action (activité de 24 h environ permettant de ne justifier qu'une seule prise par jour), le travail de R. DAHL s'est accompagné d'une régression du nombre des exacerbations mais non significative. Le flumilast (inhibiteur de la phosphodiesterase IV) l'enquête de CALVERLEY met en évidence un rôle modéré sur les exacerbations.

En conclusion si les orientations thérapeutiques des exacerbations aiguës de BPCO se sont assez peu modifiées au cours des dernières années, la prévention doit désormais comporter une orientation plus franche vers l'utilisation des atropiniques de synthèse longue action et le respect des mesures vaccinales : vaccin anti grippal, vaccin anti pneumococcique.

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO89 : Connaissances et habitudes tabagiques des médecins à Abidjan

B Kouassi(1, 2), G S Irié Bi(1), A Ngom(1), K Horo(1, 2), Anon JC(1), C Godé(1, 2), B. Ahui(1), M O Koffi(1, 2), M Itchy(1), K Konaté(1), S N'Da Koffi(1), S F Manewa(1), D Koné (1), K Touré (1), I Traoré (1), N Koffi(1), E. Aka-Danguy(1) (Côte d'Ivoire)

CO90 : Un cas de cancer de la trachée chez une patiente exposée à l'arsenic

G. Badoum 1, G. Ouédraogo 1, R. Bayala1, M. Bambara 1, M. Ouédraogo 1 (Burkina Faso)

CO91 : Comportements tabagiques des étudiants en médecine de l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

G. Ouédraogo1 B.A.K.F Oubda 1G. Badoum 1, K. Boncounou 1, M Ouédraogo 1(Burkina Faso)

CO92 : Connaissances des étudiants en médecine de l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou sur le tabagisme

G. Ouédraogo1 B.A.K.F Oubda 1G. Badoum 1, K. Boncounou 1, M Ouédraogo 1 (Burkina Faso)

CO93 : Effet de la guerre sur le contrôle de la tuberculose en Côte d'Ivoire de 2002 A 2007

Domoua K, Bakayoko AS, Daix T, Coulibaly G, Samaké K, Koné Z, Coulibaly TN, Diakité A, Pitta M, Kouassi F, Kouamé A, Irié L, Kouakou AO, Kouakou J (Côte d'Ivoire)

CO94 : Morbidité respiratoire chez les peintres automobiles de la ville de Ouagadougou

OUEDRAOGO VINCENT, THIOMBIANO. N, B.SONDO (Burkina Faso)

15h30-16h00**Pause café****16h00 - 17h30****SESSION 8****ATELIERS**

- **AT1 : Les méthodes de sevrage tabagique**

Dr Georges OUEDRAOGO (Burkina Faso)

Dr Bernard PIGEARIAS (France).

- **AT2 : La ventilation non invasive**

Pr Nazinigouba OUEDRAOGO (Burkina Faso)

- **AT3 : Radiographie thoracique et Tuberculose dans les Programmes Nationaux de Lutte contre la Tuberculose**

Pr Pierre L'HER (France)

18h30 - 21h00**DINER SAPLF****Vendredi 16 décembre 2011****9h00 – 10h30****SESSION 9****ONCOLOGIE THORACIQUE**

Présidents : - Pr Ali Ben KEDHER (Tunisie)

- Dr. Bernard PIGEARIAS (France)

Rapporteur : - Dr Constante Virginie BROU-GODE (Côte d'Ivoire)

Conférences (15 minutes par conférence)

Discussions : 10 minutes

C21 : Prise en charge des cancers broncho-pulmonaires en Afrique noires, quels défis ? Ou problématique de la prise en charge des cancers broncho-pulmonaires en Afrique noire.

B Kouassi, C Brou-Godé

Service de pneumologie CHU de Cocody Abidjan BP V13 Abidjan Côte d'Ivoire

Le cancer du poumon constitue actuellement un des problèmes majeurs de santé publique. Le défi épidémiologique que représente l'augmentation régulière de l'incidence du cancer du poumon et de la mortalité qui lui est attribuée à l'échelle planétaire est plus ardu à relever au niveau du continent africain. Si l'étiologie des cancers en Afrique s'explique souvent par les infections chroniques virales, bactériennes et parasitaires, le tabagisme est au premier rang des causes du cancer du poumon. En effet, il ressort de toutes les études que la consommation du tabac augmente rapidement en Afrique. Puisque cette consommation n'est pas réglementée et contrôlée, on assiste à une incidence de plus en plus élevée de pathologies chroniques, handicapantes et hautement mortelles telle que le cancer du poumon.

Face à l'urgence et à la complexité de ces nouvelles réalités épidémiologiques induisant de nouveaux enjeux de santé publique auxquels les pays africains sont insuffisamment préparés, le praticien, notamment le pneumologue doit répondre aux attentes des patients atteints de cancer broncho-pulmonaire.

Cependant, l'Afrique est confrontée à un réel problème de moyens de recherche sur le cancer et des difficultés de prise en charge. Cette situation est préoccupante parce que le praticien rencontre des difficultés à chaque niveau de la prise en charge du cancer du poumon.

Au plan humain et organisationnel, les spécialistes préposés à la prise en charge se font rares et les services de cancérologie sont très réduits en Afrique

Au niveau diagnostique, le cancer du poumon est souvent découvert tardivement. Plus de 80% des malades arrivent à un stade avancé, d'où l'importance d'un diagnostic précoce. Malheureusement, le plateau technique fait cruellement défaut dans nos hôpitaux.

Au plan thérapeutique, les médicaments ne sont pas toujours disponibles ou sont chers. Ainsi, une cure de chimiothérapie représente en moyenne 200.000 F CFA (300 euros), soit le salaire d'un cadre moyen en Côte d'Ivoire. La radiothérapie, utilisée efficacement sur plus de 50 % des malades du cancer dans les pays développés, n'est disponible que dans 21 des 53 pays africains, soit moins de 20 % de la population totale.

Il paraît utopique, dans le contexte de sous développement, de faire allusion aux nouvelles techniques thérapeutiques, notamment l'endoscopie interventionnelle (traitement des tumeurs par pose de prothèses trachéales et bronchiques mais aussi par laser), la vidéo-chirurgie et la réanimation respiratoire.

Le manque de ressources et d'infrastructure de base empêche donc des millions de gens d'avoir accès au dépistage, au diagnostic précoce, aux traitements et aux soins palliatifs.

Mots clés : cancer du poumon, Afrique, prise en charge, difficultés

C22 : Le mésothélium pleural aujourd'hui.

Pr Jacques MARGERIE (France)

C23 : Amiante et pathologies induites.

Pr Jacques MARGERIE (France)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO95 : Hypoxémie sévère d'origine maligne corrigée après lobectomie dans le cadre d'un carcinome bronchioalvéolaire

Godé Epouse Brou Constance (Côte d'Ivoire)

CO96 : Problématique de la prise en charge des cancers broncho-pulmonaires dans le service de Pneumologie du CHNUF

K. Thiam, N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.H.M. Ndiaye, M.F. Cissé, F.B.R. Mbaye, A. Niang, A.A. Hane (Sénégal)

CO97 : Prise en charge des cancers broncho-pulmonaires primitifs au Sénégal : à propos de 42 cas

Niang A, * Ba-Fall Khadidiatou, *Ba Pape Samba, **Ndiaye Abdou Rakhmane, *Diallo Ibrahima; ***Diop Yankhoba, *Mbaye Papa Saliou, ****Hane Abdoul Almamy (Sénégal)

CO98 : Une tumeur thymique révélée par une embolie pulmonaire

MBATCHOU NGAHANE Bertrand Hugo (Cameroun)

CO99 : Le mesotheliome pleural malin à Dakar : à propos d'un cas

*Niang A, * Ba-Fall Khadidiatou, **Ndiaye Abdou Rakhmane, *Ba Pape Samba, *Diallo Ibrahima; ***Diop Yankhoba, *Mbaye Papa Saliou, ****Hane Abdoul Almamy (Sénégal)

10h30 – 11h00

Pause café

11h00 – 12h30

SESSION 10

INFECTIOLOGIE COMMUNAUTAIRE

Présidents : - Pr. Mamadou BA (Sénégal)

- Pr. Jean Marie KAYEMBE (RDC)

Rapporteur : - Dr El Hadj KANE (Mauritanie)

Conférence (15 minutes)

Discussions : 10 minutes

C24 : Pneumopathies communautaires et sociétés savantes africaines : quels consensus thérapeutiques ?

Pr Boko KOUASSI (Côte d'Ivoire)

Service de pneumologie CHU de Cocody Abidjan BP V13 Abidjan Côte d'Ivoire

Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) représentent une pathologie infectieuse très fréquente et grave. Elles constituent la sixième cause de décès toutes causes confondues et la première cause de décès par pathologies infectieuses dans le monde.

En Afrique, elles représentent la 2ème cause d'hospitalisation et de mortalité, après la tuberculose, dans les services de pneumologie.

La PAC connaît de grandes variations selon le site de prise en charge (moins de 1% des malades traités au domicile, 13.7% des malades hospitalisés en Médecine Interne et plus de 36.5% de ceux admis en réanimation).

Malgré les progrès de la médecine et une prise en charge plus précoce, les pneumopathies communautaires sont encore fréquentes et lorsqu'elles entraînent une hospitalisation, la mortalité peut atteindre 30%.

Les objectifs des praticiens sont de réduire la marge d'incertitude en ce qui concerne l'efficacité de l'antibiothérapie et l'identification de facteurs cliniques, d'un contexte ou de l'évolution permettant de déterminer une étiologie microbienne prédominante.

L'évaluation précoce du pronostic des pneumonies communautaires (PAC) est essentielle à orienter les choix thérapeutiques. L'admission à l'hôpital semble essentiellement motivée soit par la gravité de l'infection, soit par la prévention ou le traitement de complications associées à la pneumonie. Dans la littérature, la gravité et les variables prédictives de mortalité sont souvent assimilées. Les facteurs prédictifs de mortalité ne sont cependant qu'un moyen indirect d'apprécier la gravité.

Si les critères de gravité et les facteurs prédictifs de mortalité permettant une prise en charge adéquate sont assez bien établis dans les pays développés, beaucoup d'interrogations restent à résoudre dans les pays pauvres en particulier en Afrique subsaharienne pour la prise en charge des PAC. En effet, dans les pays développés, il existe des scores de gravité établis par les sociétés savantes de diverses spécialités (scores de Fine, CRB 65, ATS, ESCAP, SPLF, SPILF, ...). Ces critères établis tous par des sociétés savantes des pays développés, après des études cliniques, tiennent compte des caractéristiques sociodémographiques, économique, et le mode de vie de ces pays.

Ces caractéristiques ne sont pas toujours retrouvées en Afrique et l'Afrique a des particularités assez spécifiques. A titre d'exemple, l'Afrique est le continent le plus touché par certains fléaux ayant un impact certain sur le pronostic des PAC (VIH/SIDA, malnutrition, ...). De plus, les conditions socio-économiques, le plateau technique des centres de santé constituent des handicaps majeurs dans la prise en charge des PAC.

Les différents scores sus cités ne tiennent pas compte ou très peu de ces caractéristiques spécifiques à l'Afrique.

De tout ce qui précède, peut-on être faire une prise en charge efficace et adéquate des PAC en Afrique avec les critères ou score existants ?

Un consensus des acteurs prenant en charge les PAC s'impose pour améliorer la prise en charge des PAC, tenant compte des spécificités de l'Afrique.

11h00 – 12h30

SESSION 10A

Présidents : - Pr. Mamadou BA (Sénégal)
- Pr. Jean Marie KAYEMBE (RDC)

Rapporteur : - Dr El Hadj KANE (Mauritanie)

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 15 minutes

CO100 : Pneumocystose pulmonaire induite par une corticothérapie au long cours.

DAIX A.T.J., KANGA K., BAKAYOKO A., DOMOUA K., KONE Z., COULIBALY G., YAPI A.
(Côte d'Ivoire)

CO101 : Les abcès froids thoraciques tuberculeux : à propos de 8 cas observés à la clinique de Pneumologie du CHNU de Fann à Dakar (Sénégal)

Diatta A., Touré N.O., Dia Kane Y., Ndiaye E.M., Thiam K., Cissé M.F., Niang A., Mbaye F.B.R., Diémé J.L., Cissé A., Hane A.A. (Sénégal)

CO102 : Apport du lavement bronchio-alvéolaire (LBA) dans le diagnostic des pneumopathies infectieuses chez les sujets vivant avec le VIH (PVVIH)

E.M.Ndiaye1, N.O.Touré1, A. Cissé1, S.A.Diop2, K. Thiam1, A. Diatta1, Y. Dia1, F.B.R. Mbaye1, M.F. Cissé1, A.A. Hane1 (Sénégal)

CO103 : Syndrome inflammatoire au cours des infections respiratoires basses

Fatoumata KONE-KONATE, Kignilman HORO, Aliou DIAW, Kisito FOUTOPOUO, Steve TAGNE, Abdoul- Risgou OUEDRAOGO, Servais SAI, Arnaud SALAMI, Georgina ANGOUA, Soumaila KONE, Petula YAO, Alexandre Boko KOUASSI, Bernard N'goran KOFFI, Elisabeth DANGUY-AKA-KOUASSI
(Côte d'Ivoire)

CO104 : Handicaps de la prise en charge des pneumopathies aiguës bactériennes en Afrique au sud du Sahara

Kignilman HORO, Alexandre Boko KOAUSSI, Fatoumata KONE-KONATE, Abdoukarim N'GOM, N'goran KOFFI, Elisabeth AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

CO105 : Profil clinique, étiologique et thérapeutique des pleurésies purulentes dans le service de pneumologie du CHNU de Fann de Dakar

N.O. Touré, M.F. Cissé, A. Diatta, Y. Dia Kane, E.H.M. Ndiaye, K. Thiam, F.B.R. Mbaye, A.A. Hane (Sénégal)

CO106 : Profil clinique et évolutif des pleurésies purulentes en milieu hospitalier spécialisé à Bamako

Dr Sissoko1 B.F, Toloba1 Y, Diarra Y, Ouattara1 K, Soumaré1 D, Baye1 O, Berthé1 G, Pr. Diallo1 S. (Mali)

CO107 : Prévalence des infections respiratoires aiguës virales chez les enfants de 0 à 36 mois dans au chu pédiatrique Charles de Gaulle (CHUP-CDG) de Ouagadougou, Burkina Faso

SO. Ouédraogo / Yugbaré1, B. Traoré1, D.Kima1 F.Yonli1, A. Nenebié, L. Congo1, , R.Ouédraogo1, M. Gueudin2, J.C. Plantier2, A. Vabret3, D.Yé1 C. Marguet2 (Burkina Faso)

CO108 : Amibiase pleuropulmonaire avec fistule hépatopleurale : à propos de deux cas.

TOURE Kadidiata Hamed (Côte d'Ivoire)

11h00 – 12h30

SESSION 10B

ATELIER

AT4 : Les aspects de la prise en charge de l'apnée obstructive du sommeil, particularité de l'Afrique

Dr Bernard PIGEARIAS (France)

12h30 – 14h00

Déjeuner

14h00 – 15h30

SESSION 11

CHIRURGIE THORACIQUE,
RADIOGRAPHIE THORACIQUE
ET MEDECINE NUCLEAIRE

Présidents : - Pr. Yves TANAUH (Côte d'Ivoire)
- Pr. Mouhamadou NDIAYE (Sénégal)

Rapporteur : - Dr Gilbert BONKOUNGOU (Burkina Faso)

Conférences

Discussions : 10 minutes

C25 : Chirurgie thoracique et Pneumologie : quelles formes de collaboration ? 5 minutes

Pr. Yves TANAUH (Côte d'Ivoire)

C26 : Les nouvelles technologies en chirurgie thoracique. 10 minutes.

Pr Mouhamadou Ndiaye Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire hôpital de FANN Dakar
Sénégal : email mondiaye@refer.sn

Résumé :

La chirurgie thoracique née au 19^{ème} siècle développée dans la deuxième moitié du vingtième a bénéficié des progrès technologiques pour élargir ses indications et améliorer le pronostic des malades.

Les progrès de l'imagerie ainsi que celles de la miniaturisation et de la robotique ont permis d'augmenter les capacités du chirurgien en lui donnant accès à la réalité augmentée.

La chirurgie des cancers broncho-pulmonaires et de l'œsophage jadis limitée à la biopsie des ganglions sus claviers à l'oesophagectomie ou stomie le plus souvent ou bien à la thoracotomie exploratrice fait appel maintenant à la chirurgie videoassistée et aux endoprothèses.

Les séquelles de tuberculose, le pneumothorax récidivant, l'endométriose thoracique ainsi que les nodules pulmonaires sont explorés par ces nouvelles technologies.

Le pronostic des malades a été amélioré. Ainsi les indications chirurgicales sont mieux posées grâce aux études réalisées sur les bases données multicentriques. De même les séquelles chirurgicales sont réduites grâce aux abords minimalement invasifs

Communications orales (5 minutes par exposé)

Discussions : 10 minutes

CO109 : Valve de Heimlich ou aspiration continue dans le drainage des pleurésies purulentes de l'enfant : Etude prospective à propos de 42 cas.

Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, , Fall ML3, Ba M2, Basse I2, Kane O3, A.A.Hane 4, Ndiaye M1.(Sénégal)

CO110 : Fracture du sternum : une cause rare de péricardite aigue

Aimé Arsène YAMEOGO 1,2,&, Abdoulaye ELOLA 3,2, Patrick WH DAKOURE 4,2., Zakari NIKIEMA 5,2 (Burkina Faso)

CO111 : Aspects radiographiques des manifestations thoraciques de la drépanocytose chez l'adulte à Ouagadougou : à propos de 114 cas

Lougué / Sorgho LC, Zoungrana WS, Koulidiaty J, Napon AM, Diallo O, Bamouni YA, Zanga M, Cissé R. (Burkina Faso)

CO112 : Sarcoïdose médiastino-pulmonaire à propos de trois cas colligés au service de Pneumo-phtisiologie du chu de Cocody (Abidjan)

S.F.Manewa, A Boko, K F Dongo, K Horo, JC Anon, D.Koné, C Nda koffi, B. Traoré, B Irié, K Touré, N. Koffi, E Aka-Danguy (Côte d'Ivoire)

CO113 : Sarcoïdose médiastino-pulmonaire au Sénégal : à propos de 11 cas

*Niang A, * Ba-Fall Khadidiatou, *Ba Pape Samba, *Ndiaye AR, *Fall C..A.*Diallo Ibrahima; **Diop Yankhoba, *Mbaye Papa Saliou (Sénégal)

CO114 : Difficultés de mise en place d'un service de médecine nucléaire en Afrique : cas du Burkina.

Ouattara Florence, Tapsoba Théophile, Ouédraogo Sandrine, Sanon Hugues (Burkina Faso)

CO115 : Diagnostic de l'embolie pulmonaire en médecine nucléaire

S. Ouédraogo, T. L. Tapsoba, F. Ouattara. H. Sanon (Burkina Faso)

CO116 : Les indications et résultats de la thoracotomie chez l'enfant : à propos de 36 cas

Dr DEMINE B. (Côte d'Ivoire)

CO117 : La place de la biopsie chirurgicale isolée dans le diagnostic histologique des masses médiastinales

Dr DEMINE B. (Côte d'Ivoire)

CO118 : La chirurgie de la tuberculose vertébrale

Tokpa A, Derou L, N'da H,N'dri Oka,D, Ba zézé (Côte d'Ivoire)

CO119 : Les ruptures diaphragmatiques post traumatiques de découverte tardive : à propos de 04 cas

P.G.Bonkougou, , Sanou A. , M.Zida, M.Ilboudo, Ouangré E. S.S.Traoré (Burkina Faso)

CO120 : L'aspergillome pulmonaire : à propos de 07 cas colligés au CHU Yalgado Ouédraogo

P.G.Bonkougou1, , G. Badoum 2, G.Ouédraogo2, M.Bambara2, K.Bonkougou2, M. Ouédraogo2 (Burkina Faso)

CO121 : Indications et résultats des exérèses pulmonaires au Burkina Faso :

A propos de 28 cas

P.G.Bonkougou1, G. Badoum 2, G.Ouédraogo2, M. Bambara, K. Bonkougou2, M. Ouédraogo2 (Burkina Faso)

15h45 –17h15

ASSEMBLEE GENERALE SAPLF

Présidents : - Pr. Ngoran Bernard KOFFI (Côte d'Ivoire)

- Pr. Almamy HANE (Sénégal)

- Pr. Martin GNINAFON (Bénin)

Rapporteur : - Pr. Boko KOUASSI (Côte d'Ivoire)

- **Bilan du congrès**

Pr Martial OUEDRAOGO (Burkina Faso)

- **Problématique de la formation du Pneumologue dans la zone SAPLF**

Pr Osséni TIDJANI (Togo)

17h45 – 19h00

CEREMONIE DE CLOTURE

20h00

DINER DE CLOTURE

Mercredi 14 décembre 2011**8h00 – 18h30****SESSION 12****POSTERS**

Présidents : - Pr Claudine LOUGUE
- Pr. Gabriel ADE
Rapporteur : - Dr Valentin YAMEOGO

15 posters : P1 à P15**P1 : La pancytopénie au cours de la miliaire tuberculeuse dans le service de pneumologie au chu de Cocody**

A. Diaw, V.H Achi1, J.M.B Ahui2, J.C Anon 1, Kouassi B A2, Djè Bi H1, K. Horo2, M.S N'Dhatz1, B.N Koffi2 (Côte d'Ivoire)

P2 : Aspects cliniques et para clinique de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive sous l'influence de l'infection par le VIH/SIDA

A. Diaw, K. Horo, B. Kouassi, A. Ouédraogo, E. Bemba, F. Okemba, K. Foutoupouo, B. Ahui, CV. Brou-Godé, N. Koffi, A. N'gom, E. Aka-Dangui. (Côte d'Ivoire)

P3 : Etude de prévalence des anomalies de la fonction rénale chez les personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital du jour du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo

Diendéré EA ; Tianhoun A ; Coulibaly G ; Bognounou R ; Héma A ; Tiéno H ; Guira O ; DD Ouédraogo ; Guiard-Schmid JB ; Drabo J. (Burkina Faso)

P4 : La miliaire tuberculeuse : à propos de 33 cas

F.B.R. Mbaye, K. Thiam, N.O. Touré, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.H.M. Ndiaye, M.F. Cissé, A. Niang, A.A. Hane (Sénégal)

P5 : Evaluation de l'éducation des patients tuberculeux au CAT d'Adjamé

S Irie Bi, Kouassi B, Anon JC, A. Diaw, D. Koné, Horo K, N'Gom A, Koffi N, Aka-Dangui E (Côte d'Ivoire)

P6 : Lipidystrophies du sujet noir africain au cours du traitement antirétroviral de première ligne

KONE Z1, DAIX ATJ1, BAKAYOKO AS1, NIGUE L2, DOUMBIA A3, KONE S1, SAMAKE K1, YO-BOUET KH1, DOMOUA KS1. (Côte d'Ivoire)

P7 : Tuberculose et VIH dans le service de « Médecine VF » du CHU de Bobo-Dioulasso

Kyelem CG1, Ouédraogo SM1, Poda GEA1, Yaméogo TM1, Birba E1, Rouamba MM1, Héma A1, Maré D1, Sawadogo A1, Zoubga A1, Millogo A1 (Burkina Faso)

P8 : Aspects épidémiologiques et cliniques de la tuberculose extra-pulmonaire dans le service de Dermatologie du CHU-YO de Ouagadougou

N. KORSAGA/SOME1, F. BARRO/TRAORE1, P. NIAMBA1, A. YAMEOGO1, M. DOULLA1, F. TRA-ORE1, A. TRAORE 1 (Burkina Faso)

P9 : Tuberculose cutanée de la face. A propos d'un cas au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo (Burkina Faso).

OUEDRAOGO D.1, BARRO-TRAORE F.2, KONSEM T.1, MILLOGO M.1, LOMPO-GOUMBRI O.3, OUOBA K.4 (Burkina Faso)

P10 : Prévalence de la co-infection VIH/ Mycobacterium tuberculosis dans une cohorte de personnes vivant avec le VIH, suivie au centre médical saint Camille (CMSC) et au centre de recherche biomoléculaire Pietro Annigoni (CERBA)

Ouermi Djénéba, Ghoma-Linguissi Laure Stella, Ilboudo Désiré, Kabre Abdoulaye, Somda Hermann, Bisseye Cyrille, Djigma Florencia, Sagna Tani, Zeba Moctar, Pignatelli Salvatore, Pietra Virginio, Nikiema Jean Baptiste, Simpore Jacques. (Burkina Faso)

P11 : Impact de l'infection à VIH sur l'évolution de la tuberculose de l'adulte à Yaoundé, Cameroun

Pefura Yone Eric Walter, Kuaban Christopher (Cameroun)

P12 : Coinfection TB/VIH dans une cohorte de patients burkinabé

SEMPORE Jedida, AUTINO Beatrice, NITIEMA Henri, PIETRA Virginio, KIEMA Dominique, ROGGI Alberto, GIORGETTI Pier Francesco (Burkina Faso)

P13 : Les pleurésies purulentes et infection VIH dans le service de pneumologie au CHU de Cocody

H Achi1, A.R Ouédraogo², J.M.B Ahui2, J.C Anon 1, Kouassi B A2, Djè Bi H1, K. Horo2, M.S N'Dhatz1, B.N Koffi2 (Côte d'Ivoire)

P14 : Evaluation de la prise en charge conjointe des TPM+/VIH au cat Adjamé

ZA Gnazé, K Horo, A Diaw, AR Ouedraogo, JC Anon, BA Kouassi, E Aka-Dangui

P15 : Prévalence des troubles respiratoires chez les femmes exerçant sur un site de fumage artisanal de poisson à Cotonou au Bénin

AGODOKPESSI G*, ADE G*, HINSON V**, ADE S*, OKOUMASSOU C-X*, FAYOMI B**, GNINAFON M* (Togo)

Jeudi 15 décembre 2011**8h00 – 18h30****SESSION 13****POSTERS**

Présidents : - Pr. Serges DOMOUA
- Dr Maturin DEMBELE

Rapporteur : - Dr Adama ZIDA

14 posters : P16 à P29**P16 : Quel environnement intérieur chez le patient asthmatique à Bobo Dioulasso, Burkina Faso ?**

Birba Emile., Zoubga Z Alain Ouédraogo Martial (Burkina Faso)

P17 : L'asthme induit par l'exercice de l'athlète en milieu noir africain

AGODOKPESSI G*, ADE G*, AHOUNOU FJ**, GBENOU DJ**, DANSOU HP**, GNINAFON M* (Bénin)

P18 : Le Kyste bronchogénique : A propos d'une observation au CHU YO

P.G. Bonkougou1, G. Badoum 2, G. Ouédraogo2 M. Bambara2, K. Bonkougou2, M. Ouédraogo2 (Burkina Faso)

P19 Dépendance tabagique et comorbidités anxio-dépressives en consultation externe de Pneumologie à Abidjan (Côte d'Ivoire)

BAKAYOKO AS1, KOUA AM2, YEO-TENENA YJM3, SOUMAORO K4, PREGNON DR4, KONE D4.
(Côte d'Ivoire)

P20 : Attitudes professionnelles des étudiants en médecine de l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou face au tabagisme

G. Ouédraogo1 B.A.K.F Oubda 1G. Badoum 1, K. Boncounou 1, M Ouédraogo 1 (Burkina Faso)

P21 : Impact respiratoire de la fumée chez les femmes transformatrices de poissons par fumage à Lomé.

K. S. Adjoh, P. Wachinou, A. S. K. Mijiyawa, Adamounou, A. Bérénice, B. Amadou, J. Zé, F. F. Bonnaud, O. Tidjani (Togo)

P22 : Le tabagisme chez le personnel médical et paramédical du CHU du point G

Dr Sissoko1 B.F, Toloba1 Y, Diarra Y, Ouattara1 K, Soumaré1 D, Baye1 O, Berthé1 G, Pr. Diallo1 S.
(Mali)

P23 : Aspects épidémie-cliniques et évolutifs de la co-infection tuberculose / VIH à Cotonou.

AGODOKPESSI G*, ADE G*, ADE S*, AFFOLABI D*, ANAGONOU S*, GNINAFON M* (Bénin)

P24 : Evaluation de la prise en charge intégrée tuberculose-VIH dans le service de Pneumologie du CHU de Cocody

Anon JC, Kouassi BA, Achi HV, Djè-Bi H, Horo K, N'Gom AS, Manewa S, Koné D, Anoma H, N'dhatz-Sanogo M, Aka-Danguy E (Côte d'Ivoire)

P25 : Tuberculose de l'articulation temporo-mandibulaire. Un cas

Assouan C*. ; Konan E. ; Horo K; Anzouan K. ; Nguessan N. ; Millogo M. ; Diomandé A. ; Assa A.
(Côte d'Ivoire)

P26 : Caractéristiques de la tuberculose pulmonaire chez les sujets infectés par le VIH : étude comparative (Côte d'Ivoire)

B Kouassi, K Horo, C Godé, A N'Gom, K S P Cheké, B Ahui, O D Kpebo, M O Koffi, S Dou, I H Djè Bi, E Aka-Danguy, M V Itchy, M O Koffi, N Koffi,

P27 : Tuberculose et genre en hospitalisation en milieu pneumologique à Bobo Dioulasso (Burkina Faso)

Birba Emile., Zoubga Z Alain Ouédraogo Martial (Burkina Faso)

P28 : Caractéristiques des patients « perdus de vue » et facteurs déterminants de la perte de vue au cours du suivi des patients infectés par le VIH à l'hôpital de jour du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso.

Bognounou R, Kabore M, Diendéré A, Diallo I, Zoungrana, L, Dioma, S, Guira O, Tieno, H, Ouédraogo DD, Guirard Schmid, JB, Drabo Y.J. (Burkina Faso)

Vendredi 16 décembre 2011**8h00 – 18h30****SESSION 14****POSTERS**

Présidents : - Pr. Vincent ACHI
- Pr André K. SAMADOULOUGOU

Rapporteur : - Dr Nina KORSAGA

14 posters : P30 à P43

P29 : Chylothorax induit par la simvastatine

DAIX Ahou Thomas Joseph, BAKAYOKO Alimata Sandia, BAMBA Djenamba, KONÉ Zakaria, KONÉ Siaka, SAMAKÉ Kadiatou, COULIBALY Gahoussou, DOMOUA Kouao.

P30 : Profil des décès au service de Pneumologie du CHU de Bouaké

M.F.Silue, J.C. Anon, H.V. Achi, H. Djè Bi, M. Ndhatz-Sanogo, (Côte d'Ivoire)

P31 : Macules hypopigmentées généralisées sur les sites d'une poussée urticarienne généralisée

N. KORSAGA/SOME1, F. BARRO/TRAORE1, P. NIAMBA1, A. YAMEOGO1, M. DOULLA1, F. TRAORE1, A. TRAORE 1 (Burkina Faso)

P32 : Pathologies et devenir des patients aux urgences médicales

N'Da-Koffi Cinthia, Tetchi Yavo, Horo Kigninman, Atté Yves, Aka-Danguy (Côte d'Ivoire)

P33 : Profil épidémiologique, diagnostic et évolutif des patients admis dans le service de médecine interne du CHU de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Ouédraogo SM1, Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Millogo A4, Sawadogo A5, Ouédraogo M2, Drabo YJ3 (Burkina Faso)

P34 : Profil épidémiologique, clinique de la douleur neuropathique chez les patients infectés par le VIH au CHU SS de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Ouédraogo SM1, Soubeïga S1 Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Poda GEA2, Ouédraogo A S3, Millogo A4, (Burkina Faso)

P35 : Profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif des cas de suspicion de méningites bactériennes aiguës au Burkina Faso

Ouédraogo SM1, Yaméogo TM1, Kyelem CG1, Poda GEA2, Ouédraogo A S3, Sawadogo A2, Kaboré I1, Millogo A4, Ouédraogo M5, Nacro A6, Drabo YJ7 (Burkina Faso)

P36 : Fistule aorte-ventricule droit et communication interventriculaire compliquant une endocardite tricuspide.

NV YAMEOGO, AK SAMADOULOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BGY TOGUYENI, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P37 : Les premiers cas de thrombolyse au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

NV YAMEOGO, AK SAMADOULOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BGY TOGUYENI, A SIKA, A YAMEOGO, A SEGDA, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P38 : Thrombose veineuse des membres supérieurs : une entité rare mais aux étiologies précises

NV YAMEOGO, GRC MILLOGO, AK SAMADOULOU, KJ KOLOGO, BGY TOGUYENI, A YAMEOGO, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P39 : Rupture septale post infarctus : à propos d'un cas observé dans le service de cardiologie du CHU-YO

NV YAMEOGO, M ILBOUDO, AK SAMADOULOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BGY TOGUYENI, LVA NEBIE, J SIMPORE, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P40 : Tamponnade cardiaque: à propos de 12 cas consécutifs colligés au CHU-YO. (Burkina Faso).

NV YAMEOGO, M ILBOUDO, GRC MILLOGO, AK SAMADOULOU, KJ KOLOGO, A SEGDA, BGY TOGUYENI, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P41 : Amibiase pleurale isolée, à propos d'un cas

Cissé M.F1, Sow D.2, Touré N.O. 1, Diatta A. 1, Dia Kane Y. 1, Dieng Y. 2, Hane A.A. 1
1- Service Pneumologie, 2- Laboratoire de Parasitologie CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)

P42 : Etiologie des infections respiratoires aiguës (ira) chez les enfants de moins de 3 ans au CHU pédiatrique Charles de Gaulle (CHUP-CDG) de Ouagadougou, Burkina Faso.

SO. Ouédraogo / Yugbaré1, A. Nenebié, D. Kima1, F. Yonli1L. Congo1, B. Traoré1, R. Ouédraogo1, M. Gueudin2, J.C. Plantier2, A. Vabret3, D. Yé1C. Marguet2 (Burkina Faso)

Samedi 17 décembre 2011

PROGRAMME SOCIAL

- Visite du Site de Laongo
- Visite du Parc animalier de Ziniaré
- Déjeuner : Loumbila beach

Vendredi 16 décembre 2011

8h00 – 18h30

SESSION 14

POSTERS

Présidents : - Pr. Vincent ACHI
- Pr André K. SAMADOULOU

Rapporteur : - Dr Nina KORSAGA

14 posters : P30 à P43

P30 : Chylothorax induit par la simvastatine

DAIX Ahou Thomas Joseph, BAKAYOKO Alimata Sandia, BAMBA Djenamba, KONÉ Zakaria, KONÉ Siaka, SAMAKÉ Kadiatou, COULIBALY Gahoussou, DOMOUA Kouao.

P31 : Profil des décès au service de Pneumologie du CHU de Bouaké

M.F.Silue, J.C. Anon, H.V. Achi, H. Djé Bi, M. Ndhaz-Sanogo, (Côte d'Ivoire)

P32 : Macules hypopigmentées généralisées sur les sites d'une poussée urticaire généralisée

N. KORSAGA/SOME1, F. BARRO/TRAORE1, P. NIAMBA1, A. YAMEOGO1, M. DOULLA1, F. TRAORE1, A. TRAORE 1 (Burkina Faso)

P33 : Pathologies et devenir des patients aux urgences médicales

N'Da-Koffi Cinthia, Tetchi Yavo, Horo Kigninman, Atté Yves, Aka-Danguy (Côte d'Ivoire)

P34 : Profil épidémiologique, diagnostic et évolutif des patients admis dans le service de médecine interne du CHU de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Ouédraogo SM1, Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Millogo A4, Sawadogo A5, Ouédraogo M2, Drabo YJ3 (Burkina Faso)

P35 : Profil épidémiologique, clinique de la douleur neuropathique chez les patients infectés par le VIH au CHU SS de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Ouédraogo SM1, Soubeïga S1 Kyelem CG1, Yaméogo TM1, Poda GEA2, Ouédraogo A S3, Millogo A4, (Burkina Faso)

P36 : Profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif des cas de suspicion de méningites bactériennes aiguës au Burkina Faso

Ouédraogo SM1, Yaméogo TM1, Kyelem CG1, Poda GEA2, Ouédraogo A S3, Sawadogo A2, Kaboré I1, Millogo A4, Ouédraogo M5, Nacro A6, Drabo YJ7 (Burkina Faso)

P37 : Fistule aorte-ventricule droit et communication interventriculaire compliquant une endocardite tricuspide.

NV YAMEOGO, AK SAMADOULOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BGY TOGUYENI, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P38 : Les premiers cas de thrombolyse au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

NV YAMEOGO, AK SAMADOULOUGOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BJY TOGUYENI, A SIKA, A YAMEOGO, A SEGDA, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P39 : Thrombose veineuse des membres supérieurs : une entité rare mais aux étiologies précises

NV YAMEOGO, GRC MILLOGO, AK SAMADOULOUGOU, KJ KOLOGO, BJY TOGUYENI, A YAMEOGO, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P40 : Rupture septale post infarctus : à propos d'un cas observé dans le service de cardiologie du CHU-YO

NV YAMEOGO, M ILBOUDO, AK SAMADOULOUGOU, GRC MILLOGO, KJ KOLOGO, BJY TOGUYENI, LVA NEBIE, J SIMPORE, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P41 : Tamponnade cardiaque: à propos de 12 cas consécutifs colligés au CHU-YO. (Burkina Faso).

NV YAMEOGO, M ILBOUDO, GRC MILLOGO, AK SAMADOULOUGOU, KJ KOLOGO, A SEGDA, BJY TOGUYENI, P ZABSONRE (Burkina Faso)

P42 : Amibiase pleurale isolée, à propos d'un cas

Cissé M.F1, Sow D.2, Touré N.O. 1, Diatta A. 1, Dia Kane Y. 1, Dieng Y. 2, Hane A.A. 1
1- Service Pneumologie, 2- Laboratoire de Parasitologie CHNU de Fann, Dakar (Sénégal)

P43 : Etiologie des infections respiratoires aiguës (ira) chez les enfants de moins de 3ans au chu pédiatrique Charles de gaulle (CHUP-CDG) de Ouagadougou, Burkina Faso.

SO. Ouédraogo / Yugbaré1, A .Nenebié, , D.Kima1 , F.Yonli1L. Congo1, B. Traoré1, R.Ouédraogo1, M. Gueudin2 , J.C. Plantier2, A. Vabret3, D.Yé1C. Marguet2 (Burkina Faso)

Samedi 17 décembre 2011

PROGRAMME SOCIAL

- Visite du Site de Laongo
- Visite du Parc animalier de Ziniaré
- Déjeuner : Loumbila beach

NOS REMERCIEMENTS





AERIUS[®]
desloratadine

La preuve dans
la performance

Nasonex[®]
Furoate de mométasone monohydraté

Puissant Contrôle de
la congestion et Plus...

Célestène[®]
Bétaméthasone

Pour faire
la différence

